



Jahresbericht 2013

Menschenrechte. Gesundheit.
Nothilfe. Psychosoziale Arbeit.
Aktionen und Kampagnen.



medico international

5	Editorial
8	Jahresüberblick: Zwölf Monate, zwölf Ereignisse
10	Nothilfe: Desasterpolitik vs. lokale Selbsthilfe auf den Philippinen
13	Nothilfe: Ein demokratisches Experiment in Syrisch-Kurdistan
14	Gesundheit: Welt-Gesundheitspolitik beginnt zu Hause
17	Gesundheit: Mehr Selbstbestimmung durch Vernetzung im südlichen Afrika
19	Menschenrechte: Textilproduktion in Bangladesch und Pakistan
22	Psychosoziales: Aufarbeitung der Vergangenheit in Guatemala
24	Meldungen: Aktionen & Kampagnen
26	Projektpartner: NEAS in Sierra Leone und PHR-IL in Israel/Palästina
28	Stiftung: Stiftungssymposium „Chile im Wandel“
30	Finanzbericht
32	Gesamtergebnis
34	Gewinn- und Verlustrechnung
35	Ergebnisrechnung nach Aufwandskategorien
36	Bilanz
38	Organisation
40	Projektübersicht: Geförderte Projekte nach Regionen
43	Service: Weiterführende Infos

Eine andere Welt braucht eine andere Hilfe

Seit mehr als 40 Jahren leistet medico international Hilfe für Menschen in Not und arbeitet an der Beseitigung der strukturellen Ursachen von Armut und Ausgrenzung. In Solidarität mit den Ausgegrenzten und Marginalisierten im globalen Süden setzt sich medico für menschenwürdige Lebensverhältnisse ein, die ein Höchstmaß an Gesundheit und soziale Gerechtigkeit ermöglichen. Das Ziel ist, Armut, Not und Gewalt nicht nur zu lindern, sondern ihre Ursachen zu erkennen und zu überwinden. Denn die Welt leidet nicht an zu wenig Hilfe, sondern an Verhältnissen, die immer mehr Hilfe notwendig machen.

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

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



Ein Theaterprojekt als Form der emanzipatorischen Gemeindearbeit: Das Freedom Theatre Jenin in Israel/Palästina ist ein langjähriger medico-Partner.

Nothilfe

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

Gesundheit

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

Menschenrechte

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

Psychosoziales

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



medico international

Titelbild: Tacloban nach dem Taifun im November 2013.
Foto: Reuters



Brigitte Kühn
Vereinsvorsitzende

Liebe Leserinnen und Leser,

Menschenrechte, Gemeingüter, Solidarität – für keinen dieser Begriffe haben Menschen in aller Welt von vornherein ein gemeinsames Verständnis. Je nach Erfahrungshintergrund gelten sie den einen als Grundlage nachhaltiger Emanzipation, den anderen aber als Ausdruck reformistischer Beschwichtigung, die den Kern des bestehenden Unrechts unangetastet lassen. Auch unter den Partnern von medico international herrscht nicht immer Einigkeit.



Thomas Gebauer
Geschäftsführer

Einem idealistischen Verständnis, das in den Menschenrechten sozusagen natürliche, den Menschen angeborene Attribute sieht, für deren Realisierung die Einzelnen aber selbst verantwortlich sind, steht ein politischer Menschenrechtsbegriff gegenüber, der den gesellschaftlichen Charakter von Rechten betont. Nur dort, wo beispielsweise ein öffentlich getragenes Gesundheitswesen existiert, kann das Recht auf Gesundheit auch geltend gemacht werden. Was aber zeichnet Gemeingüter aus? Funktionierende Serviceleistungen, eben Güter, die – wie im europäischen Sozialstaatsmodell – von oben bereitgestellt werden, oder – wie das von lateinamerikanischen Partnern gedacht wird – politische Aneignungsprozesse, mit denen dezentrale Gemeinwesen von unten klären, was für sie Daseinsfürsorge heißt und wie sie sie organisieren wollen?

Mit der solidarischen Unterstützung, die medico den Partnern im Süden zukommen lässt, wollen wir Prozesse der Veränderung fördern. Veränderungen, die weltweit von Menschen eingeklagt und in vielen selbstbestimmten Projekten bereits gelebt werden. Veränderungen, die bei aller Gebundenheit ans Lokale auch von universellen Prinzipien getragen werden. Weil das Verständnis solcher Gemeinsamkeit aber noch nicht genug entfaltet ist, um aus dem einzelnen Aufbegehren, dem einzelnen Projekt, eine wirkungsvolle globale Kraft werden zu lassen, unterstützt medico seit längerem ganz bewusst auch Treffen, die der Verständigung untereinander dienen. Versammlungen, Seminare, kleinere Workshops, auf denen Partner und Mitstreiter aus aller Welt zusammenkommen, um sich über Analysen und Strategien auszutauschen, und dabei mitunter erst beginnen, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln.

Und so reicht die Spannbreite unserer Arbeit von der solidarischen Unterstützung von Menschen, die selbst in ausweglos scheinenden Situationen wie in Syrien, Somalia und Afghanistan auf soziale Gerechtigkeit und demokratische Partizipation drängen, über Nothilfeprogramme, den Aufbau von Gesundheitsstationen, die Verbesserung des Arbeitsschutzes, bis hin zur Förderung einer im Entstehen begriffenen transnationalen Öffentlichkeit – als Voraussetzung für Solidarität untereinander. Insgesamt 93 Projekte in 29 Ländern haben wir 2013 dank Ihrer Mithilfe fördern können, Projekte, die auch die Suche nach Alternativen unterstützten. Von den Wirkungen, die wir dabei erzielen konnten, lesen Sie in diesem Bericht.

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

Mit den besten Grüßen
Herzlichst

Brigitte Kühn

Tom Gebauer





Hungerblockade in Damaskus: Das syrische Regime hat über das Jahr 2013 das palästinensische Flüchtlingslager Yarmouk von der Außenwelt abgeschlossen. Hier stehen palästinensische Flüchtlinge für Essensrationen an. Auch der medico-Partner Jafra-Foundation brachte auf versteckten Wegen immer wieder Lebensmittel in das Stadtviertel.

Zwölf Monate, zwölf Ereignisse

Deutschland/Brasilien

Protest bei ThyssenKrupp

Am 18. Januar protestiert medico mit dem Dachverband der Kritischen Aktionäre und anderen NGOs vor der Aktionärsversammlung von ThyssenKrupp in Bochum. Das Bündnis fordert, dass das Unternehmen für die durch sein Stahlwerk in Brasilien entstandenen Umwelt- und Gesundheitsschäden Verantwortung übernimmt und die betroffene Bevölkerung in Sepe-tiba und Rio de Janeiro entschädigt.

Mali

Freiheit durch Krieg?

Die Intervention in Mali hat die Debatte über militärische „Friedens“-Einsätze neu entfacht. Am 22. März diskutieren in Frankfurt auf einer Podiumsveranstaltung von medico und dem Haus am Dom die Journalisten Andrea Böhm und Thomas Ruttig, der Schriftsteller Ilija Trojanow und medico-Mitarbeiterin Sabine Eckart über die Verdrängung des Politischen durch die militärische Logik.

Guatemala

Zehn Tage Gerechtigkeit



Am 10. Mai wird der ehemalige Diktator Ríos Montt zu 80 Jahren Haft verurteilt – ein gewaltiger Erfolg für den medco-Partner Bufete Jurídico de Derechos Humanos. Doch am 20. Mai hebt das Verfassungsgericht das Urteil wieder auf [mehr auf S. 22].

Januar

März

Mai

Februar

April

Juni

Sierra Leone

Allianz der Ausbeutung

Nachdem die Proteste der Arbeiter in den Diamantenminen von Sierra Leone gewaltsam unterbunden worden sind, veröffentlicht die sierra-leonische Menschenrechtsorganisation Network Movement for Justice and Development gemeinsam mit weiteren lokalen NGOs und medico international einen Bericht über die Vorgänge und die Komplizenschaft von Diamantenindustrie und Regierung.

Bangladesch

Tödliche Textil- industrie



Am 24. April ereignet sich in Savar die bislang verheerendste Katastrophe in einer Reihe von Unglücksfällen in südasiatischen Textilfabriken. Vor Ort unterstützt medico seine gewerkschaftlichen Partner im Kampf um Entschädigungen und für bessere Arbeitsbedingungen [mehr auf S. 19].

Aktion

medico goes Blockupy



medico kümmert sich um die Grundbedürfnisse der Blockupy-TeilnehmerInnen in Frankfurt [und stellt auf dem Camp Toiletten zur Verfügung], organisiert Aktionen sowie Veranstaltungen und protestiert scharf gegen den neunstündigen „Frankfurter Kessel“ bei der zentralen Demonstration am 1. Juni [mehr auf S. 24].

Israel/Palästina

Theater der Freiheit



Das Freedom Theatre Jenin unternimmt mit seinem neuen mobilen Projekt „Freedom Bus“ eine Tournee durch marginalisierte palästinensische Dörfer in der Westbank. Bei Improvisationsabenden werden Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen solidarisch und kollektiv bearbeitet.

Chile

40 Jahre nach dem Putsch

Anlässlich des 40. Jahrestages des Militärputsches in Chile veranstaltet die medico-Stiftung am 14. September das Tagesseminar „Chile im Wandel?“. Im Zentrum steht der strikt neoliberale Weg, den das Land seitdem eingeschlagen hat – und der aktuelle Widerstand dagegen [mehr auf S. 28].

Libanon

Flüchtlingshilfe ausgeweitet



Angesichts massiver Luftangriffe der syrischen Armee fliehen binnen zehn Tagen 20.000 Syrer aus den Qalamoun-Bergen über die Grenze nach Ersal im Libanon. Der medico-Partner AMEL weitet seine Nothilfe Maßnahmen im dortigen Gesundheitszentrum aus und baut in den Flüchtlingslagern eine neue mobile Klinik auf.

Juli

September

November

August

Oktober

Dezember

Syrien

Soforthilfe nach dem Giftgas

Am 21. August sterben bei Chemiewaffenangriffen in den südlichen Vororten von Damaskus annähernd 1.000 Menschen. medico unterstützt über Partnerkontakte lokale medizinische Teams durch die schnelle Lieferung von spezifischen Medikamenten, die bei Nervengaseinwirkung eingesetzt werden. In Syrisch-Kurdistan trifft im Rahmen der Flüchtlingshilfe von medico eine erste Arzneimittellieferung bei den kurdischen Selbstverwaltungsstrukturen ein. [mehr auf S. 13].

Westliches Afrika

Lampedusa und die Folgen



Am 3. Oktober ereignet sich die Flüchtlingstragödie vor Lampedusa. medico-Partner wie das mauritanische Menschenrechtsbündnis AMDH mit ihrem Vorsitzenden Amadou M'Bow und die migrantische Selbsthilfeorganisation in Mali AME prangern hierauf nicht nur das europäische Grenzregime an, sondern auch das Schweigen afrikanischer Regierungen.

Migration

Im Schatten der Zitadelle

Anlässlich des internationalen Tags der Migrantinnen und Migranten am 18. Dezember veröffentlicht medico mit Brot für die Welt und Pro Asyl die Studie „Im Schatten der Zitadelle“ zum Einfluss des europäischen Migrationsregimes auf Drittstaaten. Sie zeigt auf, wie fatal sich die Auslagerung von Flucht- und Migrationskontrollen auf Schutzsuchende auswirkt.

Philippinen: Welche Nothilfe,
welcher Wiederaufbau?

Desasterpolitik versus lokale Selbsthilfe

Nach den Verwüstungen durch den Sturm Haiyan haben die philippinischen medico-Partner dank ihrer lokalen Strukturen nachhaltige Nothilfe geleistet. Dabei kümmerten sich die Gesundheitsaktivisten primär um die Menschen und Regionen, die von der staatlichen Politik ignoriert wurden. Gleichzeitig kämpfen sie für einen gerechten Wiederaufbau von unten. Von Bernd Eichner



Wo keine Hilfe hingelangt: Die SOS-Teams versorgten vor allem in abgelegenen Regionen Verwundete. Die Logistikteams des Gesundheitsnetzwerks verteilten Nothilfepakete an 50.000 Menschen.

Es war ein trauriger Rekord, als Taifun Haiyan mit Böen von bis zu 380 km/h Anfang November 2013 über die Inseln der philippinischen Visayas hinwegfegte: Seit Beginn der Wetteraufzeichnung war noch nie solch ein heftiger tropischer Wirbelsturm gemessen worden, der auf Land getroffen ist. Trotzdem ist Dr. Eflada Bautista in erster Linie sauer auf die Regierung. Diese könne zwar nichts für den Supersturm, sei aber für die verheerenden Folgen verantwortlich.

Nach Angaben der Vereinten Nationen sind rund 14 Millionen Menschen von der Zerstörung betroffen, rund vier Millionen Menschen wurden vertrieben und eine Million Häuser zerstört. Mehr als 6.000 Menschen wurden von Trümmern erschlagen oder ertranken in den meterhohen Flutwellen. „Die Gleichgültigkeit gegenüber den Opfern ist kriminell.“ Schon vor dem Sturm habe die Regierung keine hinreichenden Maßnahmen unternommen, um die Menschen zu schützen. Außerdem habe die Regierung die Leute nicht ausreichend gewarnt. Eflada Bautista ist Dekanin im Ruhestand des Graduiertenkollegs an der Universität Samar und promovierte einst an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main in Erziehungswissenschaften zum Thema „Pädagogik in der Dritten Welt“. Mittlerweile engagiert sie sich als zweite Vorsitzende und Pressesprecherin bei „People Surge“, einer von medico unterstützten Bewegung von Taifun-Überlebenden.

Ein verwundbares Land

Die Wissenschaft stützt ihre Kritik an der mangelnden Katastrophenvorsorge. Im Weltrisikobericht von „Bündnis Entwicklung Hilft“, einem Zusammenschluss von sieben deutschen Hilfsorganisationen, belegen die Philippinen traditionell einen unrühmlichen Spitzenplatz. Im Welt-RisikolIndex liegen die Philippinen seit Jahren auf Rang drei und somit konstant in der höchsten Risikoklasse. Der Index ermittelt für 173 Länder weltweit das Risiko, Opfer einer Katastrophe als Folge eines Naturereignisses zu werden. Das Katastrophenrisiko wird nicht allein durch die Exposition gegenüber Naturgefahren bestimmt, sondern auch durch den Grad der Verwundbarkeit der Menschen, der wiederum von gesellschaftlichen Faktoren abhängt.

Die Verwundbarkeit des Landes ist bekannt. Trotzdem werden nur 0,1% des Staatshaushaltes für Katastrophenschutz ausgegeben. „Das ist der politische Skandal, der hinter der Katastrophe steckt“, erläutert Rosalinda Tablang, Nothilfe-Koordinatorin der medico-Partnerorganisation Samahang Operasyong Sagip (SOS). Sie arbeitet eng mit Eflada Bautista zusammen, denn öffentlicher Protest gegen die Untätigkeit der Regierung, die Selbstorganisation der Betroffenen und konkrete Nothilfe gehören für beide Organisationen zusammen. „Die Elite des Landes ignoriert nicht nur die Naturgefahren, sondern auch die Bedürfnisse der Betroffenen. Nachdem der Taifun über das Land hinweggefegt war, trat Präsident Aquino im Fernsehen auf und versprach sofortige Hilfe. In Wahrheit aber brauchte die Regierung eine ganze Woche, um auf die Katastrophe zu reagieren“, ergänzt Eflada Bautista.

Netzwerk der Selbsthilfe

Weil das auch bei früheren Katastrophen der Fall war, gibt es das SOS-Netzwerk. Gegründet wurde es Anfang der 1990er Jahre, nachdem die Hauptinsel Luzon sowohl von einem Erdbeben als auch von Eruptionen des Vulkans Pinatubo gebeutelt worden war. Die Idee war, ein Netzwerk der Selbsthilfe zu etablieren, das jenseits des Staates, aber eng verwoben mit den lokalen Bedürfnissen und Ressourcen, sowohl Katastrophenvorsorge betreiben als auch im Katastrophenfall Hilfe leisten kann. Heute besteht SOS aus rund zwanzig Gesundheitsorganisationen, deren Mitglieder sich kontinuierlich um die medizinische Grundversorgung der Ärmsten, unter anderem auf den Inseln Leyte und Samar, kümmern. Diese eingespielten dezentralen Strukturen griffen auch nach dem Taifun im November 2013. SOS konnte einen umfassenden Katastropheneinsatz in Gang setzen und Betroffene versorgen – unabhängig von den staatlichen Maßnahmen und dem Eintreffen westlicher Experten.

Im Rahmen der Hilfsmissionen wurden in rund 70 betroffenen Gemeinden mehr als 7.000 Patienten behandelt. Jede Mission besteht aus mehreren SOS-Teams mit jeweils 15 Ärzten, Krankenpflegern und Freiwilligen. Diese versorgten Verwundete und behandelten vor allem Durchfall- und Atemwegserkrankungen. Die Logistikteams verteilten Nothilfepakete an rund 50.000 Menschen. Von SOS erhielten an erster Stelle Alleinerziehende, Familien mit kranken und behinderten Familienmitgliedern und besonders arme Familien Unterstützung. Zusätzlich zu materieller und medizinischer Nothilfe unterstützt SOS die Gemeinden auf Samar und Leyte auch mit psychosozialer Betreuung. Die Nothilfepakete enthielten Trinkwasser und Nahrungsmittel, aber auch Decken, Hygieneartikel, Werkzeuge und Benzin – oft ist es gar nicht viel, was die Menschen brauchen, um in Eigenregie die zerstörte Infrastruktur und Häuser wieder instand setzen zu können. „Die Gemeinde Huknan war wegen einer zerstörten Brücke von der Außenwelt abgeschnitten. Das einzige, worum die Bewohner die lokale Regierung baten, waren 25 Kilo Nägel und Benzin für ihre Kettensägen. Doch die Behörden erklärten schlicht, dass sie für die Reparatur der Brücke nicht zuständig wären“, berichtet Rosalinda Tablang. Selbst Monate nach dem Taifun traf SOS noch immer auf betroffene Gemeinden, die keine Unterstützung bekommen hatten. Insbesondere die Dörfer in den abgelegenen Bergregionen im Osten der Insel Samar werden von den lokalen Behörden vernachlässigt, beklagen die örtlichen Mitarbeiter von SOS. Diese brachten Hilfsgüter teilweise mit Motorradkonvois in die Hochlandgemeinden.

