



Jahresbericht 2017

Menschenrechte. Gesundheit.
Nothilfe. Psychosoziale Arbeit.
Flucht und Migration.



medico international

5	Editorial
8	Jahresüberblick: Zwölf Monate, zwölf Ereignisse
10	Menschenrechte: Ende aller Hoffnung in Syrien?
12	Gesundheit/Psychosoziales: Gesell- schaftliche Spaltungen in Mittelamerika
15	Gesundheit: Der Kampf der Community Health Worker in Südafrika
18	Flucht & Migration: Abschotten, abschieben, rückführen
21	Flucht & Migration: Kritik an Europas Afrikapolitik
22	Nothilfe: Unterstützung der Rohingya in Bangladesch
24	Meldungen: Aktionen & Kampagnen
26	Partnerportrait: Nothilfe in Ostafrika - Abdullahi Hersi
27	Partnerportrait: Menschenrechte in Gaza - Mahmoud Aburahma
28	Stiftung: Symposium „Weltoffene Städte“ und medico-Haus
30	Finanzbericht
32	Gesamtergebnis
34	Gewinn- und Verlustrechnung
35	Ergebnisrechnung nach Aufwandskategorien
36	Bilanz
38	Organisation
40	Projektübersicht: Geförderte Projekte nach Regionen
43	Service: Weiterführende Infos

Eine andere Welt braucht eine andere Hilfe

Seit fünfzig Jahren leistet medico international Hilfe für Menschen in Not und arbeitet an der Beseitigung der strukturellen Ursachen von Armut und Ausgrenzung. In Solidarität mit den Ausgegrenzten und Marginalisierten im globalen Süden setzt sich medico für menschenwürdige Lebensverhältnisse ein, die ein Höchstmaß an Gesundheit und soziale Gerechtigkeit ermöglichen. Das Ziel ist, Armut, Not und Gewalt nicht nur zu lindern, sondern ihre Ursachen zu erkennen und zu überwinden. Denn die Welt leidet nicht an zu wenig Hilfe, sondern an Verhältnissen, die immer mehr Hilfe notwendig machen.

Für medico ist Hilfe Teil eines umfassenden solidarischen und politischen Handelns. Unser Bemühen, emanzipatorische Prozesse zu unterstützen, schließt dabei das Bewusstsein um die ambivalenten Folgen von Hilfe ein. Wir handeln nach der Maxime „Hilfe verteidigen, kritisieren und überwinden“. Kernpunkt ist die partnerschaftliche Kooperation mit Akteurinnen und Akteuren in Afrika, Asien und Lateinamerika. Wir exportieren nicht Hilfsgüter oder Projekte, sondern fördern lokale Strukturen und Initiativen vor Ort. Unsere Partnerinnen und Partner sind keine Hilfsempfänger, sondern kompetente Akteure, die im Kampf für bessere Lebensbedingungen selbst Hilfe organisieren und sich für das Menschenrecht auf Gesundheit einsetzen.

Krisen und Notlagen fallen nicht vom Himmel. Armut und Gewalt haben Ursachen in globalen Ausbeutungs- und Herrschaftsverhältnissen. Daher ist eine aktive und kritische Öffentlichkeitsarbeit eine zentrale Aufgabe von medico international. Stets Partei für die Rechte der Ausgeschlossenen ergreifend, engagieren wir uns in globalen Netzwerken, auf Veranstaltungen und durch Veröffentlichungen, mit Aktionen und Kampagnen. Wir informieren über vergessene Konflikte, unterdrückte Interessen und ausgeblendete Abhängigkeiten. Ziel ist der Aufbau und die Förderung einer transnationalen Gegenöffentlichkeit. In dieser bündeln sich die Ideen von einem menschenwürdigen guten Leben, überall gültigen Menschenrechten, sozialer Verantwortung und institutionalisierten Gemeingütern, die allen zugänglich sind.



Das Recht auf Stadt beschäftigt die Menschen längst nicht nur in Europa. In Brasilien kämpft der medico-Partner MTST mit Land- und Hausbesetzungen für ein menschenwürdiges Unterkommen.

Nothilfe

In den fünf Jahrzehnten, in denen medico Menschen in Not unterstützt, haben wir gelernt, dass Hilfe nicht – wie in den Medien oft vermittelt – eine Frage der Schnelligkeit ist. Auch in akuten Krisen gilt, dass Nothilfe internationaler Nichtregierungsorganisationen die vorhandenen Strukturen der Selbsthilfe fördern und ausbauen muss, statt sich an die Stelle einheimischer Akteure zu setzen. Unser Partnernetzwerk leistet eine solche nachhaltige Nothilfe. Sie hat zum Ziel, dass Menschen in Not so schnell wie möglich wieder selbstständig und selbstbestimmt handeln können.

Gesundheit

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit lässt sich nicht auf die Frage medizinischer Versorgung reduzieren. Erst recht nicht dort, wo Menschen nicht genügend Nahrungsmittel, kein Dach über dem Kopf, keine Bildung und keine Arbeit haben. Für medico schließt die Verwirklichung des umfassenden Rechts auf Gesundheit daher die Schaffung gesunder Arbeits-, Lebens- und Umweltbedingungen für alle ein. Mit unseren Partnerinnen und Partnern kämpfen wir gegen krankmachende Verhältnisse sowie für das Recht auf ein gesundes und gutes Leben.

Menschenrechte

In einer zutiefst gespaltenen Welt, in der eine globalisierte Ökonomie Millionen Menschen sozial und ökonomisch ausschließt, ja „überflüssig“ macht, steht medico an der Seite derer, die sich für die Verteidigung und Durchsetzung der unteilbaren sozialen, politischen und ökonomischen Menschenrechte einsetzen. Dabei muss sich jede Hilfe daran messen, ob und wie sie dazu beiträgt, die Menschen wieder „in ihr Recht zu setzen“. Der Kampf für soziale Gerechtigkeit, Bildung und Gesundheit ist so auch ein Kampf gegen Verhältnisse, die diese Rechte strukturell beschneiden.

Psychosoziale Arbeit

Von der Hilfe für Folteropfer über die Unterstützung von traumatisierten Flüchtlingen bis zur Arbeit mit misshandelten Frauen: Seit langem engagiert sich medico dafür, die individuellen Folgen massiver Ausgrenzungs- und Gewalterfahrungen in der Projektförderung eigenständig zu berücksichtigen. medico wendet sich dabei gegen die Pathologisierung der Betroffenen. Psychische Störungen sind menschliche Reaktionen auf unmenschliche Erfahrungen. Es geht darum, geschützte Räume zu schaffen, in denen Menschen – vermittelt über Haltungen wie Empathie, Vertrauen und Respekt – Würde und Handlungsfähigkeit zurückgewinnen können.

Flucht und Migration

Weltweit sind Menschen auf der Flucht vor Krieg, Armut und Hoffnungslosigkeit. Unsere Partnerorganisationen kämpfen gegen Fluchtursachen, leisten humanitäre Nothilfe, medizinische Versorgung, psychologischen Beistand und Rechtsberatung für Flüchtlinge, Migrantinnen und Migranten. In Herkunfts- und Transitländern, bei uns, in Netzwerken der Solidarität. Für das Recht auf ein Leben in Würde – überall.



medico international

Titelbild:

Entrechtet und vertrieben: Hunderttausende Angehörige der muslimischen Minderheit der Rohingya aus Myanmar suchen Zuflucht im Südosten von Bangladesch.

Foto: Tyrone Siu/REUTERS]



Dr. med. Anne Blum
Vereinsvorsitzende



Thomas Gebauer
Geschäftsführer

Liebe Leserinnen und Leser,

die Integration der Länder des Südens in eine von Wachstum und Rendite geprägte globale Ökonomie hat die Welt näher zusammenrücken lassen, aber zugleich auch tief sozial gespalten. Der technologische Fortschritt der letzten Jahrzehnte ist an großen Teilen der Weltbevölkerung vorbeigegangen. Nur auf unterster Stufe wurden sie in den Weltmarkt integriert: etwa als billige Arbeitskräfte in der globalen Textilproduktion, als Tagelöhnerinnen in der Produktion von Bioethanol oder Palmöl, als Käufer von ungesunden industriell produzierten Nahrungsmitteln, deren Konsum auf fatale Weise die Teilhabe an der Moderne suggeriert. Für viele weitere aber scheint es überhaupt keinen Platz in der globalisierten Welt zu geben.

Für medico liegt in solchen Umständen eine große Herausforderung. Mit humanitärer Hilfe alleine ist den prekären Folgen der wachsenden sozialen Verunsicherung nicht beizukommen. Bei all der Not, die es heute zu bekämpfen gilt, dürfen wir das Ziel solidarischen Handelns nicht aus dem Auge verlieren. Mit großer Sorge beobachten wir, wie der Erfolg von Hilfe mehr und mehr an den Mengen gelieferter Hilfsgüter, an reibungslos funktionierenden Transportwegen, an einem akribischen Belegwesen und zeitnahen Berichten gemessen wird – und dabei die Idee eines menschenwürdigen Lebens verblasst.

Große Ziele wie die Schaffung sozialer Gerechtigkeit, die Demokratisierung der Demokratie oder das Nachdenken über solidarische Formen von Ökonomie fallen unter solchen Umständen unter den Tisch. Genau darum aber geht es uns bei medico. Unbedingt wollen wir am emanzipatorischen Gehalt sozialen Handelns festhalten und den Eigensinn von Hilfe gegen ihre Ausrichtung an betriebswirtschaftlichen Kriterien verteidigen. Einsteins Warnung, dass nicht alles, was sich messen lässt, auch zählt, und nicht alles, was zählt, auch messbar ist, hat nichts an Aktualität eingebüßt. Die Welt mag aus den Fugen geraten sein, wie es manchmal heißt, aber sie ist noch immer bunt, vielfältig und voller Widersprüche. Und in eben diesen Widersprüchen werden auch die Möglichkeiten von Emanzipation als Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben sichtbar.

Bitte lesen Sie die nachfolgenden Seiten einmal aus dieser Perspektive. Das Verbindende der fast 120 Projekte, die wir 2017 in rund dreißig Ländern fördern konnten, ist die Vorstellung einer anderen Globalität – einer solidarischen Lebensweise, die sich nicht auf Konkurrenz und Egoismus stützt, sondern auf Mitgefühl, Neugier und Kreativität.

Ganz herzlich möchten wir uns bei Ihnen für Ihre Unterstützung und die Zustimmung, die Sie unserer Arbeit zukommen ließen, bedanken. Wir freuen uns, wenn Sie unsere Arbeit auch künftig kritisch-solidarisch begleiten.

Mit den besten Grüßen

Herzlichst

Anne Blum

Thomas Gebauer

Nur auf den ersten Blick idyllisch: Das palästinensische Viertel Shuafat am Rand von Jerusalem wird durch die Mauer begrenzt. Fünfzig Jahre nach dem Beginn der Besatzung ist der Konflikt verhärteter denn je.





Zwölf Monate, zwölf Ereignisse

Ostafrika

Katastrophe mit Ansage

In Ostafrika herrscht Dürre. In Kombination mit der internationalen Nahrungsmittelspekulation, erdrückenden Auslandsschulden und schweren Konflikten um die regionale Vorherrschaft wird daraus erneut eine Hungerkrise, die Millionen Menschen bedroht. Lokal gut vernetzte Partnerorganisationen in Kenia und Somalia leisten Nahrungsmittelhilfe [mehr auf S. 26].

Griechenland

Schande Europas

Am 18. März, dem Jahrestag des EU-Türkei-Deals, gehen in Athen Tausende Flüchtlinge und Solidaritätsgruppen auf die Straße und machen auf die katastrophale Situation in den EU-Hotspots in Griechenland aufmerksam. medico berichtet regelmäßig über Lager wie Moria und fördert die Organisation Refugee Support Aegean, die Flüchtlingen auf den griechischen Inseln juristisch und psychosozial zur Seite stehen.

Türkei

Wiederaufbau als Widerstand



In der Südosttürkei sind Hunderttausende Kurdinnen und Kurden vom türkischen Regime mit Bomben und Abrissbirnen aus ihren Städten vertrieben worden. Doch die Menschen wollen bleiben, zumindest in der Region. Mit Unterstützung von medico werden mehrere Hundert Häuser gebaut – die materielle Basis einer kurdischen Selbstbehauptung.

Januar

März

Mai

Februar

April

Juni

Israel/Palästina

Landraub legalisiert



Mit dem Regulierungsgesetz schafft die Knesset die Grundlage für die Legalisierung von Siedlungen und Außenposten, die illegal auf palästinensischem Privatland errichtet wurden. An der Seite der Union of Agricultural Work Committees setzt sich medico weiterhin für Landrechte palästinensischer Bäuerinnen und Bauern im Jordantal und gegen Enteignungen ein.

Afghanistan

Universität im Untergrund

In dem zerrissenen Land kommen auf Initiative der medico-Partnerorganisation AHRDO 700 Afghaninnen und Afghanen fünf Tage in einer Art Untergrunduniversität zusammen, um über Menschenrechte und Demokratie zu diskutieren – ein Zeichen der Hoffnung inmitten bzw. gegen Krieg und Gewalt [mehr auf S. 25].

Deutschland

Recht auf Stadt [Teil I]



Weltweit machen Flucht und Migration Städte zu Orten der Zuflucht. Wie können sie zu Räumen der Ankunft, des Bleibens und der Teilhabe werden – auch im Widerspruch zu nationalstaatlichen Abwehrpolitiken? Das Stiftungssymposium „Weltoffene Städte“ widmete sich der Diskussion um Sanctuary Cities und solidarische Städte [mehr ab S. 28].

Deutschland

Gegen-Gipfel

Die Proteste gegen das Treffen der G20-Staatschefinnen und -chefs in Hamburg machen Schlagzeilen. Auch medico ist zugegen. Beim zivilgesellschaftlichen Gegengipfel sprechen der Partner Ousmane Diarra aus Mali und die Partnerin Marta Sánchez aus Mexiko auf dem Podium „Für eine offene Gesellschaft: Solidarität gegen Abschottung und Rassismus“ [mehr auf S. 24].

Mexiko und Bangladesch

Akute Krisen

Zwei kritische Nothilfeprojekte mit Partnerorganisationen starten: Nach mehreren Erdbeben in Mexiko unterstützt Codigo DH in Oaxaca indigene Gemeinden. In Bangladesch leistet die langjährige Partnerorganisation Gonoshasthaya Kendra [GK] Soforthilfe für die zu Hunderttausenden aus Myanmar geflüchteten Rohingya [mehr ab S. 22].

Syrien

Die Rache des Regimes



Das Assad-Regime hungert das belagerte Ost-Ghouta mit 400.000 Menschen aus. Es ist der Anfang der Rückeroberung, die mit massivem militärischem Bombardement fortgesetzt wird. Dabei werden auch medico-Projekte getroffen – sowohl die Schulen in Erbin als auch das Frauenzentrum in Douma [mehr ab S. 10].

Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
------	--------	-----------	---------	----------	----------

Westafrika

Schutz der Freizügigkeit

„Wir fordern von unseren Staaten, keine Vereinbarungen mit Ländern der EU zu unterzeichnen, die dem Grundrecht auf Migration widersprechen.“ In der Erklärung von Bamako bezieht ein migrationspolitisches Netzwerk von Initiativen aus Westafrika, darunter die malische medico-Partnerorganisation AME, Position gegen die Migrationspolitik der EU.

Deutschland

Rein ins medico-Haus



Am 6. Oktober bezieht medico im Frankfurter Osten erstmals ein eigenes Domizil. Das von der medico-Stiftung finanzierte Gebäude sichert die Unabhängigkeit der Arbeit und entwickelt sich mit seinen Veranstaltungs- und Ausstellungsräumen schnell zu einem Ort der Gegenöffentlichkeit [mehr ab S. 28].

Brasilien

Recht auf Stadt [Teil II]



In Brasilien wehrt sich die Bewegung der Arbeitenden ohne Dach [MTST], unterstützt von medico, gegen die sozialen Ungleichheiten in den Städten: mit Protest, aber auch mit Besetzungen, Aneignungen und der Schaffung von landwirtschaftlichen Flächen in den erkämpften Wohnanlagen.

Krieg in Syrien

Ende aller Hoffnung?

Mit dem vorläufigen Sieg Assads in weiten Teilen des Landes ist der Krieg noch nicht zu Ende. Was von der syrischen Zivilgesellschaft übrig ist, muss sich neu orientieren – und kann doch daraus schöpfen, was sie in den vergangenen Jahren geleistet hat. Von Katja Maurer

In diesem Frühjahr sind binnen weniger Wochen gleich drei medico-Projekte in dem Strudel des Krieges zerstört worden: In Afrin im Norden wurde ein von medico durch Medikamente unterstütztes Krankenhaus im Zuge der türkischen Offensive getroffen. In Ost-Ghouta beschädigte in Douma eine Bombe das Frauenzentrum und schlug in Erbin eine bunkerbrechende Bombe in unterirdische Schutzräume des Schulprojektes ein. Stets gab es Tote, allein in den Kellerklassenzimmern sind mindestens 15 Kinder gestorben. Und hier wie dort sind die Gebiete erobert: Afrin ist von der türkischen Armee besetzt, in Ost-Ghouta sind Regierungstruppen und russisches Militär einmarschiert. Außerhalb der noch verbliebenen Gebiete unter kurdischer Kontrolle sind damit fast alle Projekte, die medico zum Teil seit Jahren und auch das ganze Jahr 2017 gefördert hat, an ein vorläufiges Ende gekommen. Es ist ein Wendepunkt. Welche Möglichkeiten es für zivilgesellschaftliches Handeln unter der Assad-Herrschaft geben wird, ist unbestimmt. Wer offen zur zivilen Opposition gehörte, wird wenig Spielräume haben und muss neben dem Militärdienst auch die diversen Geheimdienste fürchten.

Zwischen den Fronten

Alle Partnerorganisationen von medico haben sich mit ihren zivilen Tätigkeiten immer zwischen den Fronten bewegt. Die Untergrundschulen in Erbin machten die humanitäre Katastrophe auf erschreckende Weise deutlich. Denn dass 2.000 Kinder fünf Jahre lang in Kellern unterrichtet werden mussten, weil die Belagerung mit regelmäßigen Bombardierungen einherging, ist an sich beredt genug. Wer es nicht schaffte, das Land zu verlassen oder sich in sichere Regionen zu begeben, der oder die musste lernen, ein normales Leben unter unnormalen Bedingungen zu führen. Zugleich erzählten die Schulen und das Frauenzentrum in Douma auch davon, dass in Syrien nicht Wenige an ihrem demokratischen Anliegen festhielten. Das Bürgerkomitee in Erbin erarbeitete in diesem Sinne Lehrpläne für die Schulen.

Die Schulen waren säkular ausgerichtet und verfolgten die Idee einer demokratischen Erziehung. Damit gerieten sie immer wieder in Auseinandersetzung mit den islamisch oder islamistisch ausgerichteten Milizen. Ähnliche Auseinandersetzungen gab es auch beim Frauenzentrum in Douma.

Am Beispiel von Erbin lässt sich auch die Genese des syrischen Konflikts erzählen. In Erbin gab es nach den friedlichen Protesten eine Zeit lang eine Selbstverwaltung der Bewohnerinnen und Bewohner, weil sich das Militär aus der Stadt zurückgezogen hatte. Dann militarisierte sich der Konflikt, es entstanden bewaffnete Milizen unterschiedlicher Couleur, die sich in einer zunehmend aussichtsloseren militärischen Auseinandersetzung nach und nach radikalisierten. Ob dahinter politisch-ideologische Programme standen – Gelder kamen unter anderem aus der Türkei und Katar – oder einfach Formen von Söldnerwesen im Rahmen einer Kriegsökonomie, lässt sich nicht immer sagen. Allerdings rekrutierten sich die bewaffneten Kräfte aus Bewohnern der Stadt – im Gegensatz zum IS oder auch zu den Assad-Truppen und ihre Vielzahl internationaler Söldner. So gab es zumindest Gesprächsmöglichkeiten, weshalb die Schulen und das Frauenzentrum trotz massiver Angriffe weiterarbeiten konnten. Mit der militärischen Unterstützung Assads durch Russland 2015 wendete sich das Blatt. Schnell wurde klar, dass die Bereitschaft zu völkerrechtswidrigen Angriffen gegen die Zivilbevölkerung in den von Milizen kontrollierten Gebieten gepaart mit russischer militärischer Hochtechnologie die Situation entscheidend verändern würden. Das ist nun eingetreten.

