



„Da hat man das Gefühl, dem Schicksal doch nicht mit leeren Händen gegenüber zu stehen“. Reinhard Dörflinger bei einem Einsatz in Niger, 2005

„Träume brauchen einen Rahmen“

Reinhard Dörflinger von Ärzten ohne Grenzen Österreich über die Pragmatik des Helfens

INTERVIEW:
CARSTEN FASTNER
KLAUS NÜCHTERN

Reinhard Dörflinger verweist auf seine gut gewaschenen Hände und all die anderen Sicherheitsvorkehrungen: Das Interview mit dem Falter könne gefahrlos stattfinden, beruhigt der Arzt – auch wenn er zum Termin direkt von einem Patienten mit Verdacht auf Schweinegrippe kommt. Anlass des Gesprächs ist freilich nicht der neue Grippevirus, sondern Dörflingers Tätigkeit als Präsident der Österreich-Sektion von Médecins sans frontières (MSF) / Ärzte ohne Grenzen. Die internationale Organisation leistet weltweit medizinische Nothilfe in Krisen- und Kriegsgebieten. Mark Hopkins' Dokumentarfilm „Living in Emergency“, der am 7.5. in einer einmaligen Gala-Vorführung im Gartenbaukino läuft (Restkarten um 19.30 Uhr an der Abendkasse) schildert die aufreibende Arbeit der Ärzte ohne Grenzen.

Ärzte ohne Grenzen

Die private und unabhängige Organisation, die international unter dem Namen Médecins Sans Frontières (MSF) firmiert, wurde 1971 von französischen Ärzten gegründet. Es gibt 19 Ländersektionen, der Verwaltungssitz ist in Genf. Etwa 3000 Ärzte, Krankenschwestern, Hebammen und Logistikern leisten für MSF weltweit medizinische Nothilfe in Krisen- und Kriegsgebieten. Das jährliche Budget von rund 400 Millionen Dollar wird zu 80 Prozent aus Privatspenden finanziert. Information: www.aerzte-ohne-grenzen.at

Falter: Was war Ihr erster Kontakt mit Ärzten ohne Grenzen?

Reinhard Dörflinger: Das war 1995 im Süden Ruandas, im Lager Kibeho.

Ein Jahr nach dem Genozid.

Dörflinger: Genau. Da haben über 100.000 Leute ein Jahr lang in einem Lager gelebt, das dann im April 1995 mit militärischer Gewalt aufgelöst wurde – mit tausenden Toten. Ich war kurz zuvor abgereist.

Und Ihr härtester Einsatz?

Dörflinger: Von der Situation her Ruanda – weil man auch wusste, dass viele Leute den Genozid miterlebt hatten und weder darüber reden konnten noch wollten. Und 2005 im Niger, wo ich als Feldarzt bei einer Ernährungskrise im Einsatz war. Da starben täglich Kinder zwischen sechs Monaten und zwei Jahren unmittelbar neben mir. Das Einzige, was mich da weitergebracht hat, war der Umstand, dass von zehn Kin-

dern neun überlebt haben. Da hat man das Gefühl, dem Schicksal doch nicht mit leeren Händen gegenüberzustehen.

Man klammert sich an einzelne Erfolge, weil man weiß, dass man prinzipiell doch nichts ändern kann?

Dörflinger: An der Kindersterblichkeit kann man was ändern. Aber für die eigene Biografie braucht man wohl einzelne Geschichten und Gesichter, um einen Sinnzusammenhang zu konstruieren. Natürlich ist es auch toll, wenn man weiß, dass es innerhalb von fünf Jahren gelungen ist, mehr als 100.000 Aidskranke einer antiretroviralen HIV-Therapie zuzuführen und damit einen Schritt gegen das Massenphänomen des Aids in Afrika getan zu haben. Aber auch da bleibt einem dann die Einzelgeschichten im Kopf – das sind die Erinnerungsfähle, die man einschlagen kann. *Waren Sie je davor, aufzugeben?*

Dörflinger: Bis jetzt nicht, ganz im Gegenteil. Ich habe meine Ordinationspräsenzen reduziert und bin eher dabei, mehr für Ärzte ohne Grenzen zu machen.

Hatten Sie vergleichbare Erfahrungen vor Ihrem ersten Einsatz mit Ärzten ohne Grenzen?