Rosalinda Tablang glaubt nicht mehr daran, dass die entlegenen Gemeinden die versprochene und dringend benötigte Hilfe zum Wiederaufbau noch bekommen werden. Im Programm der Regierung sei für die Unterstützung der Privatwirtschaft fast viermal so viel Geld vorgesehen wie für die Bauern und Fischer. „Die am stärksten bedürftigen und unterprivilegierten Bevölkerungsgruppen haben nur die niedrigste Priorität.“ Auch Eflada Bautista hält wenig vom neoliberal inspirierten Aufbauprogramm: „Es wurde nicht für die Menschen

geschaffen, sondern für profitgierige Unternehmen. Die Regierung Aquino verringert ihre Anstrengungen und räumt den mit dem Wiederaufbau beauftragten Privatunternehmen unverhältnismäßig viel Freiraum ein. So greift auch die Korruption weiter um sich, vor allem unter den hohen Beamten und deren Freunden aus der Privatwirtschaft.“

Der Sturm als Privatisierungsschub

Das Netzwerk SOS und People Surge haben deshalb das von der Regierung in Tacloban veranstaltete „Yolanda Forum für Transparenz“ boykottiert. Stattdessen riefen sie mit vielen anderen Graswurzelinitiativen zu einer alternativen Versammlung auf, an der sich rund 13.000 Betroffene des Taifuns beteiligten. Zudem reichten sie eine Petition ein, die 17.585 Überlebende der Katastrophe unterschrieben haben. Zwei der Forderungen: Erstens soll jede Familie, die vom Sturm betroffen ist, umgerechnet knapp 650 Euro finanzielle Soforthilfe erhalten, da die staatliche Hilfe bis jetzt unzureichend war. Zweitens soll das Gesetz abgeschafft werden, das Menschen verbietet, ihre Häuser in Küstennähe wieder aufzubauen. Was nach einer Schutzmaßnahme klingt, legitimiert letztlich Zwangsumsiedlungen auf öffentliches, aber unattraktives Land – während sich Tourismus-Ressorts die interessantesten Küstenlandstriche sichern.

Neben dem akuten Bedarf an weiterer Hilfe ging es im Astrodome von Tacloban auch um Perspektiven für einen gerechten Wiederaufbau von unten. SOS war dort nicht nur mit einer mobilen Klinik präsent, sondern beteiligte sich auch aktiv an der Debatte. Die Ergebnisse der Diskussion bilden nun die Grundlage für ein umfassendes Wiederaufbauprogramm mit ganzheitlichem Ansatz, das SOS mit Unterstützung von medico in acht besonders schwer betroffenen Dörfern auf der Insel Samar durchführen wird. Im Fokus stehen die Rehabilitation der kleinbäuerlichen Landwirtschaft und der Fischerei

sowie der Aufbau von Basisgesundheitsstrukturen und eines gemeindebasierten Katastrophenmanagements. Wichtig sei dabei vor allem die Partizipation der Betroffenen und die Einbindung der örtlichen Kooperativen, betont Rosalinda Tablang. Schließlich wolle SOS nicht neue Abhängigkeiten schaffen, sondern die Selbsthilfe der Betroffenen stärken.

Die Auseinandersetzung, ob die dringend benötigten Mittel bei der korrupten Elite und der Privatwirtschaft landen oder bei den Betroffenen, ist noch nicht entschieden. Sowohl das Projekt von SOS mit den vernachlässigten Gemeinden wie auch die anhaltenden Proteste von People Surge werden den philippinischen Präsidenten Aquino weiter herausfordern, indem sie alternative Möglichkeiten der Katastrophenbewältigung aufzeigen. Efleda Bautista zeigt sich weiter kämpferisch: „Wir sind ein reiches Land mit Rohstoffvorkommen, aber noch wichtiger ist: Wir sind eine Nation von hoffnungsfrohen und intelligenten Menschen. Es gibt keinen besseren Weg, als sich zusammenzuschließen, auf die Straßen zu gehen und für die grundlegenden Bedürfnisse zu kämpfen. Wir werden auch dafür kämpfen, dass der langfristige Wiederaufbau den Menschen zugute kommt – dem Verrat durch die Regierung zum Trotz.“

Die humanitäre Unterstützung für vom Taifun betroffene Familien auf den Inseln Visayas durch das Gesundheitsnetzwerk SOS hat medico im Jahr 2013 mit 196.685 € gefördert.

Gemeinsamer Spendenauf Ruf

Philippinen-Nothilfe: ARD für „Bündnis Entwicklung Hilft“

Die Not- und Wiederaufbauhilfe, die die Mitgliedsorganisationen des „Bündnisses Entwicklung Hilft“ nach dem Taifun Haiyan auf den Philippinen leisten, konzentrierte sich auf die Unterstützung lokaler Projektpartner. Im Rahmen der Kooperation mit der ARD, die unter anderem für das „Bündnis Entwicklung Hilft“ in Katastrophenfällen zu Spenden aufruft, sind mehrere Millionen Euro für die Philippinen-Arbeit eingegangen. Dass die Mittel sehr zielgerichtet lokalen Organisationen in den betroffenen Regionen zur Verfügung gestellt werden konnten und keine eigene Infrastruktur aufgebaut werden musste, verdankt sich der entwickelten Zivilgesellschaft auf den Philippinen und den langjährigen Kooperationen, die die Organisationen pflegen.

Dem „Bündnis Entwicklung Hilft“, das 2005 gegründet wurde, gehören neben medico international auch Brot für die Welt, die Christoffel-Blindenmission, Kindernothilfe, Misereor, terre des hommes und die Welthungerhilfe an. Ein Zwischenbericht über die geleistete Hilfe findet sich auf der Webseite des „Bündnis Entwicklung Hilft“ unter dem Stichwort „Rechenschaft Philippinen“: www.entwicklung-hilft.de



Syrisch-Kurdistan: Solidarische Nothilfe

Gewagte Demokratie

An der türkisch-syrischen Grenze haben kurdische Kantone begonnen sich selbst zu verwalten. Sie sind auch zu einem Zufluchtsort für andere Verfolgte geworden. Ein hoffnungsvolles, aber gefährdetes Experiment am Rand des Krieges.

Syrien zerfällt und zerstört sich selbst, so lesen wir überall und hören es in den Medien. Der nunmehr dreijährige Krieg hat den einst hoch zentralisierten Staat in verschiedene Einflusszonen zerteilt. Doch im Norden des Landes passiert gerade etwas Unerwartetes, was kaum ein politischer Beobachter auf der Rechnung hatte. Möglicherweise wird hier sogar die Karte des Nahen Ostens neu gezeichnet. Denn inmitten der Kriegswirren und versteckt entlang der syrisch-türkischen Grenze hat sich für die syrischen Kurden, die größte Minderheit im Land, durch den Rückzug der Zentralgewalt das Fenster einer föderalen Autonomie geöffnet. Nachdem die rund 2,5 Millionen Kurden jahrzehntelang von Assads Baath-Partei unterdrückt, zwangsassimiliert und verfolgt wurden, gehen sie jetzt überschwänglich mit ihrer zuvor verdrängten Sprache und Kultur an die Öffentlichkeit. Kurdische Fahnen prägen das Straßenbild, die Kinder lernen Arabisch und Kurdisch in der Schule. Die kurdischen Siedlungsgebiete verfügen über eine eigene Polizei und Sicherheitskräfte mit hohem Frauenanteil und erproben eine direkte kommunale Demokratie.

All das sieht man auch im Distrikt Kobanê an der türkisch-syrischen Grenze, einer der drei kurdischen Kantone, die begonnen haben sich selbst zu verwalten. Hier siedeln auch Armenier, deren Vorfahren dem Genozid durch die Türkei entkommen konnten, ebenso wie Glaubensgemeinschaften yezidischer, assyrischer, orthodox-christlicher und tscherkessischer Syrer. Der Kanton zählt mittlerweile 700.000 Einwohner, dreimal so viele wie vor dem Krieg. Die Flüchtlinge kommen aus Aleppo, aus Raqqa oder Deir el-Zor, von überall, wo sie nicht mehr sicher sind, sei es aus Furcht vor der syrischen Armee, sei es aus fast noch größerer Angst vor der Grausamkeit der islamistischen Milizen. Aber das demokratische Experiment in dieser Region ist bedroht. Radikalreligiöse Terrorgruppen aus dem Al-Qaida-Umfeld greifen immer wieder die kurdischen Gebiete an. Hinzu kommt, dass in Kobanê die Arzneimittel aufgebraucht sind, es gibt weder Strom noch Benzin, auch Mehl und Gemüse sind Mangelware.

im Jahr 2013 mehrmals, eine medizinische Nothilfe ins bedrängte „Rojava“ (kurdisch: „Westen“) zu senden, wie Kurden ihr Westkurdistan in Syrien nennen. Diese Hilfe verläuft abseits der großen internationalen Hilfswerke oder der westlichen Wertegemeinschaft. Die medico-Hilfe ist daher nur mit der kurdischen Zivilgesellschaft in der Türkei möglich. Ohne die Apotheker, die im nahen Diyarbakir in Nachtschichten die Medikamente verpacken, ohne die kurdischen Rathäuser in den grenznahen Städten, in denen Freiwillige unentwegt am Telefon versuchen Genehmigungen einzuholen, sich mit den Ärzten auf der syrischen Seite koordinieren und dabei noch die Grenzpolizei umschmeicheln müssen, damit die Transportwege hinüber auch wirklich offen sind, würde kein LKW mit Nothilfe das syrische Kurdistan erreichen.

Syrien bleibt die große Tragödie des noch jungen Jahrhunderts. Der Bürgerkrieg geht in sein viertes Jahr und selbst sehr zurückhaltende Schätzungen gehen davon aus, dass seit Beginn des ursprünglich demokratischen Aufbegehrens im Durchschnitt 150 Menschen getötet wurden – jeden Tag. medico wird die Nothilfe fortsetzen. In den kurdischen Gebieten Syriens, aber auch in Damaskus, im palästinensischen Flüchtlingslager Yarmouk oder in der Stadt Erbin; überall dort, wo der Krieg unbittlich ist. Es sind dies Orte, wo Syrerinnen und Syrer versuchen, weiterhin die Ideale ihres Aufstands – Freiheit, Gerechtigkeit und Würde – zu retten. Die revolutionären Träume wurden zu Grabe getragen, die Hoffnung auf ein anderes Syrien aber stirbt zuletzt.

Martin Glasenapp

Die medizinische Nothilfe in den kurdischen Gebieten in Syrien hat medico im Jahr 2013 mit 60.562 € gefördert.

Das alles wissen die Kurden und Kurdinnen in der Türkei. Und sie handeln. Mit ihrer Hilfe schaffte es medico allein

Globale Gesundheit

Welt-Gesundheitspolitik beginnt zu Hause

medico vernetzt sich weltweit mit Gesundheitsakteuren, um globale rechtliche Rahmen durchzusetzen. Ein Überblick über Bewegungen, Netzwerke und Plattformen von Thomas Gebauer

Globale Verantwortung bleibt eine Worthülse, solange der rechtliche Rahmen fehlt.

Die Liberalisierung der internationalen Finanz- und Warenströme, der Raubbau an den natürlichen Ressourcen, der Klimawandel, die beständig wachsenden Ungleichheiten bei Einkommen und Vermögen – all das beeinflusst die gesundheitliche Lage von Menschen über Ländergrenzen hinweg. So nimmt es nicht wunder, dass Politiker, Wissenschaftlerinnen, Journalisten und zivilgesellschaftliche Akteurinnen heute immer häufiger von globaler Gesundheit sprechen. Bei näherem Hinsehen freilich werden unterschiedliche Interpretationen und divergierende Interessen deutlich. Verstehen Regierungen unter globaler Gesundheit meist nur ein Bündel von Maßnahmen zum Schutz der eigenen Bevölkerung, z.B. vor Pandemien, oder die Förderung des Exports von Gesundheitsprodukten aus dem eigenen Land, verweisen medico und seine Partner auf die universelle Dimension von Gesundheit, wie sie in den Menschenrechtspakten festgeschrieben ist.

Es geht darum, allen Menschen den Zugang zu bestmöglicher Gesundheit zu ermöglichen, was die Weltgesundheitsorganisation bereits bei ihrer Gründung 1948 anstrebte. Um dieses Ziel zu verwirklichen, muss Gesundheit als globales Gemeingut verstanden werden, dem nur in internationaler Verantwortung entsprochen werden kann. Eine globale Gesundheitspolitik darf sich nicht in Wohltätigkeit erschöpfen. Es darf weder nur um Armenfürsorge gehen, wie sie die herkömmliche Entwicklungspolitik dominiert hat, noch um das sicherheitspolitisch motivierte Bemühen, die Armen mit ihren gesundheitlichen Problemen von den prosperierenden Weltregionen fern zu halten. Das Ziel, dem medico sich verschrieben hat, ist Gesundheit für alle, eben globale Gesundheit.

Universalität, Solidarität und Demokratie sind die verbindlichen Grundprinzipien.

Armut macht krank, und Krankheit macht arm. Ausgehend von dieser Erkenntnis veröffentlichte medico bereits im Jahr 2001 Ideen für eine länderübergreifende solidarische Gesundheitsfinanzierung. Seitdem haben wir unsere Überlegungen systematisch weiterentwickelt und die Beschäftigung mit Fragen globaler Gesundheit zu einem eigenen Praxisschwerpunkt ausgeweitet. Auch heute noch fallen alljährlich 100 Millionen Menschen unter die Armutsgrenze, weil sie über keine solidarische Absicherung verfügen und Gesundheitsleistungen aus eigener Tasche bezahlen müssen. Um den Teufelskreis zu durchbrechen, muss der Zugang zu Gesundheit von privatem Vermögen und privater Kaufkraft entkoppelt werden. Die Idee, die medico 2001 formulierte, drehte sich um einen „globalen Finanzausgleich“, ein völkerrechtlich bindendes Instrument, das über verpflichtende Beiträge aus den reichen Ländern für eine ausreichende Finanzierung der Gesundheitssysteme auch der ärmeren Länder sorgt. Was damals provozierte und nicht wenige Vertreter der offiziellen Entwicklungspolitik zu einem mitleidigen Schmunzeln veranlasste, beschäftigt heute den wissenschaftlichen Diskurs und zunehmend auch die internationale Politik. Inzwischen haben die Ideen einer solidarischen Gesundheitsfinanzierung die Beratungen der UN-Generalversammlung erreicht, und erst kürzlich ließ der Direktor für Gesundheit der Weltbank erkennen, dass an einem solchen vertraglich abgesicherten internationalen Finanzausgleich auf Dauer kein Weg vorbeiführen wird. Diese Bereitschaft, über einen



Foto: Gordon Walters

Der medico-Partner Palestinian Medical Relief Society leistet Basisgesundheitsversorgung in den abgeschnittenen ländlichen Gebieten der Westbank.

Paradigmenwechsel in der bislang interessengeleiteten Gesundheitsfinanzierung nachzudenken, ist nicht vom Himmel gefallen. medico hat vielmehr über Jahre hinweg mit anderen zusammen darauf hingewirkt. Um strukturelle Veränderungen voranzutreiben, sind ein langer Atem und kompetente Mitstreiter nötig.

Die Armen werden mit dem Nötigsten abgespeist und die private Versicherungswirtschaft profitiert.

Weil globale Verantwortung solange eine wohlklingende Worthülse bleibt wie der rechtliche Rahmen fehlt, engagiert sich medico gemeinsam mit Gesundheitsaktivisten, Völkerrechtlerinnen und Public-Health-Einrichtungen aus aller Welt für ein „Rahmenabkommen für globale Gesundheit“. Nur mit einer solchen, auf den Prinzipien von Universalität, Solidarität und Demokratie basierenden, Konvention kann verbindlich geklärt werden, was mit globaler Verantwortung für Gesundheit gemeint ist. Ziel muss sein, dem universellen Recht auf Gesundheit den Vorrang vor partikularen wirtschaftlichen Interessen zu geben und so die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass alle Menschen an allen Orten der Welt Bedingungen vorfinden, die die Entfaltung einer selbstbestimmten demokratisch konstituierten Gesundheitsfürsorge ermöglichen. Aus der ersten Initiative für eine *Framework Convention on Global Health*, der medico von Beginn an angehört hat, ist inzwischen eine weltweit tätige Plattform geworden, die 2013 ihre Grundsätze zu Papier brachte.

Nur wenn auch für diejenigen gesorgt wird, die nicht für sich selbst sorgen können, kann von einem allgemeinen Zugang zu Gesundheitsversorgung gesprochen werden. Solidarische Finanzierung ist die Voraussetzung für das, was heute weltweit von Gesundheitspolitikerinnen und -aktivisten unter dem Stichwort *Universal Health Coverage (UHC)* diskutiert wird. Zu Recht befürchten viele Partner von medico im Süden jedoch, dass ihre jeweiligen Regierungen mit UHC nur eine Art Armenmedizin meinen: Die Armen werden mit Minimalversorgungen abgespeist und die private Versicherungswirtschaft profitiert. Gemeinsam mit *Medicus Mundi International (MMI)*, einem Netzwerk entwicklungspolitisch tätiger Gesundheitsorganisationen, hat medico 2013 eine kritische Stellungnahme zum Thema UHC erarbeitet, die auf Gefahren und Chancen der Idee verweist.

Notwendig ist eine kritischen Betrachtung von Universal Health Coverage nicht zuletzt deshalb, weil das Konzept zu einem der sogenannten Post-2015-Entwicklungsziele werden könnte, die gegenwärtig international verhandelt werden, um die Millennium Development Goals abzulösen. Schon jetzt ist allerdings abzusehen, dass sich die Staats- und Regierungschefs am Ende des Post-2015-Prozesses nur auf pragmatische Ziele verständigen werden. Sie werden beispielsweise mit medizintechnischen und pharmazeutischen Inputs einzelne Krankheiten wie Diabetes bekämpfen, nicht aber über die Regulierung der international tätigen Nahrungsmittel- und Getränkeindustrie für eine strukturelle Prävention sorgen.