Kurdische und palästinensische Dilemmata

Für die syrisch-palästinensischen und -kurdischen medico-Partnerorganisationen stellen sich zum Teil andere Fragen. Die syrischen Kurdinnen und Kurden haben in der Bürgerkriegssituation versucht, ihre Autonomie zu

stärken und ein gesellschaftliches Projekt unter Beteiligung aller dort lebenden Minderheiten zu beginnen. Soweit unter den kriegerischen Bedingungen möglich, gibt es dabei durchaus demokratische Ansätze, die an die syrische Demokratie-Rebellion anknüpfen und jenseits religiöser und ethnischer Spaltungen eine Alternative aufbauen wollen. Zugleich aber haben die Kurdinnen und Kurden die direkte Konfrontation mit Assad-Truppen vermieden. Nach dem Einmarsch der Türkei ins syrisch-kurdische Afrin haben sie bei der Zentralregierung erfolglos um Unterstützung gebeten. Der türkische Präsident Erdoğan hat angekündigt, weitere kurdisch besiedelte Gebiete besetzen zu wollen. Das könnte einen militärischen Konflikt mit dem Nato-Partner USA bedeuten. Aktuell arbeiten die medico-Partnerorganisationen in Rojava weiter.

Die medico-Partnerorganisation Jafra ist nach wie vor in vielen palästinensisch geprägten Gemeinden Syriens aktiv. Doch auch die syrisch-palästinensischen Gruppen stehen vor neuen Herausforderungen. Vor allem die junge Generation war Teil des Aufstands und der Demokratie-Bewegung. Tausende kamen ins Gefängnis, wurden umgebracht oder sind bis heute verschwunden. Die jahrelange Belagerung des größten syrisch-palästinensischen Lagers Yarmouk, vor dem Krieg ein blühender Stadtteil von Damaskus, hat zu einem Exodus von Abertausenden geführt. Die Palästinenserinnen und Palästinenser stehen vor der existentiellen Frage, welche Zukunft sie in Syrien überhaupt haben. Möglicherweise ist ein Einsatz für das palästinensische Anliegen nur noch um den Preis der Unterwerfung unter die Bedingungen des Regimes zu haben. Die Führung in Ramallah hatte ihre Unterstützung für Assad ohnehin nie aufgegeben.

Kritik an medico

Die Unterstützung zivilgesellschaftlicher Kräfte in Syrien in all ihrer hier aufgezeigten Diversität hat medico auch Kritik eingebracht. Gerade die Unterstützung in Erbin und Douma wurde von manchen als Unterstützung islamistischer Milizen interpretiert. medicos Anliegen war und ist es jedoch, an der Seite der betroffenen Zivilbevölkerung zu agieren und ihnen auch unter diesen kriegerischen Bedingungen, die sie nicht beeinflussen können, zur Seite zu stehen. Die Kritik basiert womöglich auf der Vorstellung, dass eine wie auch immer geartete Beendigung des Bürgerkrieges in Syrien die beste Hilfe für die Zivilbevölkerung sein mag. Das ist eine verständliche pragmatische Idee. Ob sie sich realisieren wird, ist allerdings fraglich. Denn mit dem sich abzeichnenden Sieg Assads ist der Stellvertreter-Krieg, der immer offener zutage tritt, noch lange nicht vorbei. Mit der Sicherung der Assad-Herrschaft ist auch eine iranische Vorherrschaft in Syrien angezeigt. Denn die Unterstützung durch den Iran und die Hizbollah waren neben der russischen Militärhilfe wesentlich. Die Auseinandersetzung um die regionale Vorherrschaft zwischen Iran und Saudi-Arabien, die auch in Syrien stattfindet, heizt das weiter an. Auch Israel, das immer wieder vermutete iranische Stützpunkte in Syrien angegriffen hat, hat mili-



Zerstört, verloren, die Zivilgesellschaft zerrieben zwischen Regime und Islamisten: In Douma, Ost-Ghouta begann 2011 der Aufstand gegen die Assad-Diktatur.

tärisch noch nicht das letzte Wort gesprochen. Während also die Assad-Regierung ihre Herrschaft in Syrien durch „demographic engineering“, also durch bevölkerungspolitische Umgruppierung, massive Enteignung und Neuansiedlung von regimetreuer Bevölkerung und Söldnern zu sichern versucht, könnte der internationale Konflikt in eine nächste gefährliche Runde gehen. Trotzdem bleibt abzuwarten, ob sich für das, wofür die medico-Partnerinnen und Partner selbst inmitten des Krieges eingetreten sind und eintreten, neue Handlungsspielräume eröffnen. Der Horizont für eine dauerhafte demokratische Neuordnung Syriens ist allerdings weiter entfernt als je zuvor.

Auch im siebten Kriegsjahr hat medico zivilgesellschaftliche Kräfte in Syrien, die Selbstorganisation in den kurdischen Gebieten im Norden sowie die Nothilfe für Binnenvertriebene unterstützt. Hierfür wurden inklusive Mittel des Auswärtigen Amtes 2.254.318,53 € aufgewendet. Hinzu kommen Gelder für die medizinische Versorgung syrischer Flüchtlinge im Libanon.

Gespaltenes Mittelamerika

Trotz allem: Die Solidarität lebt fort

Im Herbst 2017 ist medico-Geschäftsführer Thomas Gebauer mit dem Schriftsteller Ilija Trojanow von Mexiko über Guatemala und El Salvador bis nach Nicaragua gereist. Ein Interview über gesplattene Gesellschaften, linke Regierungsprojekte, medicos Gesundheitsarbeit und die Strahlkraft von Inseln der Vernunft.



In einer kleinen Zahnklinik im Norden Guatemalas. Über Jahrzehnte hat medico die Gesundheitsarbeit ihrer Partnerorganisation ACCSS unterstützt. Außerdem betreibt ACCSS ein Ausbildungszentrum für Gesundheits- und Gemeindeentwicklung: „Eine Oase inmitten einer von Bergbau und Palmölanbau verwüsteten Welt.“

Du warst bereits in den 1980er Jahren für medico mehrfach in Mittelamerika. Wie hat sich die Region seither verändert?

In den 1980er Jahren erreichte die Globalisierung auch die entlegenen Dörfer entlang der mexikanischen Grenze zu Guatemala. Eine Straße wurde gebaut, Stromtrassen gelegt. Das war die Voraussetzung, um die bis dahin unerschlossenen Gegenden von Chiapas für den kapitalistischen Weltmarkt öffnen zu können. Heute sind auch die indigenen Dörfer an das Stromnetz angeschlossen. Allerdings können sich nur wenige Bewohnerinnen und Bewohner Geräte leisten, die Strom benötigen. Sie sind an die Globalität an- und gleichzeitig von ihr ausgeschlossen. Dieses Phänomen findet man überall in Lateinamerika. Im Petén im Norden Guatemalas sind die Wälder abgeholzt und Plantagen für die Herstellung von Palmöl angelegt worden. Auch diese Region ist in den globalen Markt integriert. An diesem verdienen einige Wenige Unsummen, während unendlich Viele nur an dessen unterem Rand teilhaben dürfen – als Tagelöhner auf den Plantagen oder als Käuferinnen von ungesunden industriell produzierten Nahrungsmitteln.

Die Integration in den Weltmarkt hat die gesellschaftlichen Gegensätze verschärft?

Ja, sie hat die Gesellschaft extrem gespalten und fragmentiert, es gibt eine Gleichzeitigkeit von Verarmung und Bereicherung, von Ausschluss und Teilhabe. Auf vielen Stationen haben wir erlebt, wie die Kluft zwischen dem, was wir globaler Norden und Süden nennen, angewachsen ist. Selbst in San Salvador gibt es Stadtteile, die sich kaum von noblen Vierteln in Los Angeles unterscheiden, mit allen Selbstverständlichkeiten und Statussymbolen des globalen Kapitalismus. Direkt daneben leben die Menschen in bitterer Armut.

Ist Armut die zentrale Ursache, die immer mehr Menschen die gefährliche Reise Richtung Norden wagen lässt?

Menschen versuchen der Armut zu entfliehen, aber auch Perspektivlosigkeit und grassierender Gewalt. Je weiter südlich wir gereist sind, umso mehr hat die Präsenz von Waffen zugenommen. In Ländern wie Guatemala, El Salvador und Honduras haben Kriminalität und Gewalt große Teile der Gesellschaft fest im Griff. An dem Wochenende, an dem wir in San Salvador waren, gab es allein in der Stadt 116 Morde. Die kriminellen Banden der Maras haben Parallelgesellschaften ausgebildet, während Polizei und Militär nur noch dazu da sind, die Privilegierten zu schützen. Das macht das Leben vieler Menschen unerträglich.

Wie ist euch die Migration auf der Reise begegnet?

Wir sind von Nord nach Süd gegen die Fluchtrouten gereist. Überall sind wir auf Gruppen von Menschen getroffen, die das Wagnis der Migration auf sich nehmen, zumeist junge Männer, manche auch mit noch kleinen Geschwistern an der Hand. Besonders beeindruckt hat mich der Besuch zweier medico-Projekte, die den Migrantinnen und Migranten zumindest kurzzeitig Zuflucht bieten. Die Herberge „La 72“ in Mexiko begann als kleine Kapelle, heute ist sie ein großes Refugium, in dem Flüchtlinge sich in einem geschützten Raum ausruhen können. Vielen sieht man die Entbehrungen an. In Playa

Grande in Guatemala betreibt unsere Partnerorganisation ACCSS ein Ausbildungszentrum für Gesundheitspromotoren und Gemeindeentwicklung. Es ist wie eine Oase inmitten einer von Bergbau und Palmölanbau verwüsteten Welt. Auch hier machen Migrierende Rast, und ich fand es faszinierend zu sehen, wie der medico Grundsatz „Für das Recht zu gehen und das Recht zu bleiben“ konkret gelebt wird: Sie bekommen Informationen für die Weiterreise, aber auch Unterstützung und Ideen, was sie tun können, wenn sie doch bleiben wollen.

Du hast über die Gemeinsamkeiten der Länder gesprochen. Welche Unterschiede gibt es?

Ich habe eben die Richtung Süden wachsende Waffendichte beschrieben. Kommt man aber nach Nicaragua, sieht man plötzlich sehr viel weniger Waffen. Das hat damit zu tun, dass im Zuge der sandinistischen Revolution die alten Kräfte des reaktionären Militärs komplett aufgelöst und damit unheilvolle Traditionen gebrochen wurden. Es ist auch spürbar, wie der Sieg über die Diktatur das Selbstbewusstsein der Menschen gestärkt hat. Ohne die heutigen Machtstrukturen des Ortega-Clans schönreden zu wollen: Man merkt, dass Nicaragua die Erfahrung einer gesellschaftlichen Umwälzung gemacht hat. Das wird im Vergleich zu Guatemala besonders drastisch spürbar. Dort haben der grausame Bürgerkrieg und die vom Regime begangenen Menschenrechtsverletzungen derart verbrannte Erde hinterlassen, dass das Land heute noch auf vielen Ebenen um eine Aufarbeitung der Vergangenheit ringt. Hierbei sind in den vergangenen Jahren – auch durch die Arbeit von medico-Partnerorganisationen – zwar beachtliche Erfolge errungen worden, bis hin zu Verurteilungen von hochrangigen Ex-Militärs. Aber es ist noch ein langer und unsicherer Weg.

Ähnlich wie in Südamerika gibt es auch in Mittelamerika immer wieder linke Regierungsprojekte, momentan etwa in El Salvador. Welche Hoffnungen verbindest du damit?

In El Salvador gibt es im Bereich der Gesundheit seit Jahrzehnten eine ungeheuer starke und breite Zivilgesellschaft. Mit ihr und unter ihrem Druck versucht die linke Regierung eine Gesundheitsreform zu verwirklichen, die wirklich beeindruckend ist. Gleichwohl stehen diese Erfolge auf tönernen Füßen. Der salvadorianische Gesundheitsminister hat es im Gespräch so formuliert: „Wir sind zwar an der Regierung, aber nicht an der Macht.“ Genau da liegt das Problem und das ist durchaus vergleichbar mit Ländern wie Brasilien: Weder hier noch dort gab es eine grundlegende Veränderung der sozioökonomischen Verhältnisse. Die alten feudalen Strukturen sind weiterhin intakt. Das beschränkt die Möglichkeiten jedes linken Regierungsprojektes, Entscheidendes an den extremen sozialen Ungleichheiten zu verändern. Damit geht auch die Gefahr ihres Scheiterns einher.

Auch medico hat in seinem langen Engagement vor Ort vieles lernen müssen. Ein Beispiel: In Folge des Hurrikans Mitch 1998 gab es in Nicaragua das erfolgreiche Wiederansiedlungsprojekt El Tanque. Ein Nachfolgeprojekt, La Palmerita, hingegen ist gescheitert. Wo lagen die Unterschiede?

Veränderung ist immer Sache der Menschen selbst. Projekte lassen sich nicht überstülpen. Die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner von La Palmerita hat sich trotz aller Bemühungen im Bereich von Fort- und Ausbildung sowie der psychosozialen Arbeit nicht mit der Perspektive einer kleinbäuerlichen Existenz anfreunden können. Immer mehr Familien verkauften ihr Land an Dritte, was den Ansatz eines kooperativen Gemeinwerts schwächte. In El Tanque hingegen besitzt bis heute die Kooperative das Vorkaufsrecht. Das hat viel damit zu tun, dass sich die Bewohnerinnen und Bewohner, nachdem sie durch den Hurrikan alles verloren hatten, das Land in einem kollektiven Kampf angeeignet haben. Landtitel wurden ihnen nicht geschenkt, sie haben sie sich erstritten. Natürlich gab und gibt es auch in El Tanque Schwierigkeiten, es ist kein Paradies auf Erden. Trotzdem ist es das einzige Dorf, das wir auf unserer Reise besucht haben, in dem die Menschen für die Zukunft planen und nicht eine Zukunft an einem anderen Ort imaginieren. Das zeigt sich auch in einem schonenden Umgang mit den Agrarflächen. Was hier entstanden ist, ist eine ziemlich stabile Form von Eigenständigkeit. Genau darum geht es auch in anderen medico-Projekten, etwa wenn in Guatemala Gemeinden kollektiv die Trinkwasserversorgung verbessern oder Brücken bauen.

In den 1980er Jahren hat sich medico an der Seite von vor allem für den Aufbau von Gesundheitsdiensten engagiert. Gibt es diesen Schwerpunkt so noch?

Unser weites Verständnis von Gesundheit spiegelt sich in der Projektförderung wider. In Guatemala werden Gesundheitspromotorinnen und -promotoren ausgebildet, in Nicaragua unterstützen wir in ländlichen Regionen Menschen mit chronischer Niereninsuffizienz. In Guatemala fördern wir aber auch die psychosoziale Arbeit bei der Aufarbeitung schwerwiegender Menschenrechtsverletzungen sowie den Kampf um wirtschaftliche, soziale, kulturelle und Umwelt-Rechte indigener Gemeinden – und damit um die sozialen Determinanten von Gesundheit. In El Salvador geht es um partizipatorische Gesundheitsmodelle und den zivilgesellschaftlichen Einfluss auf die nationale Gesundheitspolitik. Selbst der Kampf gegen die Enteignung von Land im Zuge des Kanalbauprojekts in Nicaragua ist gesundheitsrelevant. Denn

ohne Land drohen Armut und Ernährungsunsicherheit – und damit Krankheit. Insofern arbeitet medico heute in Mittelamerika entlang der ganzen Palette dessen, was ein gesundes Leben erfordert und ausmacht.

Wenn man wie du den Elan der 1980er Jahre mit den großen Befreiungsbewegungen mitbekommen hat: Wie fällt heute die Bilanz aus?

Auf einen ersten Blick stimmt die heutige Lage wenig hoffnungsvoll. Die neoliberale Kraft zielt überall darauf, Solidarität zu zerstören und durch Konkurrenz zu ersetzen. Aber wenn man genau hinsieht, entdeckt man, dass Solidarität, Aufbegehren und das Beharren auf Rechten fortleben. Wir haben das 50jährige Jubiläum von medico nicht umsonst unter das Motto „Rettung lauert überall“ gestellt: Auch und gerade in Mittelamerika ist das erfahrbar. Ich glaube aber auch, dass sich in den Strategien etwas verändert hat: In den 1980er Jahren dominierte die Idee von befreiten autonomen Gebieten. Auch heute geht es darum, „Inseln der Vernunft“ zu schaffen. Aber es gibt ein viel stärkeres Bemühen, kleinere lokale Widerstandspole aufzubauen, sich zu vernetzen, sich in den Widersprüchen zu bewegen und Spielräume zu nutzen. Es ist dieser Kampf um Hegemonie durch Netzwerke, der die Zukunft prägen wird.

Du sprichst von Oasen und Inseln: Inwiefern strahlen diese auf ihr Umfeld ab?

Pater Fray von dem Refugio La 72 in Mexiko hat das so beantwortet: Wenn die Migrantinnen und Migranten in der Herberge eine Praxis von Solidarität erleben, ist das eine Erfahrung, die sie verändern kann – und die sich mit ihnen auf den Weg macht.

Das Interview führte Christian Sälzer.

medico hat für die Projektförderung in Mittelamerika, das Projektbüro in Managua, die Aktivitäten des People's Health Movement Zentralamerika sowie die 7. International People's Health University, die in El Salvador stattfand, 2017 insgesamt 568.271,12 € aufgewendet, darunter auch Mittel des BMZ und der stiftung medico international.



Thomas Gebauer

„Hilfe? Hilfe!“ Ein Buch zeigt Wege aus der globalen Krise

Thomas Gebauer arbeitet seit 1979 für medico international, seit 1996 als Geschäftsführer. Er ist einer der beiden Initiatoren der 1997 mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichneten »Internationalen Kampagne zum Verbot von Landminen«. Im Sommer 2018 wird er seinen Posten im Verein medico abgeben und sich ausschließlich um die stiftung medico international kümmern. Gemeinsam mit dem Schriftsteller Ilija Trojanow hat er 2017 mehrere zentrale Projektregionen von medico bereist. Ausgehend von diesen Reisen haben sie das Buch „Hilfe? Hilfe! – Wege aus der globalen Krise“ geschrieben, das gegen die verschiedenen Facetten der Wohltätigkeit einen kritischen Hilfsbegriff stark macht, der zur Selbsthilfe animiert und dennoch grundsätzliche Veränderungen ermöglicht. Das Buch erscheint Ende August im S. Fischer-Verlag.

Soziale Kämpfe in Südafrika

Das Aufbegehren der nächsten Generation

Jahrzehnte nach dem Ende der Apartheid sind die Versprechen auf Gleichheit und Gerechtigkeit nicht eingelöst. Das führt zu Protesten. Auch die Community Health Worker kämpfen um Anerkennung und für würdige Arbeitsbedingungen. Von Usche Merk



Gesundheitsarbeiterinnen demonstrieren für ihre Anerkennung und überfällige Integration in das öffentliche Gesundheitssystem.

Manchmal braucht es eine neue Generation, die den Finger in die Wunden der Vergangenheit und der ungelösten Fragen der Gegenwart legt. In Südafrika ist es die Studierendenbewegung, die das Post-Apartheid-Narrativ der Regenbogennation massiv in Frage stellt. Auf vielfache Weise ist sie damit konfrontiert, dass die rassistische, koloniale Vergangenheit in den Köpfen und Strukturen der Gesellschaft fortlebt. Verantwortliche für Menschenrechtsverbrechen sind kaum zur Rechenschaft gezogen worden und Apartheidopfer kämpfen noch immer um Entschädigung, Aufklärung über Verschwundene und eine Strafverfolgung, die ihren Namen verdient. Auch die ökonomische und gesellschaftliche Ungleichheit entlang der alten rassistischen Kategorien hat sich mit der aggressiven neoliberalen Wirtschaftspolitik eher noch verschärft als verringert. Die Profiteure von gestern sind weitgehend auch die Profiteure von

heute. Die Hoffnung, mit der ehemaligen Befreiungsbewegung African National Congress (ANC) an der Macht werde sich die Gesellschaft langsam zum Besseren entwickeln, hat sich als Trugschluss erwiesen.

