



medico international



rundschreiben

Herausgeber:

medico international
 Obermainanlage 7
 D-60314 Frankfurt am Main
 Tel.: (069) 94 43 80
 Fax: (069) 43 60 02
 eMail: info@medico.de
 www.medico.de

Redaktion:

Hans Branscheidt (Chefredakteur)
 email: branscheidt@medico.de,
 Thomas Gebauer, Katja Maurer

Gestaltung: Ingo Thiel

Spendenkonten:

1800 Frankfurter Sparkasse
 (BLZ 500 502 01) oder
 6999-508 Postbank Köln
 (BLZ 370 100 50)

Deutsches
 Zentralinstitut
 für soziale
 Fragen/DZI



DZI-Spenden-Siegel
 Geprüft - Empfohlen

ISSN 0949-0876

Editorial	3
Projekt soziale Gerechtigkeit Gesundheit von unten	5
25 Jahre Alma Ata Die Zukunft der Vergangenheit	8
Die Gesundheitscharta der Menschen	16
Kommerzialisierung oder Solidarität? Zur grundlegenden Orientierung von Gesundheitspolitik	18
Palästina Von mobilen Kliniken und dritten Wegen	22
medico Aktiv!	26
medico-Jahresbericht 2002	28
Hinweise	29
medico Materialien	30

Im Sommer des globalen Elends

»Freiheit oder Solidarität«?

»Da aber sprach der König zu den Brüdern: ‚Ich danke euch, ihr habt mich gespeist, wenn mich hungerte; mich getränkt, wenn mich dürstete, mich bekleidet, wenn ich nackt war und habt mich besucht, wenn ich im Gefängnis lag.‘ – Da antworteten ihm die Gerechten (verwundert): ‚Wann je, HERR, hätten wir dich gespeist, wenn du hungrig warst, wann dich getränkt, wenn dich dürstete, dich bekleidet, wenn du nackt warst – und wann dich besucht, wenn du ihm Gefängnis lagst?‘ – Christus antwortet ihnen und sprach: ‚Wahrlich, ich sage euch, was ihr aber getan habt dem Geringsten meiner Brüder, das habt ihr mir getan.«

»Das Moderne ist wirklich unmodern geworden. Modernität ist eine qualitative Kategorie, keine chronologische.«

(Adorno, *Consecutio temporum* (1946/47), »*Mi-nima moralia*«)

Das Lehrstück, das hier den gutmenschlichen Gerechten verpaßt wird, fundiert den judäo-christlichen Gerechtigkeitsbegriff. Nicht auf Almosen für die Geringsten wird plädiert, sondern es ereignet sich die ausdrückliche Divinisierung des Opfers: der Allerunterste steht auf gleicher Stufe mit dem Gottessohn. Die messianische Solidarität, die mit den Christus-Worten begründet wird, bedeutet ein moralisches Prinzip der Einseitigkeit: Gerechtigkeit ohne Erwartung einer Rückgabe. Da aber keiner ausgeschlossen ist, gilt sie für alle. Gütermärkte beziehen nur den ein, der auf ihnen etwas zu bieten hat. Alle andern bleiben außen vor. Umverteilung und milde Gaben lösen das Problem auch hier nicht. Eher vergrößern sie noch das Problem zwischen dynamischen und desolaten, abhängigen Gesellschaften. Die Hoffnung, daß die Welt über Waren, Geld, Kommerz zu

einer friedlichen und gerechten zusammenwachsen, enthält eine große Illusion. Am Ende könnte allen (reichen) Europäern der Süden entgegenkommen: Armut und Hitzetod. Gekleidet in die Worte von der Wahl zwischen »Freiheit oder Solidarität«. Das Diktum Kanzler Schröders meint Aufhebung der staatlichen Solidargemeinschaft. »Ohne Rente leben« (Focus). Aber auch die ersatzweise angebotene »Freiheit« der privaten Vorsorge verspricht keine Sicherheit: Staatsanleihen und Rentenfonds bieten keinen Schutz vor kollabierenden oder auch nur schwachen Börsen. Das Programm des »Abschieds von der (sozialdemokratischen) Verteilungsgerechtigkeit« (Olaf Scholz) legitimiert ideologisch unter den Bedingungen historisch nie dagewesener Produktivität und wissenschaftlich-technischen Standards systematisch erzeugte Armut und Ausschluß. Die »Ich-AG's« bedeuten den modernen Tagelöhner, die »zumutbare Arbeit« läßt Zwangsarbeit Wirklichkeit werden, der Befehl (Minister Clement), »nicht versicherungspflichtige Arbeitsplätze für Arbeitslose« vorzuschreiben, führt geradenwegs in den Verlust von medizinischer Versorgung und sozialer Alterssicherheit.

Am Jenseits sozialer Absicherung werden Millionen Menschen nur als unproduktiver Ausschluß behandelt werden: Alte, Arbeitslose, Arme, Unangepaßte. Sämtlich schmarotzende Kostenversucher. Vor 5 Jahren schon hatte ein deutscher Arztpräsident (SPIEGEL 33/2003) vom »sozialverträglichen Frühableben« gesprochen – die Schweizer Akademie für Medizinische Wissenschaften spricht vom »Einstieg in das Töten als medizinische Dienstleistung«. Als »stilles Töten aus Kostengründen«, wie erklärend hinzugefügt wird. Unerbittlich tritt das Verfallsdatum menschlichen Lebens am Tag des Ausschlusses aus dem Produktivitätszusammenhang in Kraft.

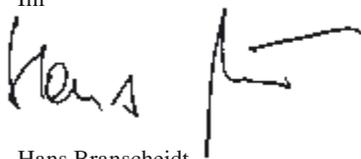
Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens zwingt Mediziner wie neoliberale Sozialpolitiker zur Definition einer neuen Hauptaufgabe: Kriterien für den Ausschluß zu präparieren, die Selektion als vernünftig und menschlich erscheinen lassen. »Kein Hüftgelenk« mehr ab einem fixen Datum. Gerade weil die medizinische Wissenschaft das Leben nicht nur verlängern, sondern auch zu dessen Verbesserung und »Wohlbefinden« (Alma Ata) beitragen kann, soll und muß absorderweise der Fortschritt den Menschen vorhalten sein. Daher sind partout die störenden Gedanken an Solidarität und Gerechtigkeit zur Strecke zu bringen. Mehr als 200 Jahre europäischer Sozialgeschichte, von demokratischer Arbeiterbewegung und ihren Gewerkschaften, die als Recht und Gesetz verankert wurden, werden zurzeit brutal außer Kraft gesetzt.

Die letzten modernen Gerechtigkeitstheorien wurden entworfen, als der Markt noch »funktionierte« und jede Krise pünktlich durch Aufschwung belohnt wurde. Der globalisierte Kapitalismus aber läßt die Kirche nicht im Dorf und bleibt nicht im Land, zahlt keine Steuern und denkt nicht mehr daran, den erwirtschafteten Reichtum umzuverteilen. Investition und Produktivitätssteigerungen schaffen keine neuen Arbeitsplätze, sondern vernichten nur weitere. Gerade jeglicher Konjunkturaufschwung läßt einen noch höheren Sockel an Arbeitslosigkeit zurück. In dieser unausweichlichen Lage ist das Erscheinen des Messias höchst unbestimmt & die Philosophen haben die Gerechtigkeit immer nur verschieden interpretiert. Vielleicht ist es jetzt an der Zeit, die Laufrichtung zu ändern und das Bild einer menschlichen Gemeinschaft zu entwerfen, in der nicht Gerechtigkeit durchgesetzt, sondern die Ungerechtigkeit vermieden wird. Der ganze Skandal von Demütigung und Überflüssigwerden, die Produktion von Ängsten, die Chancenungleichheit in Bildung und Medizin. Das alles ließe sich machen: wenn soziale Sicherheit vom Erwerbseinkommen entkoppelt würde. Wenn die »Bürgerinnen & Bürger« der Welt, ausnahmslos, eine ausreichende monatliche Grundsicherung erhielten. Großzügiges Startkapital für die Bildungskarrieren. Verbunden mit uneingeschränkter Partizipation auch an medizinischen Möglichkeiten. Gewiß, ohne eine Analyse des Kapitalismus und ohne Attacken gegen seinen

Lauf, wird das schwer gehen. Das Gut aber der Menschheit heute ist gerade die im Niedergang begriffene Ware. Das besondere einer solchen Zeit – unserer Zeit – ist, daß gewissermaßen alle, alle Menschen dieser Erde, sich in der Position des Restes wiederfinden. In der einer beispiellosen Verallgemeinerung der vom Nazarener eingangs beschworenen Situation. Der zielte mit seinen Worten möglicherweise auf ein Sozialforum der Menschheit. Um »unter den Merkmalen der neuen planetarischen Menschheit jene auszuwählen, die ihr das Überleben erlauben, die feine Scheidewand zu entfernen, die die schlechte mediale Öffentlichkeit von der vollkommenen Äußerlichkeit, die nur sich selbst mitteilt, trennt – das ist der politische Auftrag unserer Generation«.¹ Ob das aber nicht »Revolution« erfordert, »bewaffneten Kampf«, »Sozialismus«? Walter Benjamin erzählt eine Geschichte, die er von Scholem hatte: »Es gibt bei den Chassidim einen Spruch von der kommenden Welt, der besagt: es wird dort alles eingerichtet sein wie bei uns. Wie unsre Stube jetzt ist, so wird sie auch in der kommenden Welt sein; wo unser Kind jetzt schläft, da wird es auch in der kommenden Welt schlafen. Alles wird sein wie hier – nur ein klein wenig anders.« Vorgestellt wird das Ereignis einer generellen Verrückung, wo Sinn und Grenzen der Dinge aus ihrem bisherigen funktionalen Zusammenhang gelöst werden – und sich danach sofort anders darstellen: Ware und Kapital, Lohn und Arbeit, Geld und Leben. Ein einziger Schleier vollkommen verzichtbaren Waren-Spektakels: lächerlich, unsinnig und menschenfeindlich. »Nur ein klein wenig anders« – das meint hier keinen Reformismus, sondern: der Kommunismus wäre unverzüglich neu erfunden.

Herzlichst

Ihr



Hans Branscheid

1.) Aus: Giorgio Agamben, Die kommende Gemeinschaft, 2003



Projekt soziale Gerechtigkeit: Gesundheit von unten

Appell zur Bildung lokaler
Gesundheitsforen

Jalalabad, Oktober 2002. Rehabilitation beim ICRC. Foto: Andreas Zierhut

Die Welt ist näher zusammengedrückt, doch sind immer mehr Menschen von wirtschaftlichem und sozialem Ausschluss bedroht. Ein Drittel der Weltbevölkerung lebt bereits in absoluter Armut und Rechtlosigkeit. Schon anlässlich des Falls der Berliner Mauer warnte der mexikanische Dichter Carlos Fuentes, daß mit der globalen Entfesselung des Kapitalismus die Idee der Freiheit zur neoliberalen »Befreiung« von sozialer Verantwortung verkümmern könne. Der Angriff, dem sich das Soziale seitdem ausgesetzt sieht, ist ungeheuerlich. Mit atemberaubender Geschwindigkeit wurden elementare Arbeitnehmerrechte außer Kraft gesetzt und sogar die Zwangsarbeit wieder hoffähig. Nun droht die Aushöhlung des gesellschaftlichen Solidarprinzips, das fraglos die Grundlage eines friedlichen Zusammenlebens bildet.