Dörflinger: Ja, 1979 in Honduras, in einem Flüchtlingslager im Süden, knapp vor dem Ende des Bürgerkriegs in Nicaragua. Da haben wir von der Kritischen Medizin – in der politischen Überzeugung, dass die Sandinisten Recht hatten, gegen Somoza zu kämpfen – medizinische Versorgung für Flüchtlinge aus Nicaragua geleistet. Das war vom Stil her sehr ähnlich, wobei der Solidaritätsgedanke damals noch stärker war als das rein humanitäre Engagement. *Hat sich dieses Verständnis im Laufe der Zeit gewandelt?*

Dörflinger: In Ruanda konnte man die politisch-historischen Ursachen zwar erkennen, die dazu führten, dass die Menschen ihre Nachbarn mit der Machete zerlegten. In diesem Fall war es notwendig, auch einer Bevölkerung zu helfen, die latent auf der Seite der Täter stand.

Schafft man es denn, wegzuschauen und auch Täter zu behandeln?

Dörflinger: Wegschauen nicht, aber von der medizinischen Ethik her ist man verpflichtet, eine abgehackte Hand zu versorgen, auch wenn sie einem Täter gehört. Es gab da auch eine große Debatte um die Zeugenschaft vor dem Internationalen Gerichtshof: Aufgrund der humanitären Tätigkeit ist Ärzte ohne Grenzen nicht geeignet, als Zeuge vor dem Internationalen Gerichtshof aufzutreten. Der humanitäre Einsatz kann nur stattfinden, wenn garantiert ist, dass man unabhängig Hilfe leisten kann – sonst ist man sofort in der Geiselschaft von Regierungen oder anderen Institutionen.

Wie haben Sie eigentlich den Film „Living in Emergency“ gesehen?

Dörflinger: Ich würde sagen, subversiver als „M.A.S.H.“ und fast so sarkastisch wie „The House of Gods“, dieses amerikanische Buch über die Emergency-Rooms. Es gibt in der Allgemeinheit eigentlich kaum eine konkrete Vorstellung von diesem Leben – und wenn, dann oft eine sehr heroische. Der Film gibt Gelegenheit, den Stress, die Dichte, das enge Zusammenleben über 24 Stunden am Tag zu sehen und natürlich auch die Dramatik von Todesfällen. Wobei „Living in Emergency“ chirurgische Projekte zeigt – und die sind nur eine Facette unserer medizinischen Arbeit.

Welche anderen Projekte gibt es?

Dörflinger: Insgesamt haben wir rund 400 Hilfsprogramme weltweit. In Guatemala etwa für Überlebende von sexueller Gewalt. In Kenia kümmern wir uns neben den Aidsprogrammen um viszerale Leishmaniose – eine durch Mücken übertragene Infektionserkrankung, die zu den sogenannten vernachlässigten Krankheiten gehört und unbehandelt zum Tod führt.

Welche Krankheiten werden „vernachlässigt“?

Dörflinger: Neben der Leishmaniose noch die Schlafkrankheit, Formen der Malaria, Tuberkulose und die Chagas-Krankheit.

Chagas – nie gehört!

Dörflinger: Chagas betrifft Millionen von Menschen in Lateinamerika und wird durch Wanzen übertragen. Sie frisst die Muskelzellen auf. Wir behandeln infizierte Kinder und stoppen dadurch die Erkrankung. Darüber hinaus geht es oft darum, ein entsprechendes Hygiene- und Gesundheitsbewusstsein zu schaffen. Patienten-Empowerment ist etwa für die Bekämpfung von Aids ganz wichtig und hat mit Geld unmittelbar nichts zu tun. Da geht es um Selbstbewusstsein und Wissen.

Die HIV-Projekte machen einen wichtigen Teil der Arbeit von Ärzten ohne Grenzen aus?

Dörflinger: Ja. Wir waren 2000 praktisch die erste Organisation, die die antiretrovirale Behandlung in Afrika eingeführt oder besser: durchgeboxt hat. Diese Programme laufen parallel mit den Gesundheitseinrichtungen des jeweiligen Landes, sozusagen als Centres of Excellence für HIV-Behandlung.

Gibt es eigene Projekte gegen Zwangsbeschneidungen?

Dörflinger: Nein. Aber natürlich kommen durchschnittliche Frauen zu uns und müssen nach den Standards des lokalen Gesundheitswesens behandelt, auch reinfibriert werden (Reinfibulation: das erneute Verwahren der Schamlippen, Anm. d. Red.). Ärzte ohne Grenzen betreut Zwangsbeschneidungen von Frauen als Form sexueller Gewalt und legt in vielen Programmen einen Schwerpunkt auf die medizinische und psychologische Versorgung der Opfer. Im Kongo zum Beispiel sind Vergewaltigungen Teil der normalen Kriegsstrategie. *Wie fallen prinzipiell die Entscheidungen für einen Einsatz?*

Dörflinger: Es gibt verschiedene Indikatoren für eine Intervention. Wir werden ja nicht automatisch bei jeder Katastrophe aktiv. Die Mortalitätsziffer spielt eine Rolle, ob das lokale Gesundheitswesen noch reagieren kann oder sich aufgrund von Konflikten und sozialer Gewalt die Strukturen aufgelöst haben. Da läuft ein genaues Monitoring – und dann wird entschieden.

Jetzt aktuell etwa im Fall von Sri Lanka?

Dörflinger: Das ist momentan sicher ein akutes Haupteinsatzgebiet, und die Interventionskriterien sind ganz klar: Die Bevölkerung hat keinen Zugang zu medizinischer Versorgung, es herrschen kriegsrechtliche Zustände und ein hoher Bedarf an chirurgischer Intervention.

Braucht man spezielle Genehmigungen?

Dörflinger: Nur mit dem Touristenvisum zu kommen und zu sagen: „So, wir sind jetzt hier“ – das läuft nicht. Wir brauchen geschützte Zonen, in denen wir nicht den Kämpfen ausgesetzt sind, wir müssen evaluieren können, wir brauchen Zugang zu allen Konfliktparteien. Zu all dem sind die Regierungen laut Genfer Konvention verpflichtet, aber trotzdem muss man erst das Einverständnis mit ihnen herstellen.

Wie sieht das Verhältnis von internationalen und lokalen Mitarbeitern aus?

Dörflinger: Auf einen Internationalen, einen sogenannten Expat, kommen rund zehn Locals. Die Expats – Ärzte, Krankenschwestern, Psychotherapeuten, Logistiker und andere – sind berufserfahrene Freiwillige, die sich für einen sechs bis neun Monate dauernden Einsatz verpflichten und dann wieder gehen. Die lokalen Mitarbeiter sind oft schon jahrelange dabei und als Erinnerungsträger eines Projekts unersetzlich für dessen Gelingen!

Wer kümmert sich um die Infrastruktur?

Dörflinger: Gut die Hälfte der Teams besteht aus Logistikern – von Administrations- und Sicherheitsleuten bis zu Automechanikern und natürlich den Technikern für den klinischen Betrieb. Die Ärzte kommen zwar gerne hin und nehmen gleich einmal das Stethoskop in die Hände – aber das muss ja erst mal hingetragen werden.

Wie wird ein Einsatz beendet?

Dörflinger: Das Zusperrern ist genauso kompliziert wie das Aufsperrern und kurzfristig völlig unmöglich – das passiert auch nicht. In Kenia etwa hat Ärzte ohne Grenzen jetzt ein Spital mit einem Aidsreferenzzentrum übergeben – das hat drei Jahre gedauert. Es ist eine massive Managementaufgabe und ein heikles Thema.

Welche Art von Konflikt ist eigentlich das „worst case scenario“?

Dörflinger: Momentan sicherlich Somalia, wo es zurzeit einen sogenannten *remote control modus* gibt, innerhalb dessen wir quasi nur in Stippsvisiten punktuelle Überprüfungen machen: Können die Standards aufrechterhalten werden? Was passiert mit den Patienten? Wie wird mit dem Geld umgegangen? Logistisch ist das momentan sicher das Schwierigste.

Und menschlich?

Dörflinger: In Afghanistan sind vor fünf Jahren fünf Mitarbeiter erschossen worden, ohne dass es vonseiten der Behörden eine Bereitschaft zur Klärung des Verbrechens gegeben hätte. Die Konsequenz war, dass nach 24 Jahren Präsenz im Land all unsere Hilfsprogramme geschlossen wurden. Zum Glück passiert das nicht häufig. Ärzte ohne Grenzen hat rund 23.000 Leute, die im Feld arbeiten, im letzten Jahr sind drei in Somalia erschossen worden, heuer hat es einige Entführungen, aber zumindest noch keinen Todesfall gegeben.

Wie sieht es mit der Rekrutierung aus? Es kann ja nicht jeder, der medizinisch qualifiziert ist, an Einsätzen teilnehmen.

Dörflinger: Das wird sehr sorgfältig an Kompetenz, Berufserfahrung und Referenzen gemessen. Und es gibt natürlich gesuchte Profile: Zahn- und Hautärzte sind zum Beispiel deutlich weniger gefragt als Chirurgen. Ansonsten wird man als Allgemeinmediziner mit tropenmedizinischem Hintergrund und Berufserfahrung eingeladen, ein Assessmentcenter zu besuchen.

„Das Zusperrern von Hilfseinsätzen ist genauso kompliziert wie das Aufsperrern“

Reinhard Dörflinger



Zur Person

Reinhard Dörflinger, Jahrgang 1953, arbeitet seit 1984 in einer allgemeinmedizinischen Praxisgemeinschaft in Wien Meidling. Seit seinem Einsatz in Honduras 1979 hat er in Europa, Afrika, Asien und Südamerika Flüchtlings-Entwicklungs- und medizinische Hilfe geleistet. Seit 2007 ist er Präsident der Ärzte ohne Grenzen Österreich, seit 2008 auch Vize-Präsident des des International Council von Médecins Sans Frontières (MSF)

Wie die Eignungskommission beim Heer?

Dörflinger: Ergometrische Tests gibt's keine, es geht eher um den Umgang mit Konfliktsituationen und um Teamfähigkeit. Wir hatten schon 14 Nationalitäten in einer Gruppe. Jede Menge interkulturelles Lernen!

„Living in Emergency“ vermittelt relativ dramatisch, dass man natürlich auch Fehler macht. Was sind Ihre Erfahrungen?

Dörflinger: An meinem ersten Tag in Ruanda hatten wir eine komaöse Frau, die wahrscheinlich zerebrale Malaria hatte und innerhalb einer Viertelstunde gestorben ist. Ich dachte mir: meine erste Patientin und schon eine Katastrophe.

Sie hätten sie retten können, wenn Sie alles richtig gemacht hätten?

Dörflinger: Dort wohl nicht. Wenn sie mit einem Auto in eine Intensivstation mit Monitoring und rascher Diagnostik gebracht worden wäre, dann vielleicht.

Was sind denn gängige Fehler?

Dörflinger: Dass man etwa zu viel mit Antibiotika oder Malariamedikamenten behandelt. Die Über- bzw. Fehlbehandlung ist in Afrika ebenso ein Problem wie bei uns.

Werden da auch Dinge ausprobiert?

Dörflinger: Nein, Experimentierfelder gibt es keine. Die Behandlungspfade sind ganz präzise definiert, so, dass sie in sogenannten *low resource*-Situationen anwendbar sind. Man kann als Arzt sicher sein, dass man bei Ärzten ohne Grenzen bei den wesentlichen Medikamenten auf Topniveau ist. Ob man dann bei komplizierten Diabetesformen auch die richtigen Insuline hat, ist eine andere Frage.

Wie ist es denn mit der individuellen Motivation? Der Film zeigt auch, dass die durchaus unterschiedlich ausfallen kann.

Dörflinger: In einem kenianischen Dorf, das selbst für afrikanische Verhältnisse sehr entlegen ist, habe ich einen Internisten aus Oberösterreich getroffen, der immer auf Einsatz mit Ärzten ohne Grenzen gehen wollte und sich diesen Wunsch nun in der Pension verwirklicht hat. Dafür braucht man eine gewisse Hartnäckigkeit, und jetzt behandelt er in der Savanne viszerale Leishmaniose. Eine andere Kollegin, eine Neurologin, lebt eigentlich auf einer griechischen Insel und geht regelmäßig auf Einsatz. Ich arbeite normalerweise als Allgemeinmediziner in Meidling und mache dann wieder zwei, drei Wochen im Jahr Feldbesuche, neben den regelmäßigen internationalen Vorstandssitzungen. Das wirkt vielleicht alles ein wenig hektisch, wird aber über die Zeit zu einem kontinuierlichen Engagement, in dem auch viele Träume wahr werden können, die aber auch in einen sehr präzisen Rahmen gestellt werden. So locker Ärzte ohne Grenzen auch erscheinen mag: Wenn es um Einsätze in Krisengebieten geht, sind wir eine straffe, hierarchisch sehr genau definierte Organisation. Das ist auch notwendig. ☒