



## Erschütternde Hoffnungslosigkeit

**Bericht über die medizinische Versorgung Geflüchteter auf der Insel  
Lesbos – von Arndt Dohmen\***

In: **express** 03-04/2021

**Heute vor fünf Jahren, am 18. März 2016, hatte die EU auf Druck Deutschlands jenen schmutzigen Deal abgeschlossen, der als sog. EU-Türkei-Abkommen u.a. beinhaltet, dass für jeden »illegal« nach Griechenland eingereisten und von dort in die Türkei zurückgeschobenen Flüchtling ein in der Türkei lebender syrischer Flüchtling in die EU überstellt werden könne. Dafür wurde schnell noch eine pro-Forma-Anpassung des türkischen Asylrechts an die Genfer Flüchtlingskommission über die Bühne gebracht, 3 Mrd. Euro für die Versorgung Geflüchteter in der Türkei zur Verfügung sowie Visa-Erleichterungen für türkische Bürger:innen und die Wiederaufnahme von Beitrittsverhandlungen in Aussicht gestellt. Die Begrenzung »illegaler Zuwanderung« über das Mittelmeer trägt zwar u.a. aufgrund der mit EU-Recht nicht vereinbaren Pushbacks durch Frontex und deren Hilfstruppen zu einer leichten Senkung der Einreise nach Griechenland bei, doch Griechenland trägt nun die Last, den Asylsuchenden ihr Menschenrecht auf individuelle Prüfung zu ermöglichen, und weigert sich, abgelehnte Bewerber:innen in die Türkei abzuschieben – weil diese kein sicheres Drittland sei. Das Resultat des EU-Türkei-Deals ist vor allem auf den griechischen Inseln zu besichtigen – wenn man denn hinschaut:**

Im Lager Kara Tepe leben derzeit mehr als 7.000 Menschen in Zelten direkt am Meer. Nach offiziellen Angaben des UNHCR sind davon 72 Prozent aus Afghanistan, 9 Prozent aus der Demokratischen Republik Kongo, 7 Prozent aus Syrien, 4 Prozent aus Somalia und 2 Prozent aus dem Irak. 23 Prozent der Geflüchteten sind Frauen, 37 Prozent Kinder und von diesen 70 Prozent unter 12 Jahren und 4 Prozent unbegleitet. Bei Sturm und Regen stehen die Wege zwischen den Zelten und ein Teil der Zelte auch direkt unter Wasser, so dass vor einigen Wochen in einem besonders betroffenen Areal die Zelte wieder abgebaut werden mussten, weil sich ein See gebildet hatte, in dem die Zelte keinen Halt mehr hatten. Die Zelte sind nummeriert und in Bereiche aufgeteilt: So gibt es einen Bereich für Familien, einen Bereich für allein lebende Frauen und Frauen mit Kindern, -einen Bereich für unbegleitete Kinder und Jugendliche und einen Bereich für alleinstehende Männer. In diesem Bereich des Camps kommt es immer wieder zu Streit und auch körperlicher Gewalt.

Auf dem Gelände des Camps befinden sich auch mehrere Container, in denen verschiedene Dienste ihre Büros haben: Polizei, Einwanderungsbehörde, gesundheitliche Versorgung, Sozialdienst, Behörde zur Organisation des Transfers aufs Festland. Eine Schule gab es früher in Moria und seit der Eröffnung des Lagers Kara Tepe in einem auswärtigen Gebäudekomplex, in dem auch andere Freizeit- und Therapieangebote gebündelt sind. Die Schule wurde allerdings vor einigen Monaten von Rechtsextremen niedergebrannt, seither gibt es für Kinder

der Geflüchteten keine Möglichkeit mehr, eine Schule zu besuchen. Und auch alle anderen Kultur- und Freizeitangebote sind wegen der coronabedingten Lockdownmaßnahmen seit Monaten komplett eingestellt worden.

