



Jahresbericht 2007

Projekte
Netzwerke
Aktionen
Kampagnen



medico international

Seit fast 40 Jahren setzt sich medico international für das Menschenrecht auf Gesundheit ein. 1997 wurde medico mit anderen Mitgliedern der Internationalen Kampagne zum Verbot von Landminen mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichnet.

Inhalt Jahresbericht 2007:

- 4__ Nicaragua: **Verortung versus Entortung / Ein schwieriger Weg**
- 8__ Israel/Palästina: **Löcher in den Netzen der Ausgrenzung**
- 10__ Bangladesh: **Große Träume, Scheitern inbegriffen**
- 12__ Simbabwe: **Auf fast verlorenem Posten**
- 14__ Gesundheit: **The Troublemakers**
- 16__ Netzwerk: **Ein weltweites Netz der Solidarität**
- 18__ Projektübersicht nach Regionen
- 20__ medico in 1.000 Zeichen
- 22__ Globale Soziale Rechte: **Der bunte Juni von Rostock und Heiligendamm**

Finanzen und Organisation:

- 24__ **Finanzbericht 2007**
- 26__ **Bilanz 2007**
- 28__ **Gewinn- und Verlustrechnung 2007**
- 29__ **Ergebnisrechnung nach Aufwandskategorien**
- 30__ **Gesamtergebnis 2007**
- 32__ **Ergebnis- und Mittelverwendungsrechnung im 5-Jahres-Vergleich**
- 33__ **Sonstige Angaben**
- 34__ **Ein Aufsichtsgremium**
- 35__ **medico international e. V. – Organisationsstruktur**

Impressum:

medico international
Burgstraße 106
D-60389 Frankfurt am Main

Tel. (069) 944 38-0
Fax (069) 436002
E-Mail: info@medico.de
Internet: www.medico.de

Spendenkonto: 1800
Frankfurter Sparkasse
BLZ 500 502 01

Redaktion: Katja Maurer, Thomas Seibert

Lektorat: Reinhard Arendt

Gestaltung: Andrea Schuldt

Titelfoto: Die von Israel errichteten Sperranlagen, die palästinensische Gebiete in der Westbank umschließen, nehmen sich nur – wie hier – vom Dach eines mehrgeschössigen Wohnhauses aus wie ein überwindbares Hindernis: In Ostjerusalem trennt eine Betonmauer Palästinenser von Palästinensern zum Teil in einer Höhe von 6 Metern. Foto: Raul Gallego.



Mai 2008



Liebe Leserinnen und Leser,

es ist noch gar nicht so lange her, da stand im allgemeinen Sprachgebrauch das Wort „Transparent“ für ein Spruchband, mit dem man auf Ideen und Forderungen aufmerksam machte (*lat.* trans, hindurch und parere, scheinen, sich zeigen). Im Zuge der Ökonomisierung von Politik und Gesellschaft hat sich dieses Verständnis auf bemerkenswerte Weise geändert. Wenn heute von Transparenz die Rede ist, geht es weniger um das „Durchscheinen“ von politischen Absichten und Ansichten, sondern um die Offenlegung scheinbar rationaler betriebswirtschaftlicher Kennziffern und Budgetzahlen.

Selbstverständlich spricht nichts gegen administrative Offenheit und finanzielle Rechenschaftslegung. Das gilt auch und gerade für Einrichtungen, die ihre Arbeit über Spenden finanzieren. Angesichts des Ausmaßes von Elend und Not versteht es sich von selbst, dass Hilfsorganisationen zu einem sorgsamem Umgang mit den ihnen anvertrauten Mitteln verpflichtet sind. Grundlage für die Unterstützung, die medico leisten kann, ist das Vertrauen, dass Sie, liebe Spenderinnen und Spender, uns entgegenbringen.

Problematisch aber wird das Bemühen um Transparenz, wenn diese auf rein betriebswirtschaftliche Aussagen reduziert wird. Dann nämlich besteht die Gefahr, dass auch die Qualität der Hilfe nur noch an ökonomischen Kriterien gemessen wird. Unter solchen Umständen zählt nicht das langwierige und mitunter von Rückschlägen gezeichnete Bemühen um nachhaltige soziale Veränderungen, sondern nur noch der rasche und pragmatisch messbare Erfolg. Und da sind natürlich solche Organisationen im Vorteil, die gar nicht erst den Anspruch auf Nachhaltigkeit erheben, sondern es beim Verteilen von Hilfsgütern belassen.

Mit der Ökonomisierung von Hilfe verändert sich aber auch die Beziehung zwischen Hilfesuchenden und Helfenden. Projektpartner verwandeln sich in Konsumenten, die Hilfe gerät zur Ware und das Helfen selbst verkommt zum Business.

Ökonomie ist dann nicht mehr die notwendige Voraussetzung von Politik, sondern tritt an deren Stelle. Helfen, das ehemals Teil eines komplexen sozialen Handelns war, gerät zu einem instrumentellen Tauschhandel, in den schließlich auch die Spenderinnen und Spender einbezogen werden. Es ist der Job modernen Fundraisings „ein gutes Gefühl zu verkaufen“, heißt es jetzt allenthalben...

Wir wollen Ihnen, liebe Spenderinnen und Spender, nichts verkaufen. Nicht an Kunden sind wir interessiert, sondern an entschlossenen Mitstreitern, die gemeinsam mit uns für soziale Gerechtigkeit und das Recht auf Gesundheit kämpfen. Diesem Bemühen ist unsere Hilfe verpflichtet, und über eben dieses Bemühen wollen wir Ihnen mit dem vorliegenden Jahresbericht 2007 Rechenschaft ablegen. Im Sinne einer Transparenz, die nicht nur die wirtschaftliche Seite unseres Handelns darlegt, sondern auch über unsere politischen Ziele Auskunft gibt und schließlich auch nicht die Ursachen dafür verschweigt, warum das Elend der Welt noch immer so groß ist. Die Welt leidet eben nicht an zu wenig Hilfe, sondern an Verhältnissen, die immer mehr Hilfe notwendig machen.

Für die Zustimmung und das Vertrauen, das Sie uns entgegengebracht haben, möchten wir uns an dieser Stelle – auch im Namen aller Kolleginnen und Kollegen von medico – ganz herzlich bedanken. Wir würden uns freuen, wenn wir auch im laufenden Jahr auf Sie zählen könnten.

Mit den besten Grüßen
Herzlichst

Brigitte Kühn
Vereinsvorsitzende

Thomas Gebauer
Geschäftsführer

A handwritten signature in black ink that reads "Brigitte Kühn". The script is cursive and somewhat stylized.

A handwritten signature in black ink that reads "Tom Geb". The script is cursive and somewhat stylized.

Nicaragua

Verortung versus Entortung

30 Jahre medico-Arbeit in Nicaragua: Ein Gespräch mit dem bisherigen regionalen medico-Projektkoordinator Walter Schütz



Walter Schütz

Seit 1981 war Walter Schütz Projektkoordinator für medico international in Mittelamerika und hat in dieser Zeit insbesondere in Nicaragua und El Salvador viele medico-Projekte koordiniert und durchgeführt. Im Januar 2008 ging er in den Ruhestand.

Walter, du bist seit fast 30 Jahren in Nicaragua für medico tätig. Wie hat sich deine Arbeit in diesem Zeitraum verändert?

medico begann in den 1980er Jahren mit der Arbeit in Nicaragua, zu Beginn der sandinistischen Revolution, kurz nach dem Sturz des Diktators Somoza. Es war eine Zeit des Aufbruchs, der die ganze Gesellschaft erfasste. Damals waren umfassende Veränderungen binnen kurzer Zeit realisierbar. Wir unterstützten den Aufbau eines Netzes von Gesundheitsversorgungseinrichtungen in der ärmsten Provinz des Landes, im Bezirk Río San Juan. Binnen weniger Jahre gelang es dort, aus dem Nichts ein funktionierendes dezentrales und demokratisches



Nicaragua

Der Río San Juan ist der schnellste Verbindungsweg zwischen den Dörfern auch für Gesundheitsarbeiter in der ärmsten Region Nicaraguas.

Ein schwieriger Weg

Im Neusiedler-Projekt La Palmerita liegen Erfolg und Misserfolg nah beieinander

Dürre Zahlen eines Sachberichts zum 2007 erreichten Stand des Projekts: Sechzig Familien identifizieren sich weitgehend mit den Projektzielen, fünfundzwanzig nur mit einzelnen Komponenten, fünfundsechzig sperren sich. Die Rede ist von den Bewohnerinnen und Bewohnern der Neusiedlung La Palmerita in Nicaragua. Die Idee: 153 Familien, zumeist ehemalige Saisonarbeiter der Plantagenwirtschaft, bilden eine Gemeinde von Kleinbauern, um ihre Existenz so auf Dauer zu sichern. Ein Weg aus der „extremen Armut“ (weniger als ein Dollar pro Tag) in die „Armut“ (zwei Dollar pro Tag).

Den Kontakt zu uns suchten die Neusiedler nach ihrem Besuch des ehemaligen medico-Projekts in El Tanque. Zusammen mit der nicaraguanischen Frauenorganisation *Movimiento de Mujeres María Eléna Cuadra-Leon* (MEC) beschlossen wir 2006, sie auf ihrem mit unzähligen Hindernissen und Schwierigkeiten gepflasterten Weg zu unterstützen. Die Maßnahmen, die 2007 durchgeführt wurden, sind letztlich alles Bemühungen, den Menschen dabei zu helfen, diesen biographischen Lebensumbruch vom Saisonarbeiter zum Kleinbauern zu meistern. Einige Beispiele: Kurse zur Erwachsenen-Bildung sollten ihren Teilnehmern den Grundschulabschluss ermöglichen. Angemeldet hatten sich 108 von 114 erwachsenen Analphabeten. Viele brachen ab, verließen das Dorf zur Saisonarbeit und verpachteten die ihnen zustehenden Anbauflächen. Doch immerhin fünfundsechzig Personen hielten durch. Auch bei der Entwicklung und Steigerung der landwirtschaftlichen Produktion lagen Erfolg



Gesundheitswesen aufzubauen. Es war ein anderes Verständnis von Gesundheit. Wir setzten nicht auf kurative Medizin, sondern getreu dem 1978 von der WHO in Alma Ata entwickelten Konzept „Gesundheit für alle“ auf Teilhabe, Prävention, Verbesserung der Lebensbedingungen und Bildung. Solche Projekte lassen sich nur in Zeiten großer Umbrüche durchführen, dann, wenn Menschen sowie die ganze Gesellschaft bereit sind, bisherige Lebensmuster aufzugeben.

Wie veränderte sich das in den 1990er Jahren?

Nach der Abwahl der Sandinisten setzten wir die Arbeit im Río San Juan fort. Als ich kürzlich noch einmal dort war, konnte ich sehen, dass fast alles noch vorhanden ist und sogar ausgebaut wurde, um die demokratischen Erfahrungen und die sozialen Ideen in der politischen Kultur und in der Praxis zu bewah-

ren. Wir unterstützten den Aufbau nicaraguanischer Nichtregierungsorganisationen.

Ein großer Einschnitt in Mittelamerika war Hurrikan Mitch 1998, der viele tausend Menschen das Leben kostete und die soziale Vulnerabilität dieser Armutsregion deutlich gemacht hat. Wie hat sich das in der medico-Arbeit niedergeschlagen?

Wir haben mit Überlebenden eines vom Hurrikan ausgelösten Erdbebens am Vulkan Casita gearbeitet, der 2.500 Menschen in den Tod riss. Mit fast 140 Familien aus verschiedenen Dörfern bauten wir am Rande des Vulkans, in El Tanque, ein neues Dorf auf. Dieses integrierte Gemeindeentwicklungsprogramm war für mich eine sehr lehrreiche Erfahrung. Denn worum ging es? Da waren Menschen, die nicht nur unzählige Familienangehörige, sondern überhaupt den Ort ihres Lebens verloren hatten, im direkten wie im übertragenen Sinn des Wortes. Welcher Platz, welche Zukunft bot sich ihnen in

ng

Alle Fotos: medico

dieser globalisierten Welt? Migration und Wanderarbeit, also Entortung. Mit der Besetzung der Hacienda El Tanque signalisierten die Kleinbauern vom Casita, dass sie dieses Schicksal nicht akzeptierten. Gemeinsam versuchten wir deshalb, einen neuen Ort zu schaffen. Wenn neoliberale Globalisierung Entortung bedeutet, dann ist der Versuch, dem zu widerstehen und Alternativen zu schaffen, eine Wiederverortung. Dafür steht El Tanque.

Das Projekt in El Tanque wurde mehrere Jahre vom Bundesministerium für Zusammenarbeit und Entwicklung finanziert. Wie kann man ein solches komplexes und auch nicht wirklich berechenbares Geschehen in Anträge für staatliche Zuschüsse fassen, die doch nach Sicherheiten für das Gelingen eines Projektes fragen?

Das Zauberwort in der Welt der öffentlichen Zuschüsse heißt „zielorientierte Projektplanung“. Die Förderanträge suggerieren, dass man soziales Handeln linear planen kann. Nach dem Motto: Es gibt eine Ursache für die Armut – beseitigt man die, ist die Armut auch weg. Wenn ich den Verlauf der Gemeindeentwicklung in El Tanque betrachte, kann ich diese Kausalkette nicht bestätigen. Dass das Dorf noch immer existiert, dass die Landwirtschaft und damit die Existenzgrundlage seiner Bewohner expandiert - und noch mehr expandieren würde, wenn das Land durch die Großplantagenwirtschaft nicht knapp würde – hängt nicht an einer einzelnen Maßnahme. Ein integriertes Gemeindeentwicklungsprojekt wie El Tanque enthält viele Komponenten, reicht vom Häuser- und Ackerbau über die Schul- und Erwachsenenbildung bis zur psychosozialen Arbeit. Entscheidend war die rechtliche Absicherung durch die Vergabe von Haus- und Landtiteln – und die Beteiligung der Betroffenen durch regelmäßige Versammlungen, in denen alle Problemfelder angesprochen wurden und werden. Damit haben wir versucht, das Selbstwertgefühl der Menschen zu stärken, um sie in die Lage zu bringen, ihr Projekt auch ohne uns weiterführen zu können und weiterführen zu wollen. Eine Erfolgsgarantie jedoch gibt es nicht,

wenn man mit Menschen arbeitet und das in einem ökonomisch so anfälligen Kontext. Gott sei Dank weiß das auch das BMZ. Die Antragswahrheit ist nicht die Wirklichkeit. Man kann Änderungsanträge stellen. Das Risiko des Scheiterns trägt medico nichtsdestotrotz, auch finanziell.