Längst meint »Reform« nicht mehr sozialen Fortschritt, sondern Umverteilung von unten nach oben. Wer dagegen auf Verteilungsgerechtigkeit pocht, gilt als ewig gestriger »Klassenkämpfer«. Selbst die paritätische Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme steht heute unter offenem Sozialismus-Verdacht. Das Gespenst aber, das derzeit in der Welt umgeht, ist nicht der Sozialismus, sondern die Wiederkehr nationalistischer Politik.

Bedenklich ist, daß der Sozialabbau zwar auf breite öffentliche Ablehnung, aber bisher kaum auf nachhaltigen Protest und parlamentarischer Opposition trifft. Die Gefahr, die in solchen Konstellationen lauert, ist die einer rechtspopulistischen Entwicklung. Schon mehren sich die Stimmen, daß die Einschnitte ins soziale Netz gar

nicht tief genug sein können. Mittelständler, von realer Deklassierung bedroht, wittern arbeitsunwillige »Schmarotzer« im eigenen – und raffendes Finanzkapital im Ausland. Statt die soziale Frage global zu stellen, setzen sie auf nationale Abschottung.

Die Gründe dafür aber liegen nicht alleine in der Cleverness der Neo-Liberalen. Gerade das Versagen der traditionellen Vorkämpfer für soziale Gerechtigkeit hat die öffentliche Meinung für die Diffamierung des Sozialstaates und damit auch der Gerechtigkeitsidee anfällig gemacht. Viel zu lange haben Parteien, Verbände und Gewerkschaften übersehen, daß mit der Erhöhung der Produktivität und der Globalisierung der Ökonomie das sozialpolitische Konzept einer Vollerwerbs-Biographie zum Mythos geworden ist. Notwendig wären Arbeitszeitverkürzungen und neue Formen einer sozial gerechten Existenzsicherung, nicht aber das Flickwerk aus weiterer

Ausgrenzung der Arbeitslosen und Migranten bei gleichzeitiger Erhöhung der Lebensarbeitszeit und Kommerzialisierung von öffentlichen Dienstleistungen.

Die Politisierung der Eigenverantwortung

Es ist höchste Zeit, die Versäumnisse der letzten Jahre anzugehen. Angesichts einer »Gesundheitsreform«, die einseitig Patienten schröpft und den »Leistungsanbietern« ungeschmälernte Gewinne sichert, dürfen wir das Nachdenken über mögliche Perspektiven einer gerechten sozialen Sicherung nicht mehr den Parteien und Experten-Kommissionen überlassen.

Es ist höchste Zeit, daß wir die Sache der Gesundheit zu unserer eigenen machen. Eigenverantwortung verträgt sich nicht mit der biopolitischen Inwert-Setzung der Menschen.



Und Eigenverantwortung heißt auch nicht individuelle Zuzahlungen zu übersteuerten Leistungsangeboten, sondern das entschlossene persönliche Eintreten für eine Gesellschaft, die ihrer sozialen Verantwortung gerecht wird.

Es ist höchste Zeit, mit der (Re)-Konstruktion des Sozialen zu beginnen und von unten für Chancen- und Verteilungsgerechtigkeit zu sorgen. Alle Menschen haben das Recht auf Zugang zu einer bestmöglichen Gesundheitsversorgung – ungeachtet der Höhe ihres Einkommens und ihrer Herkunft.

Es ist höchste Zeit, unmißverständlich deutlich zu machen, daß wir uns die Gerechtigkeitsfrage nicht länger verbieten lassen. Nur wer die eigene Lebenspraxis politisch wendet, nimmt auf die Politik Einfluss, die Alltag und Umwelt bestimmt. Das Ziel ist die Verknüpfung lokaler Erfahrungen mit der globalen Kritik an den mächtigen Institutionen der Welt, die für den Sozialabbau verantwortlich sind.

Es ist höchste Zeit, von den sozialen Bewegungen im Süden zu lernen und einen neuen Solidaritätsbegriff zu entfalten, der nicht paternalistische Sorge und ein Handeln für andere meint, sondern in der Überzeugung gründet, daß eine bessere Welt nur über das gemeinsame und miteinander vernetzte Bemühen an vielen verschiedenen Orten zur gleichen Zeit möglich sein wird.

Höchste Zeit also, sich dem globalen »Peoples Health Movement« (PHM) anzuschließen und beispielsweise im Kontext von ATTAC oder bereits bestehender Sozialforen lokale »Gesundheitsforen« zu gründen.

Eigenverantwortung verlangt Selbstbestimmung

Nehmen wir die Eigenverantwortung ernst und konfrontieren wir die lokalen Vertreter staatlicher Gesundheitsbehörden und der Krankenkassen mit unseren Verstellungen von Gesundheit. Die erste Aufgabe eines lokalen Gesundheitsforums könnte darin bestehen, Krisenbeschreibung und Lösungsvorschläge, so wie sie von der »Gesundheitscharta der Menschen« des Peoples Health Movement aufgezeichnet wurden, auf den eigenen Alltag und die eigene Umwelt zu beziehen. Das kann ein »Gesundheitsatlas« leisten, der genau verzeichnet, was uns Tag für Tag krank macht: der Lärm eines nahegelegenen Großflughafens, der Stress am Arbeitsplatz und im Straßenverkehr, industriell manipulierte Lebensmittel, die permanente Aufforderung zu immer mehr Konsum, die Angst vor der Erwerbslosigkeit, der Zorn über den Raub sozialer Rechte. In der Erstellung eines solchen »Gesundheitsatlas« werden wir zu »Expertinnen« und »Experten« der eigenen Gesundheit – wohl wissend, dass Gesundheit zuerst von politischen Faktoren abhängt und erst dann von Medikamenten. Nur eine zugleich lokale wie globale Gesundheitsbewegung wird die »Weltgesundheitsorganisation« (WHO) dazu bringen, sich wieder für die Ziele einzusetzen, für die sie gegründet wurde.



Israel/Palästina. Mobile Klinik.
Foto: medico



Die Zukunft der Vergangenheit

Vor 25 Jahren beschloss die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Alma Ata das Ziel »Gesundheit für alle« – Viele Überlegungen sind nach wie vor gültig.

September 1978: In Alma Ata (Kasachstan) geht eine Konferenz zu Ende, die eine fast utopische Ziel für die Gesundheit der Menschen der Welt beschließt: Gesundheit und Wohlbefinden für alle bis zum Jahr 2000.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Unicef hatten zu diesem Anlass 134 Delegierte der UN-Mitgliedsstaaten versammelt. Diese Utopie zehrte aber nicht vom Traum eines allmächtigen Medizinsystems, das alle Krankheiten ausrotten würde, – wie es die heutigen Träume der Biopolitiker und Gentechnologen versprechen –, sondern von den beeindruckenden Erfahrungen in den Ländern der 60er und 70er Jahre, in denen radikale politische Änderungen auch zu fundamentalen Verbesserungen der Gesundheitssituation der armen Bevölkerung geführt hatten. Vorbild waren beispielsweise die Barfußärzte in der Volksrepublik China. Solche Innovationen ermöglichten eine Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen, das zuvor allein den städtischen Eliten und Mittelschichten zugänglich war. Entscheidender noch war jedoch, dass die WHO und damit Vertreter von 134 Regierungen in Alma Ata Bedingungen für eine zureichende Gesundheit benannten. Sie berücksichtigten explizit politische und sozioökonomische Faktoren als Ursachen für Krankheit. Wer also »Gesundheit für alle« ernsthaft erreichen wollte, der musste sich auch mit der Beseitigung solcher Krankheitsfaktoren wie Krieg, Hunger, Armut beschäftigen. Darüber hinaus war es einhellige Auffassung der Delegierten, dass die Verbesserung von Gesundheit einer multisektorale Anstrengung bedarf.

Nicht das Gesundheitssystem allein sollte für die Erreichung des Zieles verantwortlich sein. Trinkwasser, sanitäre Systeme, Ernährung, Wohnen, Gewaltprävention wurden als zentrale Arbeitsfelder der Gesundheitsförderung betrachtet. Die demokratische Beteiligung der Betroffenen definierten sie als Voraussetzung für »Gesundheit für alle«. Demokratie war hier kein deklamatorisches rotes Schwänzchen, sondern beinhaltete die Idee, dass die Dezentralisierung von Entscheidungen, die Nutzung lokaler Ressourcen und die Beteiligung der Betroffenen zugleich auch einen krankheitsvorbeugenden weil aufklärerischen Charak-

ter tragen. Vor diesem Hintergrund verstanden sich die »Acht Elemente« der Basisgesundheitspflege (u.a. Impfungen, Ernährungssicherung, Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln etc.) nicht als ein »Kochrezept für preisgünstige Medizin für Arme«, sondern als radikal anderer Zugang zur Problemlage von Krankheit und Gesundheit: als Frage nach gerechter Verteilung von Ressourcen, auf dem Fundament basisdemokratischer Entscheidungen und der gesellschaftlichen Verantwortung für die Gesundheit aller ihrer Mitglieder.

Nicht erst im Jahr 2003 wird sichtbar, dass dieses sozialpolitisch radikale Programm so gut wie nirgendwo umgesetzt wurde. Vielmehr dominiert immer stärker die Tendenz, Gesundheit in rein ökonomischen Begriffen zu denken. Gesundheit hat den Charakter einer Handelsware angenommen, und ist den Habenichtsen der Welt des 21. Jahrhunderts noch unerreichbarer als 1978, da mit dem Rückenwind der Entkolonialisierungsbewegungen noch vieles denkbar schien. Dazu beigetragen hat eine folgenreiche Vermischung zweier Bedeutungen von »Primary Health Care« bereits in den Alma Ata Dokumenten: PHC war zugleich als »Gesundheitsversorgungsniveau« im Sinne kostengünstiger Basisgesundheitsdienste für arme Menschen in Entwicklungsländern und als »umfassender Neuansatz« im Denken und Planen über die Realisierung von Gesundheit im oben beschriebenen Reform-Sinn fixiert worden. Auf PHC im zweiten Sinne bezogen sich die »Utopiker« einer wesentlich gerechteren Verteilung und Entscheidungsfindung über Ressourcen und Strukturen. Dass solche Strategien einer demokratischen Umverteilung auch den neuen Eliten in den unabhängig gewordenen Kolonien als Bedrohung ihrer gerade erreichten Macht- und Entscheidungspositionen erscheinen mussten, liegt auf der Hand. Das Bekenntnis zu PHC geriet häufig zum Lippenbekenntnis. In der Praxis wurden besonders in den ärmsten Ländern die Mittel für die lokalen Gesundheitsdienste reduziert, so dass auch in Ländern mit formal immer noch kostenloser Grundversorgung (z.B. Angola) in der Praxis ohne private Zahlungen kein Patient untersucht und behandelt wird.

Chile: Menschenrecht Gesundheit

Das Unheil der Diktatur ist auch noch im 30. Jahr nach dem Putsch in Chile gegenwärtig. Die Generäle haben die Macht 1989 abgegeben: aber die Spuren und Folgen der Gewalt leben in den Opfern nach, weil eine öffentliche Auseinandersetzung mit der Diktatur weitgehend ausgeblieben ist. Eine der schon in den Jahren der Diktatur aktivsten und anerkannten Gruppen gegen die Verbrechen der Generäle ist die „Vereinigung zur Förderung der Menschenrechte“. CODEPU dokumentierte nicht nur die Menschenrechtsverletzungen, sondern leistete auch den Opfern der Diktatur juristischen und psychotherapeutischen Beistand. Prozesse der Gesundung setzen aber mehr als die Einzelbehandlung voraus: Die überraschende Verhaftung von Ex-Diktator Pinochet in Großbritannien hat dem Leiden der Opfer und Angehörigen eine Öffentlichkeit verschafft, die zwar die Erinnerungen an die schmerzhaften Erlebnisse der Diktatur wiederbelebt, aber zugleich die Unangreifbarkeit der Täter zerstört.