Die künftigen Entwicklungsziele müssen menschenrechtlich verankert sein, betont medico gemeinsam mit *Go4Health*, einem Netz von Basisorganisationen und Forschungseinrichtungen aus aller Welt. Um eine angemessene und sozial gerechte Gesundheitsfürsorge zu verwirklichen, sind strukturelle Eingriffe nötig, die gesellschaftliche Umverteilung und demokratische Beteiligung ermöglichen. Solche prinzipiellen Veränderungen mit Indikatoren zu erfassen, hat sich Go4Health zur Aufgabe gemacht. Ein erster Zwischenbericht wurde 2013 in Kopenhagen vorgestellt.

Gesellschaftliche Veränderung bedarf einer aktiven Öffentlichkeit. Das gilt auch für die Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit, für das Aktivistinnen und soziale Bewegungen in aller Welt streiten. Der Leitsatz aus der Umweltbewegung – „global denken, lokal handeln“ – hat in den Kämpfen um soziale Rechte und Demokratie bislang jedoch keine strategische Relevanz gefunden. Im Gegensatz zur ökonomischen Globalisierung, in deren Folge die Unterwerfung von Mensch und Natur unter das Diktat von Verwertung und politischer Kontrolle bis in den letzten Winkel der Erde ausgeweitet wurde, befindet sich das Projekt einer unabhängigen transnationalen Öffentlichkeit, die wirksam für eine alternative globale Gesundheitspolitik eintreten könnte, noch immer im Prozess des Werdens.

Um diesen Prozess zu fördern, hat medico in den letzten Jahren immer wieder Gesundheitsaktivistinnen und -aktivisten aus aller Welt zu Workshops eingeladen. Nach einem ersten Austausch in Delhi kam es in 2013 zu einem weiteren Treffen in Rom. Ziel war unter anderem die Entwicklung gemeinsamer länderübergreifender Strategien. Dabei mussten die Aktivistinnen und Aktivisten feststellen, wie sehr das Verständnis von so zentralen Begriffen wie Menschenrechte, Solidarität, Gemeingüter, Partizipation etc. auseinandergeht. Um sich als transnationale Gesundheitsbewegung zu konstituieren, bedarf es daher zunächst der Entwicklung einer gemeinsamen Sprache – ein Prozess, der gerade erst begonnen hat.

„Global denken,
lokal handeln“ hat
in den Kämpfen um
soziale Rechte und
Demokratie bislang
keine strategische
Relevanz.

„Global Governance for Health starts at home“, formulierten wir auf einem der Workshops. Da über die globalen Rahmenbedingungen von Gesundheit noch immer auf der Ebene von Nationalstaaten entschieden wird, erfordert ein Engagement für globale Gesundheit selbstverständlich auch die Auseinandersetzung mit der Politik des eigenen Landes. Um hierzulande das Bewusstsein der Öffentlichkeit für den engen Zusammenhang zwischen globaler und nationaler Gesundheit zu fördern, haben 2012 auf Initiative von medico Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Sozialverbänden, Gewerkschaften, entwicklungspolitischen Organisationen, Wissenschaft und sozialen Bewegungen die *Deutsche Plattform für globale Gesundheit* gegründet.

Für die Entwicklung politischer Alternativen und gemeinsamer Strategien bedarf es auch hier gemeinsamer Lernprozesse. Wie weit diese tragen können, zeigt die Antwort, mit der die Plattform kürzlich auf ein 2013 von der Bundesregierung vorgelegtes interministerielles Konzept zum Thema „Globale Gesundheitspolitik“ reagiert hat. Im Gegensatz zum Konzept der Bundesregierung betont die Plattform die Notwendigkeit einer internationalen Strukturpolitik, welche die universellen Rechte der Menschen ins Zentrum rückt und zugleich für die Regulierung partikularer, namentlich wirtschaftlicher, Interessen sorgt.

Gesundheitspolitik darf sich nicht auf das Kurieren von Symptomen beschränken, sondern muss die Ursachen von Armut und Krankheit angehen. Nur ein umfassendes, interdisziplinäres Gesundheitsverständnis mit hinreichender Berücksichtigung der politischen Determinanten von Gesundheit kann den komplexen und dynamischen Anforderungen globaler Gesundheit gerecht werden.

Südliches Afrika: Interview mit der Gesundheitsexpertin Rene Loewenson

Mehr Selbstbestimmung durch regionale Vernetzung



Rollenspiel auf einem EQUINET-Workshop: Rene Loewenson (rechts im Bild, hinten) versucht, an den Tisch der Entscheidungsträger zu gelangen.

Gesundheitskompetenz ist nicht nur in Bezug auf den eigenen Körper und die eigene Psyche wichtig. Welche Ziele verfolgen Sie mit der Förderung von *health literacy*?

Es geht darum, Menschen über Gesundheitsangelegenheiten zu informieren und sie zu ermächtigen, für ihre Gesundheitsinteressen einzutreten. Dazu sind wir in verschiedenen Ländern im südlichen und östlichen Afrika aktiv. In Simbabwe unterstützen wir zusammen mit der Community Working Group on Health Gemeinden darin, sich Wissen anzueignen und zu nutzen, um gesundheitsgefährdende Bedingungen zu verändern. Gewiss sind nicht alle problematischen Bedingungen von der lokalen Ebene aus beeinflussbar, aber wenn es beispielsweise um Abfallentsorgung oder Umweltbelange geht, kann die Lokalbevölkerung durchaus Einfluss nehmen. Unser Anliegen ist es, die Gemeinden so zu stärken, dass sie diese Einflussmöglichkeiten auch tatsächlich wahrnehmen.

Hat dieses Engagement auf Gemeindeebene auch Einfluss auf die nationale Gesundheitspolitik?

Es wird zunehmend anerkannt, dass die Lokalbevölkerung in die Gestaltung des Gesundheitssystems einbezogen werden muss. Sowohl in Simbabwe als auch in Sambia wurde unser Programm zur Ermächtigung von Gemeinden in Gesundheitsangelegenheiten von den Gesundheitsministerien aufgegriffen und in staatliche Programme integriert. Die Leute im Ministerium haben verstanden, dass gut informierte Gemeinden, die in Entscheidungsprozesse involviert sind, den Kern eines funktionierenden Gesundheitssystems darstellen. Allerdings sind Menschen, die wissen, worüber sie reden und die mitentscheiden wollen, auch eine Herausforderung. Daher sind sie nicht in allen Ländern willkommen, in denen wir arbeiten.

Mit EQUINET bringen Sie Organisationen und Institutionen aus 16 verschiedenen Ländern des südlichen und

östlichen Afrikas zusammen, die alle im Gesundheitsbereich oder in angrenzenden Bereichen arbeiten. Mit welchem Ziel?

Die verschiedenen Institutionen, die sich zu EQUINET zusammengeschlossen haben, bringen Expertise auf ganz unterschiedlichen Gebieten mit. Zum Beispiel sind die einen in ökonomischen Fragen führend in der Region, während die anderen über herausragende juristische Kompetenzen verfügen. Je nach Spezialgebiet übernehmen die jeweiligen Institutionen die inhaltliche Verantwortung für einen Bereich bei EQUINET und stellen ihr Wissen zur Verfügung, so dass es in der Region Verbreitung findet. Zudem sind sowohl zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure Teil von EQUINET als auch Regierungsvertreterinnen und -vertreter. Um soziale Ungleichheit zu bekämpfen, muss man auf allen Ebenen ansetzen und Menschen mit verschiedenen Erfahrungen und in verschiedenen Positionen einbeziehen. Auf der regionalen Ebene zu arbeiten, ermöglicht es uns aber nicht nur, uns über Erfahrungen in den jeweiligen Ländern auszutauschen und über Ländergrenzen hinweg Daten zu erheben. Wir können darüber hinaus auch als Region auftreten, wenn es um Belange geht, die die Region insgesamt betreffen, zum Beispiel die Migration von Gesundheitsarbeiterinnen und -arbeitern. Außerdem haben wir Programme zu Gesundheitsdiplomatie, mit denen wir als Region Einfluss auf die globale Ebene nehmen.

Lokale Gesundheitsprojekte, regionaler Austausch und Einsatz für globale Gesundheit. Wie lassen sich all die Ebenen vereinbaren?

Die regionale Ebene ist sehr wichtig, um das Lokale und das Globale zusammenzubringen. Wenn es eine nationale Ebene gibt, die die Lokalbevölkerung ernst nimmt, und wenn es möglich ist, auf regionaler Ebene die Vielfalt der verschiedenen nationalstaatlichen Bedingungen zu managen, dann kann der bottom-up-Einfluss auf die globale Ebene sehr effektiv sein. Aber das funktioniert nicht immer. Beispielsweise haben wir festgestellt, dass die Europäische Union sich im Rahmen des Wirtschaftspartnerschaftsabkommens mit der Region einzelne Länder rauspicks und nicht alle Länder zusammen als Region behandelt. Das kann zu Spannungen und sogar zu Konkurrenzdenken zwischen einzelnen Ländern und der Region führen. Außerdem haben manche Organisationen stärkere Verbindungen zu internationalen Organisationen als zu ihren Partnerorganisationen in der Region, was auch mit dem Kommunikationssystem zu tun

hat. Manchmal ist es leichter für jemanden aus Uganda mit jemandem aus dem Vereinigten Königreich zu sprechen als mit jemandem aus Tansania. Dadurch werden bottom-up-Prozesse aus der Region geschwächt. Wir wollen die Kommunikation innerhalb der Region stärken, um das zu verhindern.

Wie wichtig sind Entwicklungshilfegelder für die Region?

Unser Problem sind weniger fehlende externe Gelder, sondern dass die Länder des südlichen und östlichen Afrikas viele vorhandene Ressourcen verlieren und zwar auf ganz unterschiedliche Weise. Damit müssen wir uns beschäftigen. Wir müssen die vorhandenen Ressourcen in der Region besser kontrollieren und für die Menschen vor Ort nutzbar machen. Dabei geht es um deutlich höhere Geldbeträge als über externe Finanzmittel ins Land kommen. Ich gebe Ihnen ein Beispiel: Wir exportieren unsere Nahrungsmittelbestände. Unsere Produktionsmuster sind auf den Export und auf Bedürfnisse außerhalb unserer Region und außerhalb unseres Kontinents ausgerichtet. So kommt es, dass die Bevölkerung unserer Region sogar in Gegenden mit starker landwirtschaftlicher Produktion unter Mangelernährung leidet. Um dieses Problem zu lösen, brauchen wir keine Nahrungsmittelhilfe von außen, sondern wir müssen die Kapazitäten der Region zur Nahrungsmittelproduktion wieder für die eigene Bevölkerung nutzbar machen. In unserer Gesundheitsagenda geht es daher auch nicht in erster Linie darum, externe Geldmittel aufzutreiben, sondern darum, die vorhandenen Ressourcen für die Verbesserung der Gesundheit und der ökonomischen Situation der Bevölkerung zu nutzen. Dazu müssen wir die Selbstbestimmung darüber stärken, was mit den Ressourcen passiert.

Was erwartet EQUINET von der Zusammenarbeit mit medico?

EQUINET und medico verfolgen nicht unbedingt in allen Bereichen die gleichen Interessen, weil wir uns in verschiedenen Gegenden der Welt unterschiedlich zur Globalisierung zu verhalten haben, aber wir teilen bestimmte Werte und fordern universelle Gültigkeit für bestimmte Rechte. In der Zusammenarbeit mit medico geht es darum, unsere unterschiedlichen Perspektiven zu nutzen, um gemeinsame Strategien zur globalen Durchsetzung dieser Werte und Rechte zu entwickeln.

Das Interview führte Ramona Lenz.



Dr. Rene Loewenson

Die Epidemiologin ist Direktorin der medico-Partnerorganisation Training and Research Support Centre (TARSC) in Simbabwe und Koordinatorin von EQUINET, einem regionalen Zusammenschluss von Organisationen aus dem östlichen und südlichen Afrika zur Stärkung sozialer Teilhabe an Gesundheitssystemen. International gehören sie wie medico zum People's Health Movement (PHM). Auch die erwähnte Community Working Group on Health (CWGH) ist eine Partnerorganisation von medico und Mitglied des PHM.

Textilproduktion in Südasien

Aus den Vorhöllen des Weltmarkts

Der von westlichen Unternehmen erzeugte Preisdruck sorgt in südasiatischen Fabriken für extreme Ausbeutung. Auch an der Arbeitssicherheit wird gespart. Das führt – wie am 24. April 2013 in Savar – fast systematisch zu Unglücksfällen. medico unterstützt den Kampf um Entschädigung und für eine verbindliche Unternehmenshaftung.
Von Thomas Seibert



Auf der Suche nach Überlebenden hat sich der Näher Didar zwei Tage lang durch die Schuttberge der eingestürzten Textilfabrik gegraben. Am Ende hatte er mehr als 30 Menschen gerettet.

Jahrelang kam es in Südasien Textilfabriken zu Unfällen mit drei, fünf, fünfzehn Toten, ohne dass wir, die Käuferinnen und Käufer der Jeans oder T-Shirts, davon erfuhren. Heute wissen wir, wie teuer andere bezahlen müssen, was wir immer billiger kaufen können. Aufgeklärt wurden wir in der schnellen Folge dreier großer Tragödien. Den Anfang machte Pakistans „Industrial 9/11“ im September 2012, als in Karatschi 300 Näherinnen und Näher der Weltmarktfabrik Ali Textiles verbrannten. Am 24. November 2012 starben bei einem weiteren Fabrikbrand in Ashulia am Rande von Dhaka in Bangladesch über 100 Arbeiterinnen und Arbeiter, diesmal bei Tazreen Fashions. Am 24. April 2013 dann stürzte in Savar, der Zwillingstadt von Ashulia, der Fabrikkomplex Rana Plaza in sich zusammen. Über 1.100 Arbeiterinnen und Arbeiter starben, mehr als 2.500 wurden verletzt. Alle drei Fabriken produzierten für europäische Unternehmen, von C&A über IKEA bis Karl Rieker und in allen Fällen auf Rechnung des deutschen Discounters KiK. Solche Unternehmen sind es auch, die den Preis der Kleidungsstücke und damit die Bedingungen diktieren, unter denen sie produziert werden müssen.

medico wurde gleich nach dem „Industrial 9/11“ von seinen pakistanischen Partnern informiert, den Gewerkschaftern der National Trade Union Federation (NTUF) und der Arbeitsrechtsorganisation PILER. Mit beiden arbeiteten wir bis dahin in der Unterstützung von Überlebenden der Fluten von 2010 und 2011 zusammen. Erste Bilder vom Rana-Plaza-Einsturz schickte uns der älteste medico-Partner in Bangladesch, die Basisgesundheitsorganisation Gonoshasthaya Kendra (GK), noch am selben Tag. Ärzteteams von GK halfen bei der Bergung der Opfer aus dem Schuttberg. Die National Garment Workers Federation (NGWF), Bangladeschs größte Textilgewerkschaft, kannten wir bis 2013 nur aus politischen Gesprächen. Heute tauschen wir wöchentlich Emails aus, telefonieren regelmäßig und besuchen uns gegenseitig. Zuletzt reiste Safia Parvin, Generalsekretärin der NGWF, durch mehrere deutsche Städte, vor ihr sprachen Nasir Mansoor und Zehra Khan von der NTUF auf medico-Konferenzen in Berlin und auf der Frankfurter Blockupy-Demonstration. Das wird so weitergehen, denn die Tragödien von Karatschi und Dhaka sind noch lange nicht ausgestanden. Und sie sind und bleiben auch unsere Tragödien.

Am Rana Plaza

Als ich Anfang Juni 2013 auf Einladung der NGWF und GK's nach Dhaka kam, führten mich die Kolleginnen und Kollegen gleich an den Platz, an dem noch einige Wochen zuvor das Rana-Plaza-Hochhaus stand. Ein Platz wie Tausend andere in Savar und Ashulia, wo es nichts gibt außer Textilfabriken, ärmlichen Arbeitersiedlungen und Straßenmärkten. Am Tage vor dem Einsturz wurden im ganzen Gebäude tiefe Risse entdeckt, die Behörden ordneten die sofortige Evakuierung an. Die Chefs der Textilfabriken aber zwangen ihre Angestellten zur Arbeit und drohten mit Entzug des Lohnes. 5.000



In Etagen wie dieser arbeiten mehr als 500 Näherinnen und Näher auf engstem Raum nebeneinander.



Eine Mitarbeiterin des Volksgesundheitszentrums Gonos-hasthaya zeigt der jungen Noriom, der ein Arm amputiert wurde, physiotherapeutische Übungen.

Arbeiterinnen und Arbeiter wagten nicht sich zu widersetzen. Die meisten büßten dafür ihr Leben, ihre Gesundheit, ihre Zukunft ein.

Während wir vor der Baugrube stehen und die Transparente der Gewerkschaft lesen, die an der Absperrung hängen, spricht mich ein Augenzeuge des Zusammenbruchs an: „Das Gebäude krachte binnen Sekunden zusammen, eine ungeheure Staubwolke hüllte uns ein. Als wir wieder sehen konnten, lagen die neun Stockwerke wie ein Sandwich aufeinander. Die Eingeschlossenen schrien um ihr Leben, vor Schmerzen und Angst. Als einer nach dem anderen verstummte, blieb das Klingeln der Handys. Das ging so lange, bis die Akkus leer waren.“ Der Mann brach ab, ließ uns stehen, verlor sich im Gewühl von Savar, in dem die Dinge genau so weitergehen wie vor dem 24. April 2013.

