



medico international

dr. Zafarullah Chowdhury



Herausgeber:
medico international
Burgstraße 106
D-60389 Frankfurt am Main
Tel. (069) 944 38-0
Fax (069) 436002
E-Mail: info@medico.de
Internet: www.medico.de

Redaktion:
Katja Maurer (verantwortl.),
Thomas Gebauer,
Martin Glasenapp

Lektorat:
Reinhard Arendt

Gestaltung:
Andrea Schuldt

Titelfoto:
Bärbel Högner

Spendenkonto: 1800
Frankfurter Sparkasse
BLZ 500 502 01

Deutsches
Zentralinstitut
für soziale
Fragen/DZI



DZI Spenden-Siegel:
Geprüft • Empfohlen

ISSN 0949-0876

- 3 **editorial**
- 4 **kommentar**
No where / Now here
- 6 **Guatemala**
Mit Biss und Zukunft
- 10 **Gabriel García Márquez**
An einem dieser Tage
- 12 **projekte - projektionen**
- 14 **Bangladesh**
Globalisierung von unten
- 18 **pharmakritik**
Das zweite Gesicht
- 22 **Nicaragua**
Armut als Problemtrance
- 25 **Brasilien**
Wir setzen nicht auf staatliche Fürsorge
- 28 **Sierra Leone**
Unvergänglich - und mit Blut befleckt
- 30 **Südafrika**
Die Gelegenheit beim Schopf packen
- 31 **gesundheit**
Globale Apartheid
- 36 **medico aktiv**
- 38 **medico Materialien**
- 38 **hinweise**



Liebe Leserinnen und Leser,

editorial

das „Making-Of“ dieses Rundschreibens ist berichtenswert. Das Weihnachtshft bewegt das ganze medico-Team. Das wichtigste Hft im Jahr soll ein mglichst breites Spektrum der Arbeit darstellen. Neun Spendenstichwrter sind keine magische Zahl, aber ein Hinweis auf die Vielfalt der Themen und Projekte, ber die wir berichten. Immerhin fanden wir im Entstehen dieses Hftes vieles so interessant, dass wir die Seitenzahl von 32 auf 40 erhht haben. Wir sind davon ausgegangen, dass die Zeit zwischen den Jahren nicht nur zum Spenden, sondern auch zum Lesen anregt.

Wenn Sie sich das Hft genauer betrachten, werden Sie feststellen, dass bei aller Vielfalt ein Thema diese Ausgabe prgt: die Frage nmlich, wie Zugang zu Gesundheit unter den Bedingungen einer zunehmenden Privatisierung ffentlicher Gesundheitsfrsorge zu gewhrleisten ist. Wie vielen von Ihnen vielleicht schon aufgefallen ist, bewegt uns dabei insbesondere die Frage nach Produktion und Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten. In den zurckliegenden Jahren haben wir zu Recht groen Wert darauf gelegt, dass Gesundheit nicht durch eine Wunderpille zu gewhrleisten ist. Und wenn Sie den ausfhrlichen Text von Thomas Gebauer im hinteren Teil des Hftes lesen, dann werden Sie auch feststellen, dass sich an dieser Position nichts geandert hat. Der Text ist brigens ein Auszug aus seiner Rede beim turnusgemssen IPPNW-Kongress „Medizin und Gewissen“, der sich dieses Jahr mit der Kommerzialisierung der Gesundheit beschftigte. Tatschlich aber wird die globale Apartheid in der Gesundheit nirgendwo so deutlich, wie in dem hchst ungerechten Zugang zu Medikamenten, die Leben retten oder zumindest verlngern knnten. Das schlagende Beispiel der AIDS-Medikamente ist dabei nur eines von vielen.

Seit einem Jahr diskutieren wir in diesem Kontext einen neuen ffentlichen Auftritt zu globalen Gesundheitsproblemen, der nicht nur die Probleme des neoliberal geprgten Gesundheitsverstndnisses deutlich macht, sondern auch Alternativen aufzeigt. Dabei spielt die Forderung nach Entwicklung und Zugang zu Medikamenten als ffentliches Gut eine zentrale Rolle. Einige mgliche Alternativen finden in unserem Hft Erwhnung: die Zahnpromotoren aus Guatemala, die wir seit vielen Jahren untersttzen, und die Christoph Goldmann sehr persnlich portrtiert; oder die Kollegen von Gonoshasthaya Kendra, die exemplarisch ein umfassendes Gesundheitskonzept mit ihren sozialen Diensten realisieren und parallel essentielle Medikamente herstellen. Die Globalisierung dieser Alternativen ist uns ein besonderes Anliegen. Gerade im nchsten Jahr, wenn die deutsche EU-Prsidentschaft und der G8-Gipfel in Deutschland die Globalisierungsdebatte auch hier wieder aufleben lassen werden, mchten wir deutlich machen, dass es keine neoliberale Zwangslufigkeit von allein seligmachenden Marktgesetzen gibt.