CODEPU hat die Arbeit auf andere Probleme ausgeweitet. Im Fokus stehen die sozialen Menschenrechte: Die Einhaltung und Verbesserung von arbeitsrechtlichen Regeln, die juristische Unterstützung des Kampfes der Selbstorganisationen der Menschen mit HIV und AIDS gegen Diskriminierung und für einen sicheren Zugang zu guter Gesundheitsversorgung, das Votum für Frauenrechte, für selbstbestimmte Familienplanung – diese und andere Menschenrechts-Themen sind auch 14 Jahre nach der Diktatur in Chile notwendige Arbeitsfelder. Solche Arbeit endet nicht, auch wenn Chile aus den Weltschlagzeilen verschwindet und die Fördermittel für Menschenrechtsarbeit in Länder mit höherem Nachrichtenwert umgeleitet werden. Weitere EU- oder bundesdeutsche Zuschüsse erhält CODEPU nicht. medico-Mittel garantieren nun Existenz einer minimalen Infrastruktur. Chilenische Rechtsanwältinnen und Therapeuten fördern die Arbeit von CODEPU schon lange ohne Honorare. Auch Sie können helfen. Mit Ihren Spenden.

Spendenstichwort: Chile

Magic Bullets und Primary Health Care

Angesichts eines machtpolitisch »gefährlichen« umfassenden PHC Ansatzes waren die Stimmen der »Pragmatiker«, die Primary Health Care auf ein Konzept rentabler medizinischer Interventionen beschränken wollten, hochwillkommen: Selektive Primary Health Care (SPHC) schien die Lösung für armutsbedingte Krankheiten zu versprechen – ohne der Armut als Strukturproblem auf den Pelz zu rücken. Entsprechend enthusiastisch wurde SPHC von den internationalen Finanziers begrüßt: angesichts der sich Anfang der 80er Jahre verschärfenden Rezession, in deren Folge viele Entwicklungsländer in die »Schuldenkrise« gerieten. Keine Rede mehr von konsequenten Umverteilungen und sozialer Reform. UNICEF, anfangs Initiatorin der umfassenden Vision der Alma Ata Konferenz, rief auf zur »Child Survival Revolution« und propagierte



Was, wenn ein Designfood-Konzern Krankenhäuser übernehme?

»Sieben Wunderwaffen gegen die Kindersterblichkeit«. Darunter die wichtigsten Impfungen, Wachstumskontrollen und Förderung des Stillens. Die Senkung der Kindersterblichkeit wurde zum sozialpolitisch ungefährlichen Gradmesser der Gesundheitsanstrengungen, da sie politische und ökonomische Ungerechtigkeiten nicht mehr thematisierte. Die meisten Regierungen, internationale Geber und die Weltbank favorisierten solche Gesundheitsinterventionen. Besonders Impfkampagnen ließen sich mit militärisch anmutenden Operationen durchführen und in medialer Darstellbarkeit präsentieren. Die Impfraten gegen Masern, Kinderlähmung, Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus stiegen bis Anfang der 90er Jahre von 20–30% auf 70–90%, die Zahl der jährlichen Todesfälle von Kleinkindern unter 5 Jahre blieb konstant bei ca. 13 Mio. – statt dem berechneten Anstieg auf 17 Mio. Nur änderte sich nichts an der Mangel- und Unterernährung von 200 Mio. Kleinkindern, nichts daran, dass die Müttersterblichkeit in den ärmsten Ländern im Vergleich zu den reichen Ländern 20 mal höher war, dass klassische Infektionskrankheiten wie Tuberkulose wieder sprunghaft anstiegen und die Lebenserwartung unter den Armen und insbesondere in den von HIV/AIDS betroffenen Ländern heute wieder dramatisch sinkt.

Daran zeigt sich, dass es technische Lösungen und »Wunderwaffen« für die Probleme im Gesundheitsbereich nicht gibt. Wer das behauptet, vernebelt den Blick für die Ursachen einer Katastrophe, die die amerikanische Medizinerjournalistin und Pulitzer-Preisträgerin Laurie Garrett als »Ende der Gesundheit« bezeichnete: die dramatischen Einschnitte die Gesundheitssysteme gerade in den ärmsten Ländern in den vergangenen 20 Jahren erlebt haben. Denn bereits die Strukturanpassungsprogramme die IWF und Weltbank den armen Ländern in den 80er Jahren verordneten haben dem Ziel »Gesundheit für alle« den Garaus gemacht. In den ärmsten 37 Ländern wurden damals auf Druck von IWF und Weltbank die Ausgaben für Gesundheit um 50 Prozent zurückgefahren. Peru gab 1991 jährlich sage und schreibe 12 Dollar pro Einwohner für Bildung und Gesundheit aus. Ein Viertel von dem, was es im Jahrzehnt zuvor für diese Bereiche zur Verfügung hatte. Alles im Zeichen des Schuldendienstes an

Guatemala: Zahnheilkunst

Die Asociación Coordinadora Comunitaria de Servicios para la Salud (ACCSS) wurde Mitte der 80er von vor dem Bürgerkrieg in Guatemala geflohenen Gesundheitsaktivisten in den guatemalteckischen Flüchtlingslagern in Mexiko gegründet. ACCSS arbeitete nicht nur am Aufbau von Gesundheitsdiensten, sondern beteiligte die oftmals aus verschiedenen Regionen Guatemalas stammenden Flüchtlingsgemeinden in einen aktiven Prozess, in dem die Bedürfnisse, Perspektiven und vorhandene Ressourcen der Gemeinde zur Verbesserung der Lebensumstände und der Gesundheitssituation bestimmt und entwickelt wurden. Dazu gehören die Ausbildung und Unterstützung von GesundheitspromotorInnen in den Gemeinden, Gesundheitsförderung, Basisgesundheitsversorgung und Mutter-Kind-Programme ebenso wie die Integration traditioneller und westlicher Heilweisen und Aktivitäten, die die psychosoziale Gesundheit der Gemeindemitglieder fördern. Einer Lücke in der Gesundheitsversorgung der armen Bevölkerung Guatemalas im wahrsten Sinne des Wortes nehmen sich die „Zahnheilkünstler“ des ACCSS-Programms für Zahngesundheit an. Mit ihren kostengünstigen, technologisch minimalisierten aber qualitativ hochwertigen Zahnreparaturen und Prothesen bieten sie eine bezahlbare Alternative zu den privaten Zahnärzten, deren Tarife für die Mehrheit der Bevölkerung unbezahlbar sind.

Unter den herrschenden politischen und ökonomischen Bedingungen in Guatemala konzentriert sich ACCSS in den letzten Jahren darauf, selbsttragende Strukturen zu entwickeln. So finanziert die Zahnmedizin der Zahnkünstler nicht nur ihre eigene Arbeit, sondern ermöglicht auch das kostenlose präventive Salud Oral Programm in den Schulen der ländlichen Gemeinden – damit die nächste Generation der Guatemalteken ihre Zähne länger behalten kann. Dieses Programm der Zahngesundheit von ACCSS unterstützt medico aktuell auch mit einer größeren Co-Finanzierung der EU zur Vervielfältigung dieses Programms in weiteren Gemeinden und Provinzen Guatemalas. Für unseren Eigenanteil erbitten wir Ihre Spende.

Spendenstichwort: Guatemala



en durch Gebühren für Krankenbehandlung häufig in Verschuldung gerieten, die ihre ohnehin prekäre ökonomische Situation vollends katastrophal machte. Vor allem musste die scheinbar einleuchtende »Selbstbeteiligung« der Bevölkerung an ihren Gesundheitsdiensten dazu führen, dass gerade die Ärmsten, die aufgrund ihrer Armut auch häufiger von Krankheiten betroffen sind, überproportional zur Finanzierung der Gesundheitsdienste beizutragen hatten. Genau der gegenteilige Effekt zur Idee der progressiven Besteuerung, der den Wohlhabenden einen größeren Beitrag zur Finanzierung der öffentlichen Dienste abverlangt, und damit eine organisierte Form der »ausgleichenden Gerechtigkeit« darstellt.

Die Weltbank und die Gesundheit

Der Weltbankbericht von 1993 »Investing in Health« löste lebhaftes Debatten über mögliche Änderungen der Politik der bis dahin streng den neoliberalen Konzepten verpflichteten

westliche Banken. Die Entstaatlichung ganzer Länder, deren Folgen wir heute in nicht endenden und grausamen Bürgerkriegen miterleben, nahm hier ihren Ausgang. Insofern ist das Scheitern von Alma Ata kein Ereignis, das von heute aus lediglich mit Schulterzucken über die verrückten Utopisten der 70er Jahre bedacht werden kann.

Vom Elend der »Selbstbeteiligung«

Als Folge des Finanzierungsdefizits im öffentlichen Gesundheitswesen mußten soziale Gesundheitsdienste eigene Einkommen erbringen. Benutzergebühren wurden besonders für Medikamente, Laborleistungen und technische Untersuchungen eingeführt. Auch wenn solche Initiativen Ausnahmeregelungen für die Ärmsten vorsahen (wie die Bamako-Initiative von UNICEF 1987), ergab sich in der Praxis, dass arme Famili-

ten Institution aus. Ein gerütteltes Maß Selbstkritik der Weltbank gegenüber den Folgen ihrer Wirtschaftsprogramme schien den Weg zu öffnen für die aktivere Rolle der Staaten in den Sektoren Armutsbekämpfung und soziale Sicherung. Staatliche Ausgaben für Bildung und Gesundheit galten nun als »Investitionen«, weil kranke Menschen wirtschaftlich unproduktiver waren und die Investition in die »Human Resources« als Voraussetzung für einen wirtschaftlichen Aufschwung gesehen wurden. Eine solche Selbstkritik der Weltbank angesichts der sozial verheerenden Folgen der Strukturellen Anpassungsmaßnahmen der 80er Jahre, die als »verlorene Dekade« in der developmentpolitischen Diskussion einging, traf auf Zustimmung. Allerdings erwiesen sich die folgenden Konzepte der Weltbank wieder nur als Neuauflage des Alten.

Benutzergebühren waren wieder dabei. Die Angebote wurden strikt nach »Cost-Effective« bemessen. Die Weltbank blieb ihrem Ruf als neoliberale Institution treu und forderte »Vielfalt und Wettbewerb unter den Trägern der Gesundheitsdienste«, was unter den realen Bedingungen der Entwicklungsländer nur bedeuten konnte, dass die schon existierende Aufspaltung des Gesundheitssystem verstärkt wurde: in ein schäbiges, unzureichend ausgestattetes öffentliches mit unmotivierten, überarbeiteten und schlechter qualifiziertem Personal und einem Privatsektor, der qualifizierte Leistungen nur gegen hohe Bezahlung bereitstellt, der keine Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der ökonomisch Schwachen übernimmt.