Es ist also kein Zufall, dass die junge Generation in ihrer Auseinandersetzung mit der aktuellen Situation den Blick auf die historischen Wurzeln richtet: auf die koloniale Landnahme, die kulturelle Demütigung und Entwürdigung durch den Rassismus, auf Kolonisierung, Sklaverei und Apartheid. Die Geschichte Südafrikas ist auch eine Geschichte der Forderungen nach einem Bruch mit Gewalt und Unterdrückung sowie der Kämpfe für eine andere Zukunft. Hieran knüpft die junge Generation an, indem sie die alten Sehnsüchte nach würdigen Lebensverhältnissen mit neuem Leben füllt. So legt der ANC zwar große staatliche Sozialhilfeprogramme für

fast 17 Millionen Empfängerinnen und Empfänger auf. Das hält die Menschen am Leben, beseitigt aber nicht die strukturellen Ursachen von Armut. Arbeitslosigkeit und Armut sind lediglich weniger sichtbar. Die „Born Free“ – die junge Generation, die nach dem Ende der Apartheid geboren wurde – erlebt dies als entwürdigend und lähmend, zumal die Zahlungen weit unter dem Existenzminimum bleiben. Auch die vielen prekären Arbeitsverhältnisse sehen sie nicht als ökonomische „Entwicklung“, sondern als Zementierung ungerechter Arbeitsstrukturen. „Diese Ausbeutung unserer Eltern können wir nicht mehr zulassen.“

Mit dieser Aussage solidarisieren sich Studierende mit den Arbeiterinnen und Arbeitern an den Universitäten – Putzleute, Gärtnerinnen, Fahrer, Aufsichtspersonal oder Hausmeister –, die gegen ihre Prekarisierung protestieren und ordentliche Arbeitsverträge als Festangestellte forderten. Dabei verknüpften sie die Kämpfe für kostenlose und dekolonisierte Bildung mit der Forderung nach einem Ende des Outsourcing. Tatsächlich hängt beides zusammen: Mit der Kürzung öffentlicher Zuschüsse und der zunehmenden privatwirtschaftlichen Finanzierung von Universitäten folgte nicht nur eine Erhöhung der Studiengebühren, sondern auch das neo-liberale Outsourcing von Dienstleistungen, um Kosten zu reduzieren. Die Folge: Arme Familien wurden noch ärmer. Durch die Solidarität der Studierenden geriet die Situation von prekären Arbeitskräften, die sich isoliert und rechtlos erlebten, viel stärker ins Bewusstsein der Öffentlichkeit und ermutigte andere Betroffene, sich zusammenzuschließen und bessere Arbeitsbedingungen zu fordern. Es öffnete den politischen Raum zur Kritik an einer staatlichen Praxis, die öffentliche Dienste privatwirtschaftlichen oder zivilgesellschaftlichen Akteuren überlässt, ohne sich um die Qualität der Dienstleistungen und die Situation der Arbeitskräfte zu kümmern.

Gesundheitsarbeiterinnen gegen Prekarisierung

Eine zentrale Gruppe dabei sind die Community Health Worker (CHW), deren Selbstorganisationsprozess medico seit 2014 unterstützt. Anfang der 2000er Jahre wurde Südafrika von einer riesigen HIV-Krise überrollt. Erst durch jahrelange Kämpfe der HIV-Betroffenen wurde der flächendeckende Zugang zu antiretroviralen Medikamenten erreicht, und über externe globale Finanzierungsprogramme wie den Global Fund wurden Zehntausende von Gesundheitsarbeiterinnen beschäftigt, um die Krise aufzufangen. Sie sind die Verbindung zwischen Patientinnen und Patienten in den Gemeinden und dem formalen Gesundheitssystem, sie kümmern sich um AIDS-Beratung, Medikamentenüberwachung, Prävention und Pflege, auch über HIV und Aids hinaus. Südafrika wird für das weltweit größte antiretrovirale Programm gefeiert, das die Aids bezogene Todesrate massiv gesenkt hat. Ohne die Arbeit der rund 70.000 Community Health Worker, die meisten von ihnen Frauen, wäre das nicht möglich gewesen. Anerkannt wird all das allerdings nicht, im Gegenteil. Obwohl sie fünf Tage die Woche arbeiten und von Haus zu Haus gehen, gelten sie als „Freiwillige“, die nur Kurzzeitverträge mit einer

extrem niedrigen Aufwandsentschädigung bekommen, die weit unter dem Mindestlohn liegt. Obwohl sie die Basis des Gesundheitssystems bilden, sind sie entgegen aller Lippenbekenntnisse und Reformvorschläge arbeitsrechtlich noch immer nicht in das System integriert. Eine Studie der Wochenzeitung Mail&Guardian befand 2016, dass die Gesundheitsarbeiterinnen in den Gemeinden die am niedrigsten bezahlten Arbeiterinnen in Südafrika sind und „das Gesundheitssystem durch ihre niedrigen oder ausbleibenden Gehälter subventionieren“.

Der fragile Status der Community Health Worker ist auch mitverantwortlich dafür, dass das Fachpersonal in Kliniken ihre Arbeit oft nicht anerkennt und sie zugleich mit den überwältigenden Herausforderungen in den armen Gemeinden alleine lässt. Zu Beginn des medico Projekts waren viele der Frauen verzweifelt und frustriert über die Unwürdigkeit ihrer Situation, wussten aber nicht, was sie dagegen tun konnten. Sie hatten Angst, schikaniert zu werden, wenn sie als Einzelne die Zustände öffentlich ansprechen. Nach und nach aber tauschten sie sich über ihre Erfahrungen aus. Sie sahen, dass sie sich zusammenschließen müssen, um gemeinsam ihre Situation zu verbessern. Durch ein Netzwerk von sechs solidarischen südafrikanischen NGOs, das medico fördert, werden die Arbeiterinnen in verschiedenen Provinzen mit logistischer Hilfe, Finanzierung, organisatorischer und politischer Bildung und Beratung unterstützt. Im Zuge der Netzwerkarbeit entstanden ganz neue Dynamiken. 2017 mündeten diese in einer Region in den Aufbau einer eigenen Organisation, dem Gauteng Community Health Workers Forum, das inzwischen 1.750 Arbeiterinnen repräsentiert, die zu 105 Kliniken gehören. In einem sehr demokratischen, partizipatorischen Prozess wählten die Frauen eine Führungsstruktur und zwei Organisatorinnen. Sie eröffneten ein Büro, etablierten eine WhatsApp-Gruppe sowie eine Facebook-Seite und produzierten regelmäßige Newsletter mit eigenen Texten. Sie sind sich jedoch sehr bewusst darüber, dass sie keine Machtstrukturen innerhalb der Organisation entwickeln wollen. „Wir wollen keine Eliten schaffen“, sagt Zoleka Mbotshelwa, die Vorsitzende des Forums. „Alles muss an die Mitglieder zurückberichtet werden.“

Landesweit vernetzt

Ähnliche Foren haben sich auch in anderen Provinzen entwickelt und langsam vernetzen sie sich auf nationaler Ebene. Durch ihre Diskussionen haben sie ein gemeinsames Kampagnenziel formuliert: „Wir wollen in das öffentliche Gesundheitssystem als Festangestellte im Rahmen des Mindestlohns integriert werden.“ In ihren Kampagnen nutzen sie die verschiedenen Ebenen: rechtliche Schritte, um ihren Status als „Freiwillige“ in Frage zu stellen, organisationspolitische Fortbildungswerkshops mit neuen Kolleginnen, Protestaktionen und Demonstrationen auf der Straße. Ein erster Erfolg war das Urteil des Gauteng Arbeitsgerichts, dass Community Health Worker nicht länger als „Freiwillige“ gelten, sondern als Arbeitnehmerinnen eingestuft werden müssten. Das Gesundheitsministerium reagierte prompt und wies das Urteil unter Verweis auf die steigenden Kosten



In Südafrika ist die Aids-Todesrate deutlich zurückgegangen. Das liegt auch am Engagement der Community Health Worker.

zurück. Mehr noch: Nach dem Urteil versuchte die Regierung, die Arbeiterinnen in eine private Outsourcing Agentur zu zwingen. Viele weigerten sich jedoch. Das Gauteng CHW Forum ist sich bewusst, dass der Weg bis zur ernsthaften Anerkennung ihrer Arbeit noch weit ist: „Unsere Solidarität wird uns weitertragen, wir müssen stark sein und zusammenhalten“, sagt Zoleka.

Als der Organisationsprozess anfang, äußerten manche aus dem Gesundheitssektor Bedenken, dass die Gemeindeggesundheitsarbeiterinnen ihre fürsorgliche Perspektive in den Gemeinden verlieren könnten, indem sie sich auf ihre eigenen Interessen fokussieren. Eine partizipative Untersuchung 2017 zeigte, dass das Gegenteil der Fall ist: Die Sorge der Arbeiterinnen für das Wohlbefinden ihrer Patientinnen, Patienten und Gemeinden hat sich noch erhöht. Und ihre Forderungen sind nicht nur auf sie selbst bezogen. Neben würdigen Arbeitsbedingungen wollen sie auch eine würdige, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für ihre Gemeinden. So schließt sich der Kreis, der die Kämpfe der CHW, der Gemeinden und der Studierenden verbindet: Es geht um die Vision eines anderen Südafrikas, das im Bewusstsein der historischen Gewaltgeschichte und der vielen opferreichen Kämpfe der vorangegangenen Generationen an der Verwirklichung der Idee einer gerechten, nicht-rassistischen und menschenwürdigen Gesellschaft festhält.



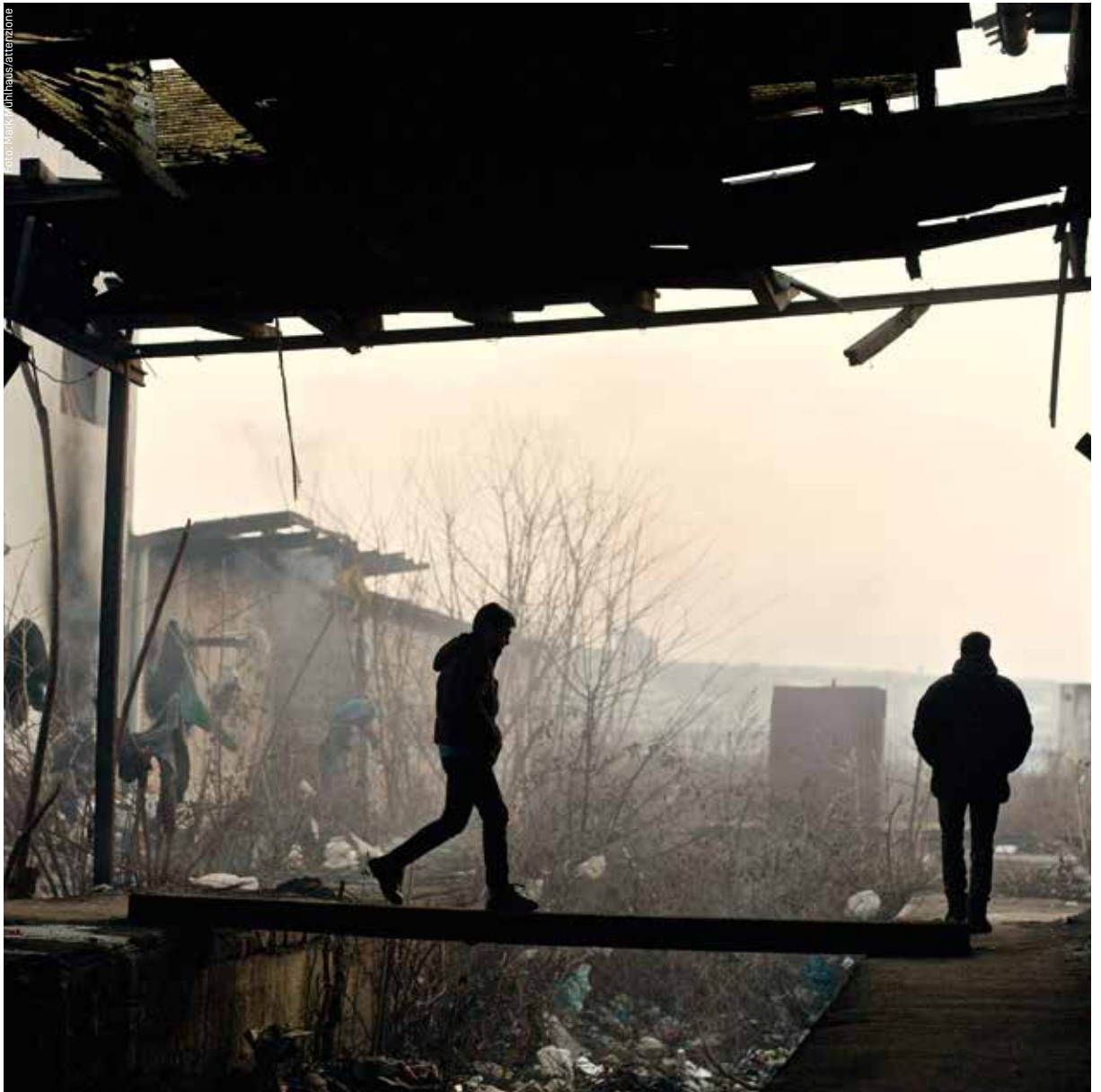
Die Gesundheitsarbeiterinnen und -arbeiter kämpfen für würdige Arbeitsbedingungen und eine hochwertige medizinische Behandlung.

2017 förderte medico sechs südafrikanische Nichtregierungsorganisationen, die sich zu einem Netzwerk zusammengeschlossen haben und die Selbstorganisation der Community Health Worker unterstützen, mit 574.175,55 €, darunter auch Mittel des BMZ.

Abschotten, abschieben, rückführen

Bloß weg von hier

Nicht nur Europa setzt in der Asyl- und Migrationspolitik auf Abschiebungen und „freiwillige“ Rückkehr. Die Instrumente der Abschottung werden inzwischen global eingesetzt. Von Ramona Lenz



Kaltes Europa: Geflüchtete aus Afghanistan harren in Belgrad aus. Die Missachtung ihrer Rechte soll sie zu einer „freiwilligen Rückkehr“ drängen.

2017 stand im Zeichen der Rückführung. In Deutschland, in Europa, aber auch in vielen anderen Regionen der Welt ist das Rückführen von Menschen an Orte, die sie verlassen haben, um anderswo Schutz und ein Auskommen zu finden, zum bevorzugten Mittel der Asyl- und Migrationspolitik geworden. Dieses Mittel entspricht der Logik westlicher „Externalisierungsgesellschaften“ (Stephan Lessenich), die die negativen Folgen des globalisierten Kapitalismus – wie Flucht und erzwungene Migration – auslagern und dabei weniger privilegierte Gesellschaften dazu bringen, es ihnen nachzutun. Aus den Augen, aus dem Sinn.

Damit die Externalisierungsgesellschaften das Elend der Welt nicht länger direkt vor ihrer Haustür ertragen müssen, werden nicht nur notfalls mit Gewalt vollzogene Abschiebungen und Pushbacks an den Grenzen eingesetzt. Auch die Förderung so genannter „freiwilliger“ Rückkehr gewinnt an Bedeutung, was dem Anschein nach humanitärer und in der Umsetzung effizienter ist. Selten haben die Betroffenen dabei aber tatsächlich

eine echte Wahl. Oft wird die Entscheidung, zu gehen, aus Verzweiflung über die ausweglose Lage getroffen oder um einer drohenden Abschiebung mit Wiedereinreiseperrre zuvorzukommen.

„Möglichst viele, die wir für unerwünscht halten, unerträglichen Lebensbedingungen auszusetzen, sie tagtäglich einzukreisen, ihnen immer wieder zahllose rassistische Schläge und Verletzungen zuzufügen, ihnen alle erworbenen Rechte zu nehmen, den Bienenstock einzunehmen und sie so lange zu entehren, bis sie keine andere Wahl mehr haben, als sich selbst zu deportieren.“ So beschreibt der kamerunische intellektuelle Achille Mbembe unsere Gegenwart, die er als „Zeitalter des Nanorassismus“ bezeichnet. Ausdruck dieses Zeitalters ist die Politik der Zermürbung und des indirekten Zwangs, die Menschen dazu bringt, ihrer eigenen Deportation zuzustimmen. Letztlich eine Kapitulation der Verantwortlichen vor einer in Bewegung geratenen Welt, in der Identität, Nationalität und Territorialität weniger deckungsgleich sind denn je.

Brennpunktregionen und die Arbeit von medico-Partnern vor Ort

USA / Mexiko: Ein Schutz nach dem anderen fällt

In den USA hat die Trump-Regierung angekündigt, den Abschiebeschutz für die „Dreamer“ aufzuheben: Menschen zwischen 15 und 36 Jahren, die als Kinder illegal mit ihren Eltern aus Lateinamerika eingewandert und in den USA zu Hause sind, sollen in Länder abgeschoben werden, die viele von ihnen nur aus Erzählungen ihrer Eltern kennen. Außerdem soll der Temporary Protected Status (TPS) für Migrantinnen und Migranten aus Honduras, Nicaragua, Haiti und El Salvador aufgehoben werden. Auch Mexiko, seit vielen Jahren Herkunfts-, Transit- und Zielland der Migration, schob im vergangenen Jahr Zehntausende Menschen nach Mittelamerika ab, wo sie Gewalt und Elend erwarten.

medico förderte auch 2017 die Migrantenherberge „La 72“ und die Menschenrechtsarbeit des Movimiento Migrante Mesoamericano (M3) in Mexiko. Siehe S. 12.

Dominikanische Republik / Haiti: Dauerhaft rechtlos

Seit Jahrzehnten leben und arbeiten Haitianerinnen und Haitianer in der benachbarten Dominikanischen Republik. Es geht um Hunderttausende Menschen. Ihre Lebensbedingungen sind meist katastrophal und nur die wenigsten haben einen gesicherten legalen Status. In den vergangenen Jahren sind sie mit zunehmender Feindseligkeit konfrontiert und von Abschiebung bedroht, selbst jene, die nie zuvor in Haiti gelebt haben. Viele von ihnen finden sich nach der „Rückkehr“ in Elendslagern entlang der Grenze wieder.

Das Netzwerk Réseau National de Défense des Droits Humains setzt sich mit Unterstützung von medico für Rechtsstaatlichkeit, Menschenrechte und Grundfreiheiten in Haiti ein.

Deutschland: Entwicklungshilfe Rückführung?

In Europa wird die „freiwillige“ Rückkehr als bessere und effizientere Alternative zur Abschiebung gehandelt. Während das Bundesinnenministerium 2017 das Programm „StarthilfePlus“ auf den Weg brachte, hat das Bundesentwicklungsministerium das Rückkehrprogramm „Perspektive Heimat“ gestartet. Die Auswahl der Länder, in und mit denen letzteres umgesetzt werden soll, orientiert sich dabei in erster Linie am Interesse Deutschlands, möglichst viele Flüchtlinge wieder loszuwerden. So gehörten mit dem Irak und Afghanistan zwei der Hauptherkunftsländer zu den Zielländern geförderter „freiwilliger“ Rückkehr, obgleich die Sicherheitslage in beiden Ländern äußerst schlecht ist. Auch über Möglichkeiten der Rückführung nach Syrien wird inzwischen diskutiert – zurück in den Krieg. Ungeachtet solcher Pläne treten mehr und mehr syrische Flüchtlinge bereits die „umgekehrte Flucht“ aus Deutschland an, weil ihre Hoffnung auf Familiennachzug schwindet. *Die medico-Partnerorganisation „Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.“ (BAFF) setzt sich u.a. dafür ein, dass gesundheitliche und psychische Probleme als Abschiebehindernisse anerkannt bleiben.*

Balkanroute und Griechenland: Zermürbendes Warten

Nachdem die einzelnen Länder ihre Grenzen nach und nach wieder schlossen, sitzen bis zu 10.000 Flüchtlinge entlang der Balkanroute fest. Sie hausen in Wäldern, Zelten und Fabrikrüinen. Viele haben schon mehrere vergebliche Versuche unternommen, die nächste Grenze zu überschreiten, und wurden Opfer brutaler Pushbacks. Immer wieder kommt es dabei auch zu Todesfällen, weil

Grenzbeamte und selbsternannte Grenzschützerinnen und -schützer mit großer Härte gegen Flüchtlinge vorgehen. In Griechenland bringen die elenden Bedingungen in Lagern wie Moria auf Lesbos die Flüchtlinge zur Verzweiflung. Derart zermürbt, winken die Internationale Organisation für Migration (IOM) und die EU mit dem Programm „Assisted Voluntary Return and Reintegration“ (AVRR). Von einer sicheren und würdevollen Rückführung kann jedoch keine Rede sein. „Freiwillige“ werden, kaum haben sie ihrer Rückkehr zugestimmt, noch in Griechenland inhaftiert und schließlich in Handschellen transportiert. Auch mit der angekündigten Reintegration ist es nicht weit her: Zurück in den Herkunftsländern sind die meisten vollkommen auf sich alleine gestellt.

Das medico-Partnernetzwerk Moving Europe dokumentiert Gewalt und illegale Pushbacks gegen Flüchtlinge entlang der Balkanroute. Auf Chios und Lesbos sowie in Athen leistet die Organisation Refugee Support Aegean Rechtsbeistand für Flüchtlinge.