Zu uns stoßen Aktivistinnen und Aktivisten einer neu gegründeten Arbeitsrechtsorganisation, die sich Forschungsinstitut für soziale Gerechtigkeit nennt: Das Kürzel RISE ist mit „Erhebung“, „Aufbruch“, auch mit „Auferstehung“ zu übersetzen. Gemeinsam besuchen wir Überlebende erst des Rana Plaza, dann der Tazreen Fashion. Das Gewerkschaftsbüro von Ashulia, in dem wir zusammensitzen, ist ein Zufluchtsort der Entwurzelten. Weil wieder einmal Stromausfall ist, reden wir im Kerzenschein miteinander. Wer das Wort ergreift, bekommt eine Taschenlampe, um sein Gesicht zeigen zu können. Sie teilen dasselbe Schicksal, treffen sich auf Demonstrationen in Dhaka, erzählen dieselben Geschichten. Niemand von ihnen hat einen neuen Job. Alle haben wenigstens ein Familienmitglied, mehrere Nachbarn, Freundinnen und Freunde verloren. Einige haben Entschädigungen erhalten, für den Tod der Mutter, des Bruders, des Sohnes, für die eigenen Verletzungen. Zahlungen von unterschiedlichen Gebern, ohne genauere Angaben. Ohne jemals gefragt worden zu sein, ob ihnen das reicht, zum Ausgleich des Unrechts oder auch nur zum Weiterleben. Die meisten leiden noch immer an ihren Verletzungen, doch kaum jemand ist in ärztlicher Behandlung, weil das Geld dazu fehlt. Niemand wird physiotherapeutisch oder gar psychosozial betreut. Viele, so sagt man uns, sind wieder aufs Land gezogen, zurück in die bittere Armut, aus der die meisten Bewohner Savars, Ashulias und Dhakas stammen. Diese Armut wollten sie hinter sich lassen, als sie mit nichts in die Millionenstadt kamen, auf Anstellung in einer der 4.000 Textilfabriken hoffend, in denen vier Millionen Menschen arbeiten, von denen das Überleben von 20 Millionen abhängt.

Von Ashulia fahren wir nach Dhaka, ins nationale Büro der NGWF. Dort sieht es nicht anders aus als im nationalen Büro des medico-Partners NTUF im pakistanischen Karatschi, in dem ich wenige Wochen vorher zu Gast war. „Nationales Büro“: das sind in beiden Fällen drei, vier Zimmer, zugestellt mit wackligen Computerschreibtischen, auf denen sich zerfledderte Akten stapeln und Flugblätter zu Bergen türmen. Wir reden über den Stand der Entschädigungsverhandlungen, ich erzähle, was ich von Kollegen aus Karatschi weiß, die in ihren Verhandlungen ebenfalls nicht vorankommen. Ja, es hat Erfolge gegeben, das Brandschutzabkommen von Bangladesch war weltweit auf den Titelseiten, aber was ist das in der Realität wert? „Wir dürfen jetzt die Gebäudesicherheit kontrollieren, die Brandschutzvorrichtungen, die Ausbildung des Personals in Arbeitsschutzmaßnahmen. Wir haben sogar das Recht, Beschwerde zu führen“, sagt Amin, Präsident der NGWF, „aber uns fehlen dazu die Leute, das Geld, die Zeit.“

Der Stand der Dinge

Lediglich ein Prozent der Textilarbeiterinnen und -arbeiter Bangladeschs sind gewerkschaftlich organisiert, in Pakistan sind es nicht mehr. Der Grund: Gewerkschaften sind nicht verboten, aber faktisch auch nicht erlaubt. Wer ihnen beitrifft, riskiert seinen Arbeitsplatz, wird manchmal in aller Offenheit und häufiger unter einem Vorwand gekündigt. Man arbeitet täglich bis zu 14 Stunden, sechs Tage die Woche, bezahlten Urlaub gibt es nicht. Die Überstunden eingerechnet, liegt der Lohn mit knapp 50 Dollar trotzdem unter der Armutsgrenze von zwei Dollar täglich, in Bangladesch genauso wie in Pakistan. „Was die Leute aufrecht hält“, sagt Amin, „ist die Hoffnung, dass es ihren Kindern einmal besser geht, weil sie hier in der Stadt zur Schule gehen können. Das reicht.“



Gulam Dulal und Dr. Arman von Gonoshasthaya Kendra, dem ältesten medico-Partner in Bangladesch. Unmittelbar nach dem Zusammensturz des Rana Plaza leisteten GK-Ambulanzen Nothilfe.

Natürlich reicht das nicht, natürlich hält das niemand aus. Im Herbst 2013, von September bis November, brachen sich Verzweiflung und Empörung Bahn. Es gab wilde Streiks, Demonstrationen mit 50.000 Teilnehmern, eine Fabrik wurde angezündet, es kam zu Straßenschlachten mit der Polizei. Hunderttausende forderten die Verdoppelung des Mindestlohns, erstritten eine Erhöhung um 75 Prozent. Der Aufruhr ist vorbei, die Ordnung wiederhergestellt, die Lieferungen nach Deutschland gehen pünktlich auf die Reise. Die Umsetzung der Lohnerhöhung muss jetzt von den Gewerkschaften gesichert werden. Bleibt darüber hinaus noch Zeit, kümmern sich Amin, der Präsident, und Safia Pervin, die Generalsekretärin, um die Entschädigungsverhandlungen. Sie werden dabei von der Kampagne für Saubere Kleidung und vom internationalen Gewerkschaftsbund IndustriALL unterstützt, auch von den jungen RISE-Aktivist*innen, die mit Hilfe medicos unentwegt Namen der Betroffenen, Zeugnisse ihrer Schicksale sammeln, gegen das Vergessen, gegen die Untätigkeit der Behörden, gegen die Ausreden der großen Handelshäuser. Die internationalen Textilunternehmen spielen einfach auf Zeit, sagen nicht zu, sagen nicht ab, zahlen etwas, kündigen Zahlungen an, bleiben in jedem Fall weit unter dem, was gefordert wird.

Das Elend und die Missachtung der Textilarbeiterinnen und -arbeiter Pakistans und Bangladeschs können nicht nur vor Ort bekämpft werden. Zum Jahreswechsel, wenige Wochen nach dem Aufruhr in Dhaka, gingen in Kambodscha Arbeiterinnen und Arbeiter auf die Straße. Wütend schrien sie die Namen ihrer Peiniger heraus – darunter Firmennamen, deren Träger für die Brände und Gebäudeeinstürze in Karatschi und Dhaka Verantwortung tragen. Diese Unternehmen haben ihre „nationalen Büros“ und ihre Läden mitten unter uns, verkaufen „ihre“ Hosen und Shirts in unseren Einkaufsstraßen. Wir sind es, die sie am Leib tragen. Wir sind gefragt.

2013 hat medico die Notfallhilfe und Brandschutzkampagne des TIE Bildungswerks in Kooperation mit der National Garment Workers Federation (NGWF), die medizinische Behandlung von Rana-Plaza-Opfern durch die Basisgesundheitsorganisation Gonoshasthaya Kendra (GK) sowie die Begleitung des Rehabilitierungs- und Entschädigungsprozesses durch die Research Initiative for Social Equity (RISE) mit 37.203 € unterstützt. Die pakistanischen Partner PILER und NTUF werden finanziell im Rahmen anderer Projekte gefördert.

Interview mit dem Menschenrechtsanwalt
Michael Mörth

Das Urteil ist die Anerkennung ihres Leidens



Keine Gerechtigkeit? Eine Frau protestiert vor dem Gerichtsgebäude in Guatemala-City, in dem das Verfahren gegen Ríos Montt verhandelt wird.

Am 10. Mai 2013 wurde Guatemalas ehemaliger Diktator Ríos Montt für den Völkermord an den indigenen Ixil und für Kriegsverbrechen verurteilt. Zehn Tage später wurde das Urteil wegen angeblicher Verfahrensfehler wieder aufgehoben. Wo steht der langjährige Kampf gegen die Straflosigkeit in Guatemala heute?

Eure politische und juristische Menschenrechtsarbeit hat vor allem in den letzten Jahren fast unglaubliche Erfolge erzielt. Wie ist es dazu gekommen?

In der Tat sind in den letzten Jahren deutliche Risse in der Mauer der Straflosigkeit entstanden. Entscheidend sind sicherlich der Mut und die Ausdauer meiner Kollegen, der Opfer und der Zeugen. Was die Situation in Guatemala von der in Ländern, in denen es ähnliche Verbrechen gegeben hat, unterscheidet, ist aber die Tatsache, dass wir 2005 durch glückliche Umstände in den Besitz des Polizeiarchivs mit 80 Millionen Doku-

menten gekommen sind, von denen viele die Jahre der schlimmsten Gewalt von 1975 bis 1985 betreffen. Diese Beweise haben uns enorm geholfen. Wichtig war auch, dass der Interamerikanische Gerichtshof in den letzten Jahren mehrfach entschieden hat, dass seine Urteile von den nationalen Gerichten anerkannt werden und umgehend Ermittlungen der guatemalteckischen Staatsanwaltschaft unter neuer Führung eingeleitet wurden. Das Oberste Gericht von Guatemala hat diese Entscheidungen mitgetragen. So kam es, dass wir zwischen 2011 und 2013 mehrere absolut strategische Urteile auch gegen hochrangige Militärs erreicht haben. Der Höhepunkt war die Verurteilung von Ríos Montt.

Diese hat weltweit euphorische Reaktionen ausgelöst. Zum ersten Mal überhaupt war ein ehemaliger Staatsoberhaupt im eigenen Land für einen Genozid verurteilt worden. Du hast sofort gewarnt, dass der Widerstand

gegen das Urteil groß sein würde – und solltest Recht behalten. Wie geht es im Fall Montt Deiner Einschätzung nach weiter?

Zunächst möchte ich festhalten, dass wir weiter davon ausgehen, dass Ríos Montt verurteilt ist. Das Urteil des Verfassungsgerichts, die Annullierung des Schuldspruchs anzuordnen und den Prozess auf den Stand vor den mündlichen Verhandlungen zurückzusetzen, war nicht nur rechtswidrig, es war Betrug. Das ist eindeutig auf den Druck zurückzuführen, den Politik und Wirtschaft auf die Justiz ausgeübt haben. Deshalb haben wir diese Annullierung vor der Interamerikanischen Menschenrechtskommission angefochten. In Guatemala ist die Wiederholung der Hauptverhandlung noch immer offiziell für den 15. Januar 2015 angesetzt. Doch es müsste ein Wunder geschehen, damit die Verhandlung an diesem Termin unter gerechten Umständen stattfindet. Wir wissen, dass unsere Erfolge auf Treibsand gebaut sind und uns jederzeit eine böse Überraschung treffen kann. Die politische Konstellation dafür ist gegeben.

Wie würdest Du diese beschreiben?

Wir haben im Moment in Guatemala eine Situation, in der nicht nur der Präsident ein ehemaliger Militär ist, sondern auch ganz viele Schlüsselbereiche der Exekutive mit Militärs und ehemaligen Generälen besetzt sind. Nach dem Urteil gegen Ríos Montt haben die herrschenden Eliten in einem Schulterchluss zwischen Unternehmerschaft und Militärs deutlich gemacht, dass sie eine Justiz, die sich ihrer Kontrolle entzieht, nicht länger dulden werden. Die Richterinnen und Richter, die in den letzten Jahren unabhängige Entscheidungen getroffen haben, werden verschärft unter Druck gesetzt. Zuletzt wurde etwa die Richterin Yassmin Barríos, die Ríos Montt verurteilt hatte, unter völlig absurden Umständen von einem sogenannten Ehrengericht der Anwaltskammer für ein Jahr vom Dienst suspendiert, eine Entscheidung für die sie keienrlei Zuständigkeit haben; sie ist Richterin. Das guatemalteckische Justizsystem, das anfang, sich in eine gute Richtung zu bewegen, soll wieder das werden, was es immer schon war: eine Bastion der Straflosigkeit. Insgesamt haben unter der aktuellen Regierung die Repressionen gegen die Justiz, gegen Menschenrechtsverteidigerinnen und gegen Vertreter der indigenen und der Landbevölkerung sehr stark zugenommen. Nicht nur das: Sie sind brutaler, großflächiger und systematischer geworden.

Die Ixil kämpfen seit Jahrzehnten für eine Aufklärung der Verbrechen, die an ihrem Volk verübt wurden. Der medico-Partner Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial [ECAP] betreut und begleitet unter anderem über 100 Zeugen und Beteiligte vor, während und nach dem Prozess gegen Ríos Montt. Was bedeutet die Annullierung des Urteils für die Zeuginnen und Zeugen?

Ich war zuletzt am 19. März 2014, genau am Jahrestag der Gerichtsverhandlungen, in der Ixil-Region zu einem Treffen mit den Zeugen und Hinterbliebenen. Mein Eindruck ist, dass sie sich absolut im Klaren darüber sind, dass im Augenblick schwere Geschütze aufgefahren und mächtige Allianzen geschmiedet werden, um den Prozess zu stoppen und es bei der Annullierung zu belassen. Aber sie sind weder eingeschüchtert noch deprimiert, sondern schließen sich in dieser schwierigen Situation erneut zusammen. Bei der Veranstaltung am Jahrestag hielten viele ein dickes Buch in den Händen. Es hat etwa 800 Seiten und enthält die Veröffentlichung des Urteils. Ihres Urteils. Man muss einfach selber sehen, mit welcher Inbrunst sie dieses Buch umarmen. Es enthält die Wahrheit über ihr Leiden, es ist die Anerkennung ihres langen Weges. Das Buch und die Tatsache, dass ein unabhängiges Gericht ihnen recht gegeben hat, machen sie sehr stark.

Das Interview führte Monika Hufnagel.

medico fördert das Bufete Jurídico de Derechos Humanos (BJDH) und die Comisión Internacional de Juristas (CIJ) im Kampf gegen die Straflosigkeit in Guatemala. Seit vielen Jahren unterstützt medico außerdem die psychosoziale Arbeit von Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial (ECAP), um die Verbrechen der Vergangenheit aufzuarbeiten und den Folgen der politischen Gewalt für Einzelne, Gruppen und Gemeinden mit dem Wiederaufbau sozialer Strukturen zu begegnen. Die Unterstützung für diese Partner betrug im Jahr 2013 insgesamt 56.222 €.



Michael Mörth

Der Menschenrechtsanwalt arbeitet seit fast 20 Jahren in Guatemala an der Aufarbeitung der Verbrechen des Bürgerkrieges, u.a. für die Internationale Juristenkommission in Guatemala und den medico-Partner Bufete Jurídico de Derechos Humanos, die praktisch 80 Prozent der Fälle gegen ehemalige Militärs führen und auch im Prozess gegen Ríos Montt die Opfer der Diktatur in der Nebenklage vertreten.

Aktionen & Kampagnen

Disaster is coming home

medicos Aktivitäten im europäischen Krisengeschehen.

Wo auf der Erde der globale Süden und Norden zu verorten sind, schien lange Zeit klar zu sein. In den vergangenen Jahren aber sind die territorialen Eindeutigkeiten mehr und mehr durcheinander geraten. Im Süden des Globus erwachsen mit Indien und Brasilien neue aufstrebende wirtschaftliche und politische Akteure. Und im Norden werden Länder wie Portugal oder Griechenland in die Krisenmangel genommen und unter dem Deckmantel der Schuldenkrise neoliberale Strukturanpassungsprogramme durchgesetzt, wie sie seit den 1980er Jahren die Südhalbkugel durchpflügen und die Daseinsvorsorge privatisieren. Auch im Süden Europas zeitigen diese dramatischen Folgen. medico hat sich mit den Auswirkungen der Krisenpolitik vor allem auf das griechische Gesundheitssystem auseinandergesetzt und gemeinsam mit anderen deutschen Gesundheitsorganisationen Solidaritätsveranstaltungen organisiert, zu denen z.B. Aktivisten von der solidarischen Klinik Thessaloniki nach Deutschland eingeladen wurden. Und im Rahmen des Engagements im People's Health Movement, der globalen Gesundheitsbewegung „von unten“, hat medico Ende November 2013 an der International People's Health University (IPHU) in Thessaloniki teilgenommen.

In das europäische Krisengeschehen interveniert hat medico auch bei dem von einem breiten Bündnis getragenen Kongress „Umverteilen“, der Ende Mai in Berlin stattfand. Hier vertrat medico die Perspektive, dass Umverteilung als politische Strategie zu mehr Verteilungsgerechtigkeit nicht an nationalstaatlichen Grenzen haltmachen darf, sondern global angelegt sein muss. medico-Partner aus Pakistan und Südafrika zeigten, welche verheerenden Auswirkungen die neoliberale Umverteilung für die Menschen im Süden hat. „Widerstand im Herzen des europäischen Krisenregimes“ – unter diesem Motto standen die Blockupy-Aktionstage gegen die Sparpolitik und den Privatisierungsdruck, die am 31. Mai und 1. Juni 2013 in Frankfurt stattfanden. Konkret unterstützte medico deshalb die Proteste mit Öffentlichkeitsarbeit und Veranstaltungen im Vorfeld der Aktionstage. Als hilfreiche Maßnahme erwiesen sich die Dixiklos, die medico für die Protestierenden des Widerstandscamps bereitstellte. Denn manchmal sind die essentiellen Dinge der größte Ausdruck von Solidarität.



Foto: Holger Priedemut/medico

Arbeitskampf global: Bei einer medico-Aktion im Rahmen von Blockupy spricht die pakistanische Gewerkschafterin Zehra Khan auf der Zeil über die mörderische Ausbeutung im Textilbereich.

Die Kontrolleure kontrollieren

Migration: Das alternative Alarmsystem „Watch The Med“ will Leben retten.

Der 3. Oktober 2013 bleibt ein Tag der Schande. 380 Flüchtlinge ertranken bei der Havarie eines maroden Schiffs vor der Mittelmeerinsel Lampedusa. Der Notstand sei ein europäischer, man könne sich nicht abwenden, beteuerten die Politiker unisono. Nur Papst Franziskus fand andere, treffendere Worte. Bei einer Messe auf Lampedusa forderte er die Abkehr von einer „Globalisierung der Gleichgültigkeit“ und griff eine europäische Wohlstandskultur an, die dazu führe, „dass wir nur an uns selbst denken, sie macht uns gefühllos dem Aufschrei der anderen gegenüber“. Die politisch Verantwortlichen in Brüssel hingegen entschieden sich für den Ausbau der Grenzschutzagentur Frontex durch das zusätzliche elektronische Überwachungsnetz Eurosur. Mehr „Grenzmanagement“ aber heißt letztlich: mehr Tod und Leid. Dieser Abschottungspolitik versucht das Monitoring-Projekt „Watch The Med“ ein alternatives Alarmsystem entgegenzusetzen (watchthemed.net). Das Projekt, das seine Initiatoren einen Akt der „forensischen Ozeanographie“ nennen, speist in eine interaktive Karte Satellitenfotos, Windbewegungen, Strömungen und Notrufaufzeichnungen ein, um zusammen mit Zeugenaussagen von überlebenden Flüchtlingen Bewegungsbilder von Flüchtlingsbooten zu erstellen, die bei unterlassener Hilfeleistung auch vor Gericht zu nutzen sind. Ein ambitioniertes, aber nicht unmögliches Ziel. Denn nicht erst seit Edward Snowden wissen wir, dass auch die Überwachenden Spuren hinterlassen. Das macht sich das Projekt zunutze. medico unterstützt „Watch The Med“ bei der technischen Weiterentwicklung der Karten und Rechercheisen zu Überlebenden.

Nach dem Skandal

Debatte um Chancen und Grenzen von Menschenrechtsklagen gegen Unternehmen.

Am 21. August 2013 hat das zweite Berufungsgericht der USA zur Entschädigungsklage südafrikanischer Apartheidopfer gegen Großkonzerne wie General Motors, Daimler AG oder Rheinmetall ein Urteil mit weitreichenden Folgen gefällt. Elf Jahre lang war die Klage, die die von medico unterstützte südafrikanische Menschenrechtsorganisation Khulumani eingereicht hatte, in den USA verhandelt worden – bis sie jetzt endgültig abgewiesen wurde. Aus Sicht von medico ist das Urteil ein politischer Skandal von großer Tragweite. Khulumani und seine 60.000 Mitglieder müssen nun damit leben, dass die Profiteure des Apartheidsystems juristisch nicht belangt werden. Doch die Bedeutung des Urteils reicht weit über Südafrika hinaus: Wie schon im Fall der Klage gegen Shell wegen der Beihilfe zu Menschenrechtsverletzungen in Nigeria hat sich das US-Gericht nämlich darauf berufen, dass der Alien Tort Claims Act (ATCA) nicht auf Menschenrechtsverletzungen außerhalb der USA anzuwenden sei. Damit aber ist eines der wenigen Gesetze, das Betroffenen von Unternehmensunrecht international überhaupt eine Klagemöglichkeit eröffnet, weitgehend ausgehebelt. Wie aber lassen sich rechtliche Ansprüche wegen Menschenrechtsverletzungen gegen Unternehmen überhaupt noch durchsetzen? Um nach neuen Wegen zu suchen, hat medico international mit anderen NGOs am 28. November 2013 in Berlin eine Fachveranstaltung über die Chancen und Grenzen von Menschenrechtsklagen gegen Unternehmen organisiert.



Sie mussten die Hoffnung auf eines besseren Leben mit dem Leben bezahlen: Bei der Beisetzungsfest der Opfer, die Anfang Oktober vor Lampedusa ertrunken sind.

NEAS: Abgeschobene in Sierra Leone

Theater gegen Unwissen und Stigmatisierung

Aus Deutschland abgeschobene Flüchtlinge kämpfen in Sierra Leone im Netzwerk NEAS gegen ihre Stigmatisierung und die Abschiebep Praxis der Europäischen Union. In einem Theaterstück verarbeiten die Aktivistinnen und Aktivisten von NEAS ihre Erfahrungen.



Ein schwarz-rot-goldenes T-Shirt als traurige Reminiszenz an das Land, aus dem die NEAS-Aktivisten abgeschoben wurden.

„Ich war zehn Jahre in Deutschland und auf einmal stehe ich vor der Tür meiner Familie mit nichts in den Händen. Da ist es schwer, wieder als Teil der Community akzeptiert zu werden“, erklärt Mustapha im Gespräch mit einer medico-Mitarbeiterin. Nach der traumatischen Erfahrung der Abschiebung aus Deutschland war er mit der ablehnenden Haltung von Familie und Nachbarn in Sierra Leone konfrontiert. In Unkenntnis der Asylgesetzgebung in Europa wird den jungen Männern und Frauen unterstellt, dass sie abgeschoben wurden, weil sie sich in Deutschland etwas zuschulden kommen ließen. Selbst lokale Menschenrechtsorganisationen kennen die restriktive europäische Asylgesetzgebung selten und wissen nicht, dass Menschen abgeschoben werden, ohne dass sie eine Straftat begangen haben.

Die Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung führt dazu, dass die Abgeschobenen versuchen, sich unsichtbar zu machen, und ihre Erfahrungen verschweigen. Für einige waren die Belastungen während und nach der Abschiebung so groß, dass sie psychisch krank wurden. Die Isolation zu überwinden ist das Ziel von NEAS. Die Selbsthilfegruppe bietet die Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und sich gegenseitig zu unterstützen. In einem geschützten Rahmen können die Abgeschobenen ihre Geschichten erzählen und sich organisieren, um gemeinsam auf eine Verbesserung der Situation von Abgeschobenen hinzuwirken.

2013 hat NEAS in Zusammenarbeit mit dem Tabule Theater aus Freetown ein Drama zum Thema Abschiebung entwickelt. Die Betroffenen spielten ihre eigene Geschichte nach und durchlebten den Prozess der Abschiebung erneut. Indem sie das Theaterstück vor engen Freunden und den Theaterleuten aufführten, brachen sie gleichzeitig das Schweigen über das Thema. Diese Erfahrung war so ermutigend, dass sich die Gruppe entschloss, eine Aufführung des Dramas zu filmen und einem breiten Publikum zugänglich zu machen.

Die kritische Stimme von NEAS ist nicht mehr zu überhören. Regierungsvertreter aus Sierra Leone luden das Abgeschobenen-Netzwerk ein, an einem Ausschuss zu Migration im Außenministerium teilzunehmen, und versprochen, die Anliegen von NEAS eingehend zu prüfen. Tejan Lamboi, internationaler Koordinator und Gründungsmitglied von NEAS, über diese Entwicklung: „Heute erzählen NEAS-Aktivisten ihre Geschichte nicht mehr nur als Opfer. Wir sind vielmehr aktiv daran beteiligt, im Austausch mit anderen Organisationen die gegenwärtigen Bedingungen zu kritisieren und zu verändern.“

Anne Jung

medico international arbeitet seit der Gründung von NEAS mit dem Netzwerk zusammen und unterstützte dessen Arbeit im Jahr 2013 mit 26.790 €.

PHR-IL: Flüchtlinge in Israel

In der Offenen Klinik werden alle behandelt

Die Ärztinnen und Ärzte für Menschenrechte-Israel setzen sich zusammen mit mehr als 3.000 Freiwilligen für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit für alle Menschen in Israel und in den besetzten palästinensischen Gebieten ein – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus.



Nur in der offenen Klinik können schwangere Flüchtlinge Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen.

In einer kleinen Seitenstraße unweit des Flohmarkts von Jaffa befindet sich die unscheinbare Offene Klinik der Ärztinnen und Ärzte für Menschenrechte-Israel. Noch vor wenigen Jahren wirkte das Viertel um den Flohmarkt heruntergekommen. Mittlerweile sind Restaurants und Bars für Touristen und Israelis in viele der zuvor schäbigen Ladenlokale und Warenverschlüge von Gebraucht Möbel- und Ramschhändlern eingezogen. Alte Häuser, oft ehemals arabische, wurden aufgekauft und aufwendig renoviert. Die Gentrifizierung Jaffas ist in vollem Gange.

Der arme Süden Tel Avivs, wo auch viele afrikanische Flüchtlinge Zuflucht gefunden haben, geht direkt in Jaffa über. Die Klinik ist deshalb gut erreichbar und für viele Menschen ohne Aufenthaltsstatus die einzige Anlaufstelle im Krankheitsfall. Von den mehr als 50.000 Flüchtlingen in Israel kommen über achtzig Prozent aus Eritrea und dem Sudan – Länder, in die Israel gemäß eingegangenen Verpflichtungen nicht abschieben darf. Gleichzeitig wurde Menschen aus diesen Ländern bis vor kurzem ein Asylverfahren verweigert. Für die Mehrheit der Betroffenen bedeutet dies, dass sie weder arbeiten dürfen noch vom Staat angemessen unterstützt werden. Viele arbeiten deshalb in irregulären Beschäftigungsverhältnissen. Das begreift man schnell, wenn man sieht, wer in den Restaurants und Bars die Teller wäscht, den Müll rausträgt, die Toiletten putzt.

Diese Menschen sind weitgehend auf sich selbst gestellt. Versichert sind sie meist nicht, ihre Arbeitgeber sind an keinen Mindestlohn gebunden. Auch der Zugang zu staatlicher Gesundheitsversorgung ist den Flüchtlingen verwehrt. Das gilt ebenso für die schätzungsweise 7.000 Menschen, die auf dem Weg nach Israel Misshandlungen zum Opfer fielen. Wenn ihr Zustand nicht akut lebensbedrohlich ist, erhalten sie keinerlei medizinische Versorgung von staatlicher Seite.

In der Offenen Klinik untersucht, behandelt und berät meist freiwilliges israelisches Personal bis zu 4.000 Menschen jährlich. Überweisungen für kompliziertere Behandlungen an andere Institutionen gehören ebenso zu den angebotenen Diensten wie Rechtsberatung und psychologische Betreuung. Neben Flüchtlingen und Asylsuchenden versorgt die Klinik auch alle anderen Personen ohne Zugang zum israelischen Gesundheitssystem wie Arbeitsmigrantinnen und -migranten ohne legalen Aufenthaltstitel oder statuslose Palästinenserinnen und Palästinenser in Israel.

Riad Othman

medico arbeitet seit über zehn Jahren mit den Physicians for Human Rights-Israel (PHR-IL) zusammen und unterstützte die Menschenrechtsorganisation im Jahr 2013 mit 55.165 €.

Stiftungssymposium „Chile im Wandel“

Neoliberales Lehrbeispiel



Im Jahr 2013 hat in Chile die Jugend gegen die Folgen einer Jahrzehnte währenden Privatisierungspolitik aufbegehrt.

Das Tagesseminar der stiftung medico international am 14. September 2013 anlässlich des 40. Jahrestages des Militärputsches in Chile beschäftigte sich mit den Folgen der Diktatur und der Kontinuität neoliberaler Politik – auch und gerade nach dem Ende des Pinochet-Regimes.

Der Satz Theodor W. Adornos, „es gibt kein richtiges Leben im falschen“, wird häufig auf Kontexte angewendet, in denen er zwar klug, aber auch leer klingt. Bei der Betrachtung Chiles behält er allerdings seine bedrückende Wirkung. Zwar ist das Land seit 1990 zur Demokratie zurückgekehrt, ob damit die Gegner der Diktatur wirklich gewonnen haben, ist jedoch fraglich.

Zum 40. Jahrestag des Putsches im September 2013 beschäftigte sich das jährliche Symposium der stiftung medico international, gemeinsam veranstaltet mit der katholischen Rabanus-Akademie, mit dem chilenischen Dilemma. Dieses machte der chilenische Psychologe Miguel Castello am Beispiel der „No“-Kampagne deut-

lich, die 1988 entscheidend dazu beigetragen hat, dass Pinochet in einem Volksentscheid abgewählt wurde. Die Kampagne mit dem Slogan „Nein – Die Freude kommt bald“ sei zwar erfolgreich gewesen, weil sie die Pinochet-Diktatur mit ihren menschenverachtenden Auswüchsen beendete. Sie habe aber durch die Art, wie sie geführt wurde, zugleich zur Stabilisierung des von der Diktatur geschaffenen Systems beigetragen. 2012 sind die Entstehung und der Verlauf der Kampagne in dem Spielfilm „No“ verarbeitet worden. Hier wird deutlich, so Castello, dass die Nein-Kampagne durch ihre entpolitierte, auf werbliche Methoden zur Gewinnung von Mehrheiten abzielende Sprache ihr eigentliches Versprechen – die Ankunft der Freude – nicht einlösen konnte, zumindest nicht in einem Sinne, der an das gesellschaftliche Projekt, das unter Allende begonnen wurde, anknüpfen würde. „Eine Politik kam zum Einsatz, die sich auf PR-Politik reduzierte.“ Nach 17 Jahren Diktatur mit vielen Toten und Verschwundenen und Tausenden Folteropfern – eine Erfahrung, die die gesamte chilenische Gesellschaft mit Angst durchsetzte – schien der

Sieg gegen Pinochet als der einzige Ausweg, wenn auch im Rahmen des Systems. Richtiges Leben, wenn auch im falschen. Erst mit dem Film „No“ wird die tragische Dimension dieser Entscheidung deutlich. Castello: „Die ‚Die-Freude-kommt-bald-Politik‘ entspricht insofern einer neoliberalen Praxis, als dass sie die Freude auf eine Operation reduziert, die singuläre oder Gruppen-Bedürfnisse so befriedigt, dass eine mit dem Neoliberalismus kohärente Herrschaftspolitik fortgesetzt werden kann.“

Der chilenische Marxist Carlos Pérez, ein unter der chilenischen Schüler- und Studentenbewegung anerkannter Diskussionspartner, spitzte die Position Castellos in seinem Beitrag noch zu. „Die verschiedenen linken Analysen des neoliberalen Modells in Chile beschäftigen sich vor allem mit seinen gewalttätigen Ursprüngen. Die Betonung der expliziten Gewalt hat jedoch sehr lange dazu beigetragen, die zweite und viel tiefer gehende Phase zu vertuschen, in der sich das Modell ausgeweitet und konsolidiert hat und dabei von Politikern gefördert wurde, die einst selbst Opfer der Gewalt waren.“ Pérez, der gern mal von der „Izquierda Ilorona“, der „weinerlichen Linken“ spricht, kritisierte die linksliberalen Regierungen nach Ende der Pinochet-Diktatur deshalb deutlich: „Sie benutzen systematisch ihre Geschichte als Verfolgte, um ihre ökonomischen Lehrsätze, die sie angeblich kritisieren, als ‚Alternativen‘ oder als ‚Modifizierungen im Rahmen des Möglichen‘ zu legitimieren.“ Für Pérez beginnt Chile eigentlich erst in der Phase nach der Diktatur zum neoliberalen Musterland zu werden – zur globalen Blaupause neoliberaler Strategien. Was bei diversen Krisen weltweit und zuletzt infolge der Finanzkrise 2008 als „Ausweg“ galt, habe man zuvor schon in Chile ausprobiert – primär die Privatisierung von immer mehr gesellschaftlichen Bereichen voranzutreiben. Auch für die Folgen dieser Politik kann Chile als abschreckendes Vorbild gelten, was Pérez am Beispiel des dortigen Gesundheits- und Bildungswesens aufzeigte. In beiden Bereichen wurden öffentliche Gelder systematisch in den Privatsektor verschoben. Aus einem Anrecht wurde eine Ware, die sich immer weniger Menschen leisten können und unzählige in die Verschuldung getrieben hat. „All das wurde mit demokratischen Mitteln

und von politischen Koalitionen, die sich als Mitte-links ausgeben, vorangetrieben.“ Die beiden Präsidenten der Mitte-Links-Koalitionen Lagos und Bachelet seien so die perfekten Erben Pinochets und seiner Finanzminister geworden.

Dass politische Optionen auch von dem individuellen Schicksal aus gedacht werden müssen, veranschaulichte der chilenisch-deutsche Sozialwissenschaftler Pavel Eichin am Beispiel chilenischer Musik und ihrer Rolle zur Stärkung von Identitäten im Exil. Sein Beitrag berührte nicht nur die deutschen Chilenen und chilenischen Deutschen im Raum. „Die im Prinzip unüberbrückbare Zäsur zwischen der Vergangenheit eines Menschen und seiner gegenwärtigen Situation produziert ein permanentes Gefühl ‚am falschen Ort‘ zu sein. Um der radikalen Bedrohung der Identität etwas entgegenzusetzen, reagieren Exilanten deshalb oftmals mit einem Zusammenschluss ihrer Gemeinschaft.“ Eine zentrale Rolle habe dabei im chilenischen Exil die Musik gespielt. Was niemanden verwundern könne, der um die Bedeutung der „Nueva Canción Chilena“ beim Sieg Salvador Allendes 1970 wisse. Einer der vielen Liedtexte, die Pavel Eichin zitierte, stammt von Patricio Manns: „Wenn ich an mein Land denke, kleide ich mich in Pflicht, verdunkle ich sanft, beginne ich zu leuchten, verraut mich vor Sein, erwecke ich als Gewehr, wenn ich an mein Land denke.“

Die Freude-kommt-bald-Politik hat auch diese Verschränkung von Politik und Individuum und ihre poetische Aufladung umgewandelt in Freude am Konsum. Und so ist nicht nur das Exil zur Zäsur geworden in der Identität der Exilanten. Bei ihrer Rückkehr haben viele „ihr“ Chile nicht wieder erkannt.

Katja Maurer

Eine ausführliche Tagungsdokumentation findet sich unter www.medico.de/chile-im-wandel

Debatten führen, Projekte fördern



Seit 2004 gibt es neben dem Verein auch die stiftung medico international. Beide engagieren sich für die gleichen Ziele. Die Stiftung fördert aus den Zinserträgen ihres Vermögens Projekte des Vereins medico international und setzt sich so für mehr globale Gerechtigkeit und die Verwirklichung des universellen Menschenrechts auf Gesundheit ein. Im Jahr 2013 ist das Vermögen der Stiftung auf mehr als 4,6 Millionen Euro angewachsen, insgesamt standen 120.000 € für die Projektförderung zur Verfügung, darunter eine einmalige Sonderzuwendung von 40.000 Euro. medico-Partner in Afghanistan, Israel/Palästina, Guatemala, Mali, Mexiko, Südafrika und im südlichen Afrika sowie das People's Health Movement konnten unterstützt werden. Zu den Aufgaben der Stiftung gehört es auch, strategische Debatten zu initiieren und zu fördern. So greift sie mit ihren jährlichen Frankfurter Symposien aktuelle Themen von gesellschaftlicher Bedeutung auf und schärft so das Profil medicos.

www.stiftung-medico.de

FINANZBERICHT 2013

LAGE UND ENTWICKLUNG



Im Oktober 2013 eröffnet der malische medico-Partner ARACEM, einer in Bamako ansässigen migrantischen Selbstorganisation, in Gao im Norden des Landes ein weiteres Migrantenzentrum.