Insofern ffnet das letzte Hft in diesem Jahr zugleich den Blick auf einige der groen Themen, die uns nchstes Jahr beschftigen werden. Auf ihre Mithilfe, diese Alternativen publik zu machen, sind wir angewiesen. Informationsangebote dazu finden Sie in dieser umfangreichen Ausgabe des medico-Rundschreibens.

Mit herzlichen Grssen

Ihre

Katja Maurer



No where / Now here

Über Utopien und das Wunder der Freiheit

Thomas Gebauer

kommentar

Die Idee einer besseren Welt ist keineswegs abgegolten. Wo Unsicherheit und Not herrschen, sind immer auch Überlegungen, wie Zukunft anders zu gestalten wäre. Das gilt auch für die eigene Gesellschaft, wo zuletzt gar von einer Renaissance der Utopie die Rede war.

Aber nicht die Kritik am Bestehenden prägt das heutige utopische Denken, sondern ein Ausmalen jener technischen Möglichkeiten, die sich aus der Entwicklung der modernen Biowissenschaften, aus Computer- und Informationstechnologie für die Sicherung des Status quo künftig ergeben könnten. Skizzierten die frühen Sozialisten in ihren utopischen Entwürfen noch eine Welt jenseits von Not und Notwendigkeit, eine Welt ohne Ausbeutung und Unterdrückung, so haben die Lifescreener und Software-designer von heute die soziale Dimension der Utopie aus den Augen verloren.

Auf den ersten Blick geben der erreichte Grad der Automatisierung und der Reichtum, der in der Welt entfaltet werden konnte, den Neo-Utopisten recht. Die Utopie scheint ausgerechnet im Rahmen jener Produktionsverhältnisse verwirklicht, die sie immer zu überwinden versucht hatte. Waren es früher 3 Verbraucher, die ein Bauer mit seiner Arbeit versorgen konnte, sind es heute bereits über 80. Längst hat die Produktivität ein Niveau erreicht, das Existenzsicherung jenseits von entfremdeter Arbeit, jenseits von „Mühe“, „Plage“ und „Last“ (lat: *labor*) zuließe. Ohne Frage wären heute jene substantiellen Arbeitszeitverkürzungen möglich, die das utopische Denken seit seinen Anfängen beflügelt haben. Für sich genommen bedeutet die gesteigerte Produktivität noch keinen Fluch. Sie verweist allein darauf, wie nah das Ziel einer Ökonomie ist, die für die Menschen da ist und nicht umgekehrt.

Woran die bestehenden Verhältnisse wirklich kranken, zeigt sich mit Blick auf die globalen Verhältnisse. Alle fünf Sekunden verhungert ein Kind, obwohl die Welt-Landwirtschaft bereits heute imstande wäre, 12 Mrd. Menschen, also annähernd das Doppelte der gegenwärtigen Weltbevölkerung, zu ernähren. Niemand müsste mehr hungern, und dennoch leiden über 800 Mio. Menschen an chronischer Unterernährung.

Um dem schleichenden Mord an Kindern entgegenzutreten, bedarf es keiner innovativer Gentech-Pflanzen, sondern allein der sozialpolitischen „Regelung der menschlichen Angelegenheiten nach kollektiven Maßstäben“. Genau darin liegt für Oskar Negt der Kern jedes utopischen Denkens.

Dass die globalen Verhältnisse trotz triumphal entfalteter Technik und trotz wachsender Produktivität zu kollabieren drohen, das ahnt inzwischen auch die Politik. Die Zeit, in der die Verantwortung für die Gestaltung menschenwürdiger Lebensumstände an den Markt delegiert wurde, scheint vorbei. Auf Parteitagungen wird bereits das Ende des Neo-Liberalismus beschworen: Wenn die Welt noch eine Zukunft haben solle, müsse die Globalisierung endlich auch sozial gestaltet werden. Ob es bei Sonntagsreden bleibt, wird sich nicht zuletzt im nächsten Jahr in Deutschland zeigen, wenn sich in Heiligendamm die Gruppe der G8 trifft und Deutschland zugleich turnusmäßig die EU-Präsidentschaft innehat.

Die offiziellen Vorbereitungsdokumente, die bereits kursieren, lassen nichts Gutes erwarten. Visionäres jedenfalls ist ihnen nicht zu entnehmen. Ideen radikaler Arbeitszeitverkürzungen oder die Entkop-



Harmony New Harmony

Utopie zu Zeiten des Manchesterkapitalismus: Robert Owens Vision von New Harmony, die nie gebaut wurde (gemalt von F. Bate, 1838).

pelung von Einkommen und Leistung im Rahmen garantierter Grundsicherung stehen beispielsweise nicht auf der Agenda, sondern überkommene Beschäftigungsstrategien, die Existenz noch immer an das Prinzip der Lohnarbeit knüpfen. So paradox es klingt: Ausgerechnet mit der Verlängerung der individuellen Arbeitszeit soll die Massenarbeitslosigkeit in Europa bekämpft werden. Statt den herrschenden Produktionsverhältnissen Alternativen entgegenzusetzen, bleibt es bei althergebrachten Konzepten, die sich längst als untauglich erwiesen haben. Gegenentwürfe zum Abriss des Sozialstaates gelten noch immer als weltfremdes Phantasieren: „Wer Visionen hat, solle zum Arzt gehen!“ (Helmut Schmidt)