Nord- und Westafrika: Europas Türsteher

Nachdem infolge des EU-Türkei-Deals die Route über die Ägäis schwerer passierbar geworden ist, kamen wieder mehr Flüchtlinge über das zentrale Mittelmeer. Daher stehen die Länder Nordafrikas verstärkt im Fokus der europäischen Abschottung. Algerien und Marokko sind dafür berüchtigt, subsaharische Transitmigrantinnen und -migranten in die Wüste nahe der malischen oder nigrischen Grenze zu deportieren und damit – ebenso wie Mexiko für die USA – die „Drecksarbeit“ für Europa zu erledigen. Nachdem Ende 2017 nicht länger ignoriert werden konnte, dass Migrantinnen und Migranten im Transitland Libyen unter dramatischen Bedingungen in Lagern leben müssen, einigten sich europäische und afrikanische Regierungen auf einen „Evakuierungsplan“ – zurück in die Herkunftsländer.

medico setzte 2017 die Unterstützung für zwei Selbstorganisationen von Abgeschobenen in Mali und eine weitere in Sierra Leone sowie für eine Herberge für geflüchtete subsaharische Frauen und ihre Kinder in Marokko fort. Zudem wurde ein Vernetzungstreffen im Niger gefördert, bei dem die Möglichkeiten für ein „Alarmphone Sahara“ ausgelotet wurden.

Kenia / Somalia: Zurück trotz Krieg und Dürre

Im Mai 2016, kurz nach Zustandekommen des EU-Türkei-Deals, kündigte die kenianische Regierung an, nach dem Vorbild Europas und der USA die Aufnahme und Beherbergung von Flüchtlingen zu beenden und eine Mauer an der Grenze zu Somalia zu errichten. Als Hauptgrund dafür gab sie Sicherheitsbedenken an. Im Nordosten Kenias befinden sich mit Dadaab und Kakuma zwei riesige Lager, in denen Hunderttausende vorwiegend somalische Flüchtlinge leben – viele seit über 25 Jahren oder von Geburt an. Bereits 2013 kam es zu einem trilateralen Abkommen zwischen den Regierungen Kenias und Somalias sowie dem UNHCR zu „freiwilliger Rückkehr“, das aus Sicht der kenianischen Regierung jedoch zu wenig Anklang gefunden hatte.

Die medico-Partnerorganisationen Nomadic Assistance for Peace and Development (NAPAD) und Kamukunji Paralegal Trust (KAPLET) leisten auch in informellen Flüchtlingslagern im Grenzgebiet Nothilfe – also Siedlungen ohne jegliche Infrastruktur. Siehe S. 26.

Israel: In unbekannte Länder – oder Haft

Israel setzt wie Europa auf „freiwillige“ Rückkehr, um die rund 40.000 noch verbliebenen, vorwiegend aus Eritrea und Sudan stammenden Asylsuchenden – in Israel „Eindringlinge“ genannt – zurückzuführen. 20.000 haben das Land bereits verlassen. Zurückgeführt werden sollen sie in die afrikanischen Drittstaaten Ruanda oder Uganda. Freiwillig? Sie werden vor folgende Wahl gestellt: Entweder sie stimmen der Abschiebung in ein afrikanisches Land zu, in dem die meisten nie zuvor waren – oder sie werden für unbegrenzte Zeit im israelischen Wüstengefängnis Saharonim inhaftiert. Aktuell wird vor Gericht gestritten, ob diese Politik legal ist.

Die Physicians for Human Rights-Israel (PHR-IL), mit denen medico seit vielen Jahren zusammenarbeitet, unterstützen u.a. von Abschiebung bedrohte kranke Flüchtlinge und klären über die Problematik der „freiwilligen Rückkehr“ auf.

Bangladesch: Zurück an die Orte des Genozids

Aus Bangladesch wurden die ersten Rohingya-Flüchtlinge in ein Rückführungslager im Bundesstaat Rakhine in Myanmar zurückgebracht, obwohl die Vereinten Nationen erst vor kurzem festgestellt hatten, dass die Bedingungen für eine „freiwillige, würdevolle und nachhaltige Rückkehr“ der Rohingya nicht gegeben sind. Zudem verhandelte die EU im September 2017 ein Rückkehrabkommen mit Bangladesch. Ausgerechnet das Land, in das in den Wochen zuvor über eine halbe Million Rohingya vor einem Genozid geflohen waren, soll nun auch noch Migrantinnen und Migranten aus Europa zurücknehmen. *Zur Nothilfe der Partnerorganisation GK für die Rohingya-Flüchtlinge siehe S. 22.*

Australien: Die pazifische Lösung

Ein paar Hundert Rohingya versuchten im vergangenen Jahr, vor dem Genozid in Myanmar nach Australien zu fliehen, das jedoch die Aufnahme von Bootsflüchtlingen verweigert. So landeten sie mit vielen weiteren Flüchtlingen aus Malaysia, Iran, Sri Lanka oder Afghanistan auf der Pazifikinsel Manus vor Papua-Neuguinea, das von Australien dafür bezahlt wird, Flüchtlingslager zu betreiben. Die grauenvollen Zustände in diesen Lagern treiben viele Flüchtlinge so sehr in die Verzweiflung, dass sie schließlich einer „freiwilligen“ Rückkehr zustimmen. *Mittel der Öffentlichkeitsarbeit von medico trugen zur Produktion und mehreren Vorführungen des Films „Stop the boats: The lie of saving lives at sea“ von Nicolaj Jung über die extrem restriktive australische Flüchtlingspolitik bei, die häufig als Vorbild für Europa diskutiert wird.*

Debatte um Entwicklung

Guter Plan oder schlechter Witz?

Der vom Entwicklungshilfeministerium vorgelegte „Marshallplan mit Afrika“ soll den Kontinent voranbringen und Fluchtursachen bekämpfen. Eine Kritik an Europas Afrikapolitik mit den Stimmen von medico-Partnern aus dem Süden. Von Anne Jung

„Europa hat seine Afrikapolitik an kurzfristigen Wirtschafts- und Handelsinteressen ausgerichtet.“ Wie wahr. „Es ist notwendig, die Zusammenarbeit mit den Ländern Afrikas neu zu gestalten.“ Unbedingt. „Der Aufbau von Produktionsketten, faire Handelsbedingungen, Diversifizierung der Wirtschaft, gezielte Förderung von Landwirtschaft und die Stärkung des Zugangs zum EU-Binnenmarkt müsste umgesetzt werden.“ Kopfnicken und verwundeter Blick auf das Titelblatt. Diese Analyse stammt, man mag es kaum glauben, aus der Feder des Bundesministeriums für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (BMZ), das 2017 in Deutschland den „Marshallplan mit Afrika“ vorgelegt hat. Sogar Empfehlungen wie die Einhaltung internationaler Umwelt- und Sozialstandards sowie der Stopp illegaler Finanzströme werden genannt.

Bei genauer Betrachtung entpuppt sich der Plan jedoch als Irreführung. Der Marshallplan, der Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg den Wiederaufbau ermöglichte, war mit finanziellen Mitteln ausgestattet, die heute 130 Milliarden Euro entsprächen. Im gleichnamigen Plan für Afrika hingegen ist kein einziger Euro vorgesehen. Das BMZ-Papier formuliert lediglich wünschenswerte Leitlinien und lässt außen vor, dass diese im krassen Widerspruch zu den harten Fakten der Afrikapolitik des Nordens stehen. Ein Beispiel: Der Marshallplan fordert mehr Fairness in der Handelspolitik. „Europa hat alles dafür getan, um die Länder des Südens in unfaire Handelsstrukturen zu pressen“, urteilt Rangarirai Machede vom medico-Partnernetzwerk Equinet mit Sitz in Simbabwe. Die von Europa unter Federführung Deutschlands ausgehandelten Economic Partnership Agreements (EPA) wurden etwa von Kenia nur widerwillig und nach massivem politischem Druck unterschrieben. Die Folge: Das Land muss künftig bis zu achtzig Prozent seines Marktes für Waren aus Europa – darunter subventionierte Agrarprodukte – öffnen und gleichzeitig Subventionen für die lokale Landwirtschaft abbauen. Infolge dieser asymmetrischen Vereinbarungen drohen massive Einnahmeverluste des Staates, vor allem aber der fortschreitende Ruin vieler bäuerlicher Existenzen. Machede: „Die Glaubwürdigkeit der Afrikapolitik Deutschlands und Europas bemisst sich daran, ob sie bereit sind, die Freihandelsabkommen zu revidieren.“

Susan Wamuti von NAPAD aus Somalia betont einen anderen Aspekt: die politische Ignoranz, die der vielzitierten Idee von „Augenhöhe“ widerspricht. „Konzepte wie der Marshallplan erwähnen die afrikanischen Institutionen noch nicht mal. Wir brauchen aber eine von innen entwickelte Lösung zur Bewältigung der Probleme in Afrika.“ Noch schärfer formuliert es ihr Kollege Abdullahi Mohamed Hersi: „Die europäische Politik hat den afrikanischen Kontinent zur leichten Beute erklärt.“ Im immer wieder von Dürre und Hungerkrisen geplagten Ostafrika pachten auch europäische Konzerne riesige Landflächen für den Anbau von Jatropha, das für die Produktion von Biosprit benötigt wird. In einem Land aber, in dem ohnehin nur knapp zehn Prozent der Landesfläche landwirtschaftlich nutzbar ist, hat dies katastrophale Auswirkungen für die Ernährungssicherheit. Hersi fordert daher Europa auf, mit tragfähigen Ideen an den Verhandlungstisch zurückzukehren. Andersfalls sei „der Marshallplan nicht mehr als ein schlechter Witz.“



Krähe mit Billard in Freetown, Sierra Leone. Gar keinen Vorschlag bietet der „Marshallplan“ für das vielleicht derzeit größte Problem des afrikanischen Kontinents: den Landraub.

medico förderte die Arbeit von Equinet, einem regionalen Zusammenschluss von Organisationen aus dem östlichen und südlichen Afrika, zu Unternehmensverantwortung und Ressourcennutzung für Gesundheit im Jahr 2017 mit 7.676,81 €.

Vertriebene Rohingya

Planet der Verachteten

Ethnische Säuberungen und Massenvertreibung haben im Spätsommer 2017 abermals Hunderttausende Rohingya zur Flucht aus Myanmar nach Bangladesch gezwungen. Vor Ort ist ihre Lage desaströs und scheinbar ohne Perspektive. Eine Reportage von Thomas Seibert über das Überleben im Wartestand und die Nothilfe der medico-Partner.

Die Stadt Cox's Bazar an der Südostküste Bangladeschs ist der Urlaubsort der Mittelklasse des Landes. Für uns ist sie Ausgangsort einer Reise auf einen anderen Planeten. Wir gelangen in eine Hügellandschaft, in deren grünen Senken Reis angebaut wird. Die einst runden Hügel wurden terrassiert und von Abertausenden einfachster Bambushütten belegt. Durch das Meer aus Bambus, Wellblech und Plastikplanen hindurch winden sich Wege, über die in beide Richtungen ein endloser Strom von Passanten zieht. Frauen, Männer, Kinder, dazwischen hupende Motorrikschas, Jeeps und Kleinbusse. Wir sind bei den Rohingya, vertriebenen Musliminnen und Muslimen aus dem Nachbarland Myanmar. Die ersten kamen in den 1970er Jahren, nach der ersten großen ethnischen Säuberung, weitere folgten 1992 und 2012, insgesamt etwa 300.000 Menschen. Seit August 2017 ist ihre Zahl auf über eine Million gestiegen. Die Neankömmlinge sind die Überlebenden der bislang letzten Welle ethnischer Säuberung – Überlebende eines versuchten Genozids, begangen von der myanmarischen Armee, unterstützt von der buddhistischen Bevölkerungsmehrheit Myanmars und gedeckt von der Friedensnobelpreisträgerin Aung San Suu Kyi, der De-facto-Regierungschefin.

Mitten im Elend: Gesundheitszentren

Die Lager in Cox's Bazar sind völlig überfüllt, der Lärm, die Gerüche, das Menschengewirr sind unbeschreiblich. Zwischen den Hütten drängen sich Verkaufsstände für Kekse, Gemüse, Trockenfisch, Zigaretten, Getränke. Wer hier einkauft, muss zuvor Reis, Linsen oder Kleider getauscht haben, zugeteilt von den Hilfsorganisationen, ohne die es hier kein Überleben gäbe. Der Kleinhandel, das Zubereiten und Essen der Mahlzeiten, das täglich neue Flicker der Bambushütten sind das einzige, was den Leuten zu tun bleibt, den Rest der Tage verbringen sie mit Warten. Wird Reis ausgeteilt, reicht die Schlange einmal um den Platz in der Lagermitte. Im hektischen Gedränge wehren Uniformierte und Rohingya-Hilfspolizisten in Zivil mit langen Stöcken Menschen ab, die direkt nach dem Reis greifen. Der bangladeschische medico-Partner Gonoshasthaya

Kendra (GK) unterstützt die Rohingya schon seit fünfzig Jahren. Mit der jüngsten Fluchtwelle wurden die Kapazitäten massiv aufgestockt. Aktuell unterhält GK in drei Lagern insgesamt 13 Gesundheitsposten, in denen Ärztinnen und Ärzte, ausgebildete Paramedics und Freiwillige arbeiten, unter ihnen junge Rohingya. Angeboten wird eine einfache Basisgesundheitsversorgung in Zelten oder größeren Hütten. Es gibt einen Wartebereich, Räume für die Erstaufnahme, die Behandlungen, zur psychosozialen Nothilfe und zur Medikamentenausgabe. Kinder werden mit Zusatznahrung versorgt. Wer schwerer erkrankt ist, wird von GK in eines der Feldhospitäler gebracht. Doch auch hier sind die Möglichkeiten begrenzt. Gestorben wird schnell auf dem Planeten der Rohingya.

Wir befragen junge Rohingya, die unter Anleitung von GK als Community Health Worker arbeiten, über ihre Vertreibung. Alle erzählen dasselbe: dass Soldaten ihr Dorf überfielen, in die Häuser, in die Läden, Schulen und Moscheen schossen und die Menschen auf die Straßen und in die Flucht trieben, ihnen gerade so viel Zeit ließen, um ein paar Habseligkeiten mitzunehmen. Willkürlich wurden einzelne Männer und Frauen herausgegriffen, einige direkt erschossen, andere verschleppt, vergewaltigt, gefoltert. Zogen die Überlebenden panisch davon, wurden hinter ihnen die Häuser angezündet, Gärten und Felder verwüstet, das Vieh getötet.

In Cox's Bazar werden nicht alle bleiben können. Aktuell leben dort doppelt so viele Rohingya wie einheimische Bangladescher, die Spannungen wachsen täglich, trotz der anfänglichen Solidarität und Hilfe. Die Regierung hat deshalb ein Rücknahmeabkommen mit Myanmar geschlossen. Doch die Rohingya lehnen die Rückkehr ab, so lange ihnen nicht die Wiederzuerkennung der Staatsbürgerschaft, der Wiederaufbau ihrer Häuser, die Rückerstattung ihres Besitzes garantiert werden. Bangladesch hat das Abkommen trotzdem unterschrieben, auf massiven indischen, russischen und vor allem chinesischen Druck: Man will, dass der Vorwurf des Genozids verstummt, dass wieder Ruhe herrscht in Rakhine, der Heimatprovinz der Rohingya. Ihr Land ist reich an Bodenschätzen, Russland,



Klare Botschaft in Cox's Basar, Bangladesch: Nur durch internationalen Druck können die Rechte der Rohingya durchgesetzt werden.

Indien und China wollen sich deren Abbau sichern. Rakhine soll im Rahmen des chinesischen „Shanghai-Kalkutta-Korridors“ zu einer riesigen Freihandelszone werden. Weil die angestammten Einwohnerinnen und Einwohner sich dem zerstörerischen Umbau ihres Landes zur „export processing area“ widersetzen würden, müssen sie weichen. Ein Verfahren, dass auch anderswo in der Welt angewandt wird. Die Arbeitskräfte, die man in den künftigen Minen und Fabriken braucht, werden dann „frisch“ ins Land geholt.

Ökonomisches Kalkül und Rassismus

„Dem elenden ökonomischen Kalkül geht in Myanmar allerdings der Rassismus voraus“, sagt uns ein Aktivist, der schon seit über einem Jahr verdeckt in Bangladesch lebt. „Die Myanmaris hassen uns und glauben deshalb auch die absurde Lüge, dass wir illegale Einwanderer aus Bangladesch seien. Wenn wir nach Myanmar zurückkehren, wird man uns so behandeln wie die Rückkehrer früherer Vertreibungen: Man wird uns in Lager sperren, fertig, aus.“ Wie unsere Gesprächspartner in den Lagern glaubt auch er, dass sich die Rohingya deshalb weigern werden, nach Myanmar zurückzukehren. Da es eher unwahrscheinlich ist, dass Bangladeschs Regierung sie mit Gewalt zurückzwingt, wird der Planet der Verachteten fortbestehen. Wir kommen überein, dass es deshalb internationalen Druck braucht, auf beide Regierungen. Die Unterstützung Malaysias und Indonesiens wird allerdings nicht reichen: „Uns bleibt nichts, als auf die EU und die USA zu setzen.“ Wir sehen uns betreten an.

Obwohl Bangladesch das am dichtesten bevölkerte Flächenland der Welt und für die Mehrzahl seiner Bewohnerinnen und Bewohner ein armes Land ist, haben uns

mehrere Bangladeschi gesagt, dass sie bereit wären, die Rohingya auf Dauer aufzunehmen, nicht im Distrikt Cox's Bazar allein, sondern über das ganze Land verteilt. Mehrere Intellektuelle haben bereits öffentlich gefordert, ihnen sofort die Staatsbürgerschaft zu übertragen. Die Kollegen von GK schätzen, dass rund die Hälfte der Bangladeschi dazu bereit wären. Nicht wenige Rohingya haben ihre Wahl schon getroffen. Da die Lager offen sind, machen sie sich auf den Weg ins Hinterland: Sie wissen, dass die Textilfabriken der Megastädte Dhaka und Chittagong Arbeitskräfte suchen. „Vielleicht könnten wir so überleben“, sagt der Aktivist, „doch nur als Individuen. Als Rohingya aber würden wir verschwinden.“ Wir beschließen unser Gespräch mit der bitteren Einsicht, erst einmal auf die Fortdauer der jetzigen Situation im Hügelland von Cox's Basar setzen zu müssen. So bleibt die Lage der Rohingya immerhin offen. Bleiben werden auch die Kolleginnen und Kollegen von GK. Ausdrücklich unterstützen sie die Erklärung internationaler Hilfsorganisationen, nur dann in Rücknahmehagern in Myanmar zu arbeiten, wenn die Erfüllung der Forderungen der Rohingya garantiert wird: Wiederanerkennung der Staatsbürgerschaft, Ansiedlung in den Heimatorten, Wiederaufbau der zerstörten Dörfer und Gemeinden und die Aufklärung der an ihnen verübten Verbrechen.

medico hat 2017 die Gesundheitsarbeit von GK in der Textil- und Bekleidungsindustrie sowie die Nothilfe anlässlich der Überschwemmungen im Sommer und der Flucht der Rohingya mit 45.945,47 € gefördert. Bis Frühjahr 2018 hat medico allein für die Rohingya-Nothilfe weitere 45.000 € bereitgestellt.

Aktionen & Kampagnen

Revolutionstheater

In Berlin tagte die „Generalversammlung des Globalen Dritten Standes“

Im November 2017 lud der Regisseur Milo Rau sechzig Aktivistinnen und Aktivisten sowie Intellektuelle aus aller Welt zur ersten „Generalversammlung des Globalen Dritten Standes“ in die Berliner Schaubühne. Die Versammlung dauerte drei Tage, zu Wort kamen auch drei medico-Partner aus Pakistan und Simbabwe. Im stets bis auf den letzten Platz gefüllten Saal ging es um das Elend dieser Welt und um die Rechtsansprüche, die eine neue und andere Welt hervorbringen sollen. Insofern geschah in Berlin im Prinzip nichts anderes als 1789 in Paris. Auch dort sammelte sich ein bis dahin missachteter „Dritter Stand“ und setzte der schlechten Gegenwart die erste Allgemeine Erklärung der Rechte der Menschen und Bürger entgegen. Wir heute sprechen seither von der „Französischen Revolution.“ Eine globale Revolution hat die Berliner Versammlung bislang nicht zur Folge. Doch versteht der Regisseur seine Generalversammlung absichtsvoll als Revolutionstheater: als Vorgriff auf etwas, das von der Bühne auf die Straße zu bringen sein wird. Daher auch die Erstellung einer „Charta des 21. Jahrhunderts“, die die Erklärung der Menschenrechte ergänzen soll. Als die Liste der eingeklagten Rechte in Berlin immer länger, bunter und unübersichtlicher wurde, stritt der medico-Partner Nasir Mansoor aus Pakistan für die Aufnahme seiner besonderen Forderung in die Präambel der Charta. Die hält jetzt vor allem anderen fest, dass die globalen Produktions- und Lieferketten, an denen die Einheit des Weltmarkts hängt, unter die Geltung aller seit der Französischen Revolution erkämpften Menschenrechte gebracht werden müssen. Mindestens hier berühren sich Theater und Politik auf das Innigste: In der UNO wird auf Antrag Ecuadors und Südafrikas gerade um einen „Weltvertrag“ gerungen, der genau das durchsetzen soll. Man sieht: Der Globale Dritte Stand ist schon am Werk.