Public-Private Partnerships for Health

Anfang der 90er Jahre wurde deutlich, dass die Übernahme der Diskurshoheit in Sachen Gesundheit von der WHO zur Weltbank nur eine Tendenz reflektierte: den »Rückzug des Staates« und die Dominanz privatwirtschaftlicher Akteure. Neuartige Stiftungen und Initiativen der multinationalen Konzerne traten auf den Plan, die offensiv Gesundheitsmaßnahmen zur Demonstration ihrer »Corporate Social Responsibility« förderten. In welchem Umfang private Mittel die internationale Entwicklungshilfe im Gesundheitsbereich ein- und überholte machen die folgenden Zahlen deutlich: Allein die Gates-Foundation investierte in den letzten Jahren jährlich 1 Mrd. Dollar in globale Gesundheitsinitiativen. Den doppelten Betrag der Weltbank, oder 5-mal den Betrag der Mittel Englands oder der USA. Besonders die 1998 gewählte WHO-Chefin Gro Harlem Brundtland förderte massiv die Kooperation mit den privatwirtschaftlichen Akteuren – in der festen Überzeugung, daß ein kollektives Management von Regierungen und Industrie, Konsumenten und Produzenten die Strategie der »neuen Zeit« in der globalen Interdependenz seien. Solche »Globalen Allianzen« wurden dann mit großem medialen Aufwand geschmiedet: »Roll back Malaria«, die »Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI)« und die »Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN)«. Bei diesen neuen Initiativen wird erneut ein rein technisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit deutlich.

HAI: Pharmakritisches Netzwerk

Ein gesundes Misstrauen ist angebracht gegenüber den Wirkungsmächten des Pharmamarktes und seinen Akteuren.

Eine solche Arbeit leistet seit jetzt über 20 Jahren das weltweite pharmakritische Netzwerk Health Action International, das medico international und die BUKO Pharmakampagne mitgründeten. Die lokalen und regionalen Gruppen bilden eine kritische Öffentlichkeit in Sachen Gesundheit und Medikamente.

Dazu gehört auch die Arbeit der von medico geförderten peruanischen Gruppe. Sie koordiniert unter anderem die Arbeit der lateinamerikanischen/karibischen Sektion von HAI/AIS und hat ein umfangreiches Dokumentationszentrum in Lima aufgebaut. Ein zweimonatliches Bulletin und eine Website (www.aislac.org) informieren über ihre Arbeit und lobbyieren für eine rationale Arzneimittelpolitik.

Neben ihrem Engagement für eine sozial verantwortliche Gesundheits und Medikamentenpolitik ist HAI- Peru in den letzten zwei Jahren in das gesellschaftliche Bündnis „EI Colectivo Por la Vida“ (www.aislac.org/webcolevida) eingestiegen. Dieses Bündnis setzt sich speziell mit der Situation von HIV und AIDS betroffener Menschen in Peru auseinander, arbeitet gegen Verleugnung und Diskriminierung der Krankheit und der Kranken und fordert den Zugang zu den existierenden Behandlungsmöglichkeiten unabhängig davon, wie arm oder reich die Betroffenen sind. Dabei kämpft die Gruppe um die Verwirklichung des in der peruanischen Verfassung zugesagten Rechts auf Gesundheit.

HAI-Peru wie die anderen regionalen Gruppen sie ihre Aufgabe darin, über den sinnvollen Gebrauch von Medikamenten genauso zu informieren wie über die Grenzen der Medizin und die sozialen Ursachen von Krankheit und Gesundheit. Sie beobachten kritisch die Arzneimittelwerbung und bekämpfen falsche oder halb wahre „Info Promotion“. Sie schaffen Transparenz über den Zusammenhang von Preisen, Patenten und Profiten, besonders, wenn lebenswichtige Medikamente aufgrund hoher Preise nicht allen Bedürftigen zur Verfügung stehen.

Spendenstichwort: HAI

Man orientiert sich an schlichten Ursache-Wirkungs-Modellen (Mücke & Malaria; Mangelernährung & fehlende Mikronährstoffe) – die soziale und gesellschaftliche Dimensionen von Gesundheit und Krankheit, von Armut und ungerechten Ressourcenzugängen, von gesellschaftlicher Ausgrenzung und unzureichenden Versorgungssystemen, bleibt systematisch ausgeblendet.

Derart werden die scheinbar simplen Lösungen, welche die Gesundheitskampagnen anbieten, nicht nur unzureichend wirksam, sondern tragen tendenziell zur Zementierung der immer tiefer werdenden Spaltung zwischen denen bei, die noch teilhaben an den gesellschaftlichen Sicherungssystemen und jenen, die davon schon längst nicht mehr erreicht werden.

People's Health Movement und Soziale Foren

Allerdings wurde die Perspektive von Alma Ata nicht vollends vergessen. Gerade rund um das »magische Datum« 2000, – jener vor 25 Jahren anvisierten Zielperspektive von »Health for All« – , griffen Aktivisten die alten Pläne neu auf und formulierten auf der »Weltgesundheitsversammlung von unten« die »People's Health Charta« als Fortschreibung und neuen Impuls für eine umfassende Sicht auf die Bedingungen von Gesundheit und Krankheit. (Siehe Auszug in diesem Heft).

Die aktuellen Auseinandersetzungen um die »Gesundheitsreformen« in Deutschland zeigen, dass die Kämpfe um Gesundheit keineswegs auf die armen Länder der Welt beschränkt bleiben. Die Rettung sozialer Sicherungssysteme in Zeiten der globalisierten Ökonomie kann kein ausschließlich im nationalen Rahmen gedachtes Projekt sein kann. Die Verbindung des Kampfes gegen eine Verwandlung von Gesundheit in lukrative Dienstleistungen für zahlungsfähige Kunden und gegen eine elende »Armenmedizin« für den Rest steht oben auf der Tagesordnung. Das People's Health Movement ist dabei nur einer der Brennpunkte im Zeichen weltweiter und regionaler Sozialforen. Diese Auseinandersetzung mit der Alternativlosigkeit der kapitalistisch globalisierten Welt. Dies wird die wichtigste Aufgabe der nächsten Jahre und vielleicht Jahrzehnte sein.

Andreas Wulf



medico Projekte zur Gesundheitscharta der Menschen

■ MITTELAMERIKA

Guatemala ▶ Psychosoziale Betreuung für Opfer der Völkermord-Praxis der 80er Jahre (ECAP) + Fortbildung von Menschenrechtspromotoren (REMHI) + Zahnmedizinische Basisgesundheitsprogramme in ländlichen Gemeinden (ACCSS)

El Salvador ▶ Förderung eines von Kriegsversehrten betriebenen Prothesenzentrums (PODES) + Aufbau einer Gemeindeapotheke; Förderung von Zahnmedizin sowie Unterstützung der Selbstorganisation der Gemeinde San Francisco de Javier (COMUS)

Nicaragua ▶ Integrale selbstbestimmte Entwicklung der Gemeinde El Tanque (ökologischer Landbau, Bewässerungsanlage, Kreditfonds, Erwachsenenbildung, Gemeindeentwicklung, psychosoziale Arbeit (COOPCOVE und MEC).

■ SÜDAMERIKA

Peru ▶ Förderung des rationalen Arzneimittelgebrauchs (AIS)

Brasilien ▶ Ausbildungskurs für indigene Hebammen (GMI/UNI) + Autonomieförderung für lokale Initiativen: Jugend- und Kulturzentrum Casa do Boneco + Abwassersanierung Porto do Trás (AMPT) + Stärkung der Selbsthilfekräfte (Grupo da Horta)

Chile ▶ Förderung der Menschenrechtsarbeit (CODEPU)

■ AFRIKA

Angola ▶ Soforthilfe für intern Vertrieben Flüchtlingsfamilien: Zelte, Hygiene, Küchensets, medizinische Hilfe) + Integriertes humanitäres Minenaktions-Programm Moxiko + Psychosoziale Rehabilitation und Stärkung lokaler Initiativen (CAPDC) + Minenräumung- und aufklärung (MAG) / Prothesenwerkstatt (VVAF).

Südafrika ▶ Förderung von Selbsthilfegruppen der Apartheidopfer (Khulumani) + Psychosoziales Gemeindeprogramm in gewaltgeprägten Gemeinden (SINANI) + Förderung der Projekte mit und für ehemalige Kombattanten sowie der alter-

nativen Stadtrundfahrten (DACPM) + Unterstützung- und Capacity-Building von AIDS-Aktivistinnen (Durban).

West Sahara ▶ Nahrungsmittelhilfen für die sahraischen Flüchtlinge in Algerien sowie die vollständige Versorgung der Flüchtlinge mit allen essentiellen Arzneimitteln (CRS) + Spielgeräte für sahraische Flüchtlingslager (UJSARIO).

Cap Verde ▶ Ausstattungshilfe für die Sozialverwaltung von Ribera Grande.

Mosambik ▶ Psychosoziale Betreuung für Opfer von Gewalt in ländlichen Gemeinden + Psychosoziale Betreuung für Betroffene der Überschwemmungen.

■ ASIEN

Afghanistan ▶ Rehabilitationsprogramm für Kriegsoffer (AABRAR) + Minenräumung und Minenaufklärung (OMAR) + Förderung kultureller Programme (Kabura).

■ NAHER UND MITTLERER OSTEN

Türkei ▶ Unterstützung der Konferenz für eine minenfreie Türkei.

Irak/Kurdistan ▶ Unterstützung kurdischer Flüchtlinge aus dem Iran im Nord Irak (Komala) + Förderung von Basisgesundheitsdiensten im ländlichen Raum (KHF).

Libanon ▶ Diverse Programme für palästinensische Flüchtlinge, Ausbildung von Gesundheitsaktivistinnen (PARD) + Basisgesundheitsprogramm (PARD) + Berufsausbildung für Krankenpfleger (NAMSC) + Förderung der Arbeit mit palästinensischen Jugendlichen (ARCPA).

Israel / Palästina

Medizinische Soforthilfe für isolierte Dörfer in der West Bank (UPMRC) + Förderung von Mobil Kliniken (PHR).

■ INTERNATIONAL

Förderung des Netzwerkes Health Action International (HAI).

Die Gesundheitscharta

Globale Mobilisierung für eine humane Vision

Ende Dezember 2000 trafen sich in Bangladesh 1600 Menschen zur »Weltgesundheitscharta«. Delegierte aus 93 Ländern vereinbarten weltweite Zusammenarbeit auf der Basis der Charta.

Präambel: Gesundheit ist soziale, ökonomische & politische Aufgabe und ein Recht. Gesundheit und soziale Gerechtigkeit sind zentrale Vision einer besseren Welt – in der gesundes Leben für alle möglich ist. Die Gesundheitscharta (PHC) soll Fundament für die Gestaltung von Gesundheitspolitik sein. Ökonomie und Profit befinden Vorrang gibt, verbessert nicht nur die Gesundheit von Menschen, sondern auch die Umwelt. Die Weltgesundheitsorganisation und der globalen Handelsstrukturen, damit die Verletzungen von Menschen und Umwelt zur Rechenschaft gezogen werden. **Aufruf:** Die Charta ruft alle Menschen auf sich an Aktionen zu beteiligen, die den demokratischen Prozess der Entscheidungsfindung unterstützen. Bürgerinitiativen in allen lokalen, nationalen und internationalen gesundheitspolitischen Bereichen.

UNTERSCHRIFTENSAMMLUNG

Gesundheit für Alle – jetzt !