Wäre es dann nicht besser, weniger risikoreiche Projekte durchzuführen, die doch auch sinnvoll sein können?

Wenn man nachhaltige Projekte machen will, die Wege aus der Armut weisen, wenn man die Armutsstrukturen überwinden möchte, dann muss man dieses Risiko eingehen. Wer Elend verwalten will, der kann risikoarme punktuelle Projekte durchführen. medico aber hat immer Projekte gefördert, deren Ziel es war, die Menschen zur Autonomie zu befähigen. In diesem Kontext sehe ich das Projekt in El Tanque, das mittlerweile kaum noch Unterstützung braucht, und auch das seit zwei Jahren laufende Projekt integraler Gemeindeentwicklung in Palmerita, das noch alle Risiken des Scheiterns in sich birgt. Es geht um praktizierte, nicht um eine formale Demokratie. Hier finden jede Woche Versammlungen statt, auf denen Produktionspläne und Bilanzen vorgelegt werden, damit die Menschen über ihre Zukunft mitentscheiden.

Worin unterscheidet sich das Projekt in La Palmerita von El Tanque?

In El Tanque haben Kleinbauern ein neues Dorf errichtet. In Palmerita leben Wanderarbeiter, die seit ihrer frühesten Kindheit extrem arm waren. Das heißt: Sie haben entweder überhaupt keine Einkünfte oder sie überleben mit weniger als einem Dollar pro Tag. Etwa ein Viertel der Nicaraguaner gilt als extrem arm. Diese „Zielgruppe“ wird von den Armutsbekämpfungsprogrammen nicht erfasst, weil sie als zu schwierig gilt. Es handelt sich zum Teil um schwer traumatisierte Menschen, die nicht wissen, wen sie für ihr Unglück, für ihre systematische Ausgrenzung verantwortlich machen sollen. Sie wenden ihre Ohnmacht durch aggressives Verhalten nach außen. Sie haben eine andere Überle-

Fortsetzung von Seite 5

und Misserfolg nah beieinander. So steht den auch durch den Hurrikan Felix verursachten Ernteauffällen auf den Hirsefeldern eine erfolgreiche Bewirtschaftung der Hausgärten gegenüber. Dabei gelang es, die Eigenversorgung zu verbessern und Produkte privat zu vermarkten.

Immer wieder gibt es im Dorf Debatten um die Zukunft der Anbauflächen. Obwohl in den nächsten zehn Jahren kein Land verkauft werden darf, würden manche ihr Land gern an einen schon bereitstehenden Erdnussfarmer verkaufen, um wenigstens ein bisschen Bargeld in die Hand zu bekommen.

Und doch gibt es auch rundum positive Nachrichten. Nachdem 80 Prozent der Kinder aus La Palmerita 2006 die Schule aus ökonomischen Gründen und wegen demütigender Auseinandersetzungen mit Kindern der Nachbardörfer nicht mehr besuchten, änderte sich die Lage 2007 grundlegend. In Work-



Kinder in La Palmerita.

benskultur als Kleinbauern. Flexibilität und Bindungslosigkeit sind die Voraussetzung, um den ständigen Wechsel des Wohnorts zu verkraften. Langfristige Lebensplanung ist nicht möglich und sogar kontraproduktiv. Nun wollen diese Menschen in Palmerita Kleinbauern werden, um aus der extremen Armut herauszukommen. Sie müssen sich ganz neue Überlebentechniken aneignen: Sesshaftigkeit, Bindung an das Land und an die Gemeinde, langfristige Planung. Solch einen enormen Kulturwechsel kann man nicht mit den klassischen, von außen implementierten Projekttechniken erreichen: „zielorientierte Projektplanung“ funktioniert hier nicht. Es geht nur, wenn man mit diesen Menschen auf Augenhöhe spricht und ihre alten Überlebentechniken akzeptiert und nicht denunziert. So ist es uns gelungen, dass heute ein Teil der Bewohner in Palmerita stolz von sich als Kleinbauern spricht. Aber noch ist das Ganze äußerst fragil.

Von der Unterstützung revolutionärer Prozesse hin zur integralen Gemeinde-Entwicklung – was hat das mit der Förderung von Gesundheit zu tun?

Eigentlich erwarten die Leute von medico, dass wir Pillen verteilen. Aber was ist eigentlich Gesundheit? Ich kann das negativ definieren. Die Abwesenheit von Krankheit. Ich kann es aber auch positiv formulieren. Gesundheit ist Wohlergehen. Zum Wohlergehen gehört Nahrung, gehört ein Dach über dem Kopf, gehört, dass die Kinder die Schule besuchen, gehört die demokratische Teilhabe. In den 1980er Jahren waren wir meiner Ansicht nach zu Recht der Meinung: Salud es revolución – Gesundheit ist Revolution. Heute würde ich sagen „salud es bienestar“ – Gesundheit ist Wohlergehen. Insofern kann man von unseren Anfängen im Río San Juan zu den Projekten in El Tanque und La Palmerita eine Linie ziehen.

Das Interview führte Katja Maurer.

shops mit den Kindern, in Zusammenarbeit mit den Lehrerinnen und Lehrern der Schule und dank einer Schulausstattungshilfe für jedes Kind durch die „Initiative Eine Welt Köngen“ wurde erreicht, dass 2007 wieder 140 Kinder aus Palmerita am Unterricht teilnahmen. Elf von ihnen wurden aufgrund ihrer schulischen Leistungen sogar besonders ausgezeichnet. Der Weg aus der extremen Armut mag schwierig sein, doch gibt es über Generationen gedacht eine Chance, ihn zu bewältigen.

→ **2007 wurden für Projekte in Nicaragua, darunter auch das Projekt La Palmerita, insgesamt 180.518,00 Euro aufgewendet. Wer genaueres über die Entwicklung in Palmerita erfahren will, kann dies im Sachbericht 2007 auf der Internetseite von medico nachlesen.**

Israel / Palästina

Löcher in den Netzen der

Offene Kliniken und grenzüberschreitende Kampagnen in Israel und Palästina

Als ich im Jahr 2002 den vielbeachteten *medico*-Aufruf *Zeichen paradoxer Hoffnung* mitunterscrieb, waren wir alle von den Gräueltaten während der zweiten Intifada aufgerüttelt. Heute, fünf Jahre später, scheint es ruhig geworden um die Region, und im Zentrum Tel Avivs erleben die Restaurants, die nach Ausbruch der zweiten Intifada schwere Zeiten durchmachen mussten, eine neue Blüte. Die Geschäftsleute bestellen wieder Mineral- statt Leitungswasser. Der High-Tech-Bereich und der Export laufen auf Hochtouren. Menschen nutzen wieder öffentliche Verkehrsmittel, füllen die Cafés und schauen nicht ängstlich nach verdächtigen Gesichtern oder herrenlosen Tüten. Insgesamt ist die Angst aus den Straßen gewichen. Die israelische Trennungspolitik wird allseits gelobt als eine erfolg-

reiche Strategie im Kampf gegen den Terror und als einzig möglicher Weg zur Lösung des Konflikts. Meine ersten Monate als Repräsentant von *medico* vor Ort verdeutlichten mir, dass von Deeskalation kaum die Rede sein kann. Sie nimmt nur andere, für Titelgeschichten weniger geeignete Formen an.

Sichtbare und unsichtbare Mauern

Schockierend ist vor allem die enorme Diskrepanz zwischen dem besatzungsvergessenen Wohlleben in Tel Aviv und der – aller medialen Friedensrhetorik zum Trotz – verheerenden Alltagssituation in den besetzten Gebieten. Die Sperranlagen und eine Vielzahl von Straßenbarrieren, die fast vollständige Isolierung ganzer Städte und Dörfer und ein ausge-



Umzingelt: Der Blick durch die Mauer gibt nur den Blick auf israelische Militäreinrichtungen frei.



Ausgrenzung

klügeltes Kontrollsystem haben die furchtbare Angst vor Anschlägen auf Israels Straßen zwar eliminiert, doch sind die Folgen für die palästinensischen Lebenswelten alarmierend. Ein immer engmaschigeres Kontrollnetz zwingt nicht nur eine noch vor wenigen Jahren sich selbst versorgende Gesellschaft in weitere Armut und Abhängigkeit von außen, sondern erzeugt darüber hinaus rechtsfreie Räume und schränkt den Zugang zu Gesundheit lebensbedrohlich ein. Aus immer gedrängteren Lebensräumen zwischen sichtbaren und unsichtbaren Mauern resultieren Misstrauen, Entsolidarisierung und Hoffnungslosigkeit, die sich in Hass und selbstzerstörerische Feindschaften wandeln und bestehende zivilgesellschaftliche Strukturen unterminieren. Die Folgen dieses Prozesses können wir in Gaza zeitnah erfahren.

Die *medico*-Projektarbeit antwortet darauf in zwei Zügen. Angesichts der Trennung ganzer Gemeinden der Westbank von der Gesundheitsversorgung ermöglichen wir mit einem von der EU finanzierten, gemeinsam mit dem Partner *Palestinian Medical Relief Society* (PMRS) durchgeführten Projekt einen provisorischen Zugang zu Gesundheit. Mobile Sprechstunden versorgen die von der Gesundheitsinfrastruktur abgeschnittenen Gemeinden mit der nötigsten medizinischen Hilfe. So versuchen wir, unter schwierigen Umständen ein möglichst würdevolles Leben zu gewährleisten und den Zusammenbruch der palästinensischen Gesellschaft zu verhindern. Dabei ist uns und unseren Partnern bewusst, dass wir so zwar die Folgen der aktuellen Trennungspolitik mildern, nicht aber deren Ursachen bekämpfen: Unsere Hilfe ist nötig, entlässt den israelischen Staat aber aus seiner Verantwortung für die scheinbar von ihm abgetrennten, in Wahrheit aber von ihm beherrschten Gebiete.

Gegen den Status quo

Dieses Dilemma führt zu unserem zweiten Zug. Mit gemeinsamen mobilen Kliniken versuchen die PMRS und unsere israelischen Partner *Physicians for Human Rights Israel* (PHR) diese Trennungslinien und den damit verbundenen Status quo der Besatzung nicht nur symbolisch zu durchbrechen.

Dabei geht es auch darum, Schwerstkranke aus dem Gazastreifen herauszuholen und ihnen eine Behandlung in Israel zu ermöglichen. Diese konkrete Aktion ist mit einer öffentlichen, auch vor Gericht ausgetragenen Kampagne verbunden, die der israelischen Öffentlichkeit darlegt, dass die Besatzung nach wie vor existiert und mit dem eigenen humanen Selbstbild nicht übereinstimmt. Tatsächlich fördert der vordergründige Erfolg der Trennungspolitik jenseits der Mauer eine ähnliche Vorgehensweise auch in Israel und wirft das Land in Fragen der Menschen- und besonders der Minderheitenrechte um Jahrzehnte zurück. Deshalb haben die PHR auch im armen Süden Tel Avivs eine Klinik eröffnet, die vor allem den nahezu statuslosen und ausgegrenzten nicht-arabischen Arbeitsmigranten offen steht, die in den letzten Jahren die Palästinenser auf dem israelischen Billigarbeitsmarkt ersetzt haben. In letzter Zeit wurden hier viele Flüchtlinge aus Darfur behandelt. Wie in Gaza ergänzen die *Physicians* ihr medizinisches Engagement auch in Tel Aviv durch eine Kampagne gegen Ausgrenzungspolitik.

In diesem Land der vielen Grenzen zielen die Spendenprojekte auf Erhaltung und Erweiterung von Spielräumen, die auf die sich vertiefenden Grenzen und Ausgrenzungen in den besetzten Gebieten und in Israel aufmerksam machen und Nischen der Solidarität ermöglichen. Um dies zu befördern, hat sich *medico* entschieden, vor Ort selbst ein Büro zu eröffnen: zur intensiven Koordination der Projekte, aber auch, um mit Ihnen in einen neuen, unmittelbaren Dialog einzutreten. So versucht ein Blog auf der *medico*-Webseite einen differenzierten, direkten Blick auf die Region zu vermitteln und damit Möglichkeiten solidarischen Handelns aufzuzeigen.

Tsafir Cohen

→ **Für die Projekte in Israel und Palästina hat *medico*, unterstützt durch das Amt für humanitäre Hilfe der EU (ECHO), im Jahr 2007 insgesamt 539.991 € aufgewendet.**

Bangladesh

Große Träume, Scheitern

Gonoshasthaya Kendra zwischen Pharmaproduktion, Gesundheitsförderung und Katastrophenmanagement

Mit Widersprüchen wird in Bangladesh nicht geheizt. So wurde die faktische Machtübernahme des Militärs Anfang 2007 von der Mehrheit der Bevölkerung begrüßt, weil sie sich von deren „harter Hand“ die Überwindung gewalttätiger Parteienkonflikte und die Beseitigung der Korruption versprach. Dabei sind nicht wenige der vorzeitig pensionierten Generäle Chefs großer Industriekonglomerate und somit selbst Profiteure des neoliberalen, auf Exporterlöse orientierten Wirtschaftskurses der Eliten. Das hindert sie allerdings nicht, die Exportorientierung bei passender Gelegenheit als „Zwangskorsett von Weltbank und IWF“ zu verdammen.

Pharmaproduktion im Gemeininteresse

Genauso widersprüchlich geht es in der Pharmapolitik zu. So spekulieren die Regierung und alle größeren Pharmaunternehmen des Landes auf die auch für Bangladesh geltende Ausnahmeregelung im Rahmen der Welthandelsorganisation, derzufolge „Least Developed Countries“ patentierte Medikamente noch bis 2016 legal nachbauen dürfen. Zugleich aber tut die Regierung nichts, um die noch aus der Kolonialzeit geltenden Patentregeln im eigenen Land außer Kraft zu setzen. Denn nur so ließen sich diese Vorzugsklauseln überhaupt nur nutzen. Auch medico und sein Partner in Bangladesh *Gonoshasthaya Kendra* (GK) überlegten, wie sich diese Sonderregelung für die vom Medikamentenzugang Ausgeschlossenen nutzen ließe. Gemeinsam prüften wir die Idee, die bei GK vorhandenen Produktionskapazitäten so auszubauen, dass hier preiswerte essentielle Medikamente für den globalen Markt produziert werden könnten.