Weil wir zu alt werden, würde uns das Sozialversicherungssystem um die Ohren fliegen, behaupten Politiker aller Couleur – und unterschlagen dabei, wie hervorragend es gelungen ist, die allerdings massive Alterung der Gesellschaft im vergangenen Jahrhundert sozialpolitisch aufzufangen. Besorgt verweisen hochbezahlte Journalisten auf die Veränderung der offenbar lieb gewonnenen Bevölkerungspyramide, die heute die Gestalt einer „Urne“ angenommen hätte – und erzeugen Angst, wo Zufriedenheit angesagt wäre. Der vermeintliche „Methusalem-Komplex“ belegt nämlich nur, dass Zigtausende von Säuglingen nicht mehr sterben müssen und diejenigen, die geboren werden, auch ein langes Leben haben.

Echte Utopie hat ihren Boden in der Erinnerung, schreibt Adorno. Sie speist sich aus dem Bruch mit dem Bestehenden und der Rückbesinnung auf erfahrenes Glück und Leid. Das Reich der Freiheit entsteht nicht über bloße Modernisierung einer unheilvollen Tendenz, sondern nur über den Ausgleich zwischen den Rechten und Bedürfnissen eines jedes Einzelnen und dem solidarischen Ganzen, ohne den Gesellschaftlichkeit nicht gelingen kann.

Und die Voraussetzungen für die Schaffung einer sozialen Infrastruktur, die Bildung, Gesundheit, Kultur allen, unabhängig vom Einkommen, zugänglich macht, stehen nicht schlecht: 77% der hiesigen Bevölkerung unterstützen die Prinzipien der solidarischen Krankenversicherung. 80% der Gesunden stehen zur Unterstützung von Kranken durch Gesunde. 73% der jungen Menschen sind für einen Solidarausgleich mit den Älteren. 82% derjenigen, die über ein Nettoeinkommen von über 1.500 € verfügen, sind für Beihilfen für Ärmere. Nicht mehr Wettbewerb verlangen die Versicherten, sondern eine verlässliche Gesundheitsversorgung. Es sind nicht die Leute, die auf eine Privatisierung der Gesundheitsdienste drängen, sondern die herrschenden Produktionsverhältnisse, in denen sich die Interessen der Shareholder und des Business spiegeln.

Das „Wunder der Freiheit“, so die Sozialphilosophin Hannah Arendt, die in diesem Herbst 100 Jahre alt geworden wäre, besteht darin, dass Menschen imstande sind, Prozesse zu unterbrechen und einen neuen Anfang zu setzen. Freiheit, so Arendt, ist die Freiheit der Entscheidung zum politischen Handeln, die Herstellung eines im echten Sinne des Wortes politischen Raumes. Ein Raum der freien Zusammenkunft aller, in dem das für alle und jeden einzelnen Gemeinsame frei und gemeinsam entschieden wird. Das ist das Gegenteil von der Mixtur aus Verwaltung, Karrierismus und Meinungsbildung, die heute als „Politik“ verstanden wird. ■

Mit Biss und Zukunft



Die guatemaltekischen Dentalkliniken füllen mehr als eine Lücke und werden nun zu Gesundheitszentren ausgebaut. Eine Reise zu den Barfußzahnärzten, die große Zukunftspläne haben. Von Christoph Goldmann

Guatemala

Kollisionen geschehen an den Kreuzungen, Überschneidungen, bilden Schnittmengen. Das sind jene Orte, an denen man sich verirren kann. Aber wie schon die alten Maya ihren Kindern beizubringen pflegten: Der „Listo“ (der Clevere) am Kreuzweg ist auch der Meister der Möglichkeiten. Solche Meister sind Elizabeth Ibarra und Humberto de León. Wir sitzen in ihrem Büro von ACCSS (Asociación Coordinadora Comunitaria de Servicios para la Salud) in Guatemala-Stadt. Die beiden Leiter der Gesundheitsorganisation, mit der medico seit vielen Jahren zusammenarbeitet, erzählen von ihren Zukunftsplänen: Sie werden die im ländlichen Guatemala entstandenen Gesundheitszentren, die dort arbeiten, wo keinerlei Zugang zu medizinischer Versorgung vorhanden ist, weiter ausbauen. Sie wollen aber auch die Lobby-Arbeit intensivieren. Denn die Gesundheitspolitik im Land ist eine Katastrophe.