Vor 25 Jahren verabschiedete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Erklärung, dass bis zum Jahr 2000 den bestmöglichen Zugang zu Gesundheit zu verschaffen. Da dies nicht erreicht wurde, sind wir von seiner Verwirklichung heute weiter entfernt als wir sein könnten. Deshalb starten medico und die BUKO-Pharma-Kampagne jetzt auch in Deutschland. Weltweit getragen von den Mitgliedsorganisationen des »Peoples Health Movement«. Die Charta ist nicht nur eine Antwort auf die Gesundheitskrise, sondern auch, um erneut Alternativen zu propagieren, die in der Gesundheitscharta empfohlen werden.

daher die »Gesundheitscharta der Menschen«. Als umfassendes soziales Aktionsprogramm. **SIE KÖNNEN SICH BETEILIGEN!** Mit Ihrer Unterschrift per Mausclick auf der medico-Website. Sie erhalten den Volltext der »Gesundheitscharta der Menschen«, weiteres Hintergrundmaterial und eine Liste der Unterzeichner. Wenn Sie den gedruckten Charta-Text bei uns bestellen. Mit beiliegenden Flugblätter. **Spendenkonto 1800, Frankfurter Sparkasse, BLZ 500 502 01**

der Menschen

undheitsversammlung von unten«.

Basis der einstimmig beschlossenen »Gesundheitscharta der Menschen«:

Menschenrecht. Vision: Gerechtigkeit und ökologisch nachhaltige Entwick-

Realität ist. **Grundsatz:** Umfassende, universelle Basisgesundheitsversor-

ökonomie: Wirtschaftspolitik, die Gerechtigkeit, Gesundheit & sozialem Wohl-

undern auch ihre wirtschaftliche Situation. **Schritte:** Umgestaltung der Welt-

von Umwelt-, Wirtschafts-, Gesundheitsrechten von Menschen ein Ende

es müssen für von ihnen verursachte zerstörerische Aktivitäten gegen Men-

die Menschen der Welt dazu auf, Bürgerinitiativen und Foren aufzubauen.

findungsfindung auf allen öffentlichen Ebenen betreffen. In Erwartung, dass

relevanten Foren vertreten sind.

ung von Alma Ata. Als Verpflichtung für die Regierungen der Welt, allen Men-
en. Weil die Regierungen im Vollzug neoliberaler Ziele sich von diesem Ziel längst
s damals. Gesundheit wird zu einer Ware, die sich immer weniger Menschen leis-
in Deutschland die Unterschriftensammlung »**Gesundheit für Alle – JETZT!**«.
ent« (PHM). Als Aktion zur Aufmerksamkeit nicht nur gegenüber der drastischen
Alma Ata schon internationaler Konsens waren. Medico und die BUKO-Pharma-

programm der internationalen Kampagnen des »Peoples Health Movement.«
medico-homepage www.medico.de. Hier finden Sie auch die Erklärung von Alma
aterial – und die gemeinsame Presseerklärung von medico und BUKO. Auch könn-
ern zur Sammlung weiterer Unterschriften. Am besten per mail: info@medico.de

21

Hans-Ulrich Deppe

Kommerzialisierung oder Solidarität?

Zur grundlegenden Orientierung von Gesundheitspolitik



In den Bereichen des öffentlichen Sektors unserer Gesellschaft finden aktuell Veränderungen statt, die mit marktwirtschaftlichen Instrumenten gesteuert werden sollen. Das betrifft auch die Krankenversorgung. Grundlage der Krankenversorgung sind freilich stets ökonomische Determinanten. Die Frage lautet also: Wo sind die ökonomischen Grenzen, wo werden politische oder ethische Fragen gesellschaftsbestimmend? Die um sich greifende unkontrollierte Übertragung ökonomischer Gesetze auf außerökonomische Sachverhalte wird als Ökonomisierung bezeichnet. An ihr wird zurecht kritisiert, dass die betroffenen Menschen auf das Konstrukt des homo oeconomicus reduziert werden. Unter den hegemonialen Bedingungen von Kapital und Markt reduziert sich dann Gesellschaft auf das Konstrukt einer Marktgesellschaft. Gesundheit oder Krankheit kann aber als Ganzes nicht den Charakter einer marktfähigen Handelsware annehmen. Das hängt unter anderem mit folgenden Besonderheiten zusammen: Bei Gesundheit handelt es sich um ein lebensnotwendiges Gut. Es ist ein kollektives und öffentliches Gut, ähnlich wie Atemluft, Trinkwasser, Bildung oder Rechtssicherheit. Auf Krankheit kann nicht wie auf Konsumgüter verzichtet werden. Der Patient weiß nicht wann, und warum er krank wird, an welcher Krankheit er leiden wird. Er hat in der Regel nicht die Möglichkeit, Art, Zeitpunkt und Umfang der in Anspruch zu nehmenden Leistungen selbst zu bestimmen. Krankheit ist ein von den Individuen kaum steuerbares Ereignis sondern ein allgemeines Lebensrisiko. Der Patient wird mit dem Monopol des ärztlichen Wissens konfrontiert. Es besteht Anbieterdominanz. Die Nachfrage des Patienten als Konsument erfolgt zunächst unspezifisch und wird erst durch die Kompetenz eines medizinischen Experten definiert. Es besteht ein erhebliches Informations- und Kompetenzgefälle zugunsten des Arztes. Der Patient befindet sich durch sein Kranksein in einer Position der Unsicherheit, Schwäche, Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit, häufig in Verbindung mit Angst und Scham. Es spricht also viel dafür, dass die Versorgung von Krankheit sich nicht dem Mechanismus von Angebot und Nachfrage unterwerfen lässt. Der Markt ist nämlich eine blinde Macht. Er ist

richtungslos und Ziele müssen ihm vorgegeben werden. Das demokratische Gemeinwesen hat deshalb wichtige gesundheitspolitische Aufgaben wahrzunehmen.

Unterschiedliche ärztliche Entscheidungen

Dieses personenbezogene, unsichere und komplexe Feld ist anfällig für Außeneinwirkungen. Geld, Konkurrenz, juristische Absicherung, Karriereabsichten, wirtschaftliche Existenz- und Arbeitsplatzängste haben deshalb ein Leichtes, darauf Einfluss zu nehmen und den Entscheidungsprozess für eine bestimmte Maßnahme bewusst oder unbewusst zu steuern. In der praktischen Medizin wird zunehmend um Marktanteile gekämpft. Es gibt zahlreiche Beispiele dafür, dass sich unterschiedliche ärztliche Entscheidungen bei gleicher oder ähnlicher Morbiditätslage nicht mit »medizinischem Sachverstand« erklären lassen. Von vielen Ärzten wird der Widerspruch zwischen ökonomischen Zwängen und einzelfallabhängiger Patientenversorgung noch als grundlegend unvereinbar miteinander wahrgenommen. Utilitaristischen Denkmodellen entlehnte Kosten-Nutzen-Kalküle stoßen noch immer auf eine geringe Akzeptanz. Gleichwohl ist festzustellen, dass außermedizinische Selektionskriterien in die Entscheidungen von Ärzten eingehen. Wie eine Studie es sagt: »Zu beobachten ist eine schleichende Anwendung von Altersgrenzen, weitere Kriterien sind Versicherterstatus, Beruf, Bildung und sozialer Status.« Das würde nie jemand offen sagen. Keines dieser Kriterien ist durch moralische, rechtliche oder medizinische Legitimationsmuster gestützt. Noch ist in Deutschland das vorgeschriebene Verteilungskriterium die »medizinische Notwendigkeit«, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen hat.

Vertrauens- oder Vertragsverhältnis

Die medizinischen Institutionen werden auf dem Hintergrund dieser weichen wissenschaftlichen Erkenntnisse seit einiger Zeit mit den harten Gesetzen neoliberaler Wirtschaftskonzepte konfron-

tiert. Und die Ausweitung der Gesetzmäßigkeiten von Markt, Wettbewerb und Rentabilität auf das Arzt-Patient-Verhältnis wird dieses tiefgreifend verändern. Das auch heute schon brüchige Vertrauensverhältnis wird sich immer mehr in ein merkantiles Vertragsverhältnis verwandeln. Der Abschluss eines Vertrages ist aber nicht gerade Ausdruck von besonderem Vertrauen, sondern beruht eher auf Misstrauen. Er soll eine riskante Beziehung zwischen mehr oder weniger Fremden kontrollierbar absichern, während Vertrauen eine persönliche enge Beziehung und gegenseitige Kenntnis voraussetzt. Vertrauen ermöglicht die Mitteilung intimer Informationen, die auch der Schweigepflicht unterliegen. Vertrauen unterstellt verantwortliches Handeln. Vertrauen ist nicht käuflich!

Verträge dagegen sind Ausdruck der jeweiligen Rechtsordnung. Sie stellen übereinstimmende Willenserklärungen mit vereinbarten gegenseitigen Verpflichtungen dar. Insbesondere die Entwicklung des Marktes und des privaten Eigentums haben den Charakter des Vertragswesens geprägt. Mit der wachsenden Kommerzialisierung des Arzt-Patient-Verhältnisses wird vom Arzt immer nachhaltiger eine spezielle, messbare Leistung zu einem festgesetzten Preis verlangt. Diese Leistung bekommt zunehmend Merkmale einer Ware oder Dienstleistung, die unter Bedingungen der Konkurrenz hergestellt und verteilt wird. Entsprechend verwandelt sich der Patient mehr und mehr in einen Kunden, an dem verdient werden soll. Und der »beste Kunde« ist in der Regel der, an dem am meisten verdient wird. Patienten werden unter solchen Bedingungen dann vielleicht wie »königliche Kunden« bedient, aber nicht mehr wie kranke Menschen behandelt. Je mehr der Wettbewerb zunimmt, desto mehr wird die kaufkräftige Nachfrage des Patienten angesprochen. Die »geheimen Verführer« des Marktes, seine werbenden Potentiale, werden sich genau auf die Patientengruppe konzentrieren, um deren sich lohnende Zufriedenheit konkurriert wird. Während noch heute weitgehend das medizinisch Notwendige und der Schweregrad einer Krankheit als handlungsleitendes Entscheidungsziel gelten, werden es unter den Bedingungen der Konkurrenz immer stärker ökonomische Kriterien. Sie werden gleichsam zum Maßstab von Auslese (Triage). Mit der wachsenden Kommerziali-

sierung der Krankenversorgung kommen selbst gut informierte Patienten in eine schwierige und unübersichtliche Situation. Was bedeuten nämlich ärztliche Auskünfte während einer Behandlung wie: »das ist medizinisch nicht notwendig«; »das Risiko des Eingriffs ist bei Ihnen zu hoch«; »diese Maßnahme ist in Ihrem Fall unwirksam«? Heißt das, sie ist medizinisch nicht gerechtfertigt – oder heißt es lediglich, sie ist zu teuer? Woher weiß der Patient, warum ihm der Arzt diesen Rat gegeben hat? Ist es tatsächlich die Therapie der Wahl, die für seine Krankheit medizinisch erforderlich ist? Werden ihm Behandlungsalternativen



Die mobile Klinik trifft oft auf kranke Menschen, die seit Wochen ohne medizinische Versorgung sind. Foto: Eddi Gerald (Tel Aviv)

verschwiegen? Hängen von solchen Empfehlungen vielleicht das Einkommen, die Karriere, der Arbeitsplatz des Arztes oder gar die wirtschaftliche Bonität eines Krankenhauses ab, die den Aktienkurs und die Dividende bestimmen? Oder ist dem Arzt gerade mitgeteilt worden, daß sein Budget bereits überschritten ist? Damit zeichnet sich die Grenze betriebswirtschaftlicher Rationalität in der Krankenversorgung ab, die dann vielleicht noch rentabel ist, aber nicht mehr dem Gesellschaftsvertrag unserer Zivilisation entspricht. Der Druck der wirtschaftlichen Konkurrenz setzt das pur ökonomische der Gefahr aus, seine immanen-



ten destruktiven Potenziale zu ignorieren. Und das führt zu einer Kulturwende in der Medizin. Dieser hier entfaltete Diskurs fortschreitender Entfremdung in der Beziehung zwischen Arzt und Patient und in der Forschung unter den Bedingungen ihrer Kommerzialisierung lässt sich nach Jürgen Habermas auch für die Gesellschaft feststellen: »Entfremdungseffekte entstehen vornehmlich dann, wenn Lebensbereiche, die funktional auf Wertorientierungen, bindende Normen und Verständigungsprozesse angelegt sind, monetarisiert und bürokratisiert werden.« Und weiter heißt es: »Eine wachsende gesellschaftliche Komplexität bewirkt noch nicht per se Entfremdungseffekte. Sie kann ebenso die Optionsspielräume und Lernkapazitäten erweitern. Soziale Pathologien ergeben sich erst in der Folge einer Invasion von Tauschbeziehungen und bürokratischen Regelungen in die kommunikativen Kernbereiche der privaten und öffentlichen Sphären der Lebenswelt. Diese Pathologien sind nicht auf Persönlichkeitsstrukturen beschränkt, sie erstrecken sich ebenso auf die Kontinuierung von Sinn und auf die Dynamik der gesellschaftlichen Integration.« Zurzeit befinden wir uns also in einer schwierigen Situation. Inzwischen wird in fast allen Bereichen unseres Gesundheitssystems fieberhaft nach Möglichkeiten des Einsatzes von sich selbstregulierenden Marktmechanismen, wirtschaftlicher Konkurrenz und betriebswirtschaftlichen Konstrukten gesucht. Damit droht das medizinisch Notwendige der ökonomischen Rentabilität als Hauptkriterium ärztlichen Handelns zu weichen. Für mich ergibt sich aus dieser Problemlage, dass es in einer Gesellschaft am Gemeinwohl orientierte Schutzzonen geben muss, die nicht der blinden Macht des Marktes und den deregulierenden Kräften der Konkurrenz überlassen werden dürfen. Bei solchen gesellschaftlich definierten Schutzzonen denke ich an soziale Gesellschaftsziele wie Solidarität und soziale Gerechtigkeit oder an Kommunikationsstrukturen. Sie bilden gleichsam den Kernbestand des europäischen Sozialmodells. Das Recht auf Gesundheit zählt zu den Menschenrechten. Menschenrechte lassen sich aber nicht kommerzialisieren, sie lassen sich auch nicht vermarkten, ohne dass sie daran zerbrechen.

Aus: H.-U. Deppe, W. Burkhardt (Hrsg.) *Solidarische Gesundheitspolitik*, Hamburg 2002

Palästina

Von mobilen Kliniken und dritten Wegen



»In der ersten Intifada war ich zweimal in israelischer Haft in der Negev-Wüste; jetzt bauen sie das Gefängnis um uns herum«. So kommentiert der lokale Direktor der UPMRC-Gesundheitsdienste in Qalqilia den Mauerbau rund um seine Stadt mit 40000 Einwohnern an der Grenze der Westbank – das dies eine »vorübergehende Sicherheitsmaßnahme« ist, wie die israelische Regierung beteuert, glaubt ihr nicht einmal die US-Regierung, eher sollen Fakten geschaffen werden für die endgültigen Grenzverlauf zwischen israelischem und palästinensischem Territorium.

Roadmap to Peace – Der Name des aktuellen Friedensplanes zwischen Israel und Palästina könnte treffender nicht sein. Um Wege, Straßen, Mobilität und ihre Verhinderung dreht sich das Leben in den palästinensischen Gebieten seit dem Beginn der 2. Intifada vor drei Jahren. Straßensperren, fliegende und feste militärische Kontrollstellen, Ausgangssperren, Belagerungen, Sicherheitszäune, Mauern zerteilen Westbank und Gazastreifen in viele kleine Flecken, die Reisen zwischen den Inseln werden immer noch zu unkalkulierbaren, oft stundenlangen Odysseen. Für Kranke und Verletzte, ist medizinische Hilfe dadurch oft nur schwer – und manches Mal zu spät erreichbar.

Gegen diese anhaltende Isolation sind die 16 mobilen medizinischen Teams der Union of Palestinian Medical Relief Committees (UPMRC), die jede Woche fast 60 Dörfer besuchen, ein ebenso symbolisches, wie konkretes Zeichen für die Menschen in den umschlossenen Orten, dass sie nicht vergessen werden. Diese Teams erreichen ihr Ziel oftmals nur unter enormen Schwierigkeiten, stundenlangen Fahrten über Schleichwege zur Umgehung von Straßenblockaden und israelischen Armeeposten.

Dr. Mohamad Iskafi, der Koordinator der Mobil Kliniken beschreibt das mit seinen Worten: »Wenn wir uns bei den Gemeinden zu einem Mobile-Clinic-Tag anmelden, dann kommen wir auch, egal, wie lange es dauert, oder wie kompliziert der Weg ist. Wir kommen vielleicht spät, aber wir kommen auf jeden Fall. Die Gemeinden

wissen, dass sie sich darauf verlassen können. Und wenn es sich an einem Tag herausstellt, das es tatsächlich völlig unmöglich ist, dorthin zu kommen, dann kommen wir am nächsten Tag«. Diese mobilen Gesundheitsdienste, mit denen 1979 die Arbeit der UPMRC als ehrenamtliche Initiative von Palästinensischen Ärzten begann, um die mangelhafte medizinische Versorgung in den von der israelischen Besatzung besonders vernachlässigten ländlichen Gebieten der Westbank und des Gazastreifens zu verbessern, stand von Anfang an unter dem Motto: Gesundheit für alle. Gleichberechtigter, sicherer Zugang zu bezahlbaren Gesundheitseinrichtungen und die Förderung gesunder Lebensbedingungen.

Ihr Engagement war ein Protest gegen die israelische Politik, die in den besetzten Gebieten nur einen Bruchteil der Mittel pro Person für Gesundheitsdienste einsetzte, die in Israel zur Verfügung standen. Und mit der Konzentration auf die abgelegenen ländlichen Gebiete setzten sie die Ideen des Primary Health Care Gedankens um, der eine gerechtere Verteilung der Ressourcen für Gesundheit zum Ziel hatte.

Aus den freiwilligen Hilfseinsätzen entstand eine feste Organisation, die über die mobilen Kliniken hinaus auch dauerhafte Gesundheitszentren betrieb und systematisch eine Basisgesundheitsversorgung mit eigenen Ausbildungs- Logistik- und Dokumentationskonzepten fortentwickelte. Eine zentrale Rolle übernehmen dabei die Gesundheitsarbeiterinnen, die das Kernpersonal der Gesundheitszentren darstellen. Ihre Ausbildung in der UPMRC Schule für Gemeindegeseundheit in Ramallah ist zugleich eine Intervention in die traditionellen palästinensischen Lebenswelten, in denen Frauen immer noch selten eigene Perspektiven jenseits von Familie und Mutterschaft entwickeln können.

Zentrum für Basisgesundheit

Diese aktuell 25 Gesundheitszentren sind nicht nur eine erste Anlaufstelle für die Menschen der umliegenden Dörfer bei gesundheitlichen Problemen, sie betreiben auch eine beständige, hartnä-

ckige Werbung für individuelle und gemeinschaftliche Gesundheitsförderung, das Engagement für bessere Wasserversorgung und Abfallbeseitigung ebenso wie die Integration behinderter Kinder in die Familien und die Dorfgemeinschaft.

Dieses langfristige Interesse an einer weitergehenden Verbesserung von Lebensqualität und Gesundheit macht die UPMRC zu einem glaubwürdigen und anerkannten Partner der lokalen Gemeinschaften, die es auch erlaubt, den Konflikten nicht aus dem Weg zu gehen, die traditionelle

Hierarchien und Geschlechterrollen oftmals noch darstellen. Die große Vertrautheit mit den Lebensrealitäten und sozialen Verhältnissen macht den Patienten der Gesundheitszentren auch die Forderung der UPMRC verständlich, sich nach eigenen Möglichkeiten an der Finanzierung dieser Struktur zu beteiligen, um nicht vollständig von externer Finanzierung abhängig zu sein, sondern zumindest einen Teil der benötigten Mittel selbst zu generieren. Bis zum Beginn der zweiten Intifada im September 2000 wurde vor allem über den Verkauf der notwendigen Medikamente ein wichtiger Teil der Kosten gedeckt. Heute macht



Israel/Palästina. Mobile Klinik. Foto: medico

die wachsende Armut in den palästinensischen Gebieten durch die gestiegene Arbeitslosigkeit während der Intifada eine weitgehende Befreiung von Zuzahlungen nötig.

Recht auf Gesundheit weltweit

Schon zu Beginn der Arbeit beschränkte sich der Blick der UPMRC allerdings nicht auf die Palästinensischen Gebiete – die Idee des PHC hatte in vielen Regionen der Welt Fuß gefasst und die UPMRC wurde Teil des International People's Health Council (IPHC), der die ursprüngliche Idee einer Gesundheitsförderung, die auch vor den notwendigen sozialen und gesellschaftlichen Veränderungen für ein »gutes Leben« nicht zurückschreckt, vorantrieb. 1992 richtete UPMRC in Jerusalem die zweite internationale Konferenz des IPHC aus, an der Vertreter aus über 30 Ländern teilnahmen. Und eine Würdigung besonderer Art stellte im Mai 2001 die Auszeichnung der UPMRC mit dem Award for Health Development der Weltgesundheitsorganisation dar.

Betonte Unabhängigkeit

In der Oslo-Periode wurde die Zusammenarbeit mit dem nach 1994 entstandenen palästinensischen Gesundheitsministerium von zentraler Bedeutung, weil es der UPMRC zugleich darum ging, die Verantwortung der neuen staatlichen Strukturen anzuerkennen und zu fördern, aber auch ihre Eigenständigkeit und Kritikfähigkeit zu bewahren. Dies stellte sich als besonders wichtig heraus, als sich Tendenzen in der palästinensischen Autonomiebehörde entwickelten, die unabhängigen palästinensischen Organisationen, die in der Zeit der Besatzung entstanden waren, stärker kontrollieren zu wollen und sich gegen jegliche Kritik dieses Teils der Zivilgesellschaft an der eigenen Politik zu verwahren. Auch in der Auseinandersetzung mit den konservativen religiösen Kräften bezieht die UPMRC eindeutig Position. Die »dritte Alternative«, die Mustafa Barghouthi, der Präsident der UPMRC propagiert, bedeutet eine Option für eine demokratische, weltoffene und gerechte palästinensische Gesellschaft jenseits der autokratischen Fatah-dominierten Autonomiebehörde und der islamistischen Eiferer. Damit solche Optionen aber mehrheitsfähig werden können, braucht es einen lebensfähigen

palästinensischen Staat. Ein Ende der israelischen Besatzung und die Auflösung aller Siedlungen sind dabei die Voraussetzungen, nicht jene Art von »Belohnung«, wie sie sich im aktuellen Vorschlag des Nah-Ost Quartetts präsentiert.

Andreas Wulf

STOP THE WALL IMMEDIATELY

Gegen eine Mauer der Trennung in Israel/Palästina

Unser Projektpartner in Israel, das »Alternative Informationszentrum« (AIC), hat einen internationalen Aufruf vorgestellt, der sich gegen die bereits im Bau befindliche Trennungsmauer richtet, deren Vollendung von der israelischen Regierung mit Nachdruck betrieben wird. Der Aufruf »STOP THE WALL« richtet sich an die UN, an Regierungen und demokratische Organisationen sowie an die internationalen jüdischen Gemeinden. medico unterstützt den von Etienne Balibar, Judith Butler, Susan Buck-Morss uva. unterzeichneten Aufruf. Lesen Sie den Volltext und beteiligen Sie sich unter:

www.PetitionOnline.com.



Qalqiliya in der Westbank wird eine acht Meter hohe Mauer umschließen. Foto: medico

Frieden hat zwei Seiten: Wut und Mut

Sierra Leone nach dem Krieg. Ein Interview der Deutschen Welle mit Anne Jung, geführt von Dirk Bathe am 11.08.2003

❖ **DW:** Anne Jung von *medico international* ist erst vor wenigen Tagen aus Sierra Leone zurückgekehrt. Sie konnte ich fragen, wie das Land die Wunden des Krieges behandelt.

☞ **AJ:** Die Nachkriegssituation in Sierra ist geprägt von der Wahrheits- und Versöhnungskommission und dem UN-Sondergericht, vor das eigentlich auch der liberianische Präsident Charles Taylor gestellt werden sollte. Die Menschen sprechen öffentlich über das Weiterleben nach dem Krieg. Allerdings können die unterschiedlichen Opfergruppen nur unzureichend versorgt werden, sie erhalten keine ausreichende psycho-soziale Betreuung. Die Zahl der Überlebenden der Gewalt ist riesig: 20000 Menschen wurden während des Krieges bei Massakern der Rebellenarmee *Revolutionary United Front* (RUF) die Hände abgehackt, es gibt tausende ehemaliger Kindersoldaten und zahllose vergewaltigte Frauen.

❖ **DW:** Sie sprachen die Versöhnungskommission bereits an, die nach südafrikanischem Vorbild geschaffen wurde. Funktioniert die Arbeit der Versöhnungskommission?

☞ **AJ:** Offengestanden waren wir nach unserer Ankunft in Sierra Leone zunächst völlig schockiert. Die Täter, die vor der Kommission aussagten, wurden nicht ins Kreuzverhör genommen und haben sich rausgeredet. Sie waren Techniker, Fahrer oder Funker, sie beschrieben sich alle als Dienstleister des Krieges. Aber wir haben es nie erlebt, dass einer der ehemaligen Rebellenführer gesagt hat, ich war Täter, ich habe getötet.

❖ **DW:** In Sierra Leone gibt es die Versöhnungskommission und zum anderen den Sondergerichtshof, der dann noch einmal für die strafrechtliche Verfolgung zuständig ist. Wie sind die beiden miteinander verwoben?

☞ **AJ:** Formell sind sie gar nicht miteinander verwoben, aber in der Wahrnehmung der Täter schon. Das UN-Sondergericht hat für den Versöhnungsprozess eine große Bedeutung, weil man

den wichtigsten Führern der Rebellenbewegung nicht einfach Amnestie gewähren kann. Viele Täter, die vor der Wahrheits- und Versöhnungskommission aussagen, befürchten, dass sie – sollten sie die von ihnen begangenen Verbrechen eingestehen – zum UN-Sondergerichtshof überführt werden. Das erschwert die Arbeit der Versöhnungskommission sehr, zumal beide Orte auch räumlich sehr eng beieinander liegen. Es wäre in unseren Augen sinnvoll gewesen, beide Prozesse voneinander zu trennen.

❖ **DW:** Alle Seiten, die in den Bürgerkrieg involviert gewesen sind, haben ihre Kampftruppen mit dem illegalen Handel von Diamanten finanziert. Wie sieht die Situation jetzt aus? Fließt das Geld aus dem Handel nun in die Staatskasse?

☞ **AJ:** Noch immer bereichern sich neben internationalen Unternahmen auch viele Regierungsmitglieder an den Diamanten. Das ist auch der Grund dafür, warum alle Bemühungen um Transparenz im Diamantenhandel in Sierra Leone bislang nicht eingelöst wurden. Heute arbeiten Tausende von Kindern in den Diamantenminen und die Menschen schufteten dort unter sklavenähnlichen Bedingungen. Von »Friedensdiamanten« kann also keine Rede sein.

❖ **DW:** In Sierra Leone wurden 45000 Rebellen entwaffnet, es gab freie Wahlen und das Land wird, wenn auch schleppend, wieder aufgebaut. Ist das eine Vorbildfunktion für das Nachbarland Liberia?

☞ **AJ:** Möglicherweise. Der Prozess kommt allerdings auch in Sierra Leone nur mühsam in Gang, vor allem hinsichtlich der Versöhnungsarbeit. Ich denke, die ganze westafrikanische Küste bräuchte eine länderübergreifende Wahrheits- und Versöhnungskommission. Die Kriege in diesen Ländern haben sich immer gegenseitig befruchtet. Charles Taylor hat von Liberia aus mit seinen Waffenlieferungen an die sierra-leonische Rebellenbewegung diesen Krieg maßgeblich am Laufen gehalten. Der Diamantenhandel hat auch den Krieg in Liberia finanziert, er finanziert den Krieg in der Elfenbeinküste. Alle diese Länder sind hinsichtlich der ökonomischen Basis des Krieges und das direkte militärische Eingreifen ganz eng ineinander verwoben.

>>

Die medico-Mitarbeiterinnen Anne Jung und Usche Merk waren im Juli 2003 gemeinsam mit Zandile Nhlengetwa von der medico-Partnerorganisation Sinani aus Südafrika in Sierra Leone und haben dort einen Workshop zu den Perspektiven psychosozialer Arbeit und dem langen Weg der Versöhnung durchgeführt. Dieser Süd-Südaustausch soll fortgeführt werden. Unterstützen Sie diese wichtige Arbeit unter dem Spendenstichwort »Sierra Leone«

Gemeinsam für Afrika 2003

Unter dem Motto »Gemeinsam für Afrika« haben sich 23 deutsche Hilfsorganisationen, darunter auch medico international, zusammengeschlossen, um gemeinsam mit dem Künstler Herbert Grönemeyer das Augenmerk der Öffentlichkeit auf die andauernde Verelendung von Millionen Menschen auf dem afrikanischen Kontinent, aber auch auf seine Potentiale und Zeichen der Hoffnung zu lenken. Zum Auftakt von bundesweiten Aktionstagen am 7./8./9. November wird Herbert Grönemeyer ein Benefizi-Konzert für »Gemeinsam für Afrika« in Oberhausen geben. Weitere Informationen unter www.gemeinsam-fuer-afrika.de. Über die Aktivitäten von medico in diesem Zusammenhang werden sie laufend in unserem newsletter oder auf unserer homepage informiert.

Zeichen paradoxer Hoffnung

Für November planen wir eine Rundreise mit unseren Projektpartnern mit der *Union of Palestinian Medical Relief Committees* (UPMRC) und den israelischen *Physicians for Human Rights*. Geplant sind u.a. die Städte Hamburg und Stuttgart. Die genauen Termine finden Sie unter www.medico.de oder im medico-newsletter (s.u.)

Für die Opfer globaler Kriegstreiber

AC Calamares International, Kickende Kurfürsten, Kalaschnikow Friedenspark – so heißen drei der 28 Mannschaften, die im Juni auf den Kölner Pollerwiesen gegeneinander antraten, um sich in kontrollierter Offensive für »die Opfer globaler Kriegstreiber und kommunaler Sparschweine«

einzusetzen. Die Startgelder (50€ pro Team) und der Erlös aus dem Verkauf von Bier und Würstchen erbrachten rund 3000€, die zur Hälfte an medico gingen.

Musik, Tanz und Zauberei

Was Schule im besten Sinne ist, führten die 5. Klasse der Freien Walddorfschule Offenburg und ihr Lehrer Michael Lauther den zahlreichen Gästen eines Benefiz-Abends zugunsten der Projektarbeit von medico vor. Musik, Tanz und Zauberei ergaben 2800€ für die Arbeit der *Kurdish Health Foundation*, den medico-Partner im Irak. Mit dem Krieg setzten sich die Schülerinnen und Schüler nicht nur an diesem Abend auseinander: über Wochen hinweg wurde diskutiert, wurde geprobt und am Programm gefeilt. Weitere Mitspieler wurden gefunden: ein Gitarrenduo, ein Tanzsportverein, eine Trommelgruppe und eine Bäckerei, in der Mienen gebacken wurden – zum Verzehr.

11.09. 2003 – 30 Jahre Putsch in Chile

Therapeutische Erfahrungen mit den Opfern politischer Gewalt. Vortrag und Diskussion mit Elisa Neumann (Santiago de Chile), 12. September, 16.00 Uhr, Migrationszentrum der evang. Kirche, Leerbachstr. 18, Frankfurt/Main (Nähe Opernplatz). Eine Veranstaltung von FATRA, IPPNW, medico international und dem Psychosozialen Zentrum für ausländische Flüchtlinge.

30 Jahre nach dem folgenreichen Putsch gegen die demokratisch gewählte Regierung Allende wird uns die international bekannte Psychotraumatheapeutin über ihre jahrelange Arbeit mit den Betroffenen des Gewaltregimes berichten, und dabei Reflexionen über die sozialen Bedingungen dieser Arbeit zur Diskussion stellen.

medico newsletter

Abonnieren Sie unseren newsletter (einfach email schicken an info@medico.de), dann werden Sie regelmäßig über medico-Termine und Publikationen informiert. Gerne schicken wir Ihnen den newsletter auch per Post zu. Ein Anruf genügt. Tel. (069)944380.

Erstmals in gedruckter Form

medico-Jahresbericht 2002

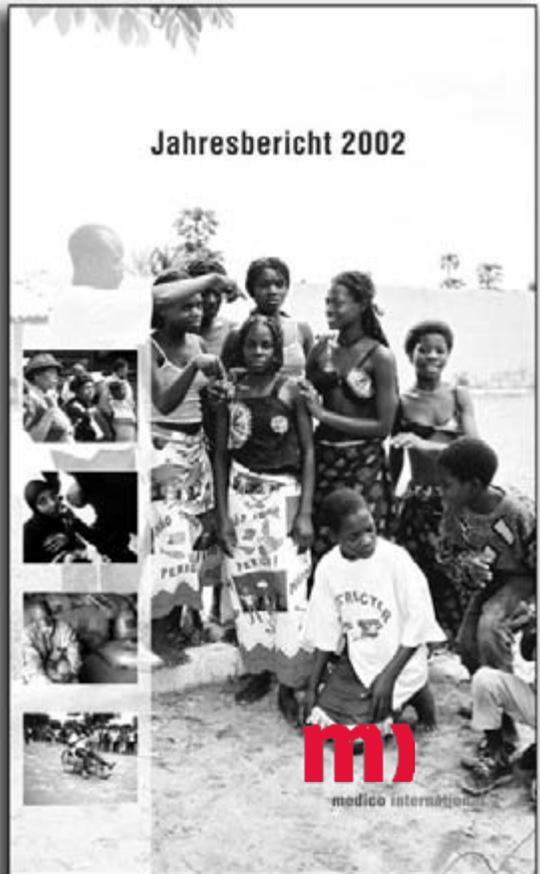
Normalerweise, liebe Leserinnen und Leser des Rundschreibens, hätten Sie in dieser Ausgabe unsere Jahresbilanz lesen können. Nun legen wir einen Jahresbericht in gedruckter Form vor, um allen, die unsere Arbeit nicht kennen, auf diese Weise einen aktuellen Überblick zu bieten. Selbstverständlich wollen wir auch Ihnen, die sie unsere Arbeit mit Ihrer Unterstützung erst möglich machen, diese Jahresbilanz zur Verfügung zu stellen. Sie können den Jahresbericht bei uns bestellen – per Telefon, Fax, eMail oder Internet. Selbstverständlich können Sie auch mehrere Exemplare zum Weitergeben erhalten.

Gegenüber dem Vorjahr sind die Spenden mit 2247 247 Euro leicht angestiegen. Vor allem die vielen neuen Fördermitgliedern haben diesen Zuwachs bewirkt, der nicht nur quantitativ erfreulich ist. Denn Fördermitglieder leisten Dauerspenden, die uns ein langfristiges Planen und damit genau den »langen Atem« ermöglichen, ohne den die nachhaltige Überwindung von Not nicht gelingt.

Der Jahresbericht gibt einen Überblick über gesamte Tätigkeit von medico und seinen Partnern. Exemplarisch für das Engagement um soziale Rechte beschreiben wir die Arbeit unserer Partner in Israel-Palästina, Afghanistan, Südafrika und Brasilien. Selbstverständlich enthält er auch den Finanzbericht sowie weitere Zahlen und Fakten zur Jahrestätigkeit von medico.

Wir sind bewußt dem Beispiel anderer Organisation nicht gefolgt, die unaufge-

fördert an alle Spenderinnen und Spender einen Jahresbericht schicken. Jede Bestellung von Ihnen ist aber natürlich hochwillkommen. Wollen Sie ab sofort den Jahresbericht regelmäßig erhalten, teilen Sie uns dies bei der Bestellung kurz mit.



Spendeninformation

Vielen Dank, dass Sie unsere Arbeit mit einer Spende unterstützen! medico international ist ein gemeinnütziger Verein. Ihre Spende ist daher steuerlich absetzbar.

Einmalige Spenden

Wenn Sie uns eine Spende überweisen und dafür nicht die dem Rundschreiben beigefügte Zahlkarte verwenden, möchten wir Sie bitten, auf dem Überweisungsformular Ihren Namen und Ihre Anschrift deutlich zu vermerken. Bitte geben Sie wenn möglich auch Ihre medico-Spendernummer an, das erleichtert uns die Arbeit sehr.

Die Spendenbescheinigung senden wir Ihnen bei Spenden über 100€ automatisch zu. Bei Beträgen bis einschließlich 100€ genügt dem Finanzamt in der Regel der Einzahlungsbeleg, versehen mit dem Eingangsstempel der Bank. Auf Anfrage erhalten Sie gerne auch hierfür eine Spendenbescheinigung. (Tel. (069)944 38-11)

Sie können projektgebunden spenden, indem Sie das jeweilige Spenden-Stichwort angeben.

Fördermitgliedschaft

Die Fördermitgliedschaft bei medico sieht keine Projektbindung vor. Vielmehr unterstützen Sie damit unsere gesamte Projekt- und Öffentlichkeitsarbeit. Die regelmäßigen Beiträge unserer Fördermitglieder ermöglichen es uns, langfristige und verbindliche Projektkooperationen einzugehen, aber auch flexibel zu reagieren, wenn akute Hilfe notwendig ist. Außerdem unterstützt Ihr Förderbeitrag auch unsere unabhängige und kritische Öffentlichkeitsarbeit.

Der jährliche Förderbeitrag liegt bei mindestens 120€. Das wäre z.B. der relativ kleine Betrag von 10€ monatlich. Für Leute mit wenig Geld (Auszubildende, Erwerbslose, Studierende) beträgt der jährliche Förderbeitrag 60€.

Für Ihren Förderbeitrag schicken wir Ihnen jeweils im Januar des darauffolgenden Jahres eine Sammelbestätigung zu, auf der alle Spenden des Jahres aufgeführt sind.

Projektgebundene Einzugsermächtigung oder Dauerauftrag

Bitte geben Sie in Ihrer **Einzugsermächtigung** das

Projekt an, für das wir Ihre Spende verwenden sollen. Falls Sie einen **Dauerauftrag** einrichten, bitten wir Sie zudem um eine kurze schriftliche Benachrichtigung, damit wir Ihre Spende richtig zuordnen und Ihnen Ihre Spendenbescheinigung zuschicken können.

Haben Sie eine Einzugsermächtigung oder einen Dauerauftrag eingerichtet, so schicken wir Ihnen jeweils im Januar des darauffolgenden Jahres eine Sammelbestätigung zu, auf der alle Spenden des Jahres aufgeführt sind.

Adressänderung

Bitte geben Sie bei Änderungen Ihrer Anschrift auch Ihre alte Adresse und/oder die Spendernummer an. So ermöglichen Sie es uns, Sie zu »finden«, und helfen zugleich mit, Verwaltungskosten zu sparen.

Spendenquittungstelefon

Tel. (069)944 38-11

Fax: (069)944 38-15 oder Email: info@medico.de

Bankverbindung

medico international, Spendenkonto 1800,
Frankfurter Sparkasse, BLZ 500 502 01

Materialien

Kostenlose Materialien

Gerne senden wir interessierten Einzelpersonen und Gruppen unsere kostenlosen Materialien zu: für Veranstaltungen, Informationsstände oder einfach zum Weiterverteilen an Freunde. Auf Wunsch erhalten Sie natürlich auch das medico-Rundschreiben in größerer Zahl. Wir bitten Sie nur, die Versandkosten zu übernehmen. (Pakete ab 1kg versenden wir unfrei.)

Verkauf von Materialien

Der Verkauf von Materialien, von Büchern und Broschüren, die Sie auf der nebenstehenden Liste finden, erfolgt gegen Rechnung.

Fotoausstellungen, Plakate und Filme

Fotoausstellungen, Plakate und Filme bieten wir jeweils themen- und kampagnenbezogen an. Diese Materialien sind größtenteils in der nebenstehenden Liste zu finden.

Liebe Leserinnen und Leser,

wir möchten Ihnen eine Auswahl unseres Materials vorstellen, das Sie – auch in größeren Mengen – bei uns bestellen können. Zum Nachlesen und Weiterverteilen, für die Schule, zum Auslegen im Laden nebenan. Für Nachfragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. Das vollständige Programm können Sie bei uns anfordern oder unter www.medico.de nachlesen.

→ **medico Jahresbericht 2002**



(26 S.) mit Gesamtüberblick Projekte/Projektländer, Arbeitsfelder, Grundsätze, Schwerpunkte 2002, Finanzbericht u. Organisationsstruktur

Wir informieren Sie gerne über alle Projekte, die wir in Afrika, Lateinamerika und im Nahen Osten unterstützen. Die Liste können Sie telefonisch bestellen oder unter www.medico.de nachlesen.

→ **Reports**



»Die Gewalt überleben – Psychosoziale Arbeit im Kontext von Krieg, Diktatur und Armut« (2001, 130 S.)

Wie unterstützt man Menschen, die Opfer von Verbrechen gegen die Menschlichkeit geworden sind? 20 Vertreter aus 12

Ländern stellen psychosoziale Projekte vor. 10 Euro (mit 4-sprachiger CD-Rom)



Ungeheuer ist nur das Normale. Zur Ökonomie der »neuen« Kriege. (2002, 164 S.)

Autoren aus Afrika, Europa und den USA analysieren die Reproduktionsmechanismen und Funktionsweisen der »neuen« Kriege, die oft mehr um die Kontrolle von Diamanten, Öl

oder des Drogengeschäfts als um die Erringung der politischen Macht geführt werden. 10 €. *Eine Liste aller Reports schicken wir Ihnen gerne zu.*

Kampagneninformationen

Zu allen Kampagnen gibt es eine vielfältige Auswahl von Materialien. Filme, Postkarten, Ausstellungen. Neugierig geworden? Rufen Sie uns an unter: 069 94 43 827 (Anne Jung) Hier eine kleine Auswahl:

→ **Faltblatt**



An eingegrenzten Orten (8 S.) Bericht über eine beinahe verloren geglaubte Hoffnung: Zivilgesellschaft und Projektarbeit in Palästina und in Israel

→ **Faltblatt**



Die Gesundheitscharta der Menschen (8 S., dt. Übersetzung) incl. Aufruf zur weltweiten Millionen-Unterschriften-Kampagne für das Menschenrecht auf Gesundheit und den Zugang aller zu einer bestmöglichen Gesundheitsversorgung und gesunden Lebensbedingungen

→ Ausstellung



»Rohstoffhandel und Krieg in Afrika«.
7 Infotafeln informieren über den skrupellosen **Diamanten- und Ölhandel** mit den kriegszerrütteten Ländern in Afrika. Die Ausstellung ist u.a. für Schulen gut geeignet. Auch als CD-Rom erhältlich. *Umfangreiches Begleitmaterial vorhanden. Zum Ausleihen*

Haben Sie es in der Presse gelesen? Die **Apartheid-Opfer** verklagen die deutschen Banken. Wir haben die Hintergrundinfos:

→ Faltblatt

Entschädigung jetzt und nicht in 50 Jahren!

→ Frisbee-Scheibe:

Entschädigung jetzt! (2€)

Landminen töten auch wenn der Krieg schon längst vorbei ist. Unterstützen Sie unsere Kampagne durch die Verbreitung des Hintergrund-Materials.

→ Zeitung



Jetzt bestellen:
Die druckfrische Ausgabe der Minenzeitung.
»Die Saat des Krieges«
Informationen über Kampagnenaktivitäten und Projekte.

→ **Fotoausstellung** »O fim do mundo?« – Ein verminter Frieden am Ende der Welt (16 großformatige Plakate, A1), Beeindruckende Ausstellung aus Angola, die mit ausführlichem Begleitheft kostenlos bei medico bestellt werden kann.

- medico Jahresbericht 2002
- Report 23 – Die Gewalt überleben (10€)
- Report 24 – Ungeheuer ist nur das Normale (10€)
- Faltblatt – An eingegrenzten Orten
- Faltblatt – Die Gesundheitscharta der Menschen
- Faltblatt – Entschädigung jetzt ...
- Frisbee-Scheibe (2€)
- Zeitung – Die Saat des Krieges
- Fotoausstellung – »O fim do mundo?«

Name:

Strasse:

Ort:

Meine Spendernummer:

Ich bestelle

- kostenlose Materialien
- gegen Rechnung (zzgl. 2 Euro Versandkosten)
- Ich möchte, dass der Rechnungsbetrag von meinem Bankkonto abgebucht wird.
(das gilt nur für diese Bestellung)

Kontonummer:

bei der Bank:

BLZ:

Datum:

Unterschrift:

Bitte einsenden an:

medico international e.V.
Obermainanlage 7
D-60314 Frankfurt am Main
oder faxen an: (069) 43 60 02



Zweiter Frankfurter Schüleraktionstag

16. Oktober 2003 10.00–13.00 Uhr Hauptwache

Cycling for Peace

- ⊗ Fahrradparcours mit Fahrradkurieren aus Kabul und Frankfurt
- ⊗ Sponsored Cycling mit Frankfurter SchülerInnen
- ⊗ Hip Hop von Jamil und Jamal
- ⊗ Video und Fotoausstellung von Lukas Einsele

Man muss die Welt sehen, wie sie ist – aber muss man sie so lassen?

(Freundeskreis)

Weitere Informationen unter: www.medico.de

DER MAGISTRAT
Dezernat für Bildung,
Umwelt und Frauen



m)

medico international