So fand 2007 ein Planungsworkshop in Frankfurt statt, bei dem wir die Kollegen aus Bangladesh mit der erfahrenen Pharmaexpertin Eloan Pinheiro aus Brasilien zusammenbrachten. Gemeinsam ent-

wickelten wir eine Projektskizze, mit der wir die Deutsche Entwicklungsgesellschaft (DEG) als öffentlichen Geldgeber zunächst einmal für die Durchführung einer genaueren Machbarkeitsstudie gewinnen konnten. Kaum war das Vorhaben auf den Weg gebracht, wurden die Kollegen in Bangladesh von der Realität eingeholt. Nachdem im Sommer eine verheerende Überschwemmung drei Viertel des Landes wochenlang unter Wasser setzte, wurde der ländliche Südwesten im folgenden November von einem der bisher schlimmsten Zyklone heimgesucht. Dank verhältnismäßig gut funktionierender Katastrophenwarnungen fielen dem Unwetter dieses Mal allerdings „nur“ 3.000 bis 4.000 Menschen zum Opfer – der letzte größere Zyklon kostete 1992 noch über 100.000 Menschen das Leben.

Katastrophenhilfe und Wiederaufbau

Wie schon oft in ihrer eigenen Geschichte verwardelte sich *Gonoshasthaya* quasi über Nacht in eine landesweit operierende Nothilfeorganisation. Die bei GK studierenden Medizinstudenten und Paramedics unterstützten die erfahrenen Mitarbeiter der medizinischen Nothilfe Teams. Neben der medizinischen Erstversorgung wurden Nahrungsmittel und Kleidung noch in die entlegensten Teile des Landes gebracht. Die bewundernswerte Routine, mit der GK auf die akute Notlage reagierte, nötigte nicht nur den ausländischen Unterstützern wie *medico*, *Secours populaire* aus Frankreich oder *Merlin* aus Großbritannien Bewunderung ab. Auch in den staatlichen Koordinationsgremien vor Ort hatten die Teamleiter von GK eine gewichtige Stimme und die Präsenz der Notfallteams in den ländlichen Gemeinden motivierte auch die öffentlichen Gesundheitszentren und staatlich angestellten Mediziner zu erhöhtem Engagement – um nicht allzu offensichtlich in dieser Krisensituation hinten anzustehen. GK blieb nicht bei seinem Krisenengagement. Kaum waren die unmittelbaren Schäden bewältigt, entwickelten die Kolleginnen und Kollegen Pläne, wie der

Bangladesh



inbegriffen

ten auch für die Frauen ein breites Betätigungsfeld, deren Förderung traditionell zu den zentralen Aufgaben von *Gonoshasthaya Kendra* gehört. Aus fünf- und dreißigjähriger Erfahrung wissen die Leute von GK allerdings, dass das in den konservativen Gemeinden nicht nur auf Gegenliebe stößt: Auch und gerade hier setzt GK auf den langen Atem.

Ein Rückschlag aber bleibt: Mit dem großen Wurf einer internationalen Pharmaproduktion wird es vorerst nichts. Die Kapazitäten von GK sind doch eher die eines lokalen denn eines globalen „Pharmaplayers“. Zu diesem Ergebnis kommt die Studie der DEG, die befürchtet, dass GK mit den profitorien-



Foto: medico

Gesundheitsförderung geht auch ohne Badezimmer: Zahnhygiene in Bangladesh.

durch die Zerstörung der Ernte und die steigenden Nahrungsmittelpreise ausgelösten Ernährungskrise zu begegnen wäre. Gemeinsam mit den Kleinbauernfamilien kümmert sich GK jetzt um verbesserte Anbaumethoden und um die Organisation von landwirtschaftlichen Kooperativen. Sie sehen die gemeinsame Nutzung von landwirtschaftlichen Geräten und die sinnvolle Zusammenlegung von Parzellen vor, um so erheblich effektiver das Land zu bearbeiten. Durch größere und zugleich häufigere Ernten soll die drohende Hungerkatastrophe abgewehrt und so auch die zwangsweise Abwanderung in die Großstadtlums verhütet werden. Denn das ist ein weiterer Widerspruch Bangladeshs: Obwohl das Land mit 150 Mio. Menschen zu den bevölkerungsreichsten Gebieten der Welt gehört, liegen weite Flächen aus Arbeitskräftemangel brach, weil die feudalen Grundbesitzverhältnisse die Armen zur Landflucht zwingen. Die Landkooperativen bie-

tierten Konkurrenten doch nicht würde mithalten können. Selbst die ausdrückliche Wertschätzung des Entwicklungspotenzials und der Kreativität der GK-eigenen Forschungsabteilung kann diese „Hard Facts“ der globalen Ökonomie nicht ausgleichen. Doch bedeutet dies nicht das Ende unseres gemeinsamen Engagements im Pharmabereich. Das von medico mitfinanzierte Rohstofflager wird vor dem Monsun 2008 ebenso fertig gestellt sein wie die neue Kläranlage. Schließlich bleibt es dringlicher denn je, qualitativ hochwertige Medikamente kostengünstig gerade den Armen Bangladeshs zur Verfügung zu stellen. Daran wird GK auch in den folgenden Jahren arbeiten – mit der Unterstützung medicos.

Andreas Wulf

→ **Für die Kooperation mit Gonoshasthaya Kendra und für die Nothilfe in Bangladesh wendete medico 2007 insgesamt 54.208 € auf.**

Simbabwe

Auf fast verlorenem

Politische Gesundheitsarbeit in Simbabwe



Gesundheitsaktivistinnen in Simbabwe, Nyava-Klinik.

2007 fand das Weltsozialforum erstmals in Afrika statt und brachte soziale Aktivistinnen und Aktivisten aus aller Welt in der kenianischen Hauptstadt Nairobi zusammen. Vielen der afrikanischen Initiativen bot sich dabei zum ersten Mal die Chance zum internationalen Erfahrungsaustausch. Zu einer der großen Debatten hatte das internationale Gesundheitsnetzwerk des *People's Health Movements* (PHM) geladen, dessen Mitglied auch medico ist. Thema waren die Folgen der neoliberalen Privatisierungspolitik im Gesundheitswesen und die Perspektiven des vielfältigen Widerstands. Berichtet wurde aus Kenia selbst, aber auch aus Korea, Brasilien, aus Indien, Guatemala, Südafrika und aus den USA.

Mit dabei waren auch Vertreter der *Community Working Group on Health* (CWGH) aus Simbabwe, die ebenfalls Mitglied des PHM ist. Seit zehn Jah-

ren kämpfen sie gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten, mit Krankenschwestern und Pflägern, mit Kirchen, Gewerkschaften, Frauenorganisationen und Menschenrechtsgruppen, mit Jugendlichen wie mit Händlern aus dem informellen Sektor gegen den Zusammenbruch des Gesundheitssystems. Eindringlich berichteten sie von ihrem tagtäglichen Widerstand gegen eine Entwicklung, die immer weniger Menschen einen Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten und einer Basisgesundheitsversorgung ermöglicht. Beeindruckt von der Arbeit und dem Einsatz der CWGH-Aktivisten verabredeten wir, sie vor Ort noch einmal zu treffen.

Ein Land im freien Fall

Als wir im Sommer 2007 nach Simbabwe reisten, funktionierte dort nur noch wenig – sieht man von der allgegenwärtigen politischen Repression ab. Es fuhren kaum noch Autos, Fußgänger hatten in der Hauptstadt Harare die großen Alleen in Besitz genommen. Die Ursache für die beunruhigende



Simbabwe

wenn überhaupt – nur noch auf dem Schwarzmarkt zu finden, und auch dort oft nur im direkten Warenaustausch. Um ihren Angestellten die zeitaufwändige Suche nach Lebensmitteln überhaupt zu ermöglichen, verlängerten die Arbeitgeber die Mittagspause auf zwei Stunden täglich: „Survival-Hours“, Überlebensstunden, nennen die Simbabweer ihre so gewonnene „Freizeit“.

Im Einsatz für die, die bleiben

„Vor 20 Jahren investierte Simbabwe noch in das staatliche Gesundheitssystem“, berichtet *Itai Ruskie*, der Direktor der *Community Working Group on Health*. Dann zwangen die Strukturanpassungsprogramme des Internationalen Währungsfonds und der Weltbank Präsident Mugabe zu drastischen Einschnitten im Gesundheitsbereich. Ihrer Einkommens- und Arbeitsmöglichkeiten beraubt, schlossen sich bald auch Ärzte und Ärztinnen, Krankenschwestern und Pfleger dem Exodus derer an, die das Land verließen, um in den Nachbarländern oder in Großbritannien ein besseres Leben zu suchen. Simbabwe ist Mitglied des Commonwealth, und dem durch Privatisierung herabgewirtschafteten britischen Gesundheitssystem ist die kostengünstige Verstärkung durch gut ausgebildetes Klinikpersonal aus der einstigen Kolonie hochwillkommen. Bereits 1995 standen zur Versorgung der elf Millionen Simbabweerinnen und Simbabweer noch ganze 900 Ärzte zur Verfügung. Zu denen, die trotz allem geblieben sind, gehören die Gesundheitsaktivisten des CWGH. Die Ärzte und Menschenrechtler sind in den Städten und in den ländlichen Gebieten Simbawwes präsent und unterstützen dort den Aufbau lokaler Gesundheitskomitees. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die Dokumentation des nahezu vollständigen Zerfalls der gesamten sozialen Infrastruktur, ein anderer die Aids-Aufklärung: Zwischen vierundzwanzig und fünfunddreißig Prozent der Simbabweer sind HIV-positiv, die Lebenserwartung ging in einem Jahrzehnt von fünfundfünfzig auf fünfunddreißig Jahre zurück, nur ein Prozent der Bedürftigen hat Zugang zu lebensverlängernden Medikamenten. Itai Rusike weiß um die begrenzten Handlungsmöglichkeiten seiner Organisation: „Wir können lediglich versuchen, die Gesundheitskatastrophe abzufedern.“ Am Mut der Aktivisten aber ändert das nichts: „Wir wollen, dass die Ressourcen, die Simbabwe noch immer hat, endlich den Menschen hier zugute kommen.“ Deshalb unterstützt die CWGH einen Ärztestreik, Proteste gegen die Gebührenerhöhung im Gesundheitsbereich und im Frühjahr 2008 eine zivilgesellschaftliche Kampagne, mit der die Regierung zur Anerkennung des Wahlergebnisses gezwungen werden soll.

Anne Jung

Posten



Foto: medico

Beruhigung der Stadt: Da die Versorgung mit Benzin zusammengebrochen und die Schwarzmarktpreise explodiert waren, konnten sich nur noch die wenigen Privilegierten ans Steuer ihrer Fahrzeuge setzen, die eine der begehrten Benzinkarten ergattert hatten.

Genauso leergefegt wie die Straßen waren auch die Lebensmittelgeschäfte. Nachdem die Regierungspartei *Simbabwe African National Union - Patriot Front* (ZANU-PF) symbolträchtig Preissenkungen erzwang, versorgten sich die Leute panikartig mit den wenigen Lebensmitteln, die noch verfügbar waren: angesichts einer Inflation von 7.000 % ein mehr als nahe-

liegender, wenn auch wenig nachhaltiger Zug im alltäglichen Überlebenskampf. Zu dieser Zeit konnte man mit einem US-Dollar auf dem Schwarzmarkt 230.000 simbabwische Dollar erwerben, obwohl der offizielle Kurs ein Tauschverhältnis von 1: 250 vorschrieb. Die Nationalbank reagierte auf die Hyperinflation, indem sie den fortlaufend neu gedruckten Geldscheinen gleich ein Verfallsdatum einprägte. Seither hat sich die Lage weiter zugespitzt. Da die Müllabfuhr aufgrund des Benzinmangels ihre Arbeit einstellen musste, breiten sich Infektionskrankheiten aus.

Ein Drittel der Bevölkerung von ursprünglich zwölf Millionen Menschen hat das Land inzwischen verlassen. Mindestens drei Millionen Flüchtlinge leben allein in Südafrika, jeden Tag überqueren Tausende die Grenze in das Nachbarland. Grundnahrungsmittel wie Maismehl, Zucker, Reis oder Milch sind –

→ **2007 wendete medico für die Arbeit der Community Working Group on Health (CWGH) 14.284 € auf.**

Gesundheit

The Troublemakers

Exemplarische Initiativen rund um Pharma-Patente

Alternativen zur Patentierung von Gesundheit

„Wie haben Sie das geschafft?“, fragte Suwit Wibulpolprasert, Chef-Berater für Gesundheitsökonomie im thailändischen Ministerium für öffentliche Gesundheit, ungläubig. „Hier sind ja alle Troublemaker in Sachen Pharma-Patente versammelt.“ Das Gespräch fand in der Mecklenburgischen Landesvertretung in Berlin statt, im Mai 2008, wenige Wochen bevor sich die Demonstranten aus der ganzen Welt zum G8-Gipfel nach Heiligendamm aufmachten. Unter dem Motto „Patienten, Patente, Profite“ hatte medico international mit anderen Hilfsorganisationen zu einem Symposium geladen, das im Namen des Menschenrechts auf gleichen Zugang zu Gesundheit einen kritischen Blick auf die Welt der geistigen Eigentumsrechte und Patente im Gesundheitsbereich werfen wollte. Eine verborgene Welt, in der hinter den verschlossenen Türen der Pharmakonzerne täglich über das Leben von Tausenden von Menschen verhandelt und entschieden wird – mit niederschmetterndem Ergebnis: zugunsten von Lifestyle-Präparaten ohne größeren medizinischen Nutzen und zum Schaden von Millionen ausgegrenzten Menschen, für deren Krankheiten

keine Medikamente entwickelt werden, weil sie kein zahlungskräftiges Klientel sind. So sterben jährlich 13 Millionen Menschen an Krankheiten wie Lungenentzündung, Malaria, AIDS, und Tuberkulose, unter anderem weil die nötigen Medikamente fehlen.