„Wir können den Genozid an der indianischen Bevölkerung Guatemalas und die entsetzlichen Grausamkeiten, die die Menschen unseres Lan-

des erleben mussten, nicht mehr rückgängig machen“, so Umberto de León. „Aber wir können etwas tun gegen die Strukturanpassungspolitik, die Millionen um angemessene Gesundheitsversorgung, Bildung und Wohnraum bringt.“

Humberto de León und Elizabeth Ibarra, Projektleiter, wissen, wovon sie reden. Hunger, Hass, Armut und Verfolgung haben die beiden über lange Zeit in dem kleinen Land in Zentralamerika am eigenen Leib erfahren. Als politisch Andersdenkende, als Mitstreiter des guatemaltekischen Widerstandes. Als Psychologin und als Frontärztin, die versuchten, zusammen mit der überwiegend indianischen Bevölkerung Guatemalas der rassistischen Ausrottungspolitik durch das Militär ein entschiedenes „Nein“ entgegenzusetzen.



Die Dentalhandwerkerinnen Margarita C. Raymundo, Maria R. Curio, Rosa S. Ortega (v.l.r.).
Alle Fotos: medico

Seit über 20 Jahren unterstützt medico international jene Kräfte solidarisch, die für ein gerechteres Guatemala kämpfen. In Guatemala herrschte 36 Jahre lang Bürgerkrieg. Erst 1996 wurde nach 200.000 Toten und mehr als einer Million Flüchtlinge ein Friedensvertrag unterschrieben, der den Krieg formell für beendet erklärte.

El Triunfo - Schönheit siegt

Jahrelang waren die Familien von Rosa Solana Ortega, 22, Margarita Cobo Raymundo, 20, und Maria Raymundo Corio, 19, als Nomaden im eigenen Land auf der Flucht vor dem Militär. Sie waren 10 Jahre alt, als sie in der Wiederansiedlung namens „El Triunfo“, nur 10 km von der Pazifikküste Guatemalas entfernt, eine neue Heimat fanden.

„Als wir hierher gekommen sind, war das eine große Umstellung. Die Landschaft, die Menschen, vor allem aber das heiße Klima. Eigentlich kamen wir in ein fremdes Land, denn wir alle kannten nur das Hochland. Für meine Eltern war es schrecklich, auch wenn wir froh waren, der ununterbrochenen Bedrohung durch das Militär entkommen zu sein“, so Rosa Solana Ortega, die in El Triunfo alle nur Rosita, la dentista, die Zahnärztin, nennen.

Zusammen mit ihren beiden Kolleginnen betreibt sie die Clinica Dental, die lokale Zahnklinik, eine von mittlerweile 12 Kliniken in ganz Guatemala, die in Zusammenarbeit von ACCSS mit medico international in den letzten Jahren entstanden sind. Ein utopisches Projekt, verspricht es doch das Recht auf (Zahn-)Gesundheit und auf ein strahlendes Lachen auch für jene, die in dem gnadenlos marktorientierten guatemalteckischen Gesundheitssystem nie und nimmer auch nur den Hauch einer Chance auf eine angemessene Zahnversorgung hätten. Hier ein Auszug aus der Preisliste der Zahnklinik: Zahnsteinentfernung: 70 Quetzales (8 Euro); Kariesentfernung und Füllung: 35 Quetzales (4 Euro); Teilprothese: 100 Quetzales pro Einheit (11 Euro); Gebiss: 800 Quetzales (88 Euro).

Auch wenn die globale Dentalhistorie wie ein Reigen bunter Geschichten anmutet, der von Mundhygiene und Mäusemist, Gummigebissen und Goldkronen, Zahnwürmern und fahrenden Doktoren erzählt: Die Dentalhandwerkerinnen von El Triunfo finden auch in der akademischen Welt Anerkennung und selbst preisbewusste Kunden aus der Mittelschicht wurden schon in der Clinica Dental in El Triunfo gesehen. Margarita, die aktuelle Chefin der Klinik, klärt über Gefahren und Risiken der Behandlung auf, pflegt eine akribische Buchführung und findet für so manchen verängstigten Patienten das beruhigende Wort. „Wir versuchen jeden Zahn zu retten, und da unterscheiden wir uns wirklich von so manchen „Zahnreißern“, die eigentlich immer nur möglichst viele Zähne ziehen, um dann an einem Vollgebiss zu verdienen. Deshalb sind wir auch regelmäßig unterwegs und besuchen die verschiedenen Wiederansiedlungen von Flüchtlingen und die Dörfer von Landarbeitern, die ihr sklavenähnliches Leben bei den Großgrundbesitzern satt hatten, und sich selbstständig gemacht haben. Wir bringen den Kindern das Zähneputzen bei und führen regelmäßig Fluoridierungen durch.“

Werbespots für die Dorfdentisten

Mittlerweile ist der Erfolg mancher Zahnkliniken so groß, dass selbst in lokalen Radio- und Fern-

sehstationen dafür Werbung geschaltet wird. Auch andere arbeiten in der Gewinnzone. Bei so vielen Patienten kommt es schon einmal zu Begegnungen, die weit über den rein pragmatischen Ansatz der Clínicas Dentales hinausweisen.