Die Stromversorgung erfolgt über einen Generator und ist für den Bedarf der vielen Menschen nicht ausreichend. Es gibt eine Stunde Strom am Morgen, zwei Stunden am Nachmittag und teilweise auch in der Nacht. Wenn es besonders kalt ist und die Bewohner:innen sich in den Zelten an elektrischen Heizgeräten wärmen müssen, reicht die Stromversorgung nicht mehr für alle Zelte, dann ist sie immer nur für die Hälfte der Zelte verfügbar.

Zweimal täglich werden Mahlzeiten ausgeteilt, das Mittagessen ist warm und wird von den Bewohner:innen so eingeteilt, dass es auch noch für den Abend reicht. Möglichkeiten zum eigenen Kochen sind in den Zelten nicht gegeben.

Die Bewohner:innen des Camps dürfen das Lager nur zweimal pro Woche verlassen, während der Corona-Lockdown-Bestimmungen jeweils nur für zwei Stunden. Die konkreten Tage sind wöchentlich in einem Plan festgelegt, der online zugänglich ist und in dem die Ausgangsberechtigungen nach den jeweiligen Fallnummern auf den vorläufigen Ausweisen zugeteilt sind. Die Stadt Mytilini liegt ca. fünf km vom Camp entfernt, ist also in den zulässigen zwei Stunden Ausgang gar nicht erreichbar, Hauptziel der Menschen ist außerhalb des Lagers daher ein großer Lidl-Supermarkt, in dem sie einkaufen bzw. während des Lockdowns erst einmal in einer langen Schlange auf Einlass warten, denn der Zugang ist begrenzt und wird mittels Einlasskarten durch einen Sicherheitsdienst des Marktes streng reglementiert. Außerhalb dieser beiden Tage pro Woche ist das Verlassen des Camps nur mit einer speziellen Begründung auf Antrag möglich, dazu zählen besonders von den Ärzt:innen im Camp angeforderte auswärtige Untersuchungen und Behandlungen.

### **Ein- und Ausgang streng bewacht**

Am Ausgang steht immer die Polizei und überwacht die Einhaltung der verfügbaren Ausgangsbeschränkungen. Externe Besucher, auch Journalist:innen, dürfen das Lager nur mit offizieller Genehmigung betreten, wir als Mitarbeiter:innen einer der dort tätigen NGO's müssen einen speziellen Dienstaussweis vorzeigen, mit dem unsere Berechtigung nachgewiesen wird. Bewohner:innen mit noch nicht entschiedenem Asylverfahren bekommen 75 Euro pro Monat. Wer aus besonderen Gründen nicht im Camp wohnt, sondern auswärts lebt, erhält 130 Euro pro Monat, weil diese Menschen keine Mahlzeitenversorgung bekommen und daher einen höheren Alltagsaufwand haben. Wenn ein ablehnender Asylbescheid vorliegt, werden alle finanziellen Unterstützungen gestrichen.

Wer einen positiven Asylbescheid bekommen hat, kann das Lager erst verlassen, wenn ein gültiger Pass vorliegt, was mehrere Wochen dauern kann. Auch anerkannte Asylan-t:innen dürfen Griechenland nur für vorübergehende Reisen verlassen, einen Aufenthalts- oder gar Arbeitsanspruch in anderen europäischen Ländern haben sie nicht.

Es gibt in Kara Tepe keine organisierte Hilfe für die Betreuung während des Asylverfahrens. Die Bewerber sind den Behörden gegenüber ganz auf sich gestellt. Wer einen griechischen Rechtsanwalt zur Prozessbegleitung einschalten möchte, muss dies selbst organisieren und bezahlen, Rechtsanwälte berechnen für die Hilfe in der Regel 1.500 Euro, ein Betrag, den sich die Asylbewerber:innen nicht leisten können. Letztlich ist nur informelle Hilfe durch andere Asylbewerber:innen möglich, die schon mehr Erfahrung mit den Behörden haben und diese in Einzelgesprächen weitergeben. In die gesundheitliche Versorgung der Geflüchteten sind staatliche Organisationen und mehrere griechische und internationale NGOs einbezogen. Es finden regelmäßige Treffen der Teamkoordinator:innen statt, um organisatorische Fragen der Zusammenarbeit zu besprechen. Jede der beteiligten Organisationen ist für bestimmte Aufgaben zuständig: Primary care wird von Medical Volunteers International täglich von Montag bis Freitag angeboten, eine Sprechstunde für chronische Erkrankungen ist Aufgabe von Crisis Management Association (CMA), einer griechischen NGO, die eine Brückenfunktion zwischen dem staatlichen griechischen Gesundheitsdienst (EODY = National Public Health Organization) und den internationalen NGOs einnimmt. Fast täglich wird eine pädiatrische

Sprechstunde angeboten, die von einem Kinderarzt der staatlichen Gesundheitsorganisation EODY durchgeführt wird. Wir sind alle sehr froh, dass für die Kinder eine fachärztliche Expertise zur Verfügung steht und daher der Anteil an Kindern in unserer Klientel deutlich geringer ist, als es der Zusammensetzung der Population der Geflüchteten im Lager entspricht, denn nur gelegentlich haben wir eine(n) Kinderarzt/ärztin in unserem Team.

Für psychisch traumatisierte Menschen gibt es Angebote von mehreren Organisationen: MsF (Ärzte ohne Grenzen) bietet Hilfe für schwer Traumatisierte, die akuter Hilfe bedürfen und möglicherweise auch suizidal sind, auch für Kinder und Jugendliche. MVI bietet Gruppen für weniger schwer Traumatisierte getrennt für Frauen und Männer an. Braucht ein(e) Patient(in) eine psychiatrische einschließlich psychopharmakologischer Behandlung, geht das ausschließlich über einen Psychiater des staatlichen Gesundheitsdienstes EODY, der regelmäßige Sprechstunden in einem Container im Camp durchführt.

Was sich zunächst wie ein vielfältiges und differenziertes psychotherapeutisches Angebot anhört, ist im Alltag ein hoffnungslos überlastetes System. Alle Gruppen haben unvertretbar lange Wartezeiten, bei der Überweisung einer Patientin an MsF bekam ich per E-Mail die Rückmeldung, dass auf der Warteliste noch 93 andere Klient:innen stehen. Die meisten NGO-Angebote sind auf Gruppen ausgerichtet, weil die Einsatzzeit der Freiwilligen nicht lang genug ist, um sinnvolle Einzeltherapien durchführen zu können (Ausnahme ist nur MsF, deren Mitarbeiter:innen sich für längere Zeiträume verpflichten).

Ganz aussichtslos ist die Lage für schwer Traumatisierte mit dissoziativen Störungen oder auch Suizidgefährdete, denn eine stationäre Versorgung solcher Patient:innen ist auf Lesbos gar nicht möglich und die Verlegung in spezialisierte Kliniken auf dem Festland wird von der staatlichen Gesundheitsbehörde abgelehnt, weil man vermeiden will, Anreize zur Nachahmung zu schaffen. Den Patient:innen wird unterstellt, sie benutzen ihre Symptome bewusst, um eine Verlegung weg von der Insel aufs Festland zu erzwingen. Und so sehen wir täglich in der ganz normalen Ambulanz für Primary Care solche Menschen, die sich wöchentlich mehrmals verletzen und dann als einzige Behandlung von den Pflegekräften der Ambulanz eine Wundversorgung erhalten, während vor dem -Behandlungsraum Polizisten für den Fall Wache stehen, dass die betroffenen Patient:innen sich im Behandlungsraum erneut Verletzungen zufügen sollten.

Unsere Sprechstunden für Primary Care waren von Montag bis Freitag von 8 bis 14 Uhr geöffnet. Danach mussten wir unsere Arbeit beenden, auch wenn noch Patient:innen in der Warteschlange teilweise mehrere Stunden gewartet hatten, denn unsere Räume wurden am Nachmittag für die von der Basisversorgung abgetrennte Sprechstunde für Patient:innen mit chronischen Erkrankungen benötigt.

Draußen im Freien vor den Containern findet die sogenannte Triage statt, hier haben einige unserer Mitarbeiter:innen alle Patient:innen in der Warteschlange danach eingeteilt, ob sie ein Behandlungsticket für die Primary Care, für die Wundversorgung bei den Pflegekräften, für den Kinderarzt, für die Hebammen/Gynäkolog:innen oder für die Chronikersprechstunde bekommen sollten. Mit jeder der Ambulanzen wurde vorher vereinbart, wie viele »Tickets« ausgegeben werden durften, um das Problem der erfolglosen Wartezeiten ohne letztendlichen Zugang zur Behandlung so gering wie möglich zu halten.

Gut gelöst ist die für alle Sprechstunden notwendige Dolmetscherbegleitung – kein einfaches Problem bei so vielen Sprachen, die im Camp gesprochen werden (Farsi, Arabisch, Lingala, Somali, Französisch). Jede(m) unserer Ärzt:innen ist ein(e) Farsi-Dol-met-scher:in zugeteilt, weil diese Sprache am häufigsten gesprochen wird. Kommt ein(e) Patient:in mit einer anderen Sprache, wird schon im Wartebereich von den dort zuständigen Koordinatoren sofort ein(e) dazu passender Dolmetscher(in) mitgeschickt und die/der Farsi-Dolmetscher:in kann in dieser Zeit für andere Patientenkontakte eingesetzt werden. Die Dolmetscher:innen leben teilweise selbst als Asylbewerber:innen im Camp und können sich durch diese Arbeit bei verschiedenen NGOs einen kleinen Zusatzverdienst erarbeiten. Die meisten sind natürlich nicht speziell geschult, haben aber eine unschätzbare Fähigkeit, weil sie das Leben im Camp genau kennen und daher über Detailkenntnisse verfügen, die uns immer wieder helfen, trotz aller

Sprachbarrieren ein wenig zu verstehen, was hinter den Beschwerdeschilderungen der Patient:innen das wirkliche Problem ist.

Fast täglich kommen Menschen in unsere Sprechstunde, die mit den begrenzten Ressourcen im Camp nicht adäquat versorgt werden konnten. Für die Diagnostik gibt es ein kleines Labor, mit dem einfache Untersuchungen wie Blutbild, Entzündungswerte, Leber- und Nierenwerte vor Ort bestimmt werden können, und auch ein kleines Ultraschallgerät in der Größe eines Mobiltelefons steht uns dank der ganz spontanen Initiative einer US-amerikanischen Krankenschwester zur Verfügung, aber alle weiterführenden Untersuchungen müssen extern organisiert werden. Dazu bedarf es immer der Genehmigung der staatlichen griechischen Gesundheitsbehörde. Während meines Einsatzes war dies aber erfreulicherweise keine große Hürde, weil die zwei dafür zuständigen jungen griechischen Ärztinnen ausgesprochen kooperativ und hilfsbereit waren und uns nie einen Stein in den Weg gelegt haben. Dennoch war es besonders mit den angeforderten Röntgenuntersuchungen nicht ohne Tücken: Fast nie wurden die Aufnahmen im üblichen Standard angefertigt, aus mir nicht erfindlichen Gründen wurde immer nur eine Untersuchungsebene dargestellt und schriftliche Befunde gab es nie. Da keine(r) der Ein-satz-ärzt:innen Radiologe/in war, waren die eigenen Befundungen immer von begrenzter Aussagekraft.

Gut aufgestellt und für die alltäglich auftretenden Verletzungen und offenen Wunden wichtig ist die Wundversorgung im eigenen Projekt, weil regelmäßig zwei Krankenpflegekräfte zur Verfügung stehen, die an zwei Arbeitsplätzen mehrmals pro Woche die Verbandswechsel durchführen. So können wir die Heilverläufe und die eingesetzte Therapie engmaschig überwachen – ein wichtiger Standard, weil unter den gegebenen Lebensbedingungen im Camp Verbände schnell verschmutzen und so neue Infektionen auftreten können.