Das zu kritisieren ist ein Leichtes. In Berlin aber gelangen den über hundert Wissenschaftlern, Politikern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern staatlicher wie nicht-staatlicher Entwicklungszusammenarbeit sowie den Aktivistinnen und Aktivisten pharmapolitischer Netzwerke überraschende Antworten, die der medico-report 27 jetzt nicht nur der Fachöffentlichkeit bekannt macht. Konsens aller Beteiligten: Wie Schulbücher, Zeitungen und Mittel des Nahverkehrs sind Medikamente Teil einer „sozialen Infrastruktur“, ohne die Gesellschaften nicht funktionieren. Die Prioritätensetzung bei Forschung und Entwicklung und die Sicherstellung eines kostengünstigen Zugangs zu lebensnotwendigen Medikamenten für alle sind deshalb öffentliche Aufgaben und keine Angelegenheit des Marktes. Erfüllt werden kann diese Aufgabe nur jenseits des Patentrechts und nur dann, wenn Universitäten und Pharmafirmen effektiv dazu gebracht werden, solche Medikamente zu entwickeln, herzustellen und zu vertreiben. Dies könnte durch einen international bindenden Vertrag erreicht werden, in dem sich die Staaten bereit erklären, die dazu notwendigen Mittel bereitzustellen. Ein Vorschlag, mit dem das medico-Symposium in den Augen der Profiteure des geltenden Patentrechts zu einer Versammlung von „Troublemakern“ wurde. ■



United Colours of Health in Kenia

„Troublemaker“ ganz anderer Art stellen die Child and Family Wellness Shops in Kenia dar. In cleverer Art und Weise nutzt die *Sustainable Healthcare Foundation* (SHF) die Marktmechanismen durch ein landesweites Netzwerk von Volksapotheken, die einen bezahlbaren Zugang zu Arzneimitteln auch in abgelegenen, ländlichen Gebieten sicherstellen sollen. Nach dem Franchise-System eines weltumspannenden italienischen Pulloverproduzenten organisieren lokale Betreiber Kind- und Familiengesundheitsläden. Die Qualitätssicherung sowie die Lieferung von Medikamenten und medizinischen Geräten sind mit der SHF vertraglich vereinbart. Das Angebot der Gesundheitsläden reicht von Mutter-Kind-Kliniken mit ausgebildeten Krankenschwestern bis hin zu klassischen Apotheken. Das Personal bekommt ein Grundtraining im Umgang mit Medikamenten, Bestellsystem und Patienten. Die Shops bieten neben kostengünstigen Medikamenten auch lebenswichtige Präventions-Artikel wie etwa Kondome, insektizid-behandelte Moskitonetze (gegen Malaria) und Wasserdesinfektionstabletten an. Ziel der Apotheken ist die lokale Verankerung eines landesweiten und preiswerten Arzneimittelangebots.

Netzwerke und Projekte zur Sicherung eines universellen Zugangs zu Medikamenten hat *medico* 2007 nicht nur im eigenen Land und nicht nur in Kenia, sondern auch in Simbabwe, Südafrika, Bangladesh, Nicaragua, Guatemala und in Brasilien unterstützt. Es liegt nicht an uns, wenn diese Netzwerke und diese Projekte auch künftig solche von „Troublemakern“ sein müssen: „Power to the people“ – dieses Motto von John Lennon – hat auch 40 Jahre nach 1968 nichts an Bedeutung und Berechtigung verloren. ■

Kampagne sichert Generika-Produktion von AIDS-Medikament

Mittlerweile gehört es zum guten Ton eines jeden global agierenden Konzerns, die „Kollateralschäden“ einer nur an Gewinn orientierten Pharmapolitik mit Medikamentengeschenken an die Armen „abzufedern“. Dass das nicht ausreicht, dokumentierten 10.787 Menschen, die mit ihrer Unterschrift gegen einen Patentantrag auf den Nevirapine-Sirup für die Behandlung von HIV-positiven Kindern protestierten. Die Unterschriftenlisten wurden Vertretern des Pharmaunternehmens *Boehringer Ingelheim* am 1. Dezember, dem jährlichen Welt-AIDS-Tag, in der Frankfurter Paulskirche überreicht. *Boehringer* wird künftig zumindest in den Entwicklungsländern de facto auf seine Patentrechte verzichten: ein erster Erfolg, den *medico* zusammen mit der *BUKO Pharma-Kampagne*, der *AIDS-Hilfe* und *Attac* erstritt. Der Kampf um den dauerhaften Zugang aller Menschen zu bezahlbaren, unentbehrlichen Medikamenten ist aber noch lange nicht zu Ende. ■

Bernd Eichner / Christoph Goldmann

Netzwerk

Ein weltweites Netz der

Im Jahr 2007 unterstützte medico über 80 Projekte in mehr als 20 Ländern. Um Ihnen einen Überblick über die Arbeit unserer Partner zu geben, heben wir hier neun Projekte hervor, die sich bei allen Unterschieden in einem einig sind: sich gemeinsam ins Handgemenge zu begeben, um Armut zu überwinden und das Recht aller auf gleichen Zugang zu Gesundheit einzuklagen.

Nothilfe gegen Gewalt, Krieg und Katastrophen

- Die Isolation des Gazastreifens erzeugt nicht nur Ohnmacht, sondern macht die vom Versorgungsmangel betroffenen palästinensischen Bewohner auch krank. Seitdem die israelische Regierung selbst Hilfslieferungen in das Sperrgebiet behindert, müssen Operationssäle geschlossen werden, bleiben Dialysepatienten unversorgt und können selbst Schwerstkranken nicht mehr zur Behandlung ausreisen. Den israelischen *Physicians for Human Rights* (PHR-I) gelang es per Gerichtsbeschluss und Öffentlichkeitsarbeit, **42 Patienten aus dem Gazastreifen** zu holen und dringende Arzneimittel nach Gaza zu liefern: ein konkreter und zugleich symbolischer Akt der Solidarität mit den Eingeschlossenen.

- Das Scheitern der Besatzung Afghanistans zeigt sich nicht zuletzt an der drastischen Zunahme gezielter Anschläge gerade gegen Mitarbeiter afghanischer Nicht-Regierungs-Organisationen. So hat im Jahr 2007 allein der medico-Partner *Mine Detection and Dog Center* (MDC) durch Attentate und Entführungen fünf Minenräumer verloren. Dabei sind sie es, die die tödliche Hinterlassenschaft des Krieges beseitigen und den Menschen Afghanistans damit auch wortwörtlich den Weg in eine friedliche Zukunft ermöglichen. MDC ist nicht nur eine der weltweit größten Organisationen, die mit **Minenspürhunden** arbeitet, sondern züchtet sie selbst, bildet sie in einem eigenen Trainingszentrum aus und betreut sie in einer veterinärmedizinischen Klinik in Kabul.

- Während die Regierung Sri Lankas sich rühmt, den Osten des Landes von den tamilischen Rebellen „befreit“ zu haben, leben Zehntausende von Flüchtlingen seit mehr als einem Jahr in Lagern rund um die Stadt Batticaloa. Da die Behörden nicht einmal zu deren medizinischer Versorgung bereit sind, kümmern sich darum mobile Kliniken des *Health and Community Trust* (HCT). Doch leistet der medico-Partner nicht nur unumgängliche Nothilfe: Was die medizinischen Teams während der Arbeit vor Ort in Erfahrung bringen, wird fortlaufend dokumentiert und ausgewertet und vom Leiter der Organisation, dem **streitbaren Anwalt** Neelakandar Kandasamy, in die nationale und internationale Öffentlichkeit gebracht.

Aufbauhilfe im Alltag ungleicher Globalisierung

- Der AIDS-Pandemie fallen allein in Südafrika täglich etwa 1.000 Menschen zum Opfer. Zu den Opfern gehören aber auch die Familien und die Gemeinden der Kranken. Die in den armen Townships der Provinz KwaZulu-Natal arbeitende Organisation SINANI nimmt sich deshalb nicht nur der unmittelbar Betroffenen, sondern auch der lokalen Gesundheitsarbeiterinnen und -arbeiter an, die sich tagtäglich um die Erkrankten wie um deren Verwandte kümmern. Dabei reicht die Spannweite der **psycho-sozialen Beratung** und Ausbildung von der Betreuung der Waisen und Halbwaisen über Kurse zur Prävention bis zu Workshops zu den oft durch Gewalt geprägten Geschlechter- und Generationenverhältnissen.

- Die Kolleginnen und Kollegen der *Asociación Coordinadora Comunitaria de Servicios para la*

Solidarität



Nach dem Ratschlag: Gesundheitspromotoren aus Guatemala.

Salud (ACCSS) gehören zu den ältesten Projektpartnern medicos. Die lang erprobte Zusammenarbeit wird jetzt noch einmal intensiviert. ACCSS baut seine Zahnkliniken zu umfassenden Gesundheitszentren aus, erweitert seine **Gesundheitsprogramme für Mütter und Kinder** ebenso wie die Ausbildung von Gesundheitspromotoren und beginnt darüber hinaus mit dem Aufbau eines Netzes alternativer Apotheken.

- Die Provinz Kono war der „Brotkorb“ Sierra Leones und wurde dann zum Ausgangsort des Bürgerkriegs, der das westafrikanische Land verwüstete. Fünf Jahre nach Kriegsende hat sich an der Situation vor allem der Jugendlichen nichts geändert.

Als es 2007 deshalb zu Unruhen kam, wurden diese gewaltsam niedergeschlagen. Die medico-Partner vom *Network Movement for Justice and Development* (NMJD) brachten die Brutalität der Sicherheitskräfte an die Öffentlichkeit und erreichten, dass eine staatliche Kommission die damit einhergehenden Menschenrechtsverletzungen ausdrücklich anerkannte. Den Jugendlichen steht das NMJD aber nicht nur politisch, sondern auch in **Selbsthilfegruppen** zur Seite, in denen sie versuchen, sich auch ökonomisch neue Lebensperspektiven zu schaffen.

Autonomiehilfe für globale soziale Bürgerrechte

- Im **Jugendgefängnis** des kurdischen Suleimania stranden diejenigen, die auch im wirtschaftlich boomenden Nordirak nur wenig Chancen haben: junge Gelegenheitsdiebe, Schusterlack schnüffelnde Teenager, die auf der Straße leben, aber auch Mädchen, die der verordneten Ehe entkommen wollten und in Zwangsprostitution gerieten. Das vom deutsch-kurdischen Verein HAUKARI gegründete kulturelle Zentrum für Frauen KHANZAD bietet den Jugendlichen konkrete Hilfe und Schutz an. Sportgeräte, Bücher und CDs wurden angeschafft, um den öden Alltag hinter Gittern erträglicher zu machen. In enger Kooperation versuchen Anwälte, Sozialarbeiter und Psychologen, die Haftzeiten zu verkürzen und nach der Freilassung den Neustart ins Leben zu erleichtern.

- Die Menschenrechtssituation in Chile hat sich verändert, nicht zuletzt weil mit Michelle Bachelet ein ehemaliges Opfer der Diktatur zur Präsidentin gewählt wurde. Für die bereits 1980 gegründete Menschenrechtsinitiative CODEPU ist der Kampf gegen die Straflosigkeit der Schreibtischtäter und Schergen des Pinochet-Regimes aber trotz der neuen Freiräume im demokratischen Chile längst nicht zu Ende. Denn noch immer gelingt es Militärs, vor Gericht auf Amnestiegesetzen zu beharren. Im Jahr 2007 vertrat CODEPU **zwanzig Opfer der Diktatur** vor Gericht und kämpft weiterhin für die ehemaligen politischen Gefangenen, die noch keinerlei „Wiedergutmachungsleistung“ erhielten.

- Mit manchen der Mitstreiter im weltweiten Netzwerk des „People's Health Movement“ (PHM) arbeitet medico schon seit Jahrzehnten zusammen. Wie in den Jahren zuvor haben wir auch 2007 gleich mehrere Aktivitäten unserer Partner gefördert: die **Nationale Gesundheitsversammlung** des indischen PHM, die Mitarbeit der südafrikanischen PHM-Kollegen an der Erstellung des nächsten „Global Health Watch“ und die Aus- und Fortbildungskurse der „International People's Health University“, die diesmal in der Stadt Savar in Bangladesh stattfanden.

Brasilien

- Rationale Medikamentennutzung, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) / Centro de Formação e Pesquisa do Contestado (CEPATEC)
- Erstes Treffen indigener Hebammen und institutionelle Förderung, Organização de Mulheres Indígenas do Acre, Sul do Amazonas e Noroeste de Rondônia (SITOKAKORE)
53.273 € (inkl. Unterstützung Klimabündnis)

Chile

- Unterstützung der Menschenrechtskampagne, Corporación de Promoción y Defensa de los Derechos del Pueblo (CODEPU)
6.720 €

El Salvador

- Beitrag zum Sozialfonds für Prothesenträger, Promotora de la Organización de Discapacitados de El Salvador (PODES)
13.643 €

Guatemala

- Förderung des Rechtes auf Gesundheit in ländlichen indigenen Gemeinden, Asociación Coordinadora Comunitaria de Servicios para la Salud (ACCSS)
- Psychologische Unterstützung der Opfer des Genozids, Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial (ECAP)
245.010 € (inkl. Unterstützung BMZ)

Mexiko

- Solare Trinkwasserdesinfektion in Oaxaca, Centro de Desarrollo Comunitario (CDC), über m.i. Schweiz
8.000 €

Nicaragua

- Förderung der integralen, nachhaltigen und selbstbestimmten Entwicklung von La Palmerita, Movimiento de Mujeres María Elena Cuadra (MEC)
- Waschröge, Schulmaterialien und Hausbrunnen für La Palmerita, MEC
- Nothilfe Atlantikküste nach Hurrikan Felix, Acción Médica Cristiana (AMC) und Centro de Estudios y Promoción Social (CEPS)
- Volksapotheke in Waslala, Libertad en Salud
- Erstellung Grundlagenbuch Arzneimittel, Acción Internacional para la Salud (AIS)
- medico-Büro zur Unterstützung laufender Projekte und Neuplanung
180.518 € (inkl. Unterstützung BMZ, Initiative Eine Welt Köngen e.V., Stiftung Wasser für die Welt)

Afrika

Angola

- Weiterbildung und Sensibilisierung im Umgang mit Minenopfern in den Ostprovinzen, Centro de Apoio à Promoção e Desenvolvimento de Comunidades (CAPDC)
14.005 €

Mauretanien

- Teilnahme am Gegengipfel Europa-Afrika in Lissabon, Association Mauritanienne des Droits de l'Homme (AMDH)
1.600 €

Sierra Leone

- Psychosoziale Beratung von Kriegsoffizieren und Förderung des Ausbildungszentrums, Graceland Counselling Services
- Stärkung von Jugendlichen, Network Movement for Justice and Development (NMJD)
- Kampagne für einen Kriegsopferfonds, Sierra Leone Amputees and War Wounded Association
46.200 €

Simbabwe

- Stärkung der Gemeinde-Beteiligung an Basisgesundheitszentren durch Komitees zur Erreichung eines gerechten Zugangs zu Gesundheitsversorgung, Community Working Group on Health (CWGH)
14.284 €

**Südafrika**

- Institutionelle Förderung, Children's Resource Centre (CRC)
- Teilnahme einer Jugendlichen vom CRC am ARCPA-Summecamp im Libanon
- Unterstützung der institutionellen Entwicklung und Trainingskurse, Direct Action Centre for Peace and Memory (DACPM)
- Trainingskurs für Ex-Kombattanten „Kämpfer für den Frieden“, DACPM
- Unterstützung für das Khulumani National Contact & Support Centre, Khulumani Support Group
- Unterstützung der Familien von Verschwundenen und von Öffentlichkeitsarbeit, Khulumani Support Group
- Unterstützung der Selbsthilfeprozesse alter Menschen in Durban, Muthande Society for the Aged (MUSA) / HelpAge Deutschland (HAD)
- Unterstützung der Right to Health and Health Care Campaign in Südafrika, People's Health Movement Südafrika (PHM)
- Pilotprojekt Maskulinität und HIV/Aids-Programm, als Zentrum für friedenspolitische Menschenrechts- und Erinnerungsarbeit, SINANI – KwaZulu-Natal Programme for Survivors of Violence
- Fachkräfteaustausch mit SAGE "Together We Grow", SINANI
149.702 € (inkl. Unterstützung BMZ, stiftung medico international)

Westsahara

- Lieferung von Zusatznahrung für sie sahraischen Flüchtlinge, Media Luna Roja Sahraui
94.590 € (inkl. Unterstützung terre des hommes)

Nahe/Mittlerer Osten

Irak/Kurdistan

- Mobile Klinik für 22 Dörfer in der Provinz Kirkuk, Kurdistan Health Foundation (KHF)
- Bildungs- und Begegnungsstätte für Frauen, Komalah
- Betreuung inhaftierter Jugendlicher im Jugenduntersuchungsgefängnis von Suleimania, HAUKARI / KHANZAD
55.008 €

Israel/Palästina

- Unterstützung des „Halfway House“, eines Wohnprojektes für junge Palästinenserinnen mit familiären Gewalt-erfahrungen in Israel, Unterstützung des Opferbegleitprogramms für Frauen, Women against Violence (WAV)
- Unterstützung für statuslose Menschen, Migranten, Flüchtlinge, Physicians for Human Rights Israel (PHR-I)
- Nothilfe für Gaza, PHR-I
- Ausstellung und erste Ausgabe Magazin „Zedek“, ZOCHROT
- Sicherstellung der Basisgesundheitsversorgung in 31 Gemeinden des Ramallah-Distrikts durch die Unterstützung und Verbesserung bestehender Gesundheitsdienste, Palestinian Medical Relief Society (PMRS) / Union of Health Work Committees (HWC) / Ministry of Health (MoH)
- Mobile Klinik Ramallah, PMRS
- Core Health Programm in Ost-Jerusalem, PMRS
- Unterstützung der Nothilfepvorbereitung Gaza, PMRS Gaza
539.991 € (inkl. Unterstützung ECHO)

Projektübersicht nach Regionen



Libanon

- Psychosoziale Unterstützung für kriegstraumatisierte Kinder in Süd-Beirut, Amel Association
 - Krankenpflege-Ausbildung Jalala/Bekaa, National Association of Social Medical Care and Vocational Training (NAMSC)
 - Medizinische Soforthilfe Nar el-Bared Camp, NAMSC
 - Soforthilfe für Kinder im Nar el-Bared Camp, Al Jana – Arab Resource Centre for Popular Arts (ARCPA)
 - Unterstützung einer Organisationsentwicklungsmaßnahme, ARCPA
 - Unterstützung eines Süd-Süd-Partnertreffens ARCPA – CRC (Südafrika)
 - Unterstützung des Dbayeh Health Centre im Dbayeh Camp, Popular Aid for Relief and Development (PARD)
 - Umweltgesundheitsprogramm, PARD
 - Ausbildung von Gesundheitspromotoren im Ein el-Hilweh Camp, Nashet Association
 - Institutionelle Förderung und 3 Veranstaltungen in Süd-beirut, UMAM Documentation & Research
- 68.185 €**

Türkei

- Studie zu Minenopfern und Öffentlichkeitsarbeit, Initiative for a Mine-Free Turkey
- 3.305 €**

Asien

Afghanistan

- Unterstützung des Minenräumprogramms: Förderung von neun Minenräumteams (Mine Dog Groups), dem Hundezuchtprogramm, dem Ausbildungszentrum für Minenspürhunde und der Veterinärklinik, sowie Bereitstellung des Bedarfs an Hundefutter, Veterinärmedizin und Hundeaustattung, Mine Detection and Dog Center (MDC)
 - Physische und psychische Rehabilitation weiblicher Minenopfer, MDC
 - Unterstützung des Minenräumprogramms: Förderung von drei manuell und drei mit Räumbeuteln arbeitenden Minenräumteams, Organization for Mine Clearance and Afghan Rehabilitation (OMAR)
 - Minenaufklärung und Minenmuseum, OMAR
 - Institutionelle Förderung, Afghan Amputee Bicyclists for Rehabilitation and Recreation (AABRAR)
- 2.802.774 €** (inkl. Unterstützung AA)

Bangladesh

- Bau einer Lagerhalle für die Medikamentenproduktion, Gonoshasthaya Kendra (GK)
 - Nothilfe Flutopfer 2007, GK
 - Nothilfe Cyclon SIDR 2007, GK
 - Teilnahme am Workshop der BUKO Pharma-Kampagne, GK
- 54.208 €**

Kambodscha

- Förderung des Behindertensports, Cambodian National Volleyball League Disabled (CNVLD)
- 5.195 €**

Sri Lanka

- Wiederaufbau und Rehabilitation in Navalady, Social Welfare Economical & Environmental Developers Foundation (SWEED)
 - Nothilfe im Distrikt Batticaloa, SWEED
 - Wiederansiedlungsprojekt in Thalikulam, Social Economical & Environmental Developers (SEED)
 - Nothilfeeinsätze einer mobilen Klinik im Distrikt Batticaloa, Health and Community Trust
- 72.293 €**

Überregionale Gesundheitsprojekte

- Unterstützung der 2. Nationalen Gesundheitsversammlung des People's Health Movement (PHM) in Indien, Community Health Cell (CHC)
 - Stärkung der Netzwerkstrukturen des People's Health Movement und Förderung der PHM University in Bangladesh, PHM Global Secretariat, Kairo
 - Modellzentrum zur Förderung des Arzneimittelzugangs in Kenia, Ecumenical Pharmaceutical Network (EPN) / Sustainable Healthcare Foundation
 - Internationales Programm zu HIV/Aids und Menschenrechten, Human Rights Watch (HRW)
 - Förderung der Erarbeitung und Produktion des zweiten Global Health Watch, PHM Südafrika
- 46.713 €** (inkl. Unterstützung stiftung medico international)

Sonstiges

- Flüchtlingsbetreuungsprojekt in Nordrhein-Westfalen, Interkulturelles Solidaritätszentrum e.V., Essen
- 27.346 €**

medico in 1.000 Zeichen

Zehn Jahre Ottawa

Erfolge und Grenzen des Minenverbots

Zum zehnten Mal jährten sich 2007 der Abschluss des Ottawa-Vertrags zum Verbot von Antipersonenminen und die Verleihung des Friedensnobelpreises an die internationale Kampagne, die dessen Durchsetzung erstritten hat. Als Mitbegründerin der Kampagne nahm medico den Doppeljahrestag zum Anlass einer kritischen Überprüfung des Erreichten und der nach wie vor ungelösten Aufgaben. Auf einer gemeinsam mit dem Auswärtigen Amt organisierten Tagung im November diskutierten dazu u.a. Staatssekretär Gernot Erler, Bobby Muller, ebenfalls Mitbegründer der Kampagne, sowie Tun Channareth aus Kambodscha, wie Muller selbst Überlebender einer Landminenexplosion.

Ein weiterer Höhepunkt des Jubiläumjahres war die Übergabe von 1.020.174 Unterschriften zum Verbot von Minen und Streumunition an die Bundesregierung. Bundesministerin Heidemarie Wiczorek-Zeul nahm die Unterschriften in Anwesenheit von prominenten Unterstützern wie Ulrike Folkerts entgegen.

Die Dokumentation der Konferenz kann unter www.medico.de heruntergeladen werden.

Gleich zwei Jubiläen voraus

medico auf der Konferenz „Armut und Gesundheit“

Zum vierten Mal beteiligte sich medico Ende November an der Berliner Konferenz „Armut und Gesundheit“. Den Zeitpunkt nahmen wir zum Anlass, zwei Jubiläen vorzugreifen: dem dreißigsten Jahrestag der Konferenz von Alma Ata und dem vierzigsten Jahrestag der Gründung medicos. Das Konzept der Primary Health Care, der Basisgesundheitsarbeit, stellte dafür die Verbindung her: In Alma Ata zum nie wirklich umgesetzten Programm der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erhoben, blieb das Konzept über all die Jahre Grundlage der medico-Arbeit.

Brisant wurden die Debatten schon deshalb, weil der chinesische Gesundheitswissenschaftler Shao-guang Wang, Zafrullah Chowdhury vom medico-Partner *Gonoshasthaya Kendra* aus Bangladesch und der langjährige Leiter des medico-Büros in Nicaragua, Walter Schütz, dem Scheitern der WHO die Erfolge einzelner Primary Health Care-Programme entgegensetzten. Brisant wurden sie aber auch, weil der Gesundheitswissenschaftler Oliver Razum dann die Aufgaben umriss, die der Primary Health Care im 21. Jahrhundert gestellt sein werden: die zum Beispiel, die sich Basisgesundheitsdiensten in den Mega-Städten Südasiens oder Lateinamerikas stellen.

Eine Dokumentation der Debatten auch im Video finden Sie auf unserer Homepage, Stichwort „Gesundheit/Basisgesundheitsversorgung“



Ein gutes Leben für alle

Drittes Symposium der stiftung medico

Unter dem Titel „Globalisierung – Gesundheit – Gerechtigkeit“ trafen sich am 25. Mai in Frankfurt rund achtzig Freunde und Förderer medicos zum dritten Symposium der stiftung medico. Die Gesundheitswissenschaftler Oliver Razum und Peter Schönhöfer eröffneten den Tag mit eindrucksvollen Plädoyers für eine strikt am öffentlichen Interesse orientierte Gesundheits- und Pharmapolitik. Ihnen folgten die Geographin und Umweltaktivistin Dagmar Embshoff und der Soziologe Heinz Steinert mit konkret-utopischen Entwürfen einer solidarischen Ökonomie und solidarischen Sicherung der sozialen Infrastruktur. Horst Schmitthener von der IG Metall, Sven Giegold von Attac und Eberhard Jüttner vom Paritätischen Wohlfahrtsverband brachten die Diskussionen auf den Punkt, indem sie zur Durchsetzung solcher Alternativen vor allem auf die „konzertierte Aktion“ der sozialen Bewegungen setzten. Wie in den letzten drei Jahren wird die stiftung medico dazu auch künftig ihren Beitrag leisten: durch strategische Debatten und durch die Unterstützung der Projekt- und Kampagnenarbeit medicos.

Hör-Dokumentationen zu allen Symposien können unter www.stiftung-medico.de bestellt werden.

Die große Reise

Auf den Spuren der westafrikanischen Migration

Drei Wochen reisten wir durch Mauretanien, Senegal und Mali, entlang der Passagen afrikanischer Flüchtlinge nach Europa. Wir sprachen mit Menschenrechtsaktivisten, Selbsthilfegruppen von Abgesprochenen und Bootsflüchtlingen. Sechzig Prozent der Menschen in Afrika sind unter fünfundzwanzig Jahre alt. Für viele von ihnen ist die Emigration, das Wagnis, irgendwie nach Europa zu kommen, die letzte Hoffnung auf Zukunft. Der Exodus führt die Lebenshungrigen an die mauretanische und senegalesische Küste, von wo sie in überfüllten Fischerbooten die Überfahrt auf die Kanarischen Inseln wagen. Andere klandestine Wüstentrecks ziehen entlang der nordöstlichen Binnengrenze Malis durch den großen Sahel nach Norden, zur maghrebischen Küste. Doch das europäische Grenzregime hat das Mittelmeer längst zum Massengrab für zigtausende „Boat People“ werden lassen. In Mauretanien und in Mali fand medico neue Partner, die sich für die Menschenrechte und die Gesundheit jener einsetzen, die Zukunftslosigkeit, Hunger und Gewalt in ihren Heimatländern ein für alle Mal hinter sich lassen wollen.

Mehr unter www.medico.de

Die richtige Medizin

Neuaufgabe eines Bestsellers

Brauchen Gesundheitsarbeiter in Nicaragua Ratschläge zur Behandlung weit verbreiteter Krankheiten und Informationen über die Wirkungsweisen von Medikamenten, dann greifen sie zum Handbuch *Buscando Remedio* – frei übersetzt: „Die richtige Medizin“. Mit der Unterstützung medicos haben *Health Action International* und das nicaraguanische Gesundheitsministerium jetzt eine Neuaufgabe des Nachschlagewerks herausgebracht, als nützliche Handreichung auch zum Schutz vor den Überredungskünsten der Pharmavertreter.

Hafenszene in Nouadhibou, Mauretanien:
Warten auf eine Überfahrt nach Europa oder
auf einen Job zur Zwischenfinanzierung.



Globale Soziale Rechte

Der bunte Juni von Rostock

Auf dem G8-Gipfel erreichten die globalisierungskritischen Bewegungen eine beträchtliche öffentliche Aufmerksamkeit



Unter den Teilnehmern des offiziellen G8-Gipfels von Rostock schien zunächst nur Angela Merkel eine gute Figur zu machen und erhielt zeitweise gar den schmeichelnden Namen „Klimakanzlerin“. Nur wenige Wochen später unterstrich sie ihre ökologische Kompetenz und nahm die schmelzenden Gletscher Grönlands in Augenschein: vom Hubschrauber aus.

Einige Monate später ist von all dem wortwörtlich nichts geblieben. Wie die anderen Gipfel der acht großen Wirtschaftsmächte der letzten Jahre blieb auch der von Rostock völlig unbedeutend, was auch nur die Lösung eines der brennenden globalen Probleme anbetrifft. Für die globalisierungskritischen Bewegungen war die Woche von Rostock und Hei-

ligendamm dagegen von nachhaltiger Bedeutung. Erstmals gelang es den Bewegungen, den Ablauf eines solchen Gipfels effektiv zu stören. Um zu tagen, mussten sich die Damen und Herren quasi selbst einsperren. Zugleich war der Protest in seinen vielfältigen Formen zur Sache tausender junger Menschen geworden. Für viele von ihnen war die Reise an die Ostsee die erste größere politische Aktivität. Ihnen war die wohlwollende Aufmerksamkeit der Medien sicher.

Debatten über Alternativen

medico hat sich von Anfang an an der zweijährigen Mobilisierung beteiligt. Zu deren Erfolg trug die Samstagsdemonstration ebenso bei wie die zweitägigen Blockadeaktionen, der zeitgleich tagende „Gegen-Gipfel“ und natürlich die Camps von Rostock, Reddelich und Wichmannsdorf. Während der

ck und Heiligendamm

ganzen Woche boten diese Camps weit über 20.000 meist jugendlichen Demonstrantinnen und Demonstranten Unterkunft und einen offenen Ort des Austauschs und des Feierns. Möglich war all das nur durch ein Bündnis, das NGOs, Gewerkschaften, Sozialverbände und soziale Initiativen verschiedenster Art zusammenbrachte. Dabei setzten die NGOs – unter ihnen medico – ihren Punkt mit vier Konferenzen im Vorfeld und mit dem Rostocker „Gegen-Gipfel“. An den international besetzten Plenen und einer Vielzahl von Workshops und Seminaren nahmen über tausend Menschen teil. Die Debatten kreisten um die gleichen Probleme, die sich auch der Gipfel der G8-Regierungen gestellt hatte: die dramatisch wachsende Verarmung und Entrechtung von Millionen nach drei Jahrzehnten neoliberaler Globalisierung, die Kriege wie die alltägliche Gewalt in immer mehr Ländern vor allem des globalen Südens und natürlich die Klimakatastrophe. Lösungen aber – und das markiert den grundsätzlichen Unterschied – wurden hier nicht in der Perspektive des Neoliberalismus gesucht, sondern in dessen Überwindung.

Austausch mit Gewerkschaften

Einen Höhepunkt der zweijährigen Mobilisierung bildete die Konferenz zu „Globalen Sozialen Rechten“, die im Februar 2007 einhundertdreißig Gäste ins Frankfurter Gewerkschaftshaus führte. Eingeladen hatten *Attac*, die *IG Metall*, die Initiative *kein mensch ist illegal*, *FIAN* und *medico*. Dem nicht nur auf den ersten Blick ungewöhnlichen Bündnis ging es – so der Untertitel der Konferenz – um „Perspektiven einer anderen Globalisierung“. Die Gemeinsamkeit der Veranstalter lag zunächst einmal darin, solche Perspektiven im Streit um soziale Rechte von globaler Geltung finden zu wollen. Streitet *medico* für das Recht auf einen weltweit gleichen Zugang zu Gesundheit, so geht es *FIAN* um das Recht jedes Menschen auf eine nicht nur zum bloßen Überleben, sondern zum Leben zureichende Ernährung. Setzt sich *Attac* für ein universales Recht auf die gesellschaftliche Garantie eines Ein-

kommens auch jenseits der Lohnarbeit ein, beginnen Gewerkschafter, ihren Einsatz für die Rechte der abhängig Beschäftigten jetzt auch tagespraktisch als einen weltweiten Kampf zu verstehen. Zum Erfolg wurde die ausgesprochen lebendige, von 11 Uhr morgens bis 23 Uhr abends andauernde Debatte allerdings vor allem durch die methodische Vorsicht der Initiatoren. Die hatten sich nämlich darauf geeinigt, erst einmal kritisch zu prüfen, wie weit sich ihre jeweiligen Anliegen tatsächlich zusammenbringen lassen. Denn schließlich steht ein weltweit gleiches Recht auf Zugang zu Gesundheit oder Ernährung auf der Tagesordnung der Gewerkschaft so wenig an erster Stelle wie umgekehrt die Sorgen von Betriebsräten auf der Tagesordnung von *Attac*, *FIAN* und *medico*. Noch deutlicher meldeten sich Unterschiede und Widersprüche angesichts der Frage der Migrantinnen und Migranten, ob ihr Recht auf gleiche Rechte an jedem Ort wirklich von allen Beteiligten anerkannt und deshalb auch praktisch unterstützt wird.

Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Ihre Fortsetzung fand die Frankfurter Debatte dann während eines Abendplenums und anschließenden Tagesworkshops in der Rostocker Nikolai-Kirche. Zum Kreis der Initiatoren gehörten jetzt auch Mitarbeiter von Greenpeace, die zu den bis dahin erörterten Rechtsansprüchen den Anspruch auf globale ökologische Gerechtigkeit hinzufügten. Vertieften sich damit zumindest im ersten Zug die Widersprüche unter den Beteiligten, verstärkte sich gleichzeitig die Einsicht, Globale Soziale Rechte nur gemeinsam erkämpfen zu können. Mehr noch: Im solidarischen Ausmessen der Unterschiede wurde sichtbar, dass mit den verschiedenen und wenigstens anfangs auch widersprüchlichen Ansprüchen auf Globale Soziale Rechte eben die „andere Globalisierung“ und mit ihr die „andere Welt“ eingefordert wird, deren Möglichkeit in Rostock und Heiligendamm eindrucksvoll bezeugt wurde. Dem entsprach zuletzt der gemeinsam bekräftigte Wille, den gerade erst begonnenen Austausch zu vertiefen und praktisch zu bewahren – nicht nur beim nächsten Gipfel der G8!

Thomas Seibert



Foto: medico

Ein Kollege vom Direct Action Center in Kapstadt bei der Arbeit. Ob es der Verwendungsnachweis für medico international ist, ließ sich nicht mehr feststellen.

Finanzbericht 2007

Lage und Entwicklung

Der Jahresetat von medico international betrug 2007 insgesamt 9.687.770,43 €. Damit ist er geringfügig kleiner als der Etat des Vorjahres, in dem wir noch mit der Umsetzung der außergewöhnlich hohen Spenden aus dem „Tsunami-Jahr“ 2005 beschäftigt waren.

Einnahmen

Inzwischen haben sich die Einnahmen wieder auf das Niveau der früheren Jahre eingependelt. Insgesamt erhielt medico 2007 Spenden in Höhe von 2.251.764,28 €. Darin enthalten sind auch Zuwendungen, die über das „Bündnis Entwicklung hilft!“ eingegangen sind, in dem medico mit Brot für die Welt, Misereor, terre des hommes und der Welthungerhilfe zusammenarbeitet. Während die „Bündnis-Spenden“ von 129.767,97 € (2006) auf

3.790,41 € (2007) gesunken sind, liegen die direkt erhaltenen Spenden leicht über dem Vorjahresniveau.

Auch 2007 hat sich eine Vielzahl von Katastrophen ereignet, aber keine fand einen nachhaltigen Niederschlag in den Medien. Auch das gehört zu den Nachwirkungen des „Tsunami“: In dem Maße, wie die Wahrnehmung auf besonders krass hervortretende Ereignisse ausgerichtet wird, geht der Blick für die alltäglichen Schrecken verloren.

Zugenommen haben auch die Zuschüsse, die wir für einzelne Projekte erhalten haben. Im Berichtsjahr betragen sie 4.738.240,01 € (gegenüber 4.253.981,31 € in 2006). Der Anstieg der Zuschüsse steht vor allem im Zusammenhang mit den vom Auswärtigen Amt finanzierten Minenräumprogrammen in Afghanistan sowie einem ECHO-Zuschuss für ein Gesundheitsprojekt in Palästina. Das Bemühen um eine praktische Demilitarisierung von Lebensumständen verträgt sich übrigens gut mit der Kritik an einer Politik, die verstärkt auf militärisches Engagement setzt.

Erfreulich ist die Entwicklung der Fördermitgliedschaften, deren Zahl im letzten Jahr von 1.179 auf 1.316 angestiegen ist. Solche Fördermitgliedschaften sind die Grundlage für eine langfristige und stabile Zusammenarbeit mit unseren Partnern im globalen Süden.

Ausgaben

In der Ergebnisrechnung auf S. 28/29 ordnen wir die Ausgaben, die medico 2007 geleistet hat, erstmals neuen Aufwandskategorien zu. Damit folgen wir den Vorgaben des Deutschen Zentralinstitutes für Soziale Fragen (DZI). Grundsätzlich wird nun zwischen Aufwendungen für den satzungsgemäßen Bereich der Arbeit, zu dem die Projektförderung, die Projektbegleitung und die satzungsgemäße Kampagnen-, Bildungs- und Aufklärungsarbeit zählen, und den Ausgaben für Werbung und Verwaltung unterschieden. Diese Unterscheidung ist sinnvoll, weil nachhaltig wirksame Hilfen ohne sachgerechte Planung und Begleitung nicht möglich sind. Zudem

können Kampagnen, die wie unsere Kampagne gegen die Landminen zuallererst Aufklärungsarbeit im eigenen Land meinen, schließlich einen nachhaltigeren Effekt für die Verbesserung der Lebensumstände von Menschen im globalen Süden haben, als direkte Hilfen vor Ort.

2007 betragen die Ausgaben für den satzungsgemäßen Bereich der Arbeit von medico insgesamt 5.845.879,09 € (das sind 90,62 % der Gesamtausgaben). Im Einzelnen haben wir für die Projektförderung 4.505.702,82 € (69,85%) aufgewandt, für die Projektbegleitung 742.625,73 € (11,51%) und für die Kampagnen- und Aufklärungsarbeit 597.550,54 € (9,26%).

Ein Beispiel für die satzungsgemäße Kampagnenarbeit ist die kritische Auseinandersetzung mit den Geschäftspraktiken der pharmazeutischen Industrie, die 2007 einen Höhepunkt fand. Mit einem viel beachteten Symposium im Vorfeld des G8-Gipfels und einer Unterschriftskampagne haben wir Ländern wie Thailand, Kenia, Brasilien oder Indien in ihrem Bemühen um eine rationale Medikamentenversorgung erfolgreich den Rücken gestärkt.

Die Aufwendungen für Werbung und Verwaltung lagen mit 604.807,04 € bei 9,38% der Gesamtausgaben. Die Kosten der Verwaltung sind auch deshalb gesunken, weil der satzungsgemäße Einsatz der „Tsunami-Mittel“ in den Vorjahren selbstverständlich auch höhere Verwaltungskosten bedeutet hatte.

Risiken und Chancen

Aus dem Vergleich der Ergebnis- und Mittelverwendungsrechnung der letzten fünf Jahre, der am Ende des Finanzberichtes steht, wird vor allem die große Stabilität der medico-Financen deutlich. Zwar lässt dies keine großen Sprünge zu, aber doch eine seriöse Planung und vor allem Verlässlichkeit in der Projektförderung. Um die tendenzielle Abhängigkeit von Zuschüssen zu reduzieren, streben wir eine Erhöhung der Spenden an. Dies scheint uns durchaus möglich, denn immer wieder stoßen Leute zu uns, die mit den Zielen von medico übereinstimmen, uns aber bislang nicht kannten. Darunter nicht zuletzt auch junge Menschen, die den Gedanken globaler Fairness ernst nehmen. Mehrere Tausend haben sich alleine in der Kampagne zur Freigabe des AIDS-Präparates Nevirapine engagiert.

Bilanz zum 31. Dezember 2007

Allgemeine Angaben: Der Jahresabschluss von medico international ist nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB) erstellt. Die Umsatzsteuer ist in den Anschaffungskosten des Anlagevermögens und bei den Aufwendungen enthalten, da der Verein nicht zum Vorsteuerabzug berechtigt ist.

AKTIVA

	Berichtsjahr EUR	Vorjahr EUR
A. Anlagevermögen		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände	2.164,00	1.799,00
II. Sachanlagen	66.032,00	50.581,00
III. Finanzanlagen	64.811,21	64.811,21
B. Umlaufvermögen		
I. Vorräte	4.545,35	5.800,44
II. Sonstige Forderungen, und Vermögensgegenstände	244.711,77	164.487,08
III. Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten	3.082.404,48	2.388.135,22
C. Rechnungsabgrenzungsposten	0,00	6.312,86
	3.464.668,81	2.681.926,81
Treuhandvermögen (unselbstständige Förderstiftung) EUR	125.714,54	
(i.Vj.: EUR	121.700,97)	

Erläuterungen zur Bilanz

Aktiva

A. Anlagevermögen

I. Immaterielle Vermögensgegenstände

Es handelt sich hierbei um gegen Entgelt erworbene Softwareprogramme.

II. Sachanlagen

Die Sachanlagen setzen sich zusammen aus dem Kraftfahrzeug, der Büroausstattung, der EDV-Hardware und geringwertigen Wirtschaftsgütern unter Berücksichtigung der jährlichen Abschreibungen.

III. Finanzanlagen

Die Finanzanlagen bestehen aus Anteilen bei der Genossenschaftsbank Oeko Geno und Anteilen am Ökovicisions-Fonds, die dem Verein in 2006 vermacht worden sind.

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:

a) Forderungen:

- Ansprüche an Zuwendungsgeber und aus Rückzahlungen von Projektgeldern,
- aus Zinsansprüchen, Umsatzsteuererstattungsansprüchen, Lastschriftinzügen, Verkäufen,
- an das Bundesamt für den Zivildienst.

b) Sonstige Vermögensgegenstände:

- Mietkaution für die Geschäftsräume in der Burgstrasse 106.

III. Kassenbestand, 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 des Büros in Ramallah/Palästina.

Bilanz zum 31. Dezember 2007

PASSIVA

	Berichtsjahr EUR	Vorjahr EUR
A. Eigenkapital		
I. Vereinskapital	434.518,10	509.049,85
II. Rücklagen nach § 58 AO	2.802.566,20	2.050.121,74
B. Rückstellungen		
1. sonstige Rückstellungen	204.581,03	93.196,00
C. Verbindlichkeiten		
1. sonstige Verbindlichkeiten	23.003,48	29.559,22
	3.464.668,81	2.681.926,81
Treuhandverpflichtung (unselbstständige Förderstiftung) EUR	125.714,54	
(i.Vj.: EUR	121.700,97)	

Passiva

A. Eigenkapital

I. Vereinskapital

Das Vereinskapital setzt sich zusammen aus zweckgebundenen Restmitteln, dem Anlagevermögen, den Vorräten und den sonstigen Vermögensgegenständen.

II. Rücklagen nach § 58 AO

Rücklagen nach § 58 Nr. 6 AO über 2.402.566,20 € wurden gebildet

- für Projekte, die in 2007 genehmigt und begonnen wurden, bei denen der Mittelabfluss in 2007 jedoch nur teilweise erfolgen konnte,
- zur Sicherung der institutionellen Leistungsfähigkeit von m.i., um die steuerbegünstigten satzungsmäßigen Zwecke nachhaltig erfüllen zu können.

Eine freie Rücklage nach § 58 Nr. 7 AO über 400.000 € wurde gebildet für Projekte und Projektbereiche, die in 2007 angedacht wurden und in 2008 in eine konkrete Phase treten.

B. Rückstellungen

Rückstellungen wurden gebildet für noch bestehende Urlaubsansprüche, für den Beitrag zur Berufsgenossenschaft, für die Kosten der Jahresabschlussarbeiten/ Wirtschaftsprüfung und für die vertraglichen Verpflichtungen aus der Projektabwicklung des von ECHO finanzierten Projektes in Palästina.

C. Verbindlichkeiten

Es handelt sich um Verbindlichkeiten gegenüber Lieferanten, aus Lohn- und Gehaltsansprüchen und der Umsatzsteuer, die sämtlich innerhalb der Zahlungsfristen nach dem Jahreswechsel ausgeglichen wurden.

Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2007

	Gesamt 2007 EUR	Vorjahr EUR
Erträge		
Spenden und andere Zuwendungen	2.251.764,28	2.348.678,10
Zuschüsse öffentlicher und privater Institutionen	4.738.240,01	4.253.981,31
Stiftungszuwendungen und Vermächtnisse	65.500,28	131.225,55
Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	47.787,63	46.254,23
Sonstige Erträge	25.306,64	20.615,84
Erträge gesamt	7.128.598,84	6.800.755,03
Aufwendungen		
Projektförderung		
a) durch Geldmittel	- 4.243.870,47	- 5.192.751,73
b) durch Sachmittel	- 153.341,57	- 215.285,16
Personalaufwand		
a) Gehälter	- 1.097.562,82	- 1.156.718,33
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung	- 223.117,24	- 224.378,06
Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	- 20.633,73	- 20.652,72
Sonstige Aufwendungen	- 712.160,30	- 784.315,10
Aufwendungen gesamt	- 6.450.686,13	- 7.594.101,10
Jahresergebnis	677.912,71	- 793.346,07
Zuführung zur freien Rücklage	- 80.000,00	0,00
Zuführung zur Projektmittelrücklage	- 5.330.865,79	- 5.435.680,32
Entnahme aus der Projektmittelrücklage	4.658.421,33	5.880.120,37
Minderung Vereinskapi- tal	74.531,75	348.906,02

Erläuterungen zur Ergebnisrechnung

Erträge

• Spenden und andere Zuwendungen

Zu dieser Rubrik zählen neben den Spenden, die medico direkt bekommen hat, auch die Zuwendungen, die über das „Bündnis Entwicklung hilft!“ eingegangen sind. Während die „Bündnis-Spenden“ (mit insgesamt 3.800 €) deutlich gesunken sind, liegen die direkt erhaltenen Spenden über dem Vorjahresniveau.

• Zuschüsse öffentlicher und privater Institutionen

Der Anstieg gegenüber dem Vorjahr resultiert im Wesentlichen aus den beiden Projekten „Humanitäres Minenräumen“ in Afghanistan, finanziert durch das Auswärtige Amt, und dem von ECHO finanzierten Gesundheitsprojekt in Palästina.

• Stiftungszuwendungen und Vermächtnisse

In 2007 ist der Verein medico international in geringerem Umfang mit Vermächtnissen bedacht worden als im Vorjahr, in dem eine Erblasserin medico Anteile an Fonds

Ergebnisrechnung nach Aufwandskategorien für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2007 nach DZI-Kriterien

Projektausgaben / Satzungsgemäßer Bereich			Werbe- und Verwaltungsausgaben	
Projektförderung EUR	Projektbegleitung EUR	satzungsgem. Kampagnen-, Bildungs- und Aufklärungs- arbeit EUR	Werbung und allgem. Öffentlich- keitsarbeit EUR	Verwaltung EUR
2.238.890,12	- , -	12.874,16	- , -	- , -
4.395.135,72	316.142,64	26.961,65	- , -	- , -
65.500,28	- , -	- , -	- , -	- , -
47.436,14	243,16	- , -	- , -	108,33
2.375,53	6.279,72	2.812,98	828,33	13.010,08
6.749.337,79	322.665,52	42.648,79	828,33	13.118,41
- 4.243.256,91	- , -	- 613,56	- , -	- , -
- 152.090,64	- 1.250,93	- , -	- , -	- , -
- 65.017,01	- 462.062,40	- 243.803,33	- 54.296,34	- 272.383,74
- 7.106,51	- 93.249,36	- 50.003,47	- 15.977,00	- 56.780,90
- , -	- 2.715,79	- 1.312,78	- 1.802,69	- 14.802,47
- 38.231,75	- 183.347,25	- 301.817,40	- 96.362,69	- 92.401,21
- 4.505.702,82	- 742.625,73	- 597.550,54	- 168.438,72	- 436.368,32
2.243.634,97	- 419.960,21	- 554.901,75	- 167.610,39	- 423.249,91

Der Anteil der Werbe- und Verwaltungsausgaben an den Gesamtausgaben beträgt 9,38%.

(Ökoverision, Öko-Geno) in Höhe von ca. 64.800 € hinterlassen hat. Die Zuwendungen, die der Verein von der *Stiftung medico international* erhalten hat, haben sich nicht verändert.

• Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge

Keine erheblichen Veränderungen zum Vorjahr.

• Sonstige Erträge

Die geringfügigen Veränderungen zum Vorjahr ergeben sich unter anderem aus höheren Erstattungen von Krankenkassen (Umlage U1).

Aufwendungen

• Projektförderung

In dieser Rubrik sind die an die Projektpartner abgeflossenen Mittel (finanziert aus Spenden und Zuschüssen) enthalten.

• Personalaufwand

Im ausgewiesenen Betrag sind die Gesamtkosten des inländischen Personals sowie der direkt von der Geschäftsstelle angestellten und entsandten Mitarbeiter in Nicaragua und Israel enthalten. Die für das von ECHO finanzierte Projekt in Palästina angestellten und entsandten Mitarbeiter sind im Aufwand für Projektförderung enthalten, ebenso die in Nicaragua und Palästina mit lokalen Arbeitsverträgen angestellten Mitarbeiter/innen.

• Abschreibungen

Hier handelt es sich um die jährlichen planmäßigen Abschreibungen.

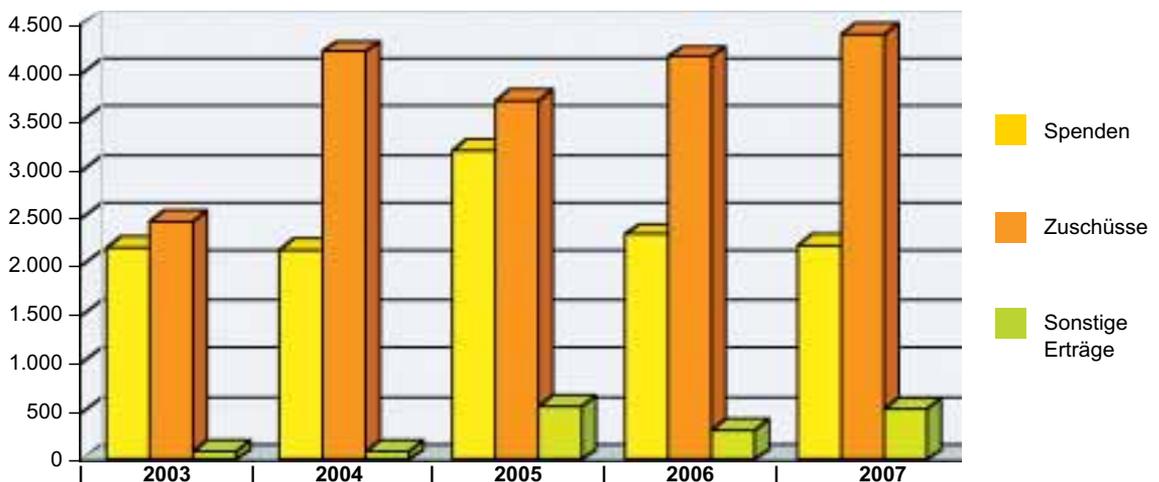
• Sonstige Aufwendungen

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

Finanzbericht 2007– Gesamtergebnis

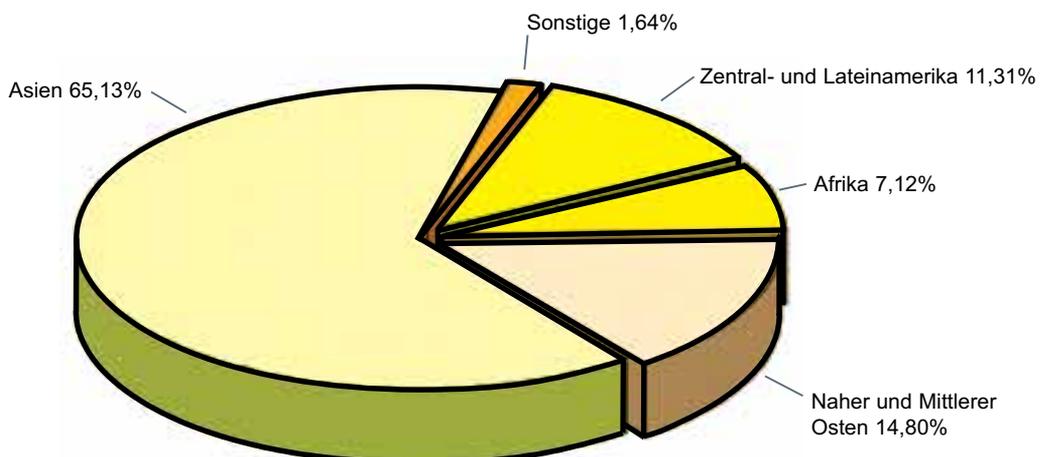
EINGÄNGE	2007	2006
Geldspenden	2.221.723,87 €	2.211.410,13 €
Geldspenden von Bündnis	3.790,41 €	129.767,97 €
Zuschüsse - öffentliche Geldgeber	4.628.490,28 €	4.151.144,31 €
Zuschüsse - nicht öffentliche Geldgeber	109.749,73 €	102.837,00 €
Zuwendungen der Stiftung medico international	41.000,00 €	43.462,72 €
Vermächnisse	24.500,28 €	87.762,83 €
Bußgelder	26.250,00 €	7.500,00 €
Zinserträge	47.787,63 €	46.254,23 €
Mitgliedsbeiträge	6.766,82 €	7.285,69 €
Sonstige Einnahmen	18.539,82 €	13.330,15 €
Eingänge insgesamt	7.128.598,84 €	6.800.755,03 €
RÜCKLAGEN		
nach § 58 Nr. 6 der Abgabenordnung (AO) Stand: 01.01.2007	1.730.121,74 €	2.174.561,79 €
für Projekte, die in 2006 beschlossen wurden, der Mittelabfluss zum 31.12.2006 jedoch noch nicht oder nur teilweise erfolgen konnte		
Freie Rücklage nach & 58 Nr. 7 der Abgabenordnung (AO)	320.000,00 €	320.000,00 €
BESTAND		
am 01.01.2007	509.049,85 €	857.955,87 €
HAUSHALT 2007	9.687.770,43 €	10.153.272,69 €

Entwicklung der Einnahmen (in Mio. Euro):



AUFWENDUNGEN	2007	2006
Projektkosten	4.505.702,82 €	6.268.334,77 €
Projektbegleitungskosten	742.625,73 €	(in Proj.kosten enthalten)
Satzungsgem. Kamp.-, Bildungs- und Aufkl.arbeit	597.550,54 €	} 771.689,37 €
Werbung und allgemeine Öffentlichkeitsarbeit	168.438,72 €	(insgesamt)
Verwaltungsausgaben	436.368,32 €	554.076,96 €
Aufwendungen insgesamt	6.450.686,13 €	7.594.101,10 €
RÜCKLAGEN nach & 58 Nr. 6 der Abgabenordnung (AO) Stand: 31.12.2007 für Projekte, die in 2007 beschlossen wurden, der Mittelabfluß zum 31.12.2007 jedoch noch nicht oder nur teilweise erfolgen konnte.	2.402.566,20 €	1.730.121,74 €
Freie Rücklage nach & 58 Nr. 7 der Abgabenordnung (AO)	400.000,00 €	320.000,00 €
BESTAND am 31.12.2007	434.518,10 €	509.049,85 €
HAUSHALT 2007	9.687.770,43 €	10.153.272,69 €

Projektausgaben nach Regionen:



Ergebnis- und Mittelverwendungsrechnung (im Vergleich der letzten 5 Geschäftsjahre)

Durch Umgliederung der Kategorien, die auf dem neuen Konzept zur Berechnung der Werbe- und Verwaltungsausgaben des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen (DZI) basieren, ergibt sich ab 2007 eine geänderte Struktur: Die Position „Projektbegleitung“ wird separat ausgewiesen; die ehemals umfassende Rubrik „Öffentlichkeitsarbeit“ wird aufgeteilt in einerseits „Satzungsgemäße Kampagnen-, Bildungs- und Aufklärungsarbeit“ und andererseits „Werbung und allgemeine Öffentlichkeitsarbeit“.

	2007 TEUR	2006 TEUR	2005 TEUR	2004 TEUR	2003 TEUR
Projekte					
Geldspenden	2.213	2.330	3.195	2.168	2.195
Zuschüsse	4.395	4.171	3.711	4.214	2.467
Sonstige Erträge	142	175	436	38	29
	6.750	6.676	7.342	6.420	4.691
Geldhilfen	-4.243	-5.193	-4.337	-3.301	-2.410
Sachhilfen	-263	-1.076	-963	-1.447	-1.550
	-4.506	-6.269	-5.300	-4.748	-3.960
Zwischensaldo Projekte	2.244	407	2.042	1.672	731
Projektbegleitung					
Erträge	323	0	0	0	0
Aufwendungen	-743	0	0	0	0
	-420	0	0	0	0
Satzungsgemäße Kampagnen-, Bildungs- und Aufklärungsarbeit					
Erträge	42	0	0	0	0
Aufwendungen	-598	0	0	0	0
	-556	0	0	0	0
Öffentlichkeitsarbeit					
Erträge	0	114	103	37	54
Aufwendungen	0	772	727	645	654
	0	-658	-624	-608	-600
Werbung und allgemeine Öffentlichkeitsarbeit					
Erträge	1	0	0	0	0
Aufwendungen	-168	0	0	0	0
	-167	0	0	0	0
Verwaltung					
Erträge	13	11	9	8	2
Aufwendungen	-436	554	616	434	432
	-423	-543	-607	-426	-430
Summe Erträge	7.129	6.801	7.454	6.465	4.748
Summe Aufwendungen	-6.451	-7.595	-6.643	-5.827	-5.046
Mittelzuwachs	678		811	638	
Mittelminderung		-794			-298

Personal

Die durchschnittliche Zahl der Mitarbeiter/innen war:

	2007	2006
Inlandsmitarbeiter/innen		
Vollzeitbeschäftigte	11	9
Teilzeitbeschäftigte	13	14
Auslandsmitarbeiter/innen		
	3	2
Geringfügig Beschäftigte, Praktikanten, Zivildienstleistende		
	4	5
	31	30

Vereinsregister

Der Verein ist unter der Nummer VR 5468 im Vereinsregister beim Amtsgericht Frankfurt/Main eingetragen.

Organe des Vereins:
 Mitgliederversammlung
 Vorstand
 Revisionsausschuss

Vorstand und Revisionsausschuss sind ehrenamtlich tätig.

Geschäftsführer des Vereins ist Thomas Gebauer.

Steuerliche Verhältnisse

Der Verein medico international wird beim Finanzamt Frankfurt/Main III unter der Steuer-Nr. 45 250 6181 5 - K19 geführt.

Mit Bescheid vom 05.10.2005 wurde dem Verein die Freistellung von der Gewerbe- und Körperschaftssteuer für die Jahre 2002, 2003 und 2004 erteilt.

Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne der §§ 51 ff. Abgabenordnung.

Ein Aufsichtsgremium

Zwischen hauptamtlicher Geschäftsführung und ehrenamtlichem Vorstand gibt es eine klare Aufgabentrennung

Der Vorstand von *medico international* ist ein Gremium, das im Allgemeinen öffentlich weniger in Erscheinung tritt. Wie alle eingetragenen Vereine verfügt auch *medico* über ein derartiges Organ. Er wird von der Mitgliederversammlung für die Dauer von zwei Jahren gewählt, vertritt den Verein rechtlich und ist für seine Geschäfte verantwortlich. Er besteht aus einer Vorsitzenden, zwei Stellvertretern und mindestens zwei BeisitzerInnen. Im Unterschied zu vergleichbaren Organisationen ist bei *medico* der Vorstand nicht dazu da, die Organisation mit illustren Namen zu schmücken, sondern er stellt ein mit Sachkompetenz arbeitendes Gremium dar. Die erste Vorsitzende ist zur Zeit die Studienrätin Brigitte Kühn, die Stellvertreter sind der Technik-Wissenschaftler Alexander Wittkowsky und der Sozialwissenschaftler Joachim Hirsch; den Beisitz haben die Ärztin und Psychotherapeutin Anne Blum sowie der Betriebswirt Rainer Burkert inne. Alle sind ehrenamtlich tätig, d.h. sie beziehen keine Vergütung und erhalten in der Regel auch keine Aufwandsentschädigung. Allerdings haften sie im Sinne des Vereinsrechts, wenn etwas schief geht.

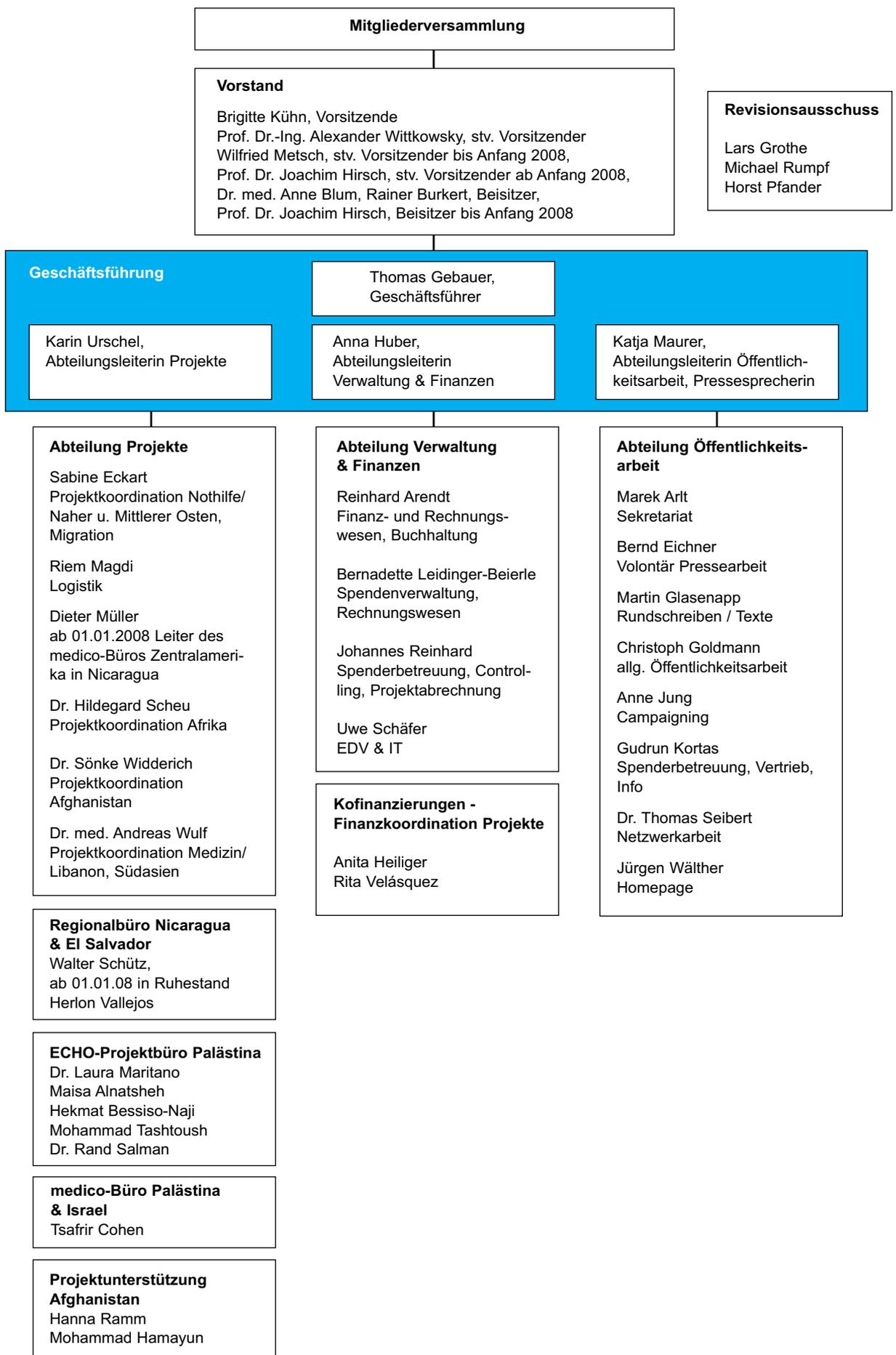
An der Rolle des Vorstands lässt sich ablesen, wie sich *medico* im Laufe seiner Geschichte organisatorisch verändert hat. In den Anfangsjahren war er noch stark mit unmittelbaren Geschäftsführungsaufgaben beschäftigt. Mit wachsender Größe und nicht zuletzt auch mit einer stärkeren Professionalisierung der Organisation wurden die Leitungsfunktionen ausdifferenziert. Zunächst wurden die LeiterInnen der drei Abteilungen (Projekte, Öffentlichkeitsarbeit, Verwaltung) zu gleichberechtigten Geschäftsführern. Danach wurde ein alleiniger Geschäftsführer – Thomas Gebauer – bestellt. Der Geschäftsführer und die Abteilungsleiterinnen werden vom Vorstand bestellt. Sie bilden das geschäftsführende Gremium, dem die Führung der laufenden Geschäfte obliegt.

Im Prinzip beschränkt sich der Vorstand heute auf eine Aufsichtsfunktion. Er stellt das Budget fest, kontrolliert die Finanzen, stellt Bankvollmachten aus, entscheidet über Gehaltsstruktur und -höhe und unterzeichnet Arbeitsverträge. Die Entscheidung über Projekte und Kampagnen liegt ebenso wie die Einstellung von MitarbeiterInnen bei der

Geschäftsführung. Der Vorstand informiert sich jedoch laufend über geplante Projekte und alle wesentlichen Vorgänge in der Organisation. Er kann wichtige Entscheidungen an sich ziehen. Der selbst für eine insoweit eingeschränkte Tätigkeit notwendige Arbeitsaufwand ist nicht unwesentlich. Alle 14 Tage finden Vorstandssitzungen statt, an denen in der Regel auch der Geschäftsführer, die Leiterin der Verwaltungsabteilung und gegebenenfalls weitere MitarbeiterInnen teilnehmen, wenn entsprechende Themen auf der Tagesordnung stehen. Dazu kommen Aufgaben wie die Teilnahme an internen Diskussionen, an Veranstaltungen außerhalb des Hauses sowie gelegentlich auch Projektreisen. Außerdem sind zwei Mitglieder des Vereinsvorstandes auch im Vorstand der Stiftung *medico international* vertreten.

Aufgrund der klaren Trennung zwischen Geschäftsführung und Vorstand und der beschriebenen Arbeitsweise kann man davon ausgehen, dass Kontrolldesaster, wie sie erst kürzlich in Bezug auf andere Organisationen die Medien beschäftigt haben, bei *medico* ausgeschlossen sind. Allerdings muss dazu bemerkt werden, dass *medico* betriebswirtschaftliche „Transparenz“ zwar praktiziert, diese dennoch nicht das erste politische Ziel darstellt, sondern natürlich vor allem eine sinnvolle inhaltliche Arbeit. Diese besteht zuallererst darin, nicht einfach ein Teil der wachsenden NGO-Hilfsindustrie zu sein, sondern zusammen mit eigenständigen Partnern nachhaltige Entwicklungsprojekte zu unterstützen sowie durch öffentliche Kampagnen nicht nur auf die Katastrophen aufmerksam zu machen, die der globalisierte Kapitalismus beschleunigt produziert, sondern auch Vorschläge für eine andere gesellschaftliche Entwicklung zu erarbeiten.

Die Mitglieder des Vorstands kommen aus sehr unterschiedlichen Berufszusammenhängen und können die entsprechenden Kenntnisse und Erfahrungen einbringen. Ihre Aufgabe ist nicht zuletzt, in den internen Diskussionen eine eigene, von den Zwängen der Alltagsgeschäfte etwas unabhängiger Sichtweise zur Geltung zu bringen. Das kann gegebenenfalls dazu führen, dass der Vorstand auch einmal korrigierend eingreift. Auf dieser Grundlage und auf der Basis einer geteilten Übereinstimmung über die Zwecke und Ziele der Organisation hat sich mit der Geschäftsführung und der sehr engagierten MitarbeiterInnenschaft ein fruchtbarer Arbeitszusammenhang entwickelt.



Gesundheit – Soziales – Menschenrechte

medico arbeitet... mit Partnern

Die Hilfe, die medico leistet, ist mehr als die Bereitstellung von Hilfsgütern in Notsituationen. Wir verstehen unsere Arbeit als Teil eines umfassenden sozialen Handelns, das die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit zum Ziel hat. Dabei geht es nicht um kurzfristige interventionistische Hilfsmissionen, sondern um eine solidarische und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Menschen, die für uns eigenständige Partner, keinesfalls aber bloße Hilfsempfänger sind. Ausgangspunkt sind die politischen und sozialen Ziele, die wir mit unseren Partnerorganisationen im Süden teilen. Der stete Erfahrungsaustausch, die Offenheit im Umgang mit den Partnern und die beständige Reflexion bestehender Abhängigkeiten und eigener Interessen gehören dabei selbst zu diesen Zielen.

medico arbeitet... im Kontext

Wer die Ursachen für das Elend von Menschen nicht begreift, weil er wichtige politische und kulturelle Zusammenhänge ausblendet, kann auch nicht angemessen auf dieses Elend reagieren. Kriege und Notlagen fallen nicht vom Himmel. Sie haben Gründe, nach denen zu fragen ist. medico hält an einer kontext-orientierten Hilfe fest, auch wenn in der medialen Öffentlichkeit derzeit vor allem eine unmittelbar zupackende Hilfe gefeiert wird, die sich nicht erst lange mit politischen Fragen aufhält. Ziel unseres Bemühens ist nicht allein die Linderung humanitärer Krisen, sondern deren dauerhafte Überwindung.

medico arbeitet... für Veränderung

Jede Hilfe für Menschen hinterlässt Spuren, die weit über den Augenblick des Eingreifens hinausreichen. Deshalb bedarf Hilfe, die den Status quo überwinden will, einer gesellschaftspolitischen Vision von einer anderen, einer gerechteren Welt. Sie muss Strategien entwickeln, die die Wege dorthin aufzeigen. Für humanitäre Krisen gibt es keine humanitären Lösungen. Für uns ist Hilfe Teil eines sozialen Handelns, das für Demokratie, soziale Gerechtigkeit und die Respektierung der Menschenrechte streitet und dies gemeinsam mit den Opfern von Not und Gewaltherrschaft.



medico international

medico international
Burgstraße 106
D-60389 Frankfurt am Main

Tel. (069) 944 38-0
Fax (069) 43 60 02
E-Mail: info@medico.de
Internet: www.medico.de

Spendenkonto: 1800
Frankfurter Sparkasse
BLZ 500 502 01