Nikolas Armado Lopez betreibt seine Klinik im Nordosten Guatemalas, in Petén. Nikolas ist gehbehindert, seit er während des Krieges schwer verletzt worden war. Ein Handicap, das es für ihn fast unmöglich machte, in Friedenszeiten auch nur die geringste Chance auf eine Arbeit zu haben. Für ihn hat die Clínica Dental alles verändert. „Ja, es gibt viele Organisationen, die bemühen sich um die Aufarbeitung unserer traumatischen Geschichte. Manchmal aber dachte ich, wo bleibt die Zukunft bei so viel Vergangenheits-

ist uns allen klar, wer damals gegen wen gekämpft hat und wer den Krieg verloren hat. Für 70% der Guatemalteken bedeutet der tägliche Überlebenskampf immer noch eine informelle Kriegserklärung, aber wir wehren uns auf unsere Art und wir sind der festen Überzeugung, dass wir von diesem Staat nicht viel zu erwarten haben.“

Angesichts der überwältigenden Probleme Guatemalas wäre es vermessen zu behaupten, dass die Dentalkliniken die Gesundheitsversorgung der armen Bevölkerung gewährleisten können. Deshalb auch wird bei einer einwöchigen Fortbildungsveranstaltung von ACCSS in Guatemala-Stadt, zu der Dentisten aus dem ganzen Land anreisen, trefflich über Politik, nationale Vernetzung und Perspektiven geredet. Viele akademische Ärzte, die die Dentisten in ihrer Freizeit mittlerweile auch in Allgemeinmedizin unterrichten, sind auch in der INS (Instancia Nacional de Salud), einer Vereinigung von 25 Organisationen aus dem sozialen und dem Gesundheitsbereich, engagiert. Die INS hat zusammen mit 65 Organisationen und 218 Einzelpersonen über zwei Jahre Vorschläge für konkrete Maßnahmen einer Basisgesundheitsversorgung für alle erarbeitet. Für sie sind die Clínicas Dentales ein wegweisendes Beispiel: denn mittlerweile sind viele Kliniken auch zu Beratungsstellen für Mutter/Kind-Prävention und zu kleinen Volksapotheken avanciert.

„Das staatliche Gesundheitssystem ignoriert die meisten Menschen, die auf dem Land leben, völlig. Wenn überhaupt, dann haben die vielen privaten Apotheken hier eine gewisse Stellvertreterposition eingenommen. Die verkauften den Menschen überteuerte Medikamente und Wunderheilmittel wie das mexikanische Nahrungsergänzungsmittel Omnilife. Das sind unsere Konkurrenten“, so Santos Chen Yat, Dentist aus der Clínica Dental in Cimientos de la Esperanza (Fundament der Hoffnung) im Norden Guatemalas.

Seit drei Monaten betreibt Chen eine kleine und erfolgreiche Apotheke in seiner Dentalklinik, in



Nikolas A. Lopez, Brückenbauer in Petén.

bewältigung? Weißt du, das ist schon komisch, wenn ein ehemaliger Gegner sich dir komplett ausliefert, und wenn du dich in seinem Mund zu schaffen machst, den Atem in deinem Gesicht fühlst. In meinem Wartezimmer, und auch nach den Behandlungen, reden die Leute. Und längst



Santos C. Yat, Dentist und Majapriester.

der ausschließlich Generika angeboten werden. „Die Menschen haben Vertrauen zu uns, und nur deshalb kaufen sie hier die ‘billigen’ Medikamente. Die arme Bevölkerung glaubt leider immer noch, dass gut auch teuer sein muss. Es hat sich aber herumgesprochen, dass ich demnächst eine Ausbildung zum Mayapriester beginnen werde, das hat offenbar das Vertrauen in meine Apotheke erhöht.“ Und Chen fügt stolz hinzu: „Die Zeiten, in denen man sich schämte, Indianer zu sein, sind endgültig vorbei.“

Tradition und Moderne

Unerwartete Koalitionen und Kollisionen sind auch die Koordinaten für das Leben und die Zukunftsplanung von Rosa Solana Ortega. Rosita ist „schon“ 22 und da wäre sie der Tradition nach schon lange verheiratet. Rositas größter Traum aber besteht darin, Zahnmedizin an der Universität zu studieren. „Mit zwölf bin ich mit meiner Mutter aus der Kampfzone im Norden Guatemalas mit dem Hubschrauber ausgeflogen worden. Mit 13 habe ich das erste Wort spanisch gelernt, mit 14 habe ich zum ersten Mal ein Klassenzimmer von innen gesehen. Bis zu diesem Alter mussten wir uns immer wieder für eine Zeit im Urwald verstecken, sonst hätte uns das Militär

alle umgebracht. Auch deshalb trage ich bis heute gerne meine traditionelle Kleidung. Ich stelle sie selbst an meinem Webstuhl zu Hause her, deshalb war ich so an der handwerklichen Arbeit als Dentistin interessiert. Gut, mittlerweile habe ich mein Abitur nachgemacht, ein teurer Spaß, denn ich musste alles selbst bezahlen. Ich danke meinen Eltern so, dass sie mir diese Freiheit gelassen haben. Ob ich jemals werde studieren können, das weiß ich noch nicht, denn das Studium hier ist sehr, sehr teuer.“

Rosita Solana Ortega wäre die erste Indianerin in der fast 500-jährigen Geschichte Guatemalas, die das Studium der Zahnmedizin aufnehmen würde. Das sagt einiges aus über ein Land, das zu 70% von indigener Bevölkerung bewohnt wird.