Der Gesamtetat, der medico international im Berichtszeitraum zur Verfügung stand, betrug 18.539.496,53 €. Zwar ist er damit gegenüber dem Vorjahr leicht gesunken, aber noch immer sehr hoch. Seine Größe erklärt sich nicht zuletzt über die 2012 gebildeten Projektrücklagen, die erst 2013 ausgegeben werden konnten.

EINNAHMEN

Die Summe der Spenden, die medico 2013 erhalten hat, beläuft sich auf insgesamt 4.670.484,49 €. Darin enthalten sind auch die weitergeleiteten Spenden vom „Bündnis Entwicklung Hilft“ (BEH) in Höhe von 784.872,98 €. Ohne die BEH-Spenden betrug das Spendenaufkommen 3.885.611,51 €. Das bedeutet eine Steigerung im Vergleich zu 2012, womit sich der Trend der letzten zehn Jahre fortschreibt.

Leicht gesunken sind die Zuschüsse von öffentlicher Seite, die im Berichtsjahr 5.374.379,16 € betrugen (2012 waren es noch 5.617.735,20 €). Die Zuwendungen, die der Verein von der Stiftung medico international bekommen hat, sind mit 120.000,00 € um 50 % höher als 2012. Die Ursache dafür liegt in einer Sonderzuwendung an die Stiftung; 2014 wird wieder mit einer ähnlichen Höhe wie 2012 (80.000,00 €) gerechnet.

Erfreulich ist die Entwicklung der Fördermitgliedschaften, deren Zahl nochmals um 289 permanente Unterstützerinnen und Unterstützer von 2.404 auf 2.693 gestiegen ist. Fördermitgliedschaften ermöglichen eine langfristige und stabile Zusammenarbeit mit unseren Partnern im globalen Süden, zu der auch ein wirksames politisches Campaigning im eigenen Land zählt.

AUSGABEN

Auch in 2013 erhielt medico das Spendensiegel des „Deutschen Zentralinstituts für Soziale Fragen“ (DZI). Der Ergebnisrechnung auf den nachfolgenden Seiten liegen die Aufwandskategorien des DZI zugrunde. Grundsätzlich wird darin zwischen Aufwendungen für den satzungsgemäßen Bereich der Arbeit und Ausgaben für Werbung und Verwaltung unterschieden. Zu den satzungsgemäßen Aufwendungen von medico zählen die Projektförderung, die Projektbegleitung und die Kampagnen- und Bildungsarbeit. Diese Unterscheidung ist sinnvoll, weil nachhaltig wirksame Hilfen ohne sachgerechte Planung und Begleitung nicht möglich sind und Kampagnen, wie beispielsweise unsere Kampagne gegen die Landminen, zwar zuallererst Öffentlichkeitsarbeit im eigenen Land meinen, aber schließlich einen nachhaltigeren Effekt auf die Verbesserung der Lebensumstände von Menschen im globalen Süden haben können als direkte Hilfen vor Ort.

2013 betrugen die Ausgaben für den satzungsgemäßen Bereich der Arbeit von medico insgesamt 11.294.264,53 € (das sind 92,18 % der Gesamtausgaben). Im Einzelnen haben wir für die Projektförderung 9.413.053,93 € (76,83%) aufgewandt, für die Projektbegleitung 1.013.683,61 € (8,27 %) und für die Kampagnen- und Aufklärungsarbeit 867.526,99 € (7,08 %). Die Aufwendungen für Werbung und Verwaltung lagen mit 957.993,34 € bei 7,82 % der Gesamtausgaben. Verwaltungskosten unter 10 % gelten laut DZI als niedrig.

Der Projektaufwand von medico international ist im Berichtsjahr erneut um 3,4 % angestiegen. Dieser Anstieg resultiert insbesondere daraus, dass langfristig ange-

stoßene Projekte in diesem Jahr realisiert werden konnten. Die erforderlichen Mittel konnten aus den in den Vorjahren gebildeten Rücklagen entnommen werden.

Insgesamt konnten wir im Berichtszeitraum 93 Projekte fördern, darunter so große Programme wie das humanitäre Minenräumen in Afghanistan, die Nothilfe nach dem verheerenden Taifun auf den Philippinen, die Arbeit in Palästina/Israel und die Hilfen für die sahrauischen Flüchtlinge in der Westsahara. Zu den großen Herausforderungen zählten die Unterstützungsprogramme in Syrien und Sri Lanka. In Bangladesch und Pakistan standen wir Partnern zur Seite, die sich um die Opfer der eingestürzten Textilfabriken kümmerten, und in Lateinamerika förderten wir psychosoziale Projekte für Überlebende und Angehörige von Opfern der Militärdiktaturen. In Mexiko, Mali, Mauretanien und Sierra Leone halfen wir Migranten, die auf der Suche nach neuen Lebensgrundlagen in den globalen Norden aufgebrochen waren. Mit der fortgesetzten Förderung des weltweiten People's Health Movement leisteten wir einen weiteren Beitrag zur Schaffung einer unabhängigen internationalen Öffentlichkeit.

Herausragend im Bereich der Kampagnen- und Aufklärungsarbeit waren 2013 die Beschäftigung mit den Konflikten im Nahen Osten sowie erneut all unsere Aktivitäten rund um den Schwerpunkt „Globale Gesundheit“. Dabei ging es z.B. um die Initiierung einer „Deutschen Plattform für Globale Gesundheit“, in der Sozialverbände, Gewerkschaften, der Wissenschaftssektor und entwicklungspolitische Organisationen zusammenarbeiten, um mit mehr Gewicht u.a. auf die Formulierung angemessener gesundheitsbezogener „Post-2015“-Entwicklungsziele Einfluss nehmen zu können.

RISIKEN UND CHANCEN

Das solide finanzielle Fundament, auf das medico seine Arbeit gründen kann, hat sich 2013 erneut bestätigt. Zwar war zur Erreichung eines positiven Saldos auch in 2013 ein Rückgriff auf die freie Rücklage notwendig, doch fiel dieser deutlich geringer aus, als zu Beginn des Haushaltsjahres geplant. Dem selbst gesetzten Ziel, den Spendenanteil – zur Sicherung einer von medialen Konjunkturen und öffentlichen Zuwendungen unabhängigen Arbeit – Schritt für Schritt zu erhöhen, konnte medico auch im Berichtsjahr voll entsprechen. Der positive Trend in der Spendenentwicklung hielt auch 2013 an.

Um auch jüngere Menschen für die Arbeit von medico zu begeistern, wurde die Nutzung von Internet-Medien im Berichtsjahr deutlich ausgeweitet. Es ist davon auszugehen, dass die Möglichkeiten, medico in der Öffentlichkeit zu verankern, damit längst nicht ausgeschöpft sind. In Zukunft wird es allerdings immer auch darum gehen müssen, demokratiegefährdende Entwicklungen

im Spannungsfeld zwischen Öffentlichem und Privatem im Blick zu behalten.

Als richtig erwiesen hat es sich, das Thema Gesundheit in seiner politischen Dimension aufzugreifen. Insbesondere im Zuge der global geführten Debatte über mögliche „Post-2015“-Entwicklungsziele wird Gesundheit heute allgemein wieder politischer diskutiert. Die Überlegungen von medico für eine nachhaltige internationale Finanzierung von Gesundheit sind dabei zunehmend ins Blickfeld geraten. Ein Verständnis von Gesundheit als Teil einer sozialen Infrastruktur und als ein über Umverteilung finanziertes Gemeingut, dem medico seit vielen Jahren verpflichtet ist, bestimmt inzwischen mehr und mehr den gesundheitspolitischen Diskurs. Große Chancen verbinden sich dabei mit der von medico initiierten „Deutschen Plattform für globale Gesundheit“, in der mit den hiesigen Sozialverbänden, den Gewerkschaften oder dem Wissenschaftsbereich wichtige innenpolitische Akteure zusammenarbeiten, die sich nun (mitunter erstmals) der globalen Dimension von Gesundheit zuwenden. Für medico mit seiner langjährigen Erfahrung in diesem Bereich eine Gelegenheit, die eigenen Standpunkte einer größeren Öffentlichkeit vorzustellen.

Die Risiken, die in der Arbeit von medico auszumachen sind, treffen vor allem die Partnerinnen und Partner im Süden. In gleich doppeltem Sinne stehen sie vor wachsenden Finanzproblemen: einerseits verlangt die tiefer werdende soziale Spaltung verstärkte Anstrengungen, andererseits wird der Zugang zu den Mitteln, die über die offizielle Entwicklungszusammenarbeit bereitgestellt werden, zunehmend enger. Problematisch dabei ist, dass zuletzt globale Themen, sofern sie nicht von sicherheitspolitischer und ökonomischer Relevanz waren, im parlamentarischen Kontext immer weniger Beachtung gefunden haben. Zusammen mit der Verschärfung sozialer Gegensätze im eigenen Land könnte dies auch zu einer schwindenden Bereitschaft der Öffentlichkeit führen, sich mit entwicklungspolitischen Fragen zu befassen.

FAZIT

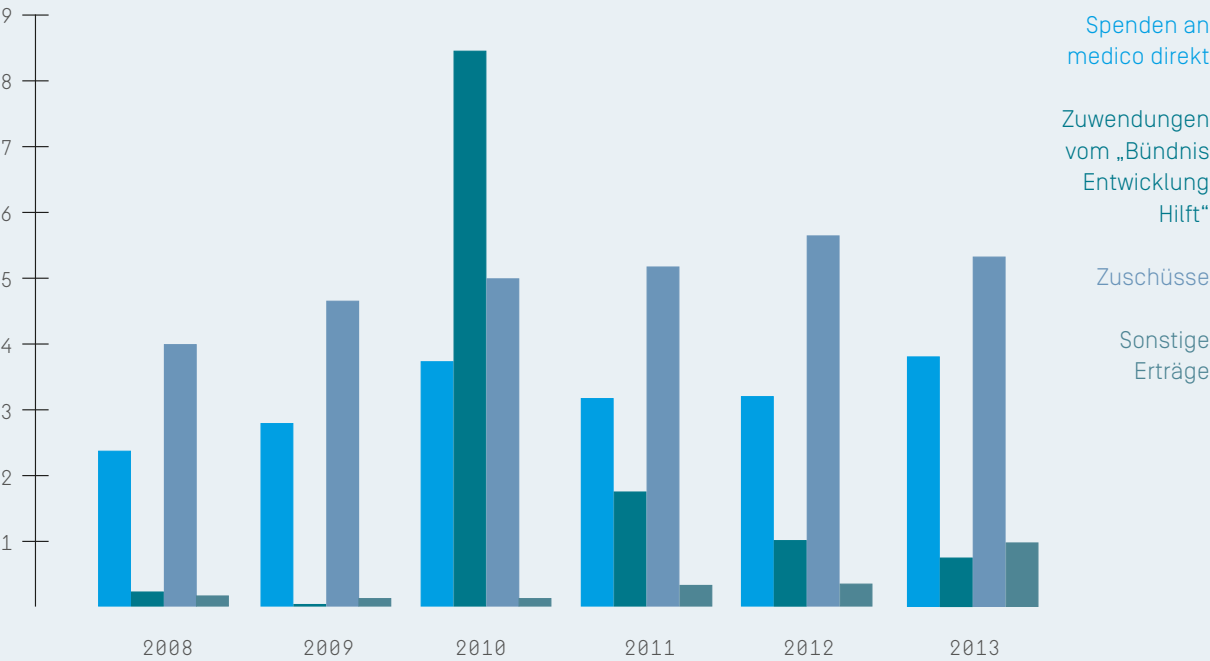
medico kann sein Engagement auf ein solides finanzielles und organisatorisches Fundament gründen. Das Ausmaß der heutigen Spendenbereitschaft ist jedoch keine Garantie für die Zukunft. Angesichts des Bedeutungsverlusts offizieller Entwicklungszusammenarbeit werden unsere Partnerinnen und Partner im globalen Süden verstärkt auf die solidarische Unterstützung von Organisationen wie medico angewiesen sein. Notwendig ist es, die Öffentlichkeit immer wieder aufs Neue von der Arbeit von medico zu überzeugen.

Thomas Gebauer

FINANZBERICHT 2013 GESAMTERGEBNIS

ERTRÄGE	2013	2012
Geldspenden	3.885.611,51	3.209.899,63
Zuwendungen vom „Bündnis Entwicklung Hilft“	784.872,98	1.037.297,61
Zuschüsse - öffentliche Geldgeber	5.374.379,16	5.617.735,20
Zuschüsse - nicht öffentliche Geldgeber	149.387,92	178.863,92
Zuwendungen der Stiftung medico international	120.000,00	80.000,00
Vermächtnisse	150.713,56	132.749,99
Bußgelder	10.150,00	500,00
Zinserträge	20.794,16	82.221,20
Mitgliedsbeiträge	6.827,82	7.307,08
Sonstige Erträge	10.405,78	55.983,73
EINGÄNGE INSGESAMT	10.513.142,89	10.402.558,36
Rücklagen nach § 58 Nr. 6 der Abgabenordnung (AO) Stand: 01. Januar	6.087.941,54	7.322.279,55
für Projekte, die im Vorjahr beschlossen wurden, der Mittel- abfluß zum 31.12. jedoch noch nicht oder nur teilweise er- folgen konnte, für zweckgebundene Restmittel sowie zur Sicherung der institutionellen Leistungsfähigkeit des Vereins		
Freie Rücklage nach § 58 Nr. 7a der Abgabenordnung (AO)	1.665.000,00	1.911.000,00
Vereinskapital am 01. Januar	273.412,10	210.315,98
HAUSHALT	18.539.496,53	19.846.153,89

ENTWICKLUNG DER EINNAHMEN [IN MIO. EURO]



AUFWENDUNGEN	2013	2012
Projektförderung	9.413.053,93	9.103.520,16
Projektbegleitung	1.013.683,61	964.250,58
Satzungsgemäße Kamp.-, Bildungs-, Aufkl.Arbeit	867.526,99	865.381,37
Werbung und allgemeine Öffentlichkeitsarbeit	297.499,68	306.421,47
Verwaltung	660.493,66	580.226,67

AUFWENDUNGEN INSGESAMT 12.252.257,87 11.819.800,25

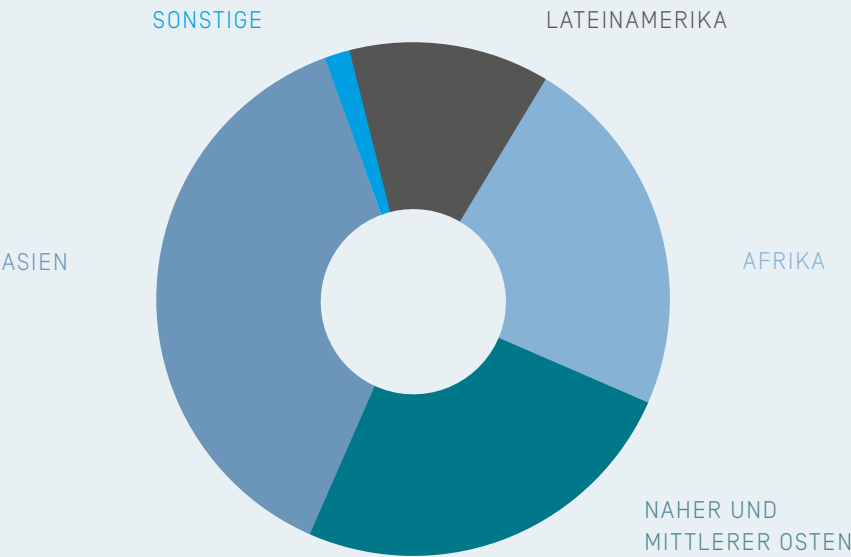
Rücklagen
nach § 58 Nr. 6 der Abgabenordnung (AO)
Stand: 31. Dezember 4.390.210,13 6.087.941,54
für Projekte, die im Vorjahr beschlossen wurden, der Mittel-
abfluß zum 31.12. jedoch noch nicht oder nur teilweise er-
folgen konnte, für zweckgebundene Restmittel sowie zur
Sicherung der institutionellen Leistungsfähigkeit des Vereins

Freie Rücklage nach § 58 Nr. 7a
der Abgabenordnung (AO) 1.634.000,00 1.665.000,00

Vereinskapital
am 31. Dezember 263.028,53 273.412,10

HAUSHALT 18.539.496,53 19.846.153,89

PROJEKTAUSGABEN NACH REGIONEN



GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG

FÜR DIE ZEIT VOM 1. JANUAR BIS 31. DEZEMBER 2013

	2013	2012
	EURO	EURO
ERTRÄGE		
Spenden	3.885.611,51	3.209.899,63
Zuwendungen vom „Bündnis Entwicklung Hilft“	784.872,98	1.037.297,61
Zuschüsse öffentlicher und privater Institutionen	5.523.767,08	5.796.599,12
Stiftungszuwendungen, Vermächtnisse, Bußgelder	280.863,56	213.249,99
Zinsen und ähnliche Erträge	24.371,25	82.221,20
Sonstige Erträge	13.656,51	63.290,81
ERTRÄGE GESAMT	10.513.142,89	10.402.558,36
AUFWENDUNGEN		
Transfers in die Projekte		
a) von Geldmitteln	7.938.813,41	7.861.476,87
b) von Sachmitteln	859.746,44	601.786,57
Personalaufwand		
a) Gehälter	2.001.706,22	1.917.916,34
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung	357.311,99	339.715,87
Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	37.975,34	36.628,09
Sonstige Aufwendungen	1.056.704,47	1.062.276,51
AUFWENDUNGEN GESAMT	12.252.257,87	11.819.800,25
JAHRESERGEBNIS	-1.739.114,98	-1.417.241,89
Zuführung von Vermächtnissen	-150.713,56	-132.749,99
Verwendung von Vermächtnissen	161.097,13	69.653,87
Entnahme aus/ Zuführung zu freien Rücklagen	31.000,00	246.000,00
Zuführung zu Betriebsmittelrücklagen	0,00	-50.000,00
Abfluss zweckgeb. Spenden aus dem Vorjahr	1.284.513,31	1.049.954,40
Mittelübertrag aus Restmittel Spenden in Rücklagen	281.474,93	806.791,23
Rückfluss zweckgebundener Mittel aus Rücklagen Vorjahr	-77.883,18	0,00
Zuführung zweckgebundene Spenden	-963.428,09	-1.088.931,52
Zuführung zur Projektmittelrücklage	-8.467.821,76	-8.883.991,96
Entnahme aus der Projektmittelrücklage	9.518.919,12	9.218.584,84
Auflösung von Projektrücklagen	133.371,58	195.755,72
Mehraufwand/ Forderungen bei Projektrücklagen	-11.414,50	-13.824,70
ERGEBNISVORTRAG	0,00	0,00

ERLÄUTERUNGEN ZUR ERGEBNISRECHNUNG

ERTRÄGE

Spenden – Bei den Spenden, die medico 2013 direkt erhalten hat, wurde ein Rekordergebnis erzielt. Die Einnahmen in diesem Bereich waren um 21,1% höher als im Vorjahr und sogar um 4,3% höher als im Jahr 2010, das von den beiden Katastrophen in Haiti und Pakistan geprägt war. Wesentlich dazu beigetragen haben 2013 Spendeneinnahmen nach der Taifun-Katstrophe auf den Philippinen und für die Opfer des syrischen

Bürgerkrieges, aber auch ein weiterer Anstieg der ungebundenen Spenden (um 2,5% zum Vorjahr).

Zuwendungen vom „Bündnis Entwicklung Hilft“ – Hierbei handelt es sich um Spenden, die vom Bündnis 2013 an medico weitergeleitet worden sind. Die größten Positionen waren hier Spenden für Ostafrika (54,1%) und die Philippinen (26,8%).

ERGEBNISRECHNUNG NACH AUFWANDSKATEGORIEN
UND DZI KRITERIEN

PROJEKTAUFWENDUNGEN / SATZUNGSGEMÄSSER BEREICH			WERBE- UND VERWALTUNGSAUFWENDUNGEN	
Projektförderung EURO	Projektbegleitung EURO	satzungsgem. Kampagnen-, Bildungs- und Aufklärungsarbeit EURO	Werbung und allgm. Öffent- lichkeitsarbeit EURO	Verwaltung EURO
3.882.182,37		3.429,14	0,00	0,00
784.872,98			0,00	0,00
5.149.627,84	273.343,12	100.796,12	0,00	0,00
280.863,56			0,00	0,00
24.371,25			0,00	0,00
4.703,84	740,58	762,13	373,79	7.076,17
10.126.621,84	274.083,70	104.987,39	373,79	7.076,17
7.928.899,00		9.914,41		
859.746,44				
361.401,96	681.890,35	377.745,08	131.046,58	449.622,25
37.208,57	130.504,63	67.892,12	31.874,75	89.831,92
13.410,25	7.658,53	6.338,68	2.188,97	8.378,91
212.387,71	193.630,10	405.636,70	132.389,38	112.660,58
9.413.053,93	1.013.683,61	867.526,99	297.499,68	660.493,66
713.567,91	-739.599,91	-762.539,60	-297.125,89	-653.417,49

Der Anteil der Werbe- und Verwaltungsaufwendungen an den Gesamtaufwendungen beträgt 7,82 %

Zuschüsse öffentlicher und privater Institutionen – Zuschüsse für Projekte in Afghanistan, Libanon, Palästina, Guatemala, Nicaragua, Brasilien, Sri Lanka, Simbabwe, Südafrika und für die Sahraischen Flüchtlinge in Algerien wurden voll oder anteilig durch das AA, das BMZ, ECHO, HRF/OCHA, medico international schweiz und das Klima-Bündnis finanziert. Für Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, einen internationalen Workshop und ein Forschungsprojekt zum Thema Globale Gesundheit sowie umfangreiche Advocacyarbeit zu Sri Lanka, wurden Zuschüsse von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, der Europäischen Kommission, Brot für die Welt, dem Diakonischen Werk der EKD, der Kindernothilfe, Misereor und der VEM Wuppertal gewährt.

Stiftungszuwendungen, Vermächtnisse und Bußgelder – Die Zuwendung, die der Verein 2013 von der Stiftung medico international für Projekte erhalten hat, betrug 120.000,- €. Die Einnahmen aus Vermächtnissen lagen mit 150.713,56 € um 17.963,57 € höher als 2012. Bußgelder wurden 2013 in der Höhe von 10.150,- € eingenommen, was einen erheblichen Anstieg dieser Einnahmen im Vergleich zum Vorjahr (500,- €) bedeutet.

Zinsen und ähnliche Erträge – Durch die Reduzierung der Festgelder aufgrund der hohen Mittelflüsse in die Projekte und wegen des sehr niedrigen Zinsniveaus wurden 2013 sehr viel weniger Zinsen als im Vorjahr erwirtschaftet.

Sonstige Erträge – Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um Erlöse aus der Untervermietung eines Zimmers im Projektbüro Haiti, aus Kursdiffe-

renzen, Einnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und um Mitgliedsbeiträge. Die Reduzierung des Gesamtbetrags im Vergleich zum Vorjahr liegt in der Hauptsache an einer einmaligen Einnahme aus einem Rückfluss von Projektgeldern in Nicaragua in 2012.

AUFWENDUNGEN

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

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

Abschreibungen – Die Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände wurden planmäßig vorgenommen.

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

BILANZ ZUM 31.12.2013

AKTIVA

	Berichtsjahr EURO	Vorjahr EURO
A. ANLAGEVERMÖGEN		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände	279,00	446,00
II. Sachanlagen	79.752,00	91.126,00
III. Finanzanlagen	123.388,06	123.388,06
B. UMLAUFVERMÖGEN		
I. Vorräte	5.760,94	5.991,68
II. Sonstige Forderungen und Vermögensgegenstände	180.855,39	175.087,27
III. Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten	6.218.675,13	7.929.432,95
C. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN		
I. Aktive Rechnungsabgrenzungen	5.126,24	0,00
	6.613.836,76	8.325.471,96

ERLÄUTERUNGEN ZUR BILANZ

ALLGEMEINE ANGABEN

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

AKTIVA

A. ANLAGEVERMÖGEN

- I. Immaterielle Vermögensgegenstände** – Hier handelt es sich um den um Abschreibungen verminderten Wert der 2012 und in den Vorjahren erworbenen Softwareprogramme und -lizenzen.
- II. Sachanlagen** – Die Sachanlagen setzen sich zusammen aus Kraftfahrzeugen, der Bürousausstattung und der EDV-Hardware unter Berücksichtigung der jährlichen Abschreibungen.
- III. Finanzanlagen** – Aus Erbschaften sind dem Verein 2005 und 2012 verschiedene Anteile bzw. Geldanlagen zugegangen.

B. UMLAUFVERMÖGEN

- I. Vorräte** – Es handelt sich um den Bestand an Informationsmaterial für Öffentlichkeitsarbeit.
- II. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände** – Die Forderungen und sonstigen Vermögensgegenstände beinhalten im Wesentlichen:
- a) Forderungen: Ansprüche (zugesagte Zuschüsse) an UN-OCHA, die Partner des Bündnisses „Sri Lanka Advocacy“, das Klima-Bündnis und die Rosa-Luxemburg-Stiftung sowie Forderungen aus noch nicht gutgeschriebenen Lastschriftinzügen.
- b) Sonstige Vermögensgegenstände: Mietkaution für die Geschäftsräume in der Burgstrasse 106
- III. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten** – Bei dieser Position handelt es sich um die Bestände der Barkassen und Konten für laufende Zahlungen und Termingeldanlagen der Geschäftsstelle in Frankfurt/Main und um die Bestände der Büros in Managua, Port-au-Prince, Algier/Tindouf und Ramallah.

C. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN

Für Mietaufwendungen des Büros in Ramallah, die 2013 im Voraus für 2014 bezahlt wurden.

PASSIVA

A. EIGENKAPITAL

- I. Vereinskaptal**
Das Vereinskaptal setzt sich im Wesentlichen zusammen aus dem Anlagevermögen, den Vorräten und der Mietkaution.
- II. & III. Rücklagen**
Die Rücklagen nach § 58 Nr. 6 AO von 4.390.210,13 € wurden gebildet
- für Projekte, die in 2013 und Vorjahren genehmigt und begonnen wurden, bei denen der Mittelabfluss in 2013 jedoch nur teilweise erfolgt ist (1.578.019,23 €)
 - für zweckgebundene Restmittel aus Spenden (1.962.190,90 €)
 - zur Sicherung der institutionellen Leistungsfähigkeit des Vereins (850.000,00 €).
- Die freien Rücklagen nach § 58 Nr. 7a AO von 1.634.000,00 € wurden gebildet für Projekte, die in der Entwicklung bzw. Ausarbeitung für die kommenden Jahre sind sowie für geplante Aufwendungen in allen anderen Arbeitsbereichen medicos.

B. RÜCKSTELLUNGEN

- Rückstellungen in Höhe von 119.137,00 € wurden gebildet
- für noch bestehende Urlaubsansprüche (91.539,00 €)
 - für den Beitrag zur Berufsgenossenschaft (12.118,00 €)
 - und für die Kosten der Jahresabschlussarbeiten und der Wirtschaftsprüfung (15.480,00 €)

C. VERBINDLICHKEITEN

- Es handelt sich hier um Verbindlichkeiten
- aus Lieferungen und Leistungen (51.843,41 €)
 - aus Lohnsteuer (20.881,06 €)
 - aus vom Büro in Ramallah in 2013 an Lieferanten ausgegebenen und noch nicht eingelösten Schecks (611,75 €)
 - gegenüber Arbeitnehmer/innen in Ramallah aufgrund der Einrichtung eines Sonderkontos zur privaten Kreditsicherung (1.325,59 €)
 - aus dem Anspruch von Dritten aufgrund einer Erbschaft (132.568,46 €)
 - aus Umsatzsteuern (60,83 €).

D. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN

Für bereits 2013 eingenommene Teilnahmegebühren für die medico-Konferenz „Beyond Aid“ vom Februar 2014.

PASSIVA

	Berichtsjahr EURO	Vorjahr EURO
A. EIGENKAPITAL		
I. Vereinskapital _____	263.028,53	273.412,10
II. Rücklagen nach § 58 Nr. 6 AO _____	4.390.210,13	6.087.941,54
III. Freie Rücklagen nach § 58 Nr. 7a AO _____	1.634.000,00	1.665.000,00
B. RÜCKSTELLUNGEN		
1. Sonstige Rückstellungen _____	119.137,00	113.272,00
C. VERBINDLICHKEITEN		
1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen _____	51.843,41	19.823,20
2. Sonstige Verbindlichkeiten _____	155.447,69	166.023,12
D. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN		
II. Passive Rechnungsabgrenzungen _____	170,00	0,00
	6.613.836,76	8.325.471,96

BESTÄTIGUNGSVERMERK DER WIRTSCHAFTSPRÜFER

Wir haben den Jahresabschluss - bestehend aus Bilanz zum 31. Dezember 2013, Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2013, Mittelverwendungsrechnung für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2013 sowie Anhang – unter Einbeziehung der Buchführung – und den Lagebericht des Vereins medico international e.V., Frankfurt am Main, für das Geschäftsjahr 2013 geprüft. Die Buchführung und die Aufstellung von Jahresabschluss und Lagebericht nach den deutschen handelsrechtlichen Vorschriften und den ergänzenden Bestimmungen der Satzung liegen in der Verantwortung der gesetzlichen Vertreter des Vereins. Unsere Aufgabe ist es, auf der Grundlage der von uns durchgeführten Prüfung eine Beurteilung über den Jahresabschluss und der Mittelverwendungsrechnung unter Einbeziehung der Buchführung und über den Lagebericht abzugeben.

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

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

Unsere Prüfung hat zu keinen Einwendungen geführt.

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

Frankfurt am Main, den 28. April 2014

RGT TREUHAND
Revisionsgesellschaft mbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft



Jürgen Lohr
Wirtschaftsprüfer



Esther Rupp
Wirtschaftsprüferin



MEDICO INTERNATIONAL E.V. – ORGANISATIONSSTRUKTUR



VEREINSREGISTER

Der Verein ist unter der Nummer VR 5468 im Vereinsregister beim Amtsgericht Frankfurt/Main eingetragen. Vorstand und Revisionsausschuss sind ehrenamtlich und erhalten keine Aufwandsentschädigung.

PERSONAL

Die durchschnittliche Zahl der Mitarbeiter/innen war:

	2013	2012
INLANDSMITARBEITER/INNEN		
Vollzeitbeschäftigte	14	14
Teilzeitbeschäftigte	20	20
Auslandsmitarbeiter/innen (entsandte)	4	4
Auslandsmitarbeiter/innen in den Büros mit lokalen Verträgen und freie Mitarbeiter im Ausland	9	8
Geringfügig Beschäftigte	3	3
2 Praktikanten/innen jeweils zwischen 2 und 3 Monaten		
	50	49

VERGÜTUNGSSTRUKTUR

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

Gruppe	von €	bis €
I. Geschäftsführung		
Geschäftsführer	5.244	5.444
Abteilungsleitung	4.403	4.603
II. Referenten, Koordinatoren und Sachbearbeiter	3.347	4.251
III. Assistenten und andere Fachkräfte	2.583	3.253

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

STEUERLICHE VERHÄLTNISSE

Der Verein medico international wird beim Finanzamt Frankfurt/Main III unter der Steuer Nr. 45 250 6181 5 - K 19 geführt. Mit Bescheid vom 24. Feburar 2012 wurde dem Verein die Freistellung von der Gewerbe- und Körperschaftssteuer für die Jahre 2008, 2009 und 2010 erteilt. Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne der §§ 51 ff. Abgabenordnung.

Geförderte Projekte nach Regionen

AFRIKA

Ägypten

- Verteidigung des Rechts auf angemessenen Wohnraum im Ezbet El Haggana Slum, Shehab Foundation
 - Unterstützung des El Nadeem Center for Rehabilitation of Victims of Violence
- 53.141,27 €**

Mali

- Unterstützung von abgeschobenen und abgewiesenen MigrantInnen, Association des Refoulés d’ Afrique Centrale au Mali (ARACEM)
 - Stärkung der Selbstorganisation von abgeschobenen MigrantInnen, Association Malienne des Expulsés (AME)
 - Nothilfe für Vertriebene aus dem Norden Malis, AME
- 95.232,00 €** (inkl. Unterstützung stiftung m.i.)

Mauretanien

- Verbesserung der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen und vulnerabler Bevölkerung, Mission Catholique / Caritas Nouadhibou
 - Rechtsberatung und soziale Begleitung von MigrantInnen, Association Mauritanienne des Droits de l’Homme (AMDH)
- 29.000,00 €**

Ostafrika [Kenia und Somalia]

- Advocacy für Gesundheit und Menschenrechte in Kenia, Kamukunji Paralegal Trust (KAPLET)
 - Nahrungsmittelhilfe in der Umgebung von Mogadischu, Save Somali Women and Children (SSWC)
 - Rehabilitationsprojekt auf Gemeindeebene, Nomadic Assistance for Peace and Development (NAPAD)
 - Maßnahmen zur Existenzsicherung und zur Wiedererlangung der Würde für Überlebende sexueller Gewalt in einem Lager für Binnenvertriebene in Mogadischu, SSWC
- 751.033,72 €**

Sierra Leone

- Öffentlichkeitsarbeit zu Abschiebungen aus Deutschland und Stärkung der Selbsthilfe, Network of Ex-Asylum Seekers Sierra Leone (NEAS)
 - Rechtsberatung für die arme Bevölkerung in der Diamantenregion Kono, Network Movement for Justice and Development (NMJD)
 - Teilnahme am regionalen NGO Forum des African Center for Democracy and Human Rights in Gambia, NEAS
- 35.890,00 €**

Simbabwe

- Das Recht auf Gesundheit in der Verfassung und der Praxis, Community Working Group on Health (CWGH)
 - HIV-Prävention, Gays and Lesbians of Zimbabwe (GALZ)
 - Regionaler Austausch zu sozialer Teilhabe an Gesundheitssystemen im östlichen und südlichen Afrika, Training and Research Support Centre (TARSC)
- 176.173,57 €** (inkl. Unterstützung BMZ, Equinet, stiftung m.i.)

Südafrika

- Selbsthilfe von Apartheidsopfern, inkl. Multiplikatorenfortbildung und Entwicklung von Öffentlichkeitsmaterial, Khulumani Support Group
 - Stärkung der politischen und sozialen Menschenrechte von Menschen mit HIV/Aids, Sinani
 - Für Bleiberecht und eine würdevolle Behandlung simbabwischer Flüchtlinge in Südafrika, Zimbabwe Exiles Forum (ZEF)
- 202.639,27 €** (inkl. Unterstützung BMZ, stiftung m.i.)

Westsahara

- Medikamentenversorgung und Kapazitätenstärkung in Sahrauischen Flüchtlingslagern, Gesundheitsministerium der Demokratischen Arabischen Republik Sahara (DARS)
 - Unterstützung der Lobby- und Advocacyarbeit in Deutschland zur Lösung des Westsaharakonfliktes, Freiheit für die Westsahara e.V.
- 962.301,12 €** (inkl. Unterstützung ECHO)

ASIEN

Afghanistan

- Humanitäres Minenräumen in Afghanistan, Mine Detection and Dog Center (MDC)
 - Physiotherapie und psychologische Beratung für Frauen, MDC
 - Kreativer Widerstand, für Frauenrechte, erste Süd-Süd-Konferenz des Theaters der Unterdrückten in Zentral-/Südasiens, Afghanistan Human Rights and Democracy Organization (AHRDO)
- 2.366.133,44 €** (inkl. Unterstützung AA, stiftung m.i.)

Bangladesch

- Gesundheitsprogramm für Dhakas Slumbewohner, Gonoshasthaya Kendra (GK)
 - Ländliches Gesundheitsprogramm in Bhatshala, GK
 - Notfallhilfe und Brandschutzkampagne von Beschäftigten im Bekleidungssektor, TIE Bildungswerk e.V. in Kooperation mit der National Garment Workers Federation (NGWF)
 - Medizinische Behandlung von Opfern des Rana-Plaza-Fabrikeinsturzes, GK
 - Begleitung des Rehabilitierungs- und Entschädigungsprozesses der Opfer des Rana-Plaza-Fabrikeinsturzes, Research Initiative for Social Equity (RISE)
- 77.305,41 €**

Pakistan

- Kampagnenarbeit für einen gerechten Wiederaufbau. Pakistan Institute of Labour Education and Research (PILER)
 - Gründung einer landwirtschaftlichen Modellkooperative und Stärkung der Bewegung landloser Bauern, Sindh Labour Relief Committee (SLRC) & Home Based Women Workers Centre Association (HBWWCA)
 - Umfassender Wiederaufbau von 5 Dörfern im Distrikt Matiari (TAMEER 3), Health and Nutrition Development Society (HANDS)
 - Austauschprogramm zwischen HANDS (Pakistan) und SEED (Sri Lanka)
 - Psychosoziale Arbeit in Karatschi, HANDS
 - Verteilung von Solarlampen an 1.125 Haushalte im Distrikt Matiari, HANDS
- 724.092,74 €**

Philippinen

- Humanitäre Unterstützung für vom Taifun betroffene Familien auf den Inseln Visayas, Samahang Operasyong Sagip (SOS)
- 196.685,00 €**

Sri Lanka

- Medizinische Versorgung von ArbeiterInnen der sri-lankischen Freihandelszonen, Free Trade Zones and General Services Employees Union (FTZGSEU)
 - Nachhaltige Wiederansiedlung von Bürgerkriegsflüchtlingen im Norden Sri Lankas, Social, Economical and Environmental Developers (SEED)
 - Institutionelle Unterstützung, SEED
- 71.668,72 €** (inkl. Unterstützung BMZ)

LATEINAMERIKA

Brasilien

- Patentrecht: Verbesserung öffentl. Gesundheitspolitik und Zugang zu essentiellen Medikamenten, Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA)
 - Vorbereitungsreise zum 6. Nationalen Kongress der brasilianischen Landlosenbewegung, Escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF) & Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST)
 - Universelles Recht auf Zugang zu Gesundheit, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)
 - Ausbildung von Gesundheitspromotoren der Waiapi, Instituto de Pesquisa e Formação Indígena (IEPÉ)
 - Veröffentlichung der Studie zu Gesundheitsfolgen des Thyssen-Krupp-Stahlwerks, Instituto Políticas Alternativas para o Cone Sul (PACS)
- 75.416,00 €** (inkl. Unterstützung Klima-Bündnis und Kulturdepot)

Chile

- Menschenrechtsarbeit, Corporación de Promoción y Defensa de los Derechos del Pueblo (CODEPU)
- 8.000,00 €**

El Salvador

- Verankerung des Nationalen Gesundheitsforums (FNS) in den Landkreisen, Alianza Ciudadana contra la Privatización de la Salud (ACCPs) über Asociación de Promotores Comunes Salvadoreños (APROCSAL)
- Sozialfonds für Prothesenträger in El Salvador, Promotora de la Organización de Discapacitados de El Salvador (PODES)
- Sensibilisierung von SchülerInnen zu informierter und verantwortlicher Migration, Museo de la Palabra y la Imagen (MUPI)
- Aufwendungen des Projektbüros Mittelamerika
- 62.829,05 €**

Guatemala

- Stärkung jugendlicher Führungskräfte in Gemeinden, Sagrada Tierra
- Empowerment von Jugendlichen und Kindern in indigenen Gemeinden, Asociación Coordinadora Comunitaria de Servicios para la Salud (ACCSS)
- Bearbeitung der psychosozialen Auswirkungen schwerwiegender Menschenrechtsverletzungen, Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial (ECAP)
- Kampf gegen die Straffreiheit und für die Demokratisierung der Justiz, Comisión Internacional de Juristas (CIJ) & Bufete Jurídico de Derechos Humanos (BJDH)
- Aufwendungen des Projektbüros Mittelamerika
- 242.934,62 €** (inkl. Unterstützung BMZ, stiftung m.i.)

Haiti

- Bau eines Frauen- und Kinderzentrums sowie Förderung von Beratungs- und Berufsausbildungsprogrammen, Association des Femmes pour le Développement communautaire (AFDC)
- Aufbau einer Hühnerzucht und politische Ausbildung der Organisationsmitglieder, Tet Kole
- Bau und Betrieb einer Gesundheitsstation in Fauché, Organisation des Paysans Progressistes de Fauché (OPPF)
- Verteidigung von Menschenrechten und Durchsetzung von Rechtsstaatlichkeit, Réseau National de Défense des Droits Humaines (RNDDH)
- Stärkung der Bauernbewegung in ihrem Einsatz für Menschenrechte, Süd-Süd-Austausch mit der Escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF), Brasilien
- Abriss und Schutttransport Cafeteria Montessori-Schule, Institution Mixte de l' Avenir (IMA) & La Maison des Enfants du Village de l'Avenir (MEVA)
- Stärkung der Gesundheitszentren La Chapelle, Désarmes und Goyavier und Entwicklung von Bauplänen für ein Gesundheitszentrum in Désarmes, Service Oecuménique d'Entraide (SOE)
- Aktionswoche zur Erinnerung an den 23.7.1987 in Jean Rabel, Tet Kole
- Wiederaufforstung und Anpflanzung von Obstbäumen in Carnifice, Mouvement pour le Développement Rural de Gros-Morne (MODERUG)
- Stärkung von Bauerngruppen im Département Aquin, Centre de Recherche et de Formation Economique et sociale pour le Développement (CRESFED)
- Aufwendungen des Projektbüros Haiti
- 548.639,15 €**

Mexiko

- Arbeit und Aktionen der Mesoamerikanischen Migrationsbewegung, inkl. Karawane Angehöriger verschwundener MigrantInnen aus Zentralamerika, Movimiento Migrante Mesoamericano (M3)
- Bau einer Unterkunft für Freiwillige in der Migrantenherberge „La 72“, Tenosique, La 72
- Nothilfefonds für von Unwettern betroffene Gemeinden in Guerrero, M3
- Aufwendungen des Projektbüros Mittelamerika
- 44.225,76 €** (inkl. Unterstützung stiftung m.i.)

Nicaragua

- Empowerment von Kindern und Jugendlichen für eine gesündere Umwelt, Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud (CISAS)
- Monitoring La Palmerita, Movimiento de Mujeres Trabajadoras María Elena Cuadra (MEC-León)
- Stärkung jugendlicher Führungskräfte und Multiplikatoren in sozialen Organisationen, Centro Ecuaménico Antonio Valdivieso (CEAV)

- Chronische Niereninsuffizienz - Hilfsfonds für Medikamente und Labormaterialien, Nicaragua Forum Heidelberg e.V.
- Frauen, Gewalt und Migration, NicasMigrante
- Aufwendungen des Projektbüros Mittelamerika
- 204.209,59 €** (inkl. Unterstützung BMZ)

NAHER/MITTLERER OSTEN

Kurdistan

- Unterstützung für von Gewalt und Ehrenmord bedrohte Frauen (KHANZAD)
- Aufklärungskampagne zu häuslicher Gewalt und Gesundheit in 24 Dörfern (KHF) / Haukari e.V.
- 32.077,00 €**

Libanon

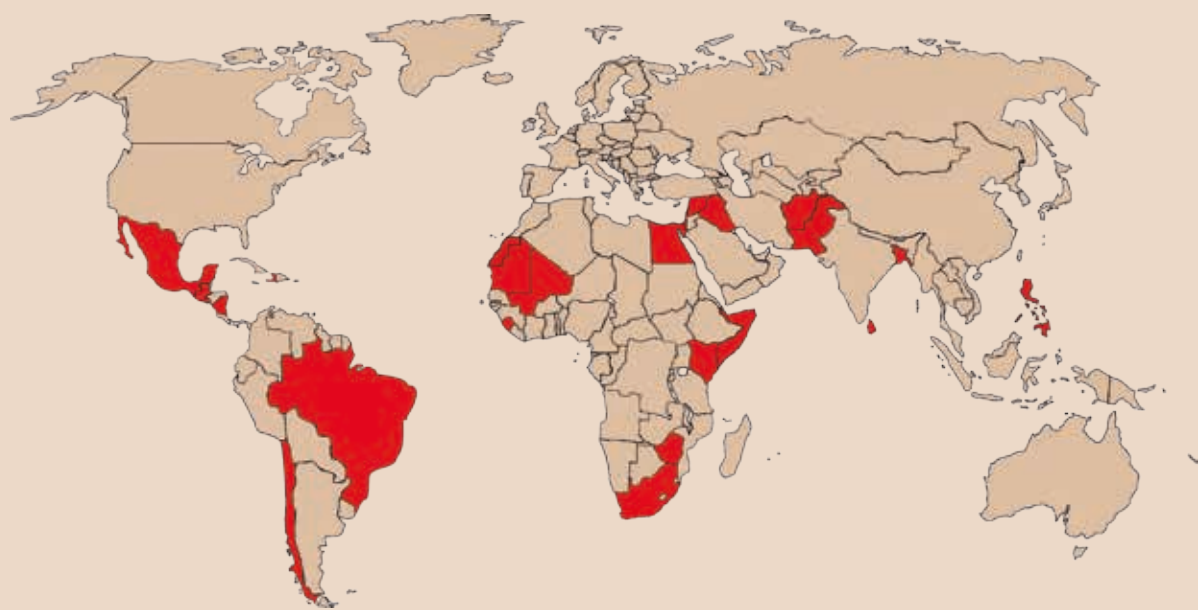
- Partizipative Gemeindeentwicklungsinitiativen, Popular Aid for Relief and Development (PARD)
- Wiederaufbau und Verbesserung der Infrastruktur von gemeindeorientierten Gesundheitsdiensten sowie Bereitstellung von Ernährungsberatung und Nahrungsergänzungspräparaten für marginalisierte Gemeinden im Gazastreifen, PMRS
- 176.799,59 €** (inkl. Unterstützung BMZ)

Palästina/Israel

- Verbesserung des Zugangs zu Basisgesundheitsdiensten in der Westbank, Medikamentenversorgung im Gazastreifen und auf der Westbank, Palestinian Medical Relief Society (PMRS)
- Schule für gemeinwesenorientierte Gesundheit, PMRS
- Wiederaufbau und Verbesserung der Infrastruktur von gemeindeorientierten Gesundheitsdiensten sowie Bereitstellung von Ernährungsberatung und Nahrungsergänzungspräparaten für marginalisierte Gemeinden im Gazastreifen, PMRS
- Absicherung des Zugangs zu Basisgesundheitsdienstleistungen in den Grenzregionen des Gazastreifens und medizinische Versorgung von sozialen Härtefällen in der Westbank und dem Gazastreifen, PMRS
- Anschaffung eines Generators für Notstromversorgung in Gaza sowie institutionelle Unterstützung, Al Mezan Center for Human Rights
- Rechercheprojekt: Wer profitiert von der Besatzung?, Coalition of Women for Peace (CWP)
- Unterstützung von Adalah (Legal Center for Arab Minority Rights in Israel)
- Früherkennung und Behandlung von Brustkrebs, Begleitung von Brustkrebspatientinnen im Gazastreifen, Culture & Free Thought Association
- Unterstützung des Freedom Theatre Jenin
- Mobile Kliniken, Physicians for Human Rights-Israel (PHR-IL)
- Schutz und Förderung der Rechte von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Israel (PHR-IL)
- Öffentlichkeitsarbeit zu den Aktivitäten der israelischen Streitkräfte in den besetzten Gebieten, Breaking the Silence
- Wiederherstellung der Lebensgrundlagen marginalisierter Gemeinschaften und Bereitstellung nachhaltiger Energieversorgung in den südlichen Hebronhügeln, Comet-ME
- Schulgesundheitsprogramm, Medical Relief Society Jerusalem
- Aufwendungen des Projektbüros Ramallah
- 1.359.776,57 €** (inkl. Unterstützung AA, BMZ, UN Trust Fund for Disaster Relief / HRF & ERF, m.i. CH, stiftung m.i.)

Syrien

- Nahrungsmittelhilfe für intern Vertriebene in den Camps Yarmouk, Jaramana, Homs und Qudsey Gathering, JAFRA Foundation
- Medizinische Versorgung syrischer Flüchtlinge im Libanon und Vorbereitung auf den Winter, AMEL Association
- Humanitäre und psychosoziale Unterstützung für Kinder und erwachsene Mitglieder geflüchteter palästinensischer Familien aus Syrien im Ein el Hilweh Camp (Saida), Nashet Association
- Unterstützung chronisch kranker Patienten in Nord-Syrien, Medical Commission for the Syrian Revolution (MCSR)
- Unterstützung selbstverwalteter Schulen in Erbin, Local Coordination Committees (LCC)
- Verbesserung des Zugangs zu unentbehrlichen Arzneimitteln, Hoher Kurdischer Rat
- Unterstützung der medizinischen Nothilfe für Giftgasopfer in Syrien, Deutsch-Syrischer Verein
- 768.665,07 €** (inkl. Unterstützung AA)



THEMENBEZUG GESUNDHEIT

- Demokratisierung globaler Gesundheitspolitiken, People's Health Movement (PHM), Global Secretariat Cairo
 - MEDBOX - The Aid Library; Open-Source-Bibliothek zur Qualitätssicherung in der internationalen Not- und Übergangshilfe, Missionsärztliches Institut Würzburg
 - I. Lateinamerika-Konferenz des People's Health Movement (PHM-LA), Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud (CISAS), Nicaragua
 - Urban Health Projekt in Kadugondanahalli (KG Halli), Institute for Public Health Bangalore (IPH), Indien
 - IPHU Kurs zur Politischen Ökonomie der Gesundheit, PHM Global Secretariat Cairo & PHM Europe
- 49.539,27 € (inkl. Unterstützung stiftung m.i.)

SONSTIGES

Inlandsprojekt Flüchtlingshilfe

- Betreuung von Flüchtlingen in NRW, Anti-Rassismus-Telefon (ART) Essen
- 58.000,00 €

Migration

- Recherche- und Unterstützungsprojekt für Flüchtlinge im Transit in der Türkei und in Griechenland, Pro Asyl
- 5.000,00 €

Psychosoziale Arbeit

- Weiterbildung der psychosozialen BegleiterInnen von ZeugInnen und Angehörigen bei Menschenrechtsfällen, Grupo Acompañamiento Psicosocial de Ayacucho (GAPSA)
 - Kritische Öffentlichkeitsarbeit und Kompetenzerweiterung von Individuen und Organisationen im psychosozialen Sektor, International Conflict Research Institute (University of Ulster)
 - 25 Jahre Anfal und Halabja - Veranstaltung, Fachkonferenz und Filmtag, Haukari e.V.
 - Living Peace Memorials - interaktive Erinnerungsprojekte in Sierra Leone, Farafina e.V.
- 35.646,00 €

- AFGHANISTAN
- ÄGYPTEN
- BANGLADESCH
- BRASILien
- CHILE
- EL SALVADOR
- GUATEMALA
- HAITI
- ISRAEL
- KENIA
- KURDISTAN/IRAK
- LIBANON
- MALI
- MAURETANIEN
- MEXIKO
- NICARAGUA
- PAKISTAN
- PALÄSTINA
- PHILIPPINEN
- SIERRA LEONE
- SIMBABWE
- SOMALIA
- SRI LANKA
- SÜDAFRIKA
- SYRIEN
- WESTSAHARA

Legende der verwendeten Abkürzungen

AA: Auswärtiges Amt
BMZ: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ECHO: European Community Humanitarian Office
EQUINET: Regional Network on Equity and Health in Southern Africa
ERF & HRF: Emergency Response Fund & Humanitarian Response Fund /

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
m.i. CH: medico international schweiz
stiftung m.i.: stiftung medico international
UN Trust Fund for Disaster Relief: United Nations Trust Fund for Disaster Relief

Weiterführende Infos

Sie wollen mehr über unsere Arbeit und unsere Partner wissen? Aktuelle Berichte, Pressemitteilungen, Veranstaltungshinweise, Hintergrundinformationen und Blogs unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter finden Sie auf:

www.medico.de

Dort können Sie auch den **medico-Email-Newsletter** oder das vierteljährlich erscheinende **medico-rundschreiben** bestellen.

Sie wollen sich für medico engagieren – wen können Sie ansprechen? Sie möchten selbst aktiv werden, einen Info-Tisch machen, eine Veranstaltung mit einem medico-Referenten organisieren, im Freundes- und Verwandtenkreis Material verteilen, sich für ein konkretes Projekt engagieren? Sie haben eine Frage zu Ihrer Spendenquittung? **Claire Tillmann** und **Marek Arlt** in der medico-Zentrale kümmern sich um Ihr Anliegen: Tel. 069 94438-0, info@medico.de

Sie möchten **medico-Fördermitglied** werden, damit die gesamte Arbeit von medico und seinen Partnern unterstützen sowie deren Unabhängigkeit sichern? Fragen dazu beantwortet Ihnen **Ramona Lenz**, Tel. 069 94438-23, lenz@medico.de

Sie haben **ein Jubiläum, einen runden Geburtstag zu feiern** und möchten zu diesem Anlass um Spenden für medico bitten? Nehmen Sie Kontakt mit **Claire Tillmann** auf, Tel. 069 94438-0, tillmann@medico.de

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

Impressum

medico international
Burgstraße 106
D-60389 Frankfurt am Main
Tel. [069] 944 38-0, Fax [069] 436002
info@medico.de, www.medico.de
www.facebook.com/medicointernational
www.twitter.com/nothilfe

Spendenkonto: 1800
Frankfurter Sparkasse
BLZ 500 502 01
IBAN: DE21 5005 0201 0000 0018 00
BIC: HELADEF1822



ViSdP: Katja Maurer
Redaktion: Ramona Lenz, Christian Sälzer
Bildredaktion: Martin Glasenapp
Art Direction: Heine/ Lenz/ Zizka Projekte GmbH
Gestaltung & Satz: Andrea Schuldt
Korrektorat: Marek Arlt
Mai 2014

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



medico international
Burgstraße 106
D-60389 Frankfurt am Main
Spendenkonto 1800
Frankfurter Sparkasse
BLZ 500 502 01
IBAN DE21 5005 0201 0000 0018 00
BIC: HELADEF1822



medico international