Zum Abschluss der General Assembly wird der Sturm auf das Winterpalais 1917 am Reichstag nachgestellt.

Immer wieder Afrika

medicos Auseinandersetzung mit der Sicherheitspolitik der G20

Allein in Deutschland stand der Kontinent beim Global Forum on Migration and Development (GFMD) und der G20-Afrika-Partnerschaftskonferenz, beide in Berlin, sowie beim G20-Gipfel in Hamburg ganz oben auf der Agenda. Auf diesen Treffen wurde vor allem darüber beraten, wie Flucht und Migration aus Afrika „besser gesteuert“, also verhindert und abgewehrt werden können. Auch medico hat sich das ganze Jahr über kritisch mit der Afrikapolitik Deutschlands und Europas auseinandergesetzt (siehe auch S. 21), verdichtet im Umfeld des G20-Gipfels. So fand im Vorfeld die medico-Veranstaltung „Freizügigkeit in Europa – Grenzschutz in Afrika“ in Berlin statt. Auf dieser schilderten die beiden Partner Albert Chaibou aus Niger und Ousmane Diarra aus Mali die Folgen der aktuellen Flüchtlings- und Migrationspolitik der EU auf Westafrika. Ousmane Diarra reiste gleich weiter aufs nächste medico-Podium in Hamburg, wo sich parallel zu den Delegationen der G20-Staaten Tausende zum Gegengipfel „Für globale Solidarität“ trafen. Um eine andere Form der Abschottung ging es beim Treffen der Gesundheitsministerinnen und -minister der G20. Angesichts der durch die Ebola-Epidemie in Westafrika 2014 verstärkten Seuchenangst berieten sie darüber, ob ihre Länder für die Abwehr von Seuchen ausreichend gewappnet sind. Auch hier gab es eine Gegenveranstaltung von medico im Rahmen des Netzwerkes Deutsche Plattform für Globale Gesundheit. Das Netzwerk kritisiert die Tendenz, globale Gesundheitspolitik zur Sicherheitspolitik umzudeuten, die in Seuchen erst dann eine Gefahr sieht, wenn sie den globalen Norden zu erreichen drohen. Es darf nicht um Abwehr zum Schutz von einigen gehen, sondern um Vorsorge für alle – und damit um die Schaffung von gesunden Lebensbedingungen überall. Das aber wäre eine ganz andere Afrikapolitik als jene, über die sich die Mächtigen 2017 beraten haben.

Kritische Theorie in Afghanistan

Eine Untergrunduniversität suchte nach Auswegen aus der Gewalt

Das ganze Jahr über fahren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von medico quer durchs Land, um Vorträge zu halten. Im April 2017 sind zwei zu diesem Zweck besonders weit gereist – nach Kabul. Der Grund war außergewöhnlich: Auf Initiative der afghanischen Menschenrechtsorganisation AHRDO, mit der medico seit Langem zusammenarbeitet, fand eine lange ersehnte freie Debatte statt. Unter der Überschrift „Critical Thinking and the Future of Afghanistan“ diskutierten über 700 vor allem junge Frauen und Männer fünf Tage in Hotels, einem Park, drei Universitäten, teils in Kabul, teils in Bamyan. Dass dieses Ereignis inmitten der alltäglichen Gewalt in Afghanistan zustande gekommen ist, ist Ausdruck des Begehrens vieler, die gesellschaftlichen Verwüstungen verstehen und überwinden zu wollen. Leitende Themen waren dementsprechend Demokratie und Menschenrechte, Versprechen der Aufklärung also, für deren Nichterfüllung die Menschen in Afghanistan einen besonders hohen Preis zahlen mussten und müssen. Im Mittelpunkt stand das Scheitern einer stets von oben, meist von außen, und immer wieder mit Gewalt betriebenen Modernisierung – gescheitert unter den Bedingungen erst der Blockkonfrontation, dann der kapitalistischen Globalisierung, schließlich der Krise dieser Globalisierung. Gekreuzt wurden die Bilanzen des Scheiterns durch die immer neu aufgeworfene Frage nach Demokratie und den Möglichkeiten kritischen Denkens. Beides fügte sich zu einer bis dahin unerhörten Dialektik der Aufklärung, derjenigen Afghanistans. Konsens war, dieser Dialektik weiter ihre Chance zu geben: „Es geht immer darum“, so ein Mitstreiter von AHRDO, „eine Idee zu finden, die größer ist als die Situation“.

Fotos: medico



Rege Diskussion über die Dialektik der Aufklärung in Afghanistan.



Junge Frauen und Männer trotz der Gewalt: Kritisches Denken findet seinen Platz, wenn auch in einer Untergrunduniversität.

Nothilfe in Ostafrika

Im Grenzbereich

Abdullahi Hersi und seine Kolleginnen und Kollegen von NAPAD sind dort aktiv, wo sich sonst niemand mehr hintraut: in den von Hunger bedrohten abgelegenen Gemeinden im somalisch-kenianischen Grenzgebiet.



Foto: medico

Locker, aber angespannt: Trotz der alltäglichen Bedrohung durch Al-Shabaab gibt Dr. Abdullahi Hersi mit NAPAD den Menschen im Grenzgebiet zwischen Somalia und Kenia Hoffnung.

Wer in der immer wieder von Dürre und Hunger geplagten Grenzregion Nothilfe und politische Arbeit nicht nur zusammen denken, sondern auch praktisch umsetzen möchte, muss viele Fähigkeiten in sich vereinen. Dr. Abdullahi Hersi, Direktor der Organisation „Nomadic Assistance for Peace and Development“ (NAPAD) tut dies. Da sind ein sicheres Gespür für politische Prozesse und eine gute Kenntnis der lokalen Verhältnisse in dieser zerrütteten Region; da sind Empathie und ein hohes Verantwortungsbewusstsein für seine Mitarbeitenden; da ist eine Form natürlicher Autorität, die von seiner stämmigen Figur, schicker Sonnenbrille und Anzug unterstrichen werden; da ist aber oft auch ein schelmisches Grinsen. Womöglich ist das auch erforderlich, um die Arbeit von NAPAD leisten zu können.

Gegründet von ehemaligen somalischen NGO- und UN-Mitarbeitenden konzentriert NAPAD seit dem Beginn im Jahr 2006 – auch damals hatte eine Hungerkrise das Horn von Afrika im Griff – Erfahrungen aus der Nothilfe, den Klimakrisen und der langfristigen Stärkung von Gemeinden. Dabei ist ihre konkrete Arbeit, wie die Versorgung von abgelegenen Dörfern mit Wasser und Lebensmitteln, alles andere als ungefährlich. Die islamistische Al-Shabaab-Miliz ist in der Region unterwegs, drangsalariert und terrorisiert die lokale Bevölkerung. Als beim jüngsten medico-Besuch das Auto von NAPAD an einer einsam gelegenen Siedlung von einem bärtigen Mann mit einer AK-47 begrüßt wurde, war die erste Assoziation die Miliz. Doch Abdullahi meinte später lakonisch: „Wäre es wirklich Al-Shabaab gewesen, säßen wir nicht mehr hier.“

Die Lockerheit kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Direktor von NAPAD unter Druck steht – vor allem dann, wenn Kolleginnen und Kollegen im Grenzgebiet unterwegs sind. Ihre Unversehrtheit hat für ihn Priorität. Internationale Hilfsorganisationen haben sich wegen der undurchsichtigen Gefahrenlage längst aus den ländlichen Gebieten zurückgezogen. Das stellt NAPAD vor Herausforderungen – eröffnet aber zugleich neue Handlungsspielräume. „Es ist paradox“, erklärt Abdullahi. „Die Internationalen wälzen das Risiko auf uns ab. Das ermöglicht es uns, endlich den lokalen, partnerorientierten Hilfsansatz umzusetzen, den wir seit Jahren fordern.“ Abdullahi Hersi wartet nicht darauf, dass der Staat etwas tut. Vielmehr sucht er selbst Lösungswege auf der Gemeindeebene. 2017 war Wahlkampf in Kenia. Abdullahi besuchte als NAPAD-Direktor Dörfer, sprach dort mit den Menschen, vor allem aber hörte er zu. Später riet er ihnen: „Macht den Kandidaten klar, wie die Probleme wirklich behoben werden können.“ Da er weiß, wie die Welt der internationalen Hilfe funktioniert, sorgt er vor: Um nach einem Ende der Gewalt das Feld nicht wieder den gleichen externen Akteuren zu überlassen, die seit jeher das Schicksal der Region bestimmen, hat sich NAPAD mit anderen Organisationen aus dem globalen Süden vernetzt. „Es ist an uns, für Veränderung zu sorgen“, betont er.

Timo Dorsch

Die Nothilfe, die NAPAD angesichts der Hungersnot in Ostafrika leistet, wurde 2017 von medico auch mit Mitteln des Auswärtigen Amtes insgesamt mit 982.602,98 € gefördert.

Menschenrechte in Israel/Palästina

Belagertes Recht

Mahmoud Aburahma verteidigt Menschenrechte dort, wo sie besonders wenig gelten: Seine Arbeit im belagerten Gaza ist mühsam und gefährlich, zumal er Rechtsbrüchen von beiden Seiten nachgeht.



Seit über zwanzig Jahren kämpft Mahmoud Aburahma für die Rechte der Menschen im Gazastreifen.

Der Einsatz für Menschen- und Bürgerrechte führte Mahmoud Aburahma und die Organisation Al Mezan über die Jahre durch zahlreiche Höhen und Tiefen. 2008 erhielt sein Kollege Issam Younis, der Direktor des Zentrums, den Menschenrechtspreis der Stadt Weimar. 2012, nachdem sich Aburahma in einem Artikel kritisch über die palästinensischen Führungen und die Verletzung politischer Grundrechte der Bevölkerung geäußert hatte, überlebte er mit Glück ein Attentat in Gaza-Stadt. Daraufhin verbrachte er im Rahmen eines Schutzprogramms für Menschenrechtsverteidiger als Forschungsstipendiat fast ein Jahr an der Universität York in Großbritannien. Mahmoud Aburahma gehört zu einer neuen Generation palästinensischer Aktivistinnen und Aktivisten: Er ist ein weltoffener Mensch, der seine politische Haltung mit fachlicher Kompetenz angereichert und dies auch schon im deutschen Bundestag zur Geltung gebracht hat. Als Menschenrechtsverteidiger hat er keine Berührungspunkte mit jüdisch-israelischen Kolleginnen und Kollegen. Der Einsatz für die Universalität der Menschenrechte verbindet stärker als Zugehörigkeiten trennen.

International ist Al Mezan vor allem für das Eintreten gegen Verletzungen des Völkerrechts und der Menschenrechte durch die israelische Besatzung bekannt. Doch innerhalb der Küstenenklave schätzen viele die Organisation, weil sie sich seit ihrer Gründung auch intensiv gegen Rechtsbrüche palästinensischer Akteure stellt, sei es bis 2006 die herrschende Fatah bzw. palästinensische Autonomiebehörde, seien es die Machthaber der Hamas ab 2007. So kümmert sich Al Mezan um die Zerstörung der Habseligkeiten benachteiligter Gazaerinnen und Gazaer, wenn bei starken Regenfällen ein marodes Abwasserbecken Siedlungen mit kontaminiertem Wasser überflutet; um willkürliche Verhaftungen durch die lokalen Autoritäten ebenso wie um rechtswidrige Angriffe der israelischen Armee; oder um die Verweigerung von Ausreisegenehmigungen für Palästinenserinnen und Palästinenser, die dringend medizinische Behandlungen benötigen. „Wir entscheiden nicht danach, wer Rechtsbrüche begeht, sondern danach, welche Fälle gerade anliegen“, sagt Mahmoud Aburahma.

In den drei Jahren nach dem Krieg im Sommer 2014 erwies sich einmal mehr, dass das israelische System nicht willens ist, Vergehen der eigenen Streitkräfte zu verfolgen. Eine rechtliche Aufarbeitung des Verdachts auf Kriegsverbrechen gemäß internationalen Standards ist bis heute nicht erfolgt. Al Mezan hat mit der medico-Partnerorganisation Adalah jahrelang versucht, zivilen Opfern aus Gaza Gerechtigkeit vor israelischen Gerichten zu erstreiten und auf die Beendigung der Straflosigkeit in der Armee hinzuwirken – ohne Erfolg. Am 28. August 2017 haben die beiden Organisationen daher den Bericht „Gaza 3 Years On“ veröffentlicht. Das ernüchternde Resümee, das auch Mahmoud Aburahma zieht: „Straflosigkeit geht vor Verantwortlichkeit.“ Nicht nur der Gazastreifen ist abgeriegelt. Auch das Recht auf Rechte bleibt belagert.

Riad Othman

medico hat die Menschenrechtsarbeit des Al Mezan Center for Human Rights in Gaza und seine Advocacy- und Lobbyarbeit in Europa im Jahr 2017 mit 27.500 € unterstützt.

stiftung medico international

Das Haus und die Stadt



Angeregte Diskussionen in den Workshops auf dem Symposium: Wie kann der Anspruch an einen anderen Umgang der Stadt mit ihren realen Konflikten zu tatsächlichen politisch-strukturellen Veränderungen führen?

Neben der Projektförderung hat die Stiftung 2017 für zwei Höhepunkte gesorgt: Zum einen das Symposium „Weltoffene Städte“, zum anderen der Bezug des medico-Hauses. Zwei Ereignisse, die aufeinander verweisen.

Von überall her kommen Menschen zuallererst in Städten an und suchen dort Erwerbsarbeit, Wohnung und Anerkennung. Das machen sie auch unbeschadet der europäischen Abschottungspolitik und trotz der Nationalstaaten, die sich weigern, dem selbst verabredeten Verteilungsschlüssel für Geflüchtete Geltung zu verschaffen. Städte sind also aktuell und waren es immer schon: Orte der Zuflucht. Und die Kommunen in Europa beginnen vielleicht eben erst zu verstehen, was dies für ihre Zukunft bedeutet.

Mit der Frage „Weltoffene Städte – Räume einer anderen Globalisierung?“ schloss das zweitägige Stiftungssymposium 2017, das im Juni in Frankfurt am Main stattfand, nahtlos an das Thema Weltoffenheit aus dem Vorjahr an. Stand damals im Vordergrund, wie eine globale gesellschaftliche Alternative, die auf Solidarität statt auf Konkurrenz gebaut ist, aussehen könnte, ging es nun um den kleineren, aber konkreteren Raum Stadt und damit um das Ausleuchten von Räumen, in denen eine solche andere Praxis bereits gelebt wird. „Städte der Zuflucht organisieren heute schon unterhalb nationaler Politiken eine andere Flüchtlingspolitik. Das ist ein Engagement für eine solidarische Politik“, so der Geschäftsführer von medico international Thomas



Gesine Schwan stellt auf dem medico-Stiftungssymposium ihren Vorschlag für ein europäisches Infrastrukturprogramm zugunsten von Städten vor, die Geflüchtete aufnehmen.

Gebauer in seinem Eröffnungsvortrag. Dass der Zuzug, den europäische Städte erleben, beim Blick in die Welt noch marginal ausfällt bzw. nur den Anfang von kommenden Herausforderungen darstellt, machte Thomas Seibert, bei medico Fachreferent für Menschenrechte, deutlich. „Von Dhaka über Nairobi und Kairo bis Sao Paulo – die Städte unserer medico-Partner und -Partnerinnen sind heute schon Ankunftsstädte von Abermillionen Neuangekommenen. Und überall fordern diese Neuankömmlinge die Gleichheit der Rechte ein.“ Es steht also nicht mehr zur Debatte, ob Städte mit dieser Herausforderung umgehen sollen. Es kann nur noch darum gehen, wie sie ihr begegnen – ob sie also mit, für oder gegen diejenigen Stadtpolitik machen wollen, die kommen werden.

Ein mögliches Modell für Europa hatte die Politikerin und Politikwissenschaftlerin Gesine Schwan wenige Wochen zuvor in die öffentliche Debatte geworfen. Als Gastrednerin auf dem Symposium erläuterte sie es noch einmal: Die nationalstaatliche Dominanz in Sachen Flüchtlingspolitik solle mit einem europäischen Infrastrukturprogramm durchbrochen werden, indem sich die Kommunen bei einem aufzulegenden Fonds um die Ansiedlung von Geflüchteten und um Geld bewerben. Mit diesem Geld sollten zum einen die konkreten Kosten im Zuge der Integration von Geflüchteten refinanziert und zum anderen die Entwicklung der allgemeinen kommunalen Infrastruktur vorangetrieben werden. Schulen, Sozialwohnungen und das Gesundheitswesen könnten ausgebaut und gleichzeitig die Integration der Flüchtlinge gewährleistet werden. Über ihren Vorschlag, durch ein entsprechendes Finanzierungsmodell Kommunen zu ermuntern, solidarische Städte zu werden, wurde auf dem Symposium lebhaft diskutiert.

Klar ist, eine solidarische Stadt beginnt mit Inseln, auf denen für eine andere Praxis gestritten wird. Eine solche Insel hat die stiftung medico international geschaffen: Im Herbst 2017 wurde das medico-Haus in der Lindleystraße im Frankfurter Osten fertiggestellt. Erstmals hat medico damit ein eigenes Domizil, was die Unabhängigkeit der Arbeit dauerhaft abzusichern hilft. Anfang Oktober wurde das neue Zuhause bezogen, von medico und anderen Nutzerinnen. Es sind Organisationen, die sich mit der beruflichen Integration von geflüchteten Gesundheitsfachkräften, der Ausbildung migranischer Frauen, der Beschaffung von Wohnraum, nicht zuletzt für Flüchtlinge, und der Psychotherapie mit traumatisierten Menschen beschäftigen. Das Haus soll aber nicht nur gemeinsam genutztes Bürogebäude, sondern auch Ort der öffentlichen Debatte sein. Die gut besuchten Diskussionsveranstaltungen und Ausstellungseröffnungen im Erdgeschoss schon zu Beginn des Jubiläumsjahres stimmen zuversichtlich, dass sich das medico-Haus zu einem Raum solidarischer Praxis und engagierter Gegenöffentlichkeit entwickelt. Insofern ist es auch eine Antwort auf die im Symposium aufgeworfenen Fragen.

Marcus Balzereit und Christian Sälzer

DEBATTEN FÜHREN, PROJEKTE FÖRDERN

Von der psychosozialen Unterstützung bei der Aufarbeitung von Menschenrechtsverletzungen in Guatemala über die Verteidigung des Rechts auf Mobilität in Westafrika bis zum gewerkschaftlichen Kampf gegen Ausbeutung in der Textilindustrie in Pakistan – im Jahr 2017 hat die Stiftung mit den Erträgen aus dem Stiftungsvermögen zehn medico-Projekte im globalen Süden gefördert. Neben Guatemala, Mauretanien, Pakistan, Syrien und El Salvador betraf dies Partnerorganisationen im Libanon, in Ägypten, Brasilien, Israel/Palästina, Mali und Mexiko sowie Aktivitäten des Gesundheitsnetzwerks People's Health Movement im südöstlichen Afrika. Hierfür standen im Berichtsjahr 290.000 Euro zur Verfügung – mehr als jemals zuvor. Mit rund 23.000 Euro wurde zudem das Stiftungssymposium unterstützt. Auch das Stiftungsvermögen hat sich positiv entwickelt: von 19,4 Mio Euro auf 20,3 Mio. Euro.

FINANZBERICHT 2017

LAGE UND ENTWICKLUNG

Der Gesamtetat, der medico international im Berichtszeitraum zur Verfügung stand, betrug 19.703.686,53 €. Gegenüber dem Vorjahr hat er sich damit um 6,9% erhöht, was im Wesentlichen auf einen Zuwachs an Zuschüssen öffentlicher Geldgeber in Höhe von 1,6 Mio. € zurückzuführen ist.

EINNAHMEN

Die Summe der Spenden, die medico 2017 erhalten hat, beläuft sich auf insgesamt 5.364.183,75 €. Darin enthalten sind auch die weitergeleiteten Spenden vom „Bündnis Entwicklung hilft“ (BEH) in Höhe von 722.273,76 €. Ohne die BEH-Spenden betrug das Spendenaufkommen 4.641.909,99 €. Das bedeutet eine geringfügige Reduzierung im Vergleich zu 2016 um 1,2%. Dagegen erhöhten sich die medico ohne Zweckbindung überlassenen Spenden um 0,8% leicht. Die Zuschusseinnahmen erhöhten sich im Vergleich zum Vorjahr noch einmal, und zwar um 26,1% auf 7.069.360,49 € (54,8% der Gesamteinnahmen). Grund für diese Erhöhung war die Erweiterung von Nothilfemaßnahmen in Syrien aus Mitteln des Auswärtigen Amtes. Für 2018 wird wieder mit einer Absenkung der Zuschusseinnahmen auf ein eher übliches Niveau von rund 48% gerechnet. Das ist für die Entscheidungsgremien des Vereins deshalb von Bedeutung, weil durch eine gleichmäßige Verteilung der Ertragsarten auch das Risiko von unerwarteten Reduzierungen auf alle Finanzierungssäulen gleichmäßig verteilt werden kann.

Die Zuwendungen, die der Verein von Seiten der Stiftung medico international bekommen hat, sind mit 290.000 € noch einmal leicht gestiegen. Für 2018 wird mit einer Stiftungsförderung in Höhe von 320.000,00 € gerechnet, also einer weiteren Steigerung der Fördersumme um 10,3%. Erfreulich ist die Entwicklung der Fördermitgliedschaften, deren Zahl im Berichtszeitraum um 337 von 3.490 auf 3.827 gestiegen ist (+9,7%). Fördermitgliedschaften ermöglichen eine langfristige und stabile Zusammenarbeit mit unseren Partnerorganisationen im globalen Süden, zu der auch eine politische Aufklärungsarbeit im eigenen Land gehört.

AUSGABEN

Auch in 2017 erhielt medico das Spendensiegel des „Deutschen Zentralinstituts für Soziale Fragen“ (DZI). Der Ergebnisrechnung auf den nachfolgenden Seiten liegen die Aufwandskategorien des DZI zugrunde. Grundsätzlich wird darin zwischen Aufwendungen für den satzungsgemäßen Bereich der Arbeit und Ausgaben für Werbung und Verwaltung unterschieden. Zu den satzungsgemäßen Aufwendungen zählen die Projektförderung, die Projektbegleitung und die satzungsgemäße Kampagnen- und Bildungsarbeit. Diese Unterscheidung ist sinnvoll, weil nachhaltig wirksame Hilfen ohne sachgerechte Planung und Begleitung nicht möglich sind. Hinzu kommt, dass Kampagnen, etwa unsere öffentliche Auseinandersetzung mit den katastrophalen Arbeitsbedingungen in den Textilfabriken von Bangladesch und Pakistan, zwar zuallererst Öffentlichkeitsarbeit im eigenen Land sind, gleichwohl einen nachhaltigen Effekt für die Verbesserung der Lebensumstände von Menschen im globalen Süden haben können.

2017 betrug die Ausgaben für den satzungsgemäßen Bereich der Arbeit von medico insgesamt 11.843.176,55 € (das sind 91,8% der Gesamtausgaben). Im Einzelnen haben wir für die Projektförderung 9.737.311,18 € (75,5%) aufgewandt, für die Projektbegleitung 1.163.207,39 € (9,0%) und für die Kampagnen- und Aufklärungsarbeit 942.657,98 € (7,3%). Die Aufwendungen für Werbung und Verwaltung lagen mit 1.056.630,58 € bei 8,2% der Gesamtausgaben. Verwaltungskosten unter 10% gelten laut DZI als niedrig. Die Mittel, die medico für Projekte aufgewendet hat, haben sich im Vergleich zum Vorjahr um 11,0% erhöht. Das lag an umfangreichen Hilfen für Menschen in Syrien und in den von der Ernährungskrise betroffenen Gebieten in Ostafrika.

PROJEKTE

Im Berichtszeitraum konnte medico fast 120 Projekte fördern, darunter – als Fortsetzung laufender Programme – die Versorgung von Flüchtlingen im Libanon, die Stärkung der Gesundheitsdienste in Palästina und

die Ausstattung der Flüchtlingslager der Sahrauis im Südwesten Algeriens mit dem Jahresbedarf an Medikamenten. Zu den großen politischen und logistischen Herausforderungen zählten wie im Vorjahr die Hilfen für die vom syrischen Bürgerkrieg eingeschlossenen und bedrohten Menschen im Großraum Damaskus und, nach der türkischen Invasion, verstärkt auch in den kurdischen Provinzen im Norden des Landes. In Bangladesch unterstützen wir gemeinsam mit unserer Partnerorganisation Gonoshathaya Kendra die aus Myanmar vertriebenen Rohingya.

Flucht und Migration gehörten auch 2017 zu den Schwerpunkten der Arbeit von medico. So halfen wir in Mali, Mauretanien und Sierra Leone aus Europa Abgeschobenen sowie in Mexiko den Angehörigen von vermissten Migrantinnen und Migranten, während wir in Marokko zur Finanzierung einer Unterkunft für subsaharische Migrantinnen und ihre Kinder beitrugen. In Brasilien unterstützten wir die Bewegung der Obdachlosen bei der Beschaffung von Wohnraum, in Afghanistan Menschenrechtsaktivisten in der psychosozialen Arbeit mit Opfern des Krieges. Mit der Förderung des weltweit vernetzten People's Health Movement setzten wir auch 2017 unsere Mithilfe bei der Schaffung einer transnationalen gesundheitspolitischen Öffentlichkeit fort. In Südafrika schließlich unterstützten wir weiterhin ein Programm zur Stärkung der Rolle von Gesundheitsarbeiterinnen und -arbeitern.

WERBEMASSNAHMEN

Eine aktive und kritische Öffentlichkeitsarbeit ist eine zentrale Aufgabe von medico international. Auch 2017 haben Publikationen wie das vierteljährlich erscheinende Rundschreiben mit Informationen, Reportagen und Hintergrundberichten als Mittel der Gegenöffentlichkeit gewirkt. Gleichzeitig machen sie – ebenso wie der digitale Newsletter und Social-Media-Aktivitäten – auf die Arbeit und die Anliegen des Vereins aufmerksam. Daneben wirbt medico bevorzugt mit Spendenbriefen, Anzeigen, Beilagen in Zeitschriften, Plakaten, Faltblättern sowie mit öffentlichen Aufrufen für ihre Anliegen. Die konkreten Werbemaßnahmen umfassen zudem Erbschafts- und Bußgeldmarketing. Informationen über die Organisation lassen sich darüber hinaus dem Internetauftritt des Vereins entnehmen.

RISIKEN UND CHANCEN

medico international verfügt über ein solides wirtschaftliches Fundament. Besonders hervorzuheben ist die stetig wachsende Zahl von Fördermitgliedschaften. Das spricht dafür, dass medico das Potential in der Öffentlichkeit noch nicht voll ausgeschöpft hat. Insbesondere die Teile der Öffentlichkeit, die sich mit

Blick auf die prekären globalen Verhältnisse mit einem „Weiter so!“ nicht abfinden wollen, korrespondieren mit der Arbeit von medico. Hier zeigt sich die Stärke des besonderen Ansatzes von medico, über Projekte praktischer Solidarität auch die Vision einer anderen, einer solidarischen Welt aufscheinen zu lassen. Das gesellschaftliche Spektrum, in das medico unterdessen hineinwirkt, reicht von Kirchengemeinden, Dritte-Welt-Initiativen und Solidaritätskomitees über Gewerkschaften, politische Verbände, Wissenschaft und Kultur bis hin zu staatlichen Stellen. Erfreulich ist, dass es mehr und mehr gelingt, auch jüngere Menschen für die Arbeit von medico zu begeistern.

Die Risiken, die in der Arbeit von medico auszumachen sind, resultieren aus zwei Entwicklungen, die gegenläufig zu den wachsenden Chancen zu sehen sind: auf der einen Seite die zunehmende Instrumentalisierung von Hilfe für sicherheitspolitische und ökonomische Interessen; auf der anderen Seite die Behinderung zivilgesellschaftlichen Engagements. Von letzterem, den „enger werdenden Räumen“, sind vor allem die Partnerinnen und Partner im Süden betroffen. Einerseits wächst die Kluft zwischen dem Handlungsbedarf, den sie sehen, und den tatsächlich zur Verfügung stehenden Mitteln, andererseits sorgen strikter werdende und mitunter offen repressive staatliche Maßnahmen dafür, dass der Raum für zivilgesellschaftliches Engagement immer kleiner wird. Auch für medico könnte es künftig schwieriger und mitunter auch gefährlicher werden, solidarischen Beistand zu leisten. Reisen in Länder wie Afghanistan, Syrien oder Somalia sind mit einem immer größer werdenden Sicherheitsrisiko verbunden, in Ländern wie Pakistan sind sie aufgrund restriktiver NGO-Gesetze nur noch erschwert möglich.

FAZIT

Die Resonanz, die medico gegenwärtig in der Öffentlichkeit erfährt, und das solide finanzielle Fundament sichern eine weitgehende Unabhängigkeit, die auch noch die nächsten Jahre anhalten wird. Das Ausmaß der heutigen Spendenbereitschaft ist keine Garantie für die Zukunft. Neue internet-basierte Spendenplattformen, die insbesondere jüngere Menschen ansprechen und allzu oft auf kurzfristige punktuelle Veränderungen zielen und die zunehmende Durchdringung von Hilfe mit ökonomischen Interessen werden das Spendenwesen in den nächsten Jahren verändern. Mit einem kritischen Verständnis von Hilfe ist medico auf diese Entwicklungen vorbereitet. Den in den letzten Jahren erarbeiteten Ansatz, Hilfe zugleich zu verteidigen, zu kritisieren und zu überwinden, gilt es konsequent weiterzuentwickeln.

Thomas Gebauer

FINANZBERICHT 2017 GESAMTERGEBNIS

ERTRÄGE	2017	2016
Geldspenden _____	4.626.558,99	4.699.963,76
Sachspenden _____	15.351,00	0,00
Zuwendungen vom Bündnis Entwicklung Hilft _____	722.273,76	664.835,45
Zuschüsse - öffentliche Geldgeber _____	6.991.599,03	5.433.294,67
Zuschüsse - nicht öffentliche Geldgeber _____	77.761,46	174.256,84
Zuwendungen der stiftung medico international _____	290.000,00	280.000,00
Vermächnisse _____	136.797,21	222.115,49
Bußgelder _____	14.960,00	11.396,00
Zinsen und ähnliche Erträge _____	3.200,37	9.218,89
Mitgliedsbeiträge _____	8.517,78	7.433,12
Sonstige Erträge _____	5.509,04	6.235,42
EINGÄNGE INSGESAMT _____	12.892.528,64	11.508.749,64

Rücklagen

nach § 62 Abs. 1 Nr. 1 der Abgabenordnung [A0]

Stand: 01. Januar _____ 4.480.088,44 _____ 4.693.979,43

für Projekte, die im Vorjahr beschlossen wurden, der Mittelabfluss zum 31.12. jedoch noch nicht oder nur teilweise erfolgen konnte, für zweckgebundene Restmittel sowie zur Sicherung der institutionellen Leistungsfähigkeit des Vereins

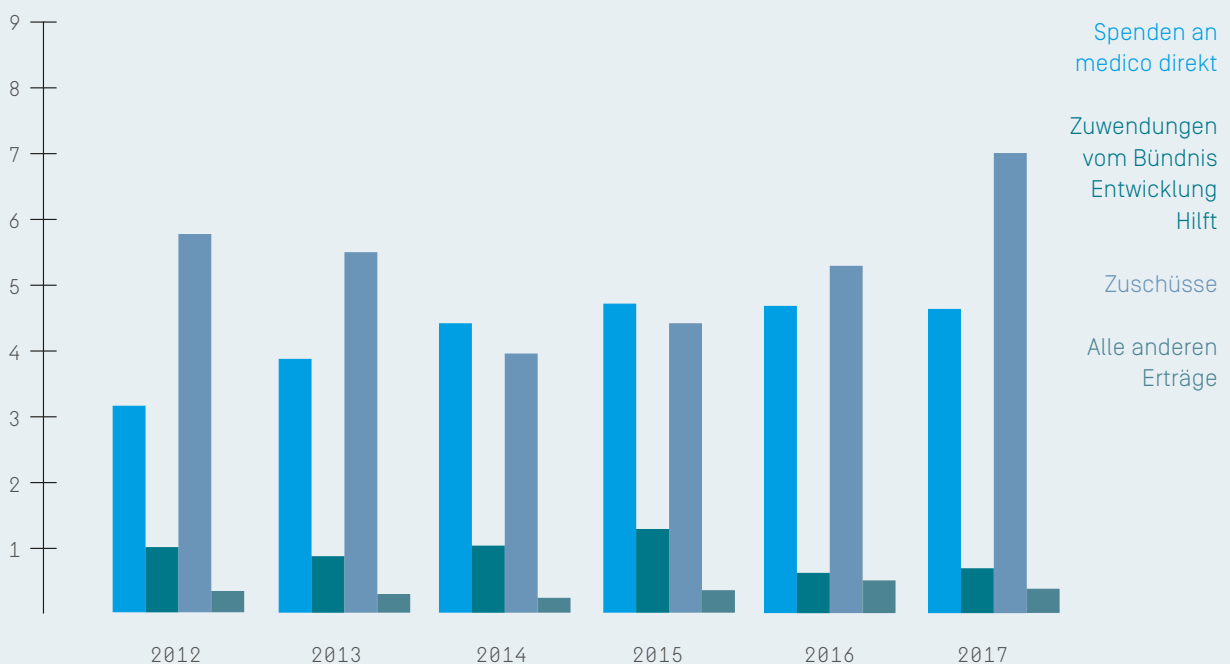
Freie Rücklage nach § 62 Abs. 1 Nr. 3

der Abgabenordnung [A0] _____ 2.106.000,00 _____ 1.992.000,00

Vereinskapital am 01. Januar _____ 225.069,45 _____ 240.698,60

HAUSHALT _____ 19.703.686,53 _____ 18.435.427,67

ENTWICKLUNG DER EINNAHMEN [IN MIO. EURO]



AUFWENDUNGEN	2017	2016
Projektförderung	9.737.311,18	8.768.987,91
Projektbegleitung	1.163.207,39	1.081.120,33
Satzungsgemäße Kamp.-, Bildungs-, Aufkl.Arbeit	942.657,98	851.039,45
Werbung und allgemeine Öffentlichkeitsarbeit	316.911,02	286.488,59
Verwaltung	739.719,56	636.633,50

AUFWENDUNGEN INSGESAMT **12.899.807,13** **11.624.269,78**

Rücklagen

nach § 62 Abs. 1 Nr. 1 der Abgabenordnung [A0]

Stand: 31. Dezember 4.609.659,30 4.480.088,44

für Projekte, die im Vorjahr beschlossen wurden, der Mittelabfluss zum 31.12. jedoch noch nicht oder nur teilweise erfolgen konnte, für zweckgebundene Restmittel sowie zur Sicherung der institutionellen Leistungsfähigkeit des Vereins

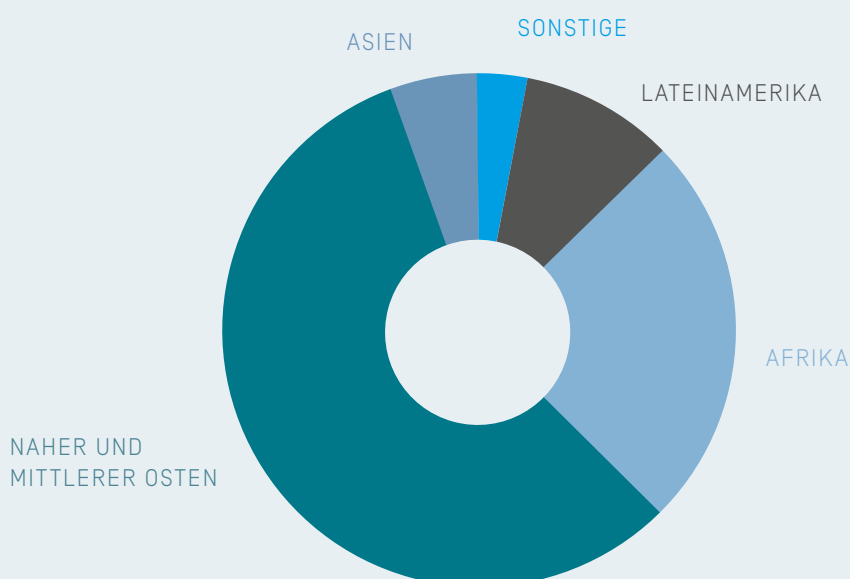
Freie Rücklage nach § 62 Abs. 1 Nr. 3

der Abgabenordnung [A0] 1.935.000,00 2.106.000,00

Vereinskapital am 31. Dezember 259.220,10 225.069,45

HAUSHALT **19.703.686,53** **18.435.427,67**

PROJEKTAUSGABEN NACH REGIONEN



GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG

FÜR DIE ZEIT VOM 1. JANUAR BIS 31. DEZEMBER 2017

	2017	2016
	EURO	EURO
ERTRÄGE		
Spenden	4.641.909,99	4.699.963,76
Zuwendungen vom Bündnis Entwicklung Hilft	722.273,76	664.835,45
Zuschüsse öffentlicher und privater Institutionen	7.069.360,49	5.607.551,51
Stiftungszuwendungen, Vermächtnisse, Bußgelder	441.757,21	513.511,49
Zinsen und ähnliche Erträge	3.200,37	9.218,89
Sonstige Erträge	14.026,82	13.668,54
ERTRÄGE GESAMT	12.892.528,64	11.508.749,64
AUFWENDUNGEN		
Transfers in die Projekte		
a) von Geldmitteln	8.714.626,66	7.607.680,23
b) von Sachmitteln	501.118,08	603.447,27
Personalaufwand		
a) Gehälter	2.176.402,80	2.044.189,68
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung	411.832,43	370.071,89
Abschreibungen		
auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	37.695,33	28.180,39
Sonstige Aufwendungen	1.058.131,83	970.700,32
AUFWENDUNGEN GESAMT	12.899.807,13	11.624.269,78
JAHRESERGEBNIS	-7.278,49	-115.520,14
Zuführung von Vermächtnissen	-136.797,21	-222.115,49
Verwendung von Vermächtnissen	102.646,56	237.744,64
Entnahme aus/ Zuführung zu freien Rücklagen	171.000,00	-114.000,00
Zuführung zu Betriebsmittelrücklagen	0,00	-330.000,00
Abfluss zweckgeb. Spenden aus dem Vorjahr	1.211.738,02	1.857.562,09
Mittelübertrag aus Restmittel Spenden in Rücklagen	190.171,73	196.372,00
Rückfluss zweckgebundener Mittel aus Rücklagen Vorjahr	-42.374,72	-12.541,81
Zuführung zweckgebundene Spenden	-1.386.188,75	-1.471.881,52
Zuführung zur Projektmittelrücklage	-9.903.548,32	-8.954.464,04
Entnahme aus der Projektmittelrücklage	9.737.311,18	8.816.496,63
Auflösung von Projektrücklagen	67.915,62	119.226,14
Mehraufwand/ Forderungen bei Projektrücklagen	-4.595,62	-6.878,50
ERGEBNISVORTRAG	0,00	0,00

ERLÄUTERUNGEN ZUR ERGEBNISRECHNUNG

ERTRÄGE

Spenden – Bei den Spenden, die medico 2017 direkt erhalten hat, konnte ein Ergebnis erzielt werden, dass nur knapp (1,2%) unter dem guten Ergebnis des Vorjahres liegt. Ursache dafür ist eine Reduzierung der zweck-

gebundenen Spenden um 6,4 %, was im Wesentlichen mit einem leichten Rückgang der Nothilfe-Spenden zusammenhängt. Der ungebundene Bereich der Spenden konnte im Vergleich zum Vorjahr sogar noch einmal leicht gesteigert werden (+ 0,8%).

ERGEBNISRECHNUNG NACH AUFWANDSKATEGORIEN UND DZI KRITERIEN

PROJEKTAUFWENDUNGEN / SATZUNGSGEMÄSSER BEREICH		satzungsgem. Kampagnen-, Bildungs- und Aufklärungsarbeit EURO	WERBE- UND VERWALTUNGSAUFWENDUNGEN	
Projektförderung EURO	Projektbegleitung EURO		Werbung und allgm. Öffent- lichkeitsarbeit EURO	Verwaltung EURO
4.641.909,99				
722.273,76				
6.980.407,04	88.953,45			
441.757,21				
3.200,37				
3.457,55	900,82	614,34	117,32	8.936,79
12.793.005,92	89.854,27	614,34	117,32	8.936,79
8.714.626,66				
501.118,08				
317.032,32	799.620,05	429.925,81	139.507,00	490.317,62
24.206,83	163.494,29	89.929,48	30.386,57	103.815,26
3.198,43	9.311,66	15.757,48	4.018,69	5.409,07
177.128,86	190.781,39	407.045,21	142.998,76	140.177,61
9.737.311,18	1.163.207,39	942.657,98	316.911,02	739.719,56
3.055.694,74	-1.073.353,12	-942.043,64	-316.793,70	-730.782,77

Der Anteil der Werbe- und Verwaltungsaufwendungen an den Gesamtaufwendungen beträgt 8,19 %.

Zuwendungen vom Bündnis Entwicklung Hilft – Hier handelt es sich um Spenden, die vom Bündnis 2017 an medico weitergeleitet worden sind. Die größten Anteile hatten dabei Spenden für Opfer der Ernährungskrise in Ostafrika (51,9%) und für Bürgerkriegsopfer in Syrien (15,7%).

Zuschüsse öffentlicher und privater Institutionen – Zuschüsse für Projekte im Libanon, in den Palästinensischen Gebieten, in Syrien, Ostafrika, Guatemala, Haiti, Pakistan, Südafrika sowie für die Sahrauischen Flüchtlinge in Algerien wurden voll oder anteilig durch das AA, das BMZ, ifa zivik, ECHO und medico international Schweiz finanziert.

Stiftungszuwendungen, Vermächnisse und Bußgelder – 290.000,00 € hat der Verein im Jahr 2017 von der stiftung medico international für Projekte erhalten. Das bedeutet ein Plus von 3,6%. Die Einnahmen aus Vermächnissen lagen mit 136.797,21 € um gut 85.000,00 € niedriger als im Vorjahr. Die Geldauflagen erreichten mit 14.960,00 Euro in etwa das Vorjahresniveau.

Sonstige Erträge – hierbei handelt es sich im Wesentlichen um Mieteinnahmen des Büros Ramallah, um Kursgewinne, Zinseinnahmen und sonstige Kapitalerträge sowie um Mitgliedsbeiträge.

AUFWENDUNGEN

Transfers in die Projekte – In dieser Rubrik sind die Mittel, die direkt den Projekten zur Verfügung stehen und aus Spenden und Zuschüssen finanziert werden, aufgeführt.

Personalaufwand – Im hier ausgewiesenen Betrag sind enthalten: Die Gesamtkosten des inländischen und entsandten Personals, die mit lokalen Arbeitsverträgen angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Auslandsbüros, freiberufliche Honorarkräfte, Aufwendungen für PraktikantInnen und Aushilfslöhne.

Abschreibungen – Die Abschreibungen auf die Sachanlagen und die immateriellen Vermögensgegenstände wurden planmäßig vorgenommen.

Sonstige Aufwendungen – Hier handelt es sich um Aufwendungen für Porto, Telefon, Bürobedarf, Reisekosten, Sachaufwand für Projektbegleitung, Werbung, satzungsgemäße Bildungs- und Aufklärungsarbeit, Instandhaltungen und Wartungen, Beratungsleistungen sowie für sonstigen Verwaltungsbedarf.

BILANZ ZUM 31.12.2017

AKTIVA

	Berichtsjahr EURO	Vorjahr EURO
A. ANLAGEVERMÖGEN		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände _____	13.638,00	27.273,00
II. Sachanlagen _____	79.719,00	32.080,00
III. Finanzanlagen _____	105.934,06	105.934,06
B. UMLAUFVERMÖGEN		
I. Vorräte _____	4.653,13	5.168,79
II. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände _____	106.301,35	86.179,83
III. Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten _____	6.688.865,73	6.698.222,08
C. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN		
I. Aktive Rechnungsabgrenzungen _____	13.758,87	6.123,68
	7.012.870,14	6.960.981,44

ERLÄUTERUNGEN ZUR BILANZ**ALLGEMEINE ANGABEN**

Der Jahresabschluss von medico international e.V. ist nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB) und unter Berücksichtigung der Leitlinien des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen (DZI) erstellt. Die Umsatzsteuer ist in den Anschaffungskosten des Anlagevermögens und in den Aufwendungen der Gewinn- und Verlustrechnung enthalten, da der Verein nicht zum Vorsteuerabzug berechtigt ist.

AKTIVA**A. ANLAGEVERMÖGEN**

I. Immaterielle Vermögensgegenstände – Hier handelt es sich um die aufgrund des umfangreichen Relaunchs 2015 notwendig gewordene Aktivierung der medico-Webseite sowie um den um Abschreibungen verminderten Wert der 2017 und in den Vorjahren erworbenen Softwareprogramme und -lizenzen.

II. Sachanlagen – Die Sachanlagen setzen sich zusammen aus Kraftfahrzeugen, der Büroausstattung und der EDV-Hardware unter Berücksichtigung der jährlichen Abschreibungen. Die Ursache für die wesentliche Erhöhung dieser Bilanzposition liegt in der Neubeschaffung von Büromöbeln und -technik im Zusammenhang mit dem Umzug der Geschäftsstelle.

III. Finanzanlagen – Aus Erbschaften sind dem Verein 2005 und 2012 verschiedene Anteile bzw. Geldanlagen zugegangen.

B. UMLAUFVERMÖGEN

I. Vorräte – Es handelt sich um den Bestand an Informationsmaterial für Öffentlichkeitsarbeit.

II. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände – Die Forderungen und sonstigen Vermögensgegenstände beinhalten im Wesentlichen:

- Forderungen: Anspruch (zugesagter Zuschuss) an das BMZ sowie gegenüber Personal.
- Sonstige Vermögensgegenstände: Noch nicht zurückgezahlte Mietkaution für die Geschäftsräume in der Burgstraße 106

III. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten – Bei dieser Position handelt es sich um die Bestände der Barkassen und Konten für laufende Zahlungen und Termingeldanlagen der Geschäftsstelle in Frankfurt/Main und um die Bestände der Büros in Managua, Algier/Tindouf und Ramallah

C. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN

Für Mietaufwendungen des Büros in Ramallah, die 2017 im Voraus für 2018 bezahlt wurden.

PASSIVA**A. EIGENKAPITAL****I. Vereinskaptal**

Das Vereinskaptal setzt sich im Wesentlichen zusammen aus dem Anlagevermögen, den Vorräten und der Mietkaution.

II. & III. Rücklagen

Die Rücklagen nach § 62 Abs. 1 Nr. 1 AO von 4.609.659,30 € wurden gebildet

- für Projekte, die in 2017 und Vorjahren genehmigt und begonnen wurden, bei denen der Mittelabfluss in 2017 jedoch nur teilweise erfolgt ist (2.037.300,14 €)
- für zweckgebundene Restmittel aus Spenden (972.359,16 €)
- zur Sicherung der institutionellen Leistungsfähigkeit des Vereins (1.600.000,00 €).

Die Freien Rücklagen nach § 62 Abs. 1 Nr. 3 AO von 1.935.000,00 € wurden gebildet für Projekte, die in der Entwicklung bzw. Ausarbeitung für die kommenden Jahre sind sowie für geplante Aufwendungen in allen anderen Arbeitsbereichen medicos.

B. RÜCKSTELLUNGEN

Rückstellungen in Höhe von 117.741,00 € wurden gebildet

- für noch bestehende Urlaubsansprüche (102.261,00 €)
- und für die Kosten der Jahresabschlussarbeiten und der Wirtschaftsprüfung (15.480,00 €)

C. VERBINDLICHKEITEN

Es handelt sich hier um Verbindlichkeiten

- aus Lieferungen und Leistungen (57.856,60 €)
- aus Lohnsteuer (23.935,35 €)
- aus Sozialversicherungsansprüchen (1.003,08 €)
- gegenüber Arbeitnehmer/innen in Ramallah (2.332,58 €)
- aus noch einzulösenden Schecks des Büros in Ramallah (281,18 €)
- aus Gehaltsauszahlungen (4.748,27 €)

D. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN

Für bereits 2017 im Voraus vereinnahmte Mietzahlungen für 2018 aus einem Untermietvertrag des Büros Ramallah.

PASSIVA

	Berichtsjahr EURO	Vorjahr EURO
A. EIGENKAPITAL		
I. Vereinskapital _____	259.220,10	225.069,45
II. Rücklagen nach § 62 Abs. 1 Nr. 1 AO _____	4.609.659,30	4.480.088,44
III. Freie Rücklagen nach § 62 Abs. 1 Nr. 3 AO _____	1.935.000,00	2.106.000,00
B. RÜCKSTELLUNGEN		
1. Sonstige Rückstellungen _____	117.741,00	102.820,00
C. VERBINDLICHKEITEN		
1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen _____	57.856,60	10.448,89
2. Sonstige Verbindlichkeiten _____	32.300,46	33.754,66
D. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN		
II. Passive Rechnungsabgrenzungen _____	1.092,68	2.800,00
	7.012.870,14	6.960.981,44

BESTÄTIGUNGSVERMERK DER WIRTSCHAFTSPRÜFER

Wir haben den Jahresabschluss – bestehend aus Bilanz zum 31. Dezember 2017, Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2017, Mittelverwendungsrechnung für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2017 sowie Anhang – unter Einbeziehung der Buchführung – und den Lagebericht des Vereins medico international e.V., Frankfurt am Main, für das Geschäftsjahr 2017 geprüft. Die Buchführung und die Aufstellung von Jahresabschluss und Lagebericht nach den deutschen handelsrechtlichen Vorschriften und den ergänzenden Bestimmungen der Satzung liegen in der Verantwortung der gesetzlichen Vertreter des Vereins. Unsere Aufgabe ist es, auf der Grundlage der von uns durchgeführten Prüfung eine Beurteilung über den Jahresabschluss und der Mittelverwendungsrechnung unter Einbeziehung der Buchführung und über den Lagebericht abzugeben.

Wir haben unsere Jahresabschlussprüfung nach § 317 HGB unter Beachtung der vom Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) festgestellten deutschen Grundsätze ordnungsmäßiger Abschlussprüfung vorgenommen. Danach ist die Prüfung so zu planen und durchzuführen, dass Unrichtigkeiten und Verstöße, die sich auf die Darstellung des durch den Jahresabschluss unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung und den Lagebericht vermittelten Bildes der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage wesentlich auswirken, mit hinreichender Sicherheit erkannt werden. Bei der Festlegung der Prüfungshandlungen werden die Kenntnisse über die Geschäftstätigkeit und über das wirtschaftliche und rechtliche Umfeld des Vereins sowie die Erwartungen über mögliche Fehler berücksichtigt. Im Rahmen der Prüfung werden die Wirksamkeit des rechnungslegungsbezogenen internen Kontrollsystems sowie Nachweise für die Angaben in Buchführung, Jahresabschluss und Lagebericht überwiegend auf der Basis von Stichproben beurteilt.

Die Prüfung umfasst die Beurteilung der angewandten Bilanzierungsgrundsätze und der wesentlichen Einschätzungen der gesetzlichen Vertreter sowie die Würdigung der Gesamtdarstellung des Jahresabschlusses und des Lageberichts. Wir sind der Auffassung, dass unsere Prüfung eine hinreichende Grundlage für unsere Beurteilung bildet.

Unsere Prüfung hat zu keinen Einwendungen geführt.

Nach unserer Beurteilung aufgrund der bei der Prüfung gewonnenen Erkenntnisse entspricht der Jahresabschluss den gesetzlichen Vorschriften und den ergänzenden Bestimmungen der Satzung und vermittelt unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des Vereins. Der Lagebericht steht in Einklang mit dem Jahresabschluss, entspricht den gesetzlichen Vorschriften, vermittelt insgesamt ein zutreffendes Bild von der Lage des Vereins und stellt die Chancen und Risiken der zukünftigen Entwicklung zutreffend dar.

Frankfurt am Main, den 20. April 2018

RGT TREUHAND
Revisionsgesellschaft mbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft


Jürgen Lohr
Wirtschaftsprüfer


Esther Rupp
Wirtschaftsprüferin



MEDICO INTERNATIONAL E.V. – ORGANISATIONSSTRUKTUR

MITGLIEDERVERSAMMLUNG		(58 aktive Mitglieder gemäß § 4, 1-5 der Satzung von medico international e.V.)	
VORSTAND		Dr. med. Anne Blum , Vorsitzende Brigitte Kühn , stv. Vorsitzende Rainer Burkert , stv. Vorsitzender	Johannes Katzan , Beisitzer Helga Riebe , Beisitzerin Margit Rodrian , Beisitzerin
Florian Bernhard-Kolbe , Assistent des Geschäftsführenden Gremiums	GESCHÄFTSFÜHRENDES GREMIUM		Thomas Gebauer Geschäftsführer
Katja Maurer Stabsstelle medico-Narrativ	Anne Jung Abteilungsleiterin Öffentlichkeitsarbeit, Globale Gesundheit	Jens von Bargaen Abteilungsleiter Verwaltung & Finanzen	
ARBEITSGRUPPEN* Flucht & Migration Gesundheit Kritische Nothilfe Psychosozial	ABTEILUNG ÖFFENTLICHKEITSARBEIT Bernd Eichner stv. Abteilungsleiter, Presse, Nothilfe Marek Artt Zentrale, Veranstaltungsorganisation, Korrektur Dr. Marcus Balzereit Beyond Aid, Psychosoziales, Soziale Arbeit Timo Dorsch Veranstaltungsorganisation Gudrun Kortas Spender- und Stifterkommunikation Moritz Krawinkel Onlineredaktion, Lateinamerika Dr. Ramona Lenz Flucht & Migration Riad Othman Nahost Dr. Thomas Seibert Menschenrechte, Konferenzen, Süd- und Südostasien Anita Starosta Spenderkommunikation Frank van Ooyen Zentrale, Veranstaltungsorganisation Jürgen Wälther Homepagebetreuung		ABTEILUNG VERWALTUNG & FINANZEN Johannes Reinhard stv. Abteilungsleiter, Controlling, Finanz- und Rechnungswesen Anke Böttcher Spenden-, Erbschafts- und Geldauflagenverwaltung Anke Prochnau Rechnungswesen Nicole Renner Rechnungswesen Uwe Schäfer EDV & IT Steffen Schmid EDV & IT Andrea Schuldt Rechnungswesen, Außenbüros Kristina Schusser Personalverwaltung
TANDEMS Afrika Flucht & Migration Gesundheit Kritische Nothilfe Südamerika Südasien Westsahara Zentralamerika & Mexiko			FINANZKOORDINATION PROJEKTE KOFINANZIERUNGEN UND SPENDEN Philipp Henze Susanne Huber Elena Mera Ponce Rachide Tennin Rita Velásquez

*) medico international ist eine Matrixorganisation, die ihre Bereiche in drei Abteilungen mit je eigener Leitung gliedert und darüber hinaus eine abteilungsübergreifende Arbeit in Arbeitsgruppen und Tandems organisiert.

Arbeitsgruppen: Die Arbeitsgruppen (AG) sind ein abteilungsübergreifender strategischer Arbeitszusammenhang, der sich mit den Schwerpunktthemen von medico international befasst. Die AGs dienen der Wissensproduktion, der Wissensaneignung und dem Wissensmanagement und sorgen so für die Diskursentwicklung und die Weiterentwicklung des Projektgeschehens und seiner öffentlichen Darstellung.

Tandems: Die Tandems funktionieren als Schnittstelle zwischen zwei Abteilungen und sind federführend für die Betreuung einzelner regionaler bzw. operativer Schwerpunkte zuständig. Sie verfolgen und analysieren u.a. die politische, soziale und kulturelle Entwicklung der Region oder des Themas.

Die Mitglieder des Vorstandes und des Revisionsausschusses arbeiten ehrenamtlich. Alle Kolleginnen und Kollegen aus der Geschäftsführung und den Fachabteilungen arbeiten hauptamtlich. Neben den oben erwähnten 58 aktiven Mitgliedern unterstützen uns auch 3.573 Personen mit einer Fördermitgliedschaft im Sinne von § 4, 6 der Satzung von medico international.

STAND ALLER DATEN DIESER SEITE: 01.05.2018

REVISIONSAUSSCHUSS

Lars Grothe
Horst Pfander
Michael Rumpf

Karin Urschel
 Abteilungsleiterin Projekte,
 Südamerika

ABTEILUNG PROJEKTE

Dr. Sönke Widderich
 stv. Abteilungsleiter,
 Süd- und Südostasien

Peter Biermann
 Zentralamerika, Mexiko

Eva Bitterlich
 Afghanistan, Westsahara

Sabine Eckart
 Migration, Westafrika, Simbabwe

Anne Hamdorf
 Nothilfe, Haiti

Wilhelm Hensen
 Kurdistan

Till Küster
 Syrien, Libanon

Usche Merk
 Psychosoziale Arbeit, Südafrika,
 Sierra Leone

Hendrik Slusarenka
 Nothilfe

Dr. med. Andreas Wulf
 Gesundheit, Ägypten

MEDICO-BÜRO MITTELAMERIKA

Herlon Vallejos
 Büro- und Finanzkoordination

MEDICO-BÜRO PALÄSTINA & ISRAEL

Dieter Müller, Büroleiter

Nida Ataya, Projekt- und Bürofinanzen

Wardeh Barghouti, Sekretariat und
 Verwaltungsassistentz

Rojan Ibrahim, Projektkoordination

Anne Wolter, Projektassistentz

Laila Yousef, Finanzkoordination

PROJEKTBURO WESTSAHARA
(IN ALGERIEN)

Alfred Wadie, Projektkoordination

Amina Boukrous, Fachkraft Gesundheit

Mehdi Mohammed Lamin, Assistenz
 Logistik

Amokrane Taguett, Finanzkoordination

Abdelmalek Zahi, Logistik, Monitoring

PERSONAL

2017 2016

(durchschnittliche Zahl der Mitarbeiter/innen)

INLANDSMITARBEITER/INNEN

Vollzeitbeschäftigte _____ 15 _____ 15

Teilzeitbeschäftigte _____ 26 _____ 22

Auslandsmitarbeiter/innen (entsandte) _____ 2 _____ 2

Auslandsmitarbeiter/innen in den Büros mit lokalen
 Verträgen und freie Mitarbeiter im Ausland _____ 8 _____ 7

Geringfügig Beschäftigte _____ 5 _____ 4

2 Praktikanten/innen jeweils ca. 2 Monate
 _____ 56 _____ 50

VERGÜTUNGSSTRUKTUR

Grundlage der Bruttomonatsgehälter ist ein Haustarif, der in drei Gehaltsgruppen unterteilt ist. Innerhalb dieser Gehaltsgruppen gibt es verschiedene Gehaltsstufen, die den Grad der übertragenen Verantwortung, die Berufserfahrung, die geforderten Kompetenzen und die Betriebszugehörigkeit berücksichtigen.

GRUPPE	von €	bis €
I. Geschäftsführung		
Geschäftsführer _____	5.520	5.720
Abteilungsleitung _____	4.653	4.853
II. Referenten, Koordinatoren und Sachbearbeiter _____	3.564	4.490
III. Assistenten und andere Fachkräfte _____	2.776	3.461

Über die Zahlung eines 13. Monatsgehaltes wird alljährlich gesondert vom Vorstand entschieden. Für unterhaltspflichtige Kinder wird ein Betrag von 205 € mtl. pro Kind zusätzlich gezahlt.

WESENTLICHE MITGLIEDSCHAFTEN UND VERBUNDENE RECHTSKÖRPER

medico international e. V. ist unter anderem Mitglied beim Paritätischen Wohlfahrtsverband, dem Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe VENRO sowie dem Bündnis Entwicklung Hilft. Im Jahr 2014 wurde die selbständige stiftung medico international gegründet, deren Zweck laut § 1, 2 ihrer Satzung überwiegend durch die materielle und ideelle Förderung des Vereins medico international e. V. verwirklicht wird.

VEREINSREGISTER / STEUERLICHE VERHÄLTNISSE

Der Verein medico international ist unter der Nummer VR 5468 im Vereinsregister beim Amtsgericht Frankfurt/Main eingetragen und wird beim Finanzamt Frankfurt/Main III unter der Steuer Nr. 45 250 6181 5 - K 19 geführt. Mit Bescheid vom 10. April 2018 wurde dem Verein die Freistellung von der Gewerbe- und Körperschaftsteuer für die Jahre 2014, 2015 und 2016 erteilt. Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne der §§ 51 ff. Abgabenordnung.

Geförderte Projekte nach Regionen

AFRIKA

Ägypten

- Institutionelle Unterstützung des El Nadeem Center for Rehabilitation of Victims of Violence
- Förderung von Gemeindegesundheit und sozialen Veränderungen durch kreative und therapeutische Theaterarbeit, Dawar for Arts and Development
- Flüchtlingsunterstützung und Integration in Alexandria, Torraha for Culture and Art

45.477,86 € (inklusive Unterstützung stiftung m.i.)

Kenia

- Dürre in Kenia: Nothilfe und Advocacy, Kamukunji Paralegal Trust (KAPLET)
- Verteidigung der Menschenrechte und des Rechts auf Gesundheit, KAPLET

111.583,83 €

Mali

- Institutionelle Förderung der Association Malienne des Expulsés (AME)
- Unterstützung von abgeschobenen und abgewiesenen Migrantinnen und Migranten in Mali, Verbesserung der Aufnahmebedingungen für Abgewiesene, Association de Refoulés d'Afrique Centrale au Mali (ARACEM)

58.000,00 € (inklusive Unterstützung stiftung m.i.)

Mauretanien

- Rechtsberatung und soziale Begleitung von Migrantinnen und Migranten sowie Stärkung von Migrantenorganisationen in Mauretanien und der regionalen Vernetzung von migrationspolitischen Organisationen, Association Mauretannienne des Droits de l'Homme (AMDH)

35.000,00 € (inklusive Unterstützung stiftung m.i.)

Sierra Leone

- Stärkung der Selbstorganisation von abgeschobenen Migrantinnen und Migranten, Advocacy zum Schutz von Abgeschobenen in Sierra Leone, Network of Ex Asylum Seekers Sierra Leone (NEAS-SL)
- Stärkung der politischen und sozialen Menschenrechte und den Zugang zu Gesundheit im Kono Distrikt. Network Movement for Justice and Development (NMJD)
- Nothilfe für Opfer der Unwetterkatastrophe in Kono, NMJD

56.892,80 €

Simbabwe

- Gemeindebasierte Aufklärung und Advocacy zu Typhus, Community Working Group on Health (CWGH)

15.084,09 €

Somalia

- Nahrungsmittelhilfe für Gemeinden in Gedo, Nomadic Assistance for Peace and Development (NAPAD)
- Nothilfe für vulnerable Gemeinden in Gedo (Somalia) und Mandera (Kenia), NAPAD

982.602,98 € (inklusive Unterstützung AA)

Südafrika

- Stärkung der Selbstorganisation von Gemeindegesundheitshelferinnen und -helfern, Section 27, Sinani, People's Health Movement Südafrika (PHM-SA), Khanya College und Sophiatown Community Psychological Services (SCPS)
- Förderung der Selbstorganisation von Gemeindegesundheitsarbeiterinnen und -arbeitern auf Provinz- und nationaler Ebene und Stärkung ihrer demokratischen und gesundheitspolitischen Praxis (Phase 2), Khanya College, Section 27, Sinani, PHM-SA und Wellness Foundation
- Stärkung eines menschenrechtlichen Umgangs mit HIV und AIDS und der sozialen und politischen Rechte von Menschen, die von HIV und AIDS betroffen sind, in einem integrierten Gemeinwesenansatz, Sinani
- Kampagne zur Limpopo Bildungskrise, Section 27
- Institutionelle Förderung von Sinani

574.175,55 € (inklusive Unterstützung BMZ)

Westsahara

- Versorgung sahraischer Flüchtlingslager mit Medikamenten und medizinischem Material, Fortbildung des pharmazeutischen Personals, Gesundheitsministerium der Demokratischen Arabischen Republik Sahara (DARS)
- Kampagne gegen Menschenrechtsverletzungen und Ressourcenausbeutung durch die EU und Siemens in der besetzten Westsahara, Western Sahara Ressource Watch (WSRW)

670.154,79 € (inklusive Unterstützung ECHO)

ASIEN

Afghanistan

- Internationale Begegnungen: Kritisches Denken und die Zukunft Afghanistans, Afghanistan Human Rights and Democracy Organization (AHRDO)
- Institutionelle Förderung von AHRDO

36.409,78 €

Bangladesch

- Gesundheitsprogramm für Arbeiterinnen und Arbeiter der bangladeschischen Textil- und Bekleidungsindustrie, Gonoshasthaya Kendra (GK)
- Flutnothilfe, GK
- Nothilfe für die Rohingya Flüchtlinge, GK

45.945,47 €

Nepal

- Alternative Wege zur Gesundheitsfinanzierung für alle, Nepal Public Health Foundation (NPHF)
- Nothilfe für von der Flut betroffene Familien, Nepal Development Society (NEDS)
- Projekt Gesundheit, Bauwesen und Landwirtschaft II, NEDS
- School of Leadership: Katastrophenbewältigung, Accountability und Soziale Gerechtigkeit, Association of Youth Organizations in Nepal (AYON)

131.349,50 €

Pakistan

- Bereitstellung von Wasserfiltern in fünf Dörfern des Distrikts Thatta, Health and Nutrition Development Society (HANDS)
- Katastrophenvorsorge und katastrophenresilienter Wiederaufbau im Nordsindh, HANDS
- Gästehaus für das HANDS Trainingszentrum in Karatschi, HANDS
- „Lighting Lives in Pakistan“ – LED-Solarlampen für den ländlichen Sindh, HANDS
- Durchsetzung von Arbeitsrechten und Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der globalen Verwertungskette, National Trade Union Federation (NTUF) in Kooperation mit Home Based Women Workers Center Association (HBWWCA)

68.552,02 € (inklusive Unterstützung BMZ und stiftung m.i.)

Philippinen

- Kampf gegen Hunger, Erneuerung von Lebensgrundlagen: Wiederaufbau- und Rehabilitationsprogramm für die vom Taifun Yolanda-Haiyan zerstörten Gemeinden in Ost- und West-Samar, Samahang Operasyong Sagip (SOS)
- Evaluierung des SOS-Wiederaufbau- und Rehabilitationsprogramms, Management Advancement Systems Association (Masai)
- Institutionelle Förderung und Erdbebenprävention von SOS

66.833,40 €

Sri Lanka

- Unterstützung der nachhaltigen Wiederansiedlung zurückgekehrter Bürgerkriegsflüchtlinge im Norden Sri Lankas, Social, Economical and Environmental Developers (SEED)
- Förderung einer Friedenskultur in kriegszerrissenen Gemeinden, SEED
- Institutionelle Unterstützung von SEED

102.187,22 € (inklusive Unterstützung BMZ)

LATEINAMERIKA

Brasilien

- Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit und Vernetzung mit PACS, Justiça nos Trilhos (JnT)
- Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit und Vernetzung mit JnT, Instituto Políticas Alternativas para o Cono Sul (PACS)
- Für eine andere Gesundheit, Associação Planeta Porto Alegre (Outras Palavras)
- Reformen im Gesundheitsbereich verstehen, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)
- Stärkung der Selbstversorgung in der Bundesschule der brasilianischen Landlosenbewegung (MST), Escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF)
- Gemeinschaftsgärten in durch den MTST erkämpften Wohnblocks, Movimento dos Trabalhadores sem Teto (MTST)

83.700,00 € (inklusive Unterstützung stiftung m.i.)

Chile

- Menschenrechtsarbeit, Cooperación de Promoción y Defensa de los Derechos del Pueblo (CODEPU)

8.714,50 €

El Salvador

- Stärkung der Strukturen des Nationalen Gesundheitsforums (FNS) in den Provinzen San Salvador und La Libertad, Alianza Ciudadana contra la Privatización de la Salud (ACCPS) über Asociación de Promotores Comunes Salvadoreños (APROCSAL)
- Publikation zur Erinnerungsarbeit an Soziale Kämpfe, Museo de la Palabra y la Imagen (MUPI)
- Aufwendungen des Projektbüros Mittelamerika

38.643,35 €

Guatemala

- Verteidigung der wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und Umweltrechte der indigenen Bevölkerung im Landkreis Ixcán, Asociación Coordinadora Comunitaria de Servicios para la Salud (ACCSS)
- CO₂-Bindung in einem Waldgebiet von Baja Verapaz, Fundación Centro de Servicios Cristianos (FUNCEDESCRI)
- Bearbeitung der psychosozialen Auswirkungen schwerwiegender Menschenrechtsverletzungen, Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial (ECAP)
- Kampf gegen die Straffreiheit und Stärkung der Demokratisierung der Justiz, Comisión Internacional de Juristas (CIJ)
- Förderung jugendlicher Führungskräfte in Gemeinwesen der Maya Q'eqch'í im Landkreis Sayaxché, Petén / Loq'Laj Ch'och', Sagrada Tierra
- Aufwendungen des Projektbüros Mittelamerika

408.821,61 € (inklusive Unterstützung BMZ und stiftung m.i.)

Haiti

- Stärkung der Rechtsstaatlichkeit und Kampf für die Achtung der Menschenrechte und Grundfreiheiten in Haiti, Réseau National de Défense des Droits Humains (RNDDH)

257.974,16 € (inklusive Unterstützung BMZ)

Mexiko

- Menschenrechtsarbeit der Migrantenherberge „La 72“, La 72
- Karawane und Aktivismus der Mesoamerikanischen Migrationsbewegung, Movimiento Migrante Mesoamericano (M3)
- Förderung von Organisationsprozessen und eines Wiederaufbaus in Würde in San Dionisio del Mar und Juchitán nach dem Erdbeben in Mexiko, Código DH
- Aufwendungen des Projektbüros Mittelamerika

74.670,51 € (inklusive Unterstützung stiftung m.i.)

Nicaragua

- Stärkung der Einflussnahme von zivilgesellschaftlichen Bündnissen zur Verteidigung des Territoriums, des Wassers und der Souveränität, Fundación Popol Na para la Promoción y el Desarrollo Municipal (Popol Na)
- Unterstützung von Betroffenen der Chronischen Niereninsuffizienz in

20 Gemeinwesen des Landkreis El Viejo, Asociación Chinantlan

- Aufwendungen des Projektbüros Mittelamerika

37.883,33 €

Venezuela

- Geburtszimmer im integralen Gesundheitszentrum, CECOSOLA

10.473,59 €

NAHER/MITTLERER OSTEN

Irak [kurdische Gebiete]

- Ausbau des Kultur- und Jugendzentrums in Kifri zum Dialogzentrum zwischen Binnengeflichteten und Gastgemeinden, HAUKARI e.V.
- Familienmediationsteams zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen im Germian-Gebiet, HAUKARI e.V.
- Förderung von Gesundheit, Frauenrechten und religiöser Toleranz, HAUKARI e.V.

79.069,09 €

Libanon

- Medizinische Versorgung syrischer Flüchtlinge, AMEL Association
- Institutionelle Förderung von Marsa – Zentrum für Sexuelle Gesundheit
- Stärkung palästinensischer Flüchtlingsjugendlicher und Erweiterung ihrer Fähigkeiten sowie Unterstützung von Struktur und Aktivitäten der Nashet Association, Nashet
- Stärkung von Frauen und Jugendlichen in Aktivitäten zur Gemeindeentwicklung in marginalisierten palästinensischen Gemeinden im Großraum Beirut und im Südlibanon, Popular Aid for Relief and Development (PARD)

697.060,46 € (inklusive Unterstützung AA und stiftung m.i.)

Palästina / Israel

- Stärkung von Gesundheitsdiensten und Patienten im Umgang mit chronischen Krankheiten im Gazastreifen, Palestinian Medical Relief Society (PMRS)
- Verbesserung des Zugangs zu Basisgesundheitsdiensten und der Krisenbereitschaft vulnerabler Gemeinden sowie Medikamentenversorgung von sozialen Härtefällen im Gazastreifen und auf der Westbank, PMRS
- Förderung der School of Community Health, PMRS
- Schulgesundheitsprogramm, Medical Relief Society (MRS), Jerusalem
- Institutionelle Förderung der Physicians for Human Rights - Israel (PHR-IL)
- Gesundheitsförderung durch mobile Kliniken in den besetzten Gebieten, PHR-IL
- Unterstützung der Offenen Klinik Jaffa, PHR-IL
- Institutionelle Förderung von Adalah – The Legal Center for Arab Minority Rights in Israel
- Projekt zur Früherkennung von Brustkrebs & medizinische/psychologische Behandlung/Begleitung von Brustkrebspatientinnen im Gazastreifen, Culture and Free Thought Association (CFTA)
- Institutionelle Förderung der Recherchearbeit zu Besatzungsprofiteuren, Who Profits
- Sicherung palästinensischer Landrechte im Jordantal, Union of Agricultural Work Committees (UAWC)
- Förderung des Aid Watch Palestine, Dalia Association
- Moderne Kunst Workshop und Ausstellung für junge Künstlerinnen und Künstler, Shababek – Windows from Gaza for Contemporary Art über General Union of Cultural Centres (GUCC)
- Förderung der Recherchearbeit zur Besitzergreifung seitens Israels von Land der Palästinenser im Westjordanland, Kerem Navot
- Institutionelle Förderung der Kulturarbeit des Freedom Theatre in Jenin
- Institutionelle Förderung des Al Mezan Center for Human Rights, Gaza, sowie Unterstützung ihrer Advocacy- und Lobbyarbeit in Europa
- Förderung EU-Advocacy & -Lobbying für eine gerechtere Nahost-Politik, European Middle East Project (EuMEP)



- Institutionelle Förderung der Arbeit zu den Aktivitäten der israelischen Streitkräfte in den besetzten Gebieten, Breaking the Silence
 - Aufwendungen des Projektbüros Palästina/Israel
- 2.410.285,92 €** (inklusive Unterstützung AA, BMZ, ifa ZIVIK, m.i. CH, stiftung m.i.)

Syrien [inkl. kurdische Gebiete]

- Humanitäre Hilfe zur Überlebenssicherung für syrisch-palästinensische Flüchtlinge in den Damaszener Stadtteilen Yelda und Jarmuk, JAFRA
 - Humanitäre Hilfe zur Überlebenssicherung für syrisch-palästinensische Flüchtlinge und vulnerable Familien in schwer erreichbaren und belagerten Gebieten in Rif Dimashq, JAFRA
 - Frauzentrum in Douma. Adopt a Revolution [AaR]
 - Selbstverwaltete Schulen in Erbin, AaR und Local Coordination Committee [LCC]
 - Unterstützung von syrisch-palästinensischen Mädchen und jungen Frauen im Ein el Hilweh Camp, Nashet
 - Unterstützung der syrischen intern Vertriebenen im Rahmen der Offensive „Wrath of Euphrates“ zur Befreiung Raqqa, Koordination des Gesundheitsrates Rojava
 - Rechtsbeistand und Notversorgung für politische Gefangene in Damaskus
- 2.254.318,53 €** (inklusive Unterstützung AA)

Türkei [kurdische Gebiete]

- Wiederaufbau zerstörter Häuser in der Südosttürkei, Democratic Society Congress
- 138.040,90 €**

SONSTIGES

Flucht & Migration

- Unterstützung von bedürftigen Geflüchteten in Athen, Diktyo
- Kritische Öffentlichkeit und Fortbildung, Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. [BAFF]
- Unterstützung von bedürftigen Geflüchteten in Athen, Forschungsgesellschaft Flucht und Migration [FFM]
- Vernetzung und Monitoring zur Verteidigung der Rechte von Migrantinnen und Migranten entlang der Balkanroute, Moving Europe und FFM
- Unterstützung der Unterkunft für Frauen und ihrer Kinder auf der Flucht in Marokko und Unterstützung der Konferenz „Stim-

- me der Migranten“ in Rabat, Afrique Europe Interact (AEI) und Association des Réfugiés et Demandeurs d’ Asile Congolais au Maroc (ARCOM)
 - „Alarmphone Sahara“ – gegen das Sterben in der Wüste, AEI über Globale Gerechtigkeit e.V.
 - Refugee Support Program Aegean (RSPA), Stiftung Pro Asyl
 - Flüchtlingshilfe, Anti-Rassismus-Telefon Essen (ART)
- 155.209,81 €**

Globale Gesundheit

- Unternehmensverantwortung für Gesundheit im extraktiven Sektor im östlichen und südlichen Afrika, EQUINET über Training and Research Support Centre [TARSC]
 - Institutionelle Förderung des People’s Health Movement (PHM)
 - Stärkung der Vernetzung des PHM Zentralamerika, Movimiento para la Salud de los Pueblos América Latina [MSP-LA] über Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud [CISAS]
 - Mitgliedsbeitrag und Anschubfinanzierung des Global Geneva Health Hub [G2H2]
 - Unterstützung der 7. International People’s Health University in El Salvador, MSP-LA über CISAS
 - MENA-Regionaltagung Recht auf Gesundheit & Regionaltreffen PHM, Palestinian Medical Relief Society [PMRS]
- 77.196,13 €** (inklusive Unterstützung stiftung m.i.)

Psychosoziale Hilfe

- Fachtagung „Das Persönliche und das Politische – Psychosoziale Gesundheit von Flüchtlingen zwischen Versorgung und Funktionalisierung“, BAFF e.V.
 - Konferenz „Kritische Psychologie in Deutschland und der Türkei – Versuche emanzipatorischer Praxis“, Gesellschaft für subjektwissenschaftliche Forschung und Praxis
- 5.000,00 €**

Legende der genannten weiteren Unterstützer

- AA: Auswärtiges Amt
- BMZ: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
- ECHO: European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations
- ifa ZIVIK: Institut für Auslandsbeziehungen, Programm Zivile Konfliktbearbeitung
- m.i. CH: medico international schweiz
- stiftung m.i.: stiftung medico international

Weiterführende Infos

Sie wollen mehr über unsere Arbeit und unsere Partnerorganisationen wissen?

Aktuelle Berichte, Pressemitteilungen, Veranstaltungshinweise, Hintergrundinformationen und Blogs unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter finden Sie auf: www.medico.de Dort können Sie den medico Email-Newsletter oder das vierteljährlich erscheinende medico-rundschreiben kostenlos bestellen. Sie können dort auch online spenden und eine Fördermitgliedschaft abschließen.

Sie wollen sich für medico engagieren – wen können Sie ansprechen? Sie möchten einen Info-Tisch machen, eine Veranstaltung mit einem medico-Referenten oder einer Referentin organisieren, im Freundes- und Verwandtenkreis Material verteilen, sich für ein konkretes Projekt engagieren? Sie haben eine Frage zu Ihrer Spendenquittung? Sie möchten **medico-Fördermitglied** werden, damit die gesamte Arbeit von medico und ihren Partnerorganisationen unterstützen sowie deren Unabhängigkeit sichern? Sie haben **ein Jubiläum, einen runden Geburtstag zu feiern** und möchten zu diesem Anlass um Spenden für medico bitten? Die Kolleginnen und Kollegen der **medico-Zentrale** helfen Ihnen gerne weiter! Tel. 069-944 380, info@medico.de

Sie wollen sich mit einer **größeren Spende** engagieren, denken über eine **Zustiftung** in das Vermögen der medico-Stiftung nach oder überlegen, medico in Ihrem **Testament** zu bedenken? Setzen Sie sich mit **Gudrun Kortas** in Verbindung, Tel. 069 94438-28, kortas@medico.de

Sie möchten selbst **aktiv werden** – eine Spendenaktion für ein konkretes Projekt oder eine bestimmte Region organisieren? Ob Benefizkonzert, Spendenlauf oder Veranstaltung – setzen Sie sich mit **Anita Starosta** in Verbindung. Tel. 069 94438-44, starosta@medico.de

Impressum

medico international
Lindleystraße 15
D-60314 Frankfurt am Main
Tel. [069] 944 38-0, Fax [069] 436002
info@medico.de, www.medico.de
www.facebook.com/medicointernational
www.twitter.com/nothilfe

Spendenkonto
IBAN: DE21 5005 0201 0000 0018 00
BIC: HELADEF1822



ViSdP: Anne Jung
Redaktion: Moritz Krawinkel, Ramona Lenz,
Christian Sälzer
Gestaltung: Andrea Schuldt
Korrektorat: Marek Arlt
Mai 2018

Hinweis: Der medico-Jahresbericht ist auf Reprint-Papier gedruckt, das zu 80% aus Recyclingpapier und zu 20% aus Primärfaser aus nachhaltiger Forstwirtschaft besteht.

„Dass wir in Wirklichkeit
aus diversen Anleihen bei
fremden Subjekten bestehen
und daher immer schon
Grenzwesen waren –
genau das weigern sich
heute viele einzugestehen.“

Achille Mbembe



medico international

medico international
Lindleystraße 15
D-60314 Frankfurt am Main

Spendenkonto:
IBAN DE21 5005 0201 0000 0018 00
BIC: HELADEF1822