George Washington, dessen Konterfei mit leicht schmerzverzogenem Mund die 1-Dollarnote ziert, hätte ihr sicherlich gerne das Studium finanziert. George Washington litt unter übelstem Zahnweh, seit er 22 war. Schwarz und faulig sollen viele seiner Zähne gewesen sein, Karies war sicher dabei, seine Briefe und Tagebücher sind voll von Klagen, und im Schnitt verlor er jedes Jahr einen Zahn oder ließ ihn sich ziehen. Nur ein einziger natürlicher Zahn war Washington geblieben, ein Backenzahn unten links.

Die Dentistinnen aus El Triunfo hätten ihm helfen können, und das zu Preisen, die auch damals konkurrenzlos gewesen wären.

Projektstichwort

medico international will ACCSS bei der Weiterentwicklung der Clínicas Dentales hin zu umfassenden Basisgesundheitsstationen unterstützen. Ein erweitertes Gesundheitsprogramm für Mutter und Kind, die Ausbildung von Gesundheitspromotoren, der Aufbau eines alternativen Apothekennetzes und die Ausbildung von Mayapriestern sind geplant. Ein konkreter Ort für die physische Gesundheit. Ein ideeller Ort, der die subjektive Kraft für das Streben nach mehr Recht auf Gesundheit für alle stärkt.

Unterstützen Sie die Dentistas unter dem Projektstichwort: **Guatemala**



ORARIO DE ATENCION
EN LA CLINICA DENTAL
SABADO Y DOMINGO:
13:00 A 17:00 PM.



Gabriel García Márquez

An einem dieser Tage

Der Montag erwachte lau und regnerisch. Don Aurelio Escovar, Zahnarzt ohne Diplom und Frühaufsteher, öffnete seine Praxis um sechs. Er holte aus dem Glasschrank eine noch im Gipsabguss liegende Prothese und legte auf den Tisch eine Handvoll Instrumente, die er wie bei einer Ausstellung der Größe nach aneinanderreichte. Er trug ein kragenloses, am Hals mit einem vergoldeten Knopf geschlossenes Hemd, seine Hosen hielt ein Hosenträger. Er war steif, hager, und wie der Blick von Schwerhörigen entsprach sein Blick selten der Situation.

Als er alle Gegenstände auf dem Tisch angeordnet hatte, drehte er die Bohrmaschine zum Drehstuhl und setzte sich, um die Prothese zu polieren. Er schien nicht an das zu denken, was er tat, arbeitete jedoch beharrlich und bediente das Pedal der Bohrmaschine auch, wenn er sie nicht benutzte.

Nach acht machte er eine Pause, um durchs Fenster zum Himmel aufzublicken, und sah zwei nachdenkliche Aasgeier, die sich auf dem Dachfirst des Nachbarhauses in der Sonne trockneten. Er arbeitete weiter im Gedanken, dass es vor dem Mittagessen wieder regnen würde. Die rauhe Stimme seines elfjährigen Sohnes riss ihn aus seiner Versunkenheit. »Papa.«

»Was?«

»Der Bürgermeister sagt, dass du ihm einen Backenzahn ziehen sollst.«

»Sag ihm, ich bin nicht da.«

Er polierte einen Goldzahn, hielt ihn in Armesweite von sich weg und prüfte ihn mit halbgeschlossenen Augen. Im Wartezimmer schrie wieder sein Sohn. »Er sagt, dass du da bist, weil er dich hört.«

Der Zahnarzt prüfte weiter den Zahn. Erst als er ihn auf den Tisch zu den fertigen Arbeiten legte, sagte er: »Um so besser.«

Wieder ließ er den Bohrer surren. Aus einer kleinen Pappschachtel, in der er die unfertigen Sachen verwahrte, holte er eine mehrkronige Brücke und begann das Gold zu polieren.

»Papa.«

»Was?«

Noch immer war sein Gesichtsausdruck unverändert.

»Er sagt, wenn du ihm nicht den Backenzahn ziehst, knallt er dich über den Haufen.«

Ohne sich zu beeilen, nahm er mit einer seelenruhigen Bewegung den Fuß vom Pedal, schob die Bohrmaschine vom Stuhl weg und zog die unterste Schublade des Tisches ganz auf. Dort lag der Revolver. »Gut«, sagte er. »Sag ihm, er soll mich über den Haufen knallen.«

Er ließ den Stuhl kreisen, bis er der Tür gegenüberstand, und legte die Hand auf den Rand der Schublade. Der Bürgermeister erschien im Türrahmen. Er hatte sich die linke Wange rasiert, die andere jedoch, die geschwollene, schmerzende, bedeckte ein fünf Tage alter Bart. Der Zahnarzt sah in seinen welken Augen viele verzweifelte Nächte. Er drückte die Schublade mit den Fingerspitzen zu und sagte sanft: »Setzen Sie sich.«

»Guten Morgen«, sagte der Bürgermeister.