Anonym und insgesamt enttäuschend gestaltet sich die Zusammenarbeit mit dem griechischen Gesundheitssystem, wenn es um die stationäre Behandlung von Schwerkranken geht. Auch unsere beiden Kolleginnen von EODY, die formal die Einweisung auf unsere Empfehlung organisieren mussten, haben sich da oft die Zähne ausgebissen, und wir alle sind in solchen Situationen nicht nur einmal verzweifelt. Notfallmäßige Behandlungen wurden in der Zeit meines Einsatzes meistens durchgeführt, Berichte mit wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf habe ich in den sieben Wochen meines Einsatzes aber nicht gesehen, stattdessen aber bei Entlassung ein Rezept über Medikamente für die weitere Behandlung, ohne diese den Patient:innen mitzugeben. Es war dann regelmäßig die Aufgabe unserer kleinen spendenbasierten und NGO-getragenen Apotheke, diese Lücke des staatlichen Gesundheitswesens zu schließen. Nicht selten wurden Patient:innen aber auch gar nicht aufgenommen oder sogar abgewiesen, ohne eine Ärztin oder einen Arzt im Krankenhaus gesehen zu haben. So habe ich z.B. einen Patienten ins Krankenhaus eingewiesen, der seit vier Jahren Rückenschmerzen hatte, seit 1,5 Jahren so stark, dass er nicht mehr sitzen konnte. Er wurde immer nur mit Schmerzmitteln behandelt, bis vor drei Monaten ein MRT der Lendenwirbelsäule angefordert wurde, das dann zwei Monate später im Januar 2021 durchgeführt wurde und einen Bandscheibenvorfall ergab. Einen Monat später schließlich wurde er im Krankenhaus Mytilini ambulant gesehen und die wahrscheinliche Indikation für eine Operation gestellt, deswegen sollte er sich nach genau zwei Monaten noch einmal ambulant dann bei einem Neurochirurgen vorstellen, der den Plan für die weitere Behandlung veranlassen sollte. Am selben Tag kam er dann zu uns in die Primary-Care-Sprechstunde, weil er wegen dieser ständigen Vertröstungsstrategie verzweifelt war. Zu diesem Zeitpunkt nahm er acht Tabletten Diclofenac und acht Tabletten Paracetamol täglich, um seine Schmerzen irgendwie auszuhalten. Damit war die zulässige Höchstdosis von Diclophenac um das Dreifache überschritten. In meiner Ratlosigkeit, wie diesem Patienten zu helfen sei, habe ich dann die Kolleginnen des staatlichen Gesundheitsdienstes um Hilfe gebeten. Diese schüttelten zwar gemeinsam mit mir den Kopf, waren sich aber sicher, dass sie eine Entscheidung der Klinikärzte vom selben Tag nicht sofort revidieren können. Wir vereinbarten daher, dem Patienten über unsere ehrenamtlichen Therapeutinnen eine Massage und Physiotherapie anzubieten trotz der fehlenden Erfolgsaussichten, aber mit der Chance, bei erwiesener Wirkungslosigkeit ein weiteres Argument ins Feld führen zu können, um die stationäre Behandlung zu beschleunigen.

Eine weitere 29-jährige Patientin aus dem Kongo, die vor zwei Jahren in ihrem Heimatland gefoltert wurde und seit dieser Zeit starke Schmerzen im rechten Hüftgelenk hat, wurde immer nur mit Schmerzmitteln behandelt, bis eine Kollegin vor wenigen Wochen eine Röntgen-Untersuchung veranlasste, die einen alten Schenkelhalsbruch mit ausgeprägter Arthrose in dem fehlgestellten Hüftgelenk ergab. Die Beweglichkeit in dem Gelenk war schmerzbedingt fast vollständig aufgehoben. Für eine medizinisch indizierte Überführung der Patientin nach Athen zur weiteren orthopädisch-chirurgischen Behandlung fehlt aber nach den Kriterien der Behörden eine wichtige Voraussetzung: Die Erkrankung bedroht nicht das Leben der Patientin, und so wird sie mit großer Wahrscheinlichkeit auf unbestimmte Zeit weiter auf die erforderliche Behandlung warten müssen.

Nicht alles, was bei der Betreuung der Schwerkranken immer wieder Grund zur Verzweiflung gibt, ist dem Krankenhaus Mytilini anzulasten. Denn wenn das kleine Provinzkrankenhaus eine spezielle Behandlung gar nicht durchführen kann und deswegen eine Überführung aufs Festland empfiehlt, um die weitere Behandlung in einer spezialisierten Klinik in Athen fortzuführen, wird man mit dem nächsten nun ganz und gar bürokratischen Hindernis konfrontiert, das kein rationales Argument aus dem Weg räumen kann: die staatliche Behörde, die für die Genehmigung und Organisation dieser Überführung zuständig ist. Hier wird im Wesentlichen nach Gründen gesucht, die medizinisch indizierte Verlegung weg von der Insel abzulehnen. Sei es, dass Coronabeschränkungen dem entgegenstehen (obwohl es täglich mehrere Flüge und mindestens zwei Fähren nach Athen gibt), sei es, dass man für einen Patienten, der wegen der Schwere seiner Erkrankung eigentlich ins Krankenhaus gehört, noch keine Unterkunft in der Stadt gefunden hat oder sei es die am meisten menschenverachtende Argumentation im Falle eines achtjährigen Jungen mit ungeklärter massiver Nierenblutung: Das Asylverfahren der Familie sei negativ beschieden worden, daher fehle die formale Voraussetzung für eine Verlegung nach Athen. Auf meine Frage an den zuständigen Beamten, den ich in meiner Empörung über diese Entscheidung selbst in seinem Büro auf dem Camp aufgesucht hatte, ob er in Kauf nehmen wolle, dass ohne Behandlung dieses Kind evtl. im Lager sterben könne, zuckte der nur mit den Schultern und gab mir zu verstehen, dass ich doch jetzt das Büro verlassen solle, weil er noch so viele andere Anträge zu bearbeiten habe.

### **Schmerzmittel aller Art**

Dies alles sind Einzelfälle, in denen ich manchmal an meiner Arbeit verzweifelt bin. Was aber bleibt als Bilanz der vielen anderen Behandlungen, die weniger spektakulär verliefen und den Alltag der Probleme darstellen, mit denen die Menschen zu uns kamen und oft mehrere Stunden Wartezeit dafür in Kauf genommen haben? Das wichtigste, was wir anbieten konnten, war, dass wir uns immer die nötige Zeit genommen haben, um zuzuhören, was die Patient:innen uns sagen wollten. Viel zu selten sind wir dabei an den Kern ihrer Symptome herangekommen, haben evtl. etwas an der Oberfläche gekratzt und dabei auch nicht den Anspruch erhoben, alle Hintergründe aufzudecken, denn wir hätten für den weiteren Umgang mit diesen wirklichen Gründen all der vielen Rückenschmerzen, all der Schlaflosigkeit und all der Bauchschmerzen ja gar kein nachhaltiges Hilfsangebot zur Verfügung gehabt. Am Ende haben wir den sehr vordergründigen Wünschen unserer Patient:innen entsprochen und Schmerzmittel aller Art verschrieben. Wir hatten dabei immer alle ein schlechtes Gewissen, das kam in den wöchentlichen Teambesprechungen deutlich zum Ausdruck. Auch viele unserer Patient:innen waren und sind sich ganz offenbar bewusst, dass diese vielen Tabletten ihnen nicht wirklich helfen. Wir waren sehr glücklich, dass seit Kurzem in unserem Projekt eine Physiotherapeutin und eine Masseurin ihre Behandlungen anbieten und haben davon lebhaft Gebrauch gemacht, denn so gab es doch noch eine andere Art der zugewandungs-basierten Behandlung als Alternative zu den immer gleichen zudeckenden Schmerzmitteln. Und dennoch: die Kombination aus Zuhören, das sonst im Alltag im Camp so selten ist, und der noch so oberflächlichen symptomatischen Therapie hilft vielen der Geflüchteten, ihren Alltag für eine begrenzte Zeit etwas leichter zu ertragen.

Insofern ist die Arbeit in der Primary Care in Kara Tepe berechtigt, und einigen Patient:innen haben wir sogar richtig helfen können, weil sie so akut und schwer erkrankt waren, dass wir

mit den notwendigen medizinischen Argumenten einige Hürden des griechischen Gesundheitssystems und der Bürokratie haben überwinden und ihnen die erforderliche Behandlung haben ermöglichen können. Aber das waren Einzelfälle, an der Hoffnungslosigkeit der Lebensumstände und Perspektiven dieser Menschen haben wir nichts, aber auch gar nichts geändert.

Das ist die wirklich erschütternde Erkenntnis, die ich am Ende dieses Einsatzes mit nach Hause nehme: Jede und jeder, die ihr Leben riskiert haben, um hierher nach Europa zu kommen, hat dies auf sich genommen wegen Traumatisierung durch Gewalt, Folter und Vergewaltigung, die sie in ihren Heimatländern und auf der Flucht erlebt haben. Sie sind nach Europa gekommen nicht nur, um hier ein besseres Leben zu finden, sondern weil sie die furchtbaren Erlebnisse ein für allemal hinter sich lassen wollen und auf all das gehofft haben, für das Europa eigentlich steht: Menschenrechte, Freiheit des Denkens und des Glaubens, Chancengleichheit. Wir aber heißen sie entgegen all dieser Werteversprechungen nicht willkommen, sondern dulden eine menschenunwürdige gefängnisähnliche Unterbringung über Monate und Jahre, treiben sie zurück aufs Meer, um alle abzuschrecken, die eventuell folgen könnten. Nach Angaben des Aegean Boat Report, einer norwegischen NGO, die die Flüchtlingsbewegungen auf dem Mittelmeer systematisch beobachtet und dokumentiert, wurden allein im Monat Januar 2021 bei 32 Flüchtlingsbooten mit 803 Menschen an Bord 23 Boote und 615 Menschen an Bord durch die griechische Küstenwache zurück getrieben, das entspricht einem Pushback-Anteil von 77 Prozent der Menschen, die nach Europa flehen, allein in einem Monat.

Wir Europäer treten inzwischen so viele Menschenrechte mit Füßen, dass wir den Kern unseres Selbstverständnisses schon längst verloren haben. Wir sind gerade dabei, an einer der wichtigsten unserer historischen Aufgabe zu scheitern, indem wir die Menschenrechte, deren Schutz so unersetzlich wichtig ist, um eine humane Gesellschaft für die Zukunft zu erhalten, auf eine sehr schäbige Weise verraten, weil wir Angst vor denen haben, die Stimmung machen gegen alles, was anders ist als wir. In den Wochen in Kara Tepe habe ich gelernt, dass wir auf diesem dunklen Weg schon viel weiter sind, als ich befürchtet hatte. Wenn wir nicht bei jeder Gelegenheit für die Menschenrechte in unserem Europa und besonders auch an unseren Außengrenzen offen eintreten, dann haben wir sie bereits verloren. Kein Land darf sich hinter dem Vorwand verstecken, dass leider die anderen an einer menschenwürdigen Lösung nicht mitwirken wollen. Es gibt 234 Städte in Deutschland, die sich als sichere Häfen bereit erklärt haben, sofort zusätzliche Flüchtlinge aufzunehmen. Es ist erbärmlich, dass die Bundesregierung nicht den Mut aufbringt, diese Hilfsbereitschaft endlich zuzulassen.

*\* Arndt Dohmen ist Facharzt für Innere Medizin in Freiburg und aktiv im Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik«.*

**express** / AFP e.V., Niddastraße 64, VH, 4. OG, 60329 Frankfurt a.M.

*Bankverbindung für Spenden und Zahlungen:*

AFP, Sparda-Bank Hessen eG, IBAN: DE28 5009 0500 0003 9500 37, BIC: GENODEF1S12