»Morgen«, sagte der Zahnarzt.

Während die Instrumente ausgekocht wurden, lehnte der Bürgermeister seinen Schädel an die Kopfstütze des Stuhles und fühlte sich besser. Er atmete eisigen Geruch. Es war eine armselige Praxis: ein alter Holzstuhl, Bohrmaschine mit Pedal und ein Glasschrank mit Porzellandosen. Dem Stuhl gegenüber ein Fenster mit einem mannshohen Wandschirm. Als er fühlte, dass der Zahnarzt näher trat, klemmte der Bürgermeister die Hacken zusammen und sperrte den Mund auf.

Don Aurelio Escovar drehte ihm das Gesicht zum Licht. Nachdem er den schadhafte Backenzahn geprüft hatte, befühlte er mit behutsamem Fingerdruck die Kinnlade.

»Es muss ohne Betäubung sein«, sagte er.

»Warum?«

»Weil Sie einen Abszess haben.«

Der Bürgermeister blickte ihm in die Augen.

»Gut«, sagte er und versuchte zu lächeln. Der Zahnarzt lächelte nicht. Er stellte die Schale mit den ausgekochten Instrumenten auf den Arbeitstisch, und noch immer ohne sich zu beeilen fischte er diese mit einer kalten Pinzette aus dem Wasser. Dann schob er den Spucknapf mit der Fußspitze näher und ging, um sich die Hände im Waschbecken zu waschen. Doch der Bürgermeister verlor ihn nicht aus den Augen.

Es war ein unterer Weisheitszahn. Der Zahnarzt spreizte die Beine und setzte die heiße Zange an den Backenzahn. Der Bürgermeister klammerte sich an die Armlehnen, presste seine ganze Kraft in die Füße und fühlte eisige Leere in den Nieren, gab aber keinen Ton von sich. Der Zahnarzt bewegte lediglich das Handgelenk. Ohne Groll, eher mit bitterer Zärtlichkeit sagte er: »Damit zahlen Sie uns für zwanzig Tote, Leutnant.«

Der Bürgermeister spürte ein Knirschen der Knochen im Kinnbacken, und seine Augen füllten sich mit Tränen. Aber er gab keinen Ton von sich, bevor er nicht den Backenzahn herauskommen fühlte. Dann sah er ihn durch seine Tränen hindurch. Er kam ihm so fremd vor in seinem Schmerz, dass er die Marter seiner fünf vergangenen Nächte nicht fassen konnte. Über den Spucknapf gebeugt, schwitzend, keuchend, knöpfte er sich den Waffenrock auf und tastete in der Hosentasche nach seinem Taschentuch. Der Zahnarzt reichte ihm einen sauberen Lappen.

»Trocknen Sie sich die Tränen ab«, sagte er.

Der Bürgermeister tat es. Er zitterte. Während der Zahnarzt sich die Hände wusch, sah er die durchlöcherter Zimmerdecke und ein staubiges Spinnennetz mit Spinneneiern und toten Insekten. Der Zahnarzt kehrte sich die Hände abtrocknend zurück. »Legen Sie sich hin«, sagte er, »und spülen Sie mit Salzwasser.« Der Bürgermeister stellte sich auf die Füße, verabschiedete sich mit einem mürrischen militärischen Gruß und ging mit staksenden Beinen auf die Tür zu, ohne den Waffenrock wieder zuzuknöpfen.

»Schicken Sie mir die Rechnung«, sagte er.

»An Sie oder an die Gemeinde?«

Der Bürgermeister drehte sich nicht um. Schloss die Tür hinter sich und sagte durch das Drahtnetz hindurch: »Eines so lästig wie's andere.«

Rechtshilfe in Sri Lanka

Menschenrechte zwischen den Fronten

Als wir mit unseren srilankischen Partnern die ersten Tsunami-Projekte verabredeten, ahnten wir bereits, dass es nicht nur um die Verwüstungen des Seebebens gehen würde. Überall kreisten die Gespräche um den brüchigen Frieden und die Furcht, dass der Konflikt beim Wiederaufbau zum Wiederausbruch des 20-jährigen Krieges führen würde. Die Formel, mit der unsere Partner die gegenwärtige Lage benennen, heißt „no war – no peace“, kein Krieg, kein Frieden. Sie baten uns, ihre Namen nicht mehr zu nennen: zwischen den Fronten arbeitend, wurden sie von beiden Kriegsparteien „verwarnt“. Längst geht es nicht mehr nur um den Wiederaufbau, sondern um aktive Friedens- und Menschenrechtsarbeit, und die tun wir nicht nur vor Ort. Als die Rebellen der LTTE auch von der EU zur „terroristischen Organisation“ erklärt wurden, warteten wir zusammen mit Brot für die Welt vor dieser einseitigen Parteinahme und bestanden auf der Umsetzung des von der srilankischen Regierung gekündigten Abkommens zur gerechten Verteilung der Tsunami-Hilfsmittel. Unsere Partner fordern jetzt die Entsendung einer internationalen Menschenrechtskommission. Wir

sprachen andere deutsche Hilfswerke an und wandten uns gemeinsam an die Ministerin Wiczorek-Zeul. Wir ergänzten die Forderung um



Protest gegen Diskriminierung in der Tsunami-Hilfe, August 2006. Foto: medico

eine weitere Idee unserer Partner: die Schaffung eines Rechtshilfefonds, der es Opfern der Gewalt ermöglichen soll, ihre Peiniger vor Gericht zu bringen. Das Ministerium zeigt sich offen, und wir werden demnächst wieder in Colombo sein, um aus der Idee ein Projekt zu machen. (TS)

Spendenstichwort: Seebeben

Handgemenge in Ramallah

Das neue medico-Büro in Palästina

Wie die meisten anderen ist auch der Neubau, in dem das medico-Büro in Ramallah sitzt, ohne Heizungen. Auch wenn es bis in den April hinein empfindlich kalt werden kann. Das hält zwar die Medikamente frisch, kann für unsere Büroleiterin Marinella, den Logistiker Omar und die Finanzfachfrau Maisa aber zur frostigen Qual werden. Sie behelfen sich deshalb mit drei mobilen Elektroheizern, die sicher kein Öko-Siegel erhalten werden. Unbilden, die im EU-finanzierten Projekt zur Verbesserung

der Gesundheitsversorgung in 22 Dörfern der Westbank zu den einfacheren gehören. Größer ist schon die Herausforderung, die der seit über zwei Monaten andauernde Streik des öffentlichen Gesundheitspersonals bedeutet, ist doch das von dem Arbeitskampf betroffene palästinensische Gesundheitsministerium neben unserem bewährten langjährigen Partner Palestinian Medical Relief Society (PMRS) an dem medico-Projekt beteiligt. Zudem sollen unsere beiden Teams doch just in den bestreikten Gesundheitszentren

mitarbeiten. Also ist viel Verhandlungsarbeit angesagt, bis die Zustimmung erreicht ist, bis die lokalen Krankenschwestern unseren Kollegen die Zentren öffnen können, ohne als Streikbrecher angesehen zu werden. Grund für den Streik ist das finanzielle Embargo der internationalen Gemeinschaft und Israels gegenüber der von der palästinensischen Hamas geführten Regierung.

Seit April wurden keine Löhne mehr ausgezahlt. Zu guter Letzt ist auch der medico-Partner PMRS an Verhandlungen mit den streikenden Verbänden beteiligt, die die Aufrechterhaltung der Notfallversorgung in den öffentlichen Krankenhäusern sichern soll. Not a simple story in Ramallah. (AW)

Spendenstichwort: Israel-Palästina

Erinnerung in Halabja

Am Tag des Urteils im Nordirak

Gemeinsam mit Kamal Kareem, Arzt bei dem medico-Partner Kurdistan Health Foundation (KHF), fahre ich von Sulamaniya aus Richtung Südosten. Unser Ziel ist Halabja. Sichtbar boomt es im Nordirak. Harte Dollars sind im Land. Entlang der Straße werden im Schnellbau Reihenhäuser errichtet. Nur Halabja wirkt wie aus der Zeit gefallen. Am Ortsanfang endet der Asphalt, matschige Straßen beginnen. Die Trümmer im alten Zentrum erinnern an den 16. März 1988, den Tag des Giftgasangriffs. Das Baath-Regime wollte damals wörtlich eine „Endlösung“ des kurdischen Widerstands, bis zu 182.000 Menschen „verschwanden“ in den Anfal-Operationen. An die Giftgasopfer erinnert das Halabja Memorial Museum. Auch das ist eine Ruine. Bei den Gedenkfeiern in diesem Frühjahr protestierten Stadtbewohner mit einem Sit-in gegen die ausgebliebene Hilfe der Regionalregierung. Sicherheitskräfte schossen in die Menge. Ein Toter und mehrere Verletzte. 30 Millionen Dollar sind bis heute versprochen. Nichts passierte. „Das Geld fließt woanders hin“, sagt Dilshad Nameq, der Leiter des Menschenrechtsoffice. Noch immer sind Erde und Wasser kontaminiert, häufen sich Krebsfälle und Fehlbildungen bei Geburten. Als ich die

zerstörte Halle des Museums verlasse, erzählt mir ein Mitarbeiter der KHF vom Todesurteil gegen Saddam. Teilnahmslos Schweigen. Erst auf meine Fragen kritisiert er das Urteil und die fehlende Rechtsstaatlichkeit des Verfahrens: „Soll Saddam doch nur sehen, dass wir ohne ihn besser leben.“ Wir müssen aufbrechen, da die Dun-



Junge Kurdinnen in Halabja, November 2006.
Foto: medico

kelheit naht. Während der Rückfahrt klingt mir die letzte Bemerkung des Menschenrechtsbeauftragten von Halabja im Ohr: „Als wir vom 11. September hörten, haben wir geweint. Hat jemand von euch je um Halabja geweint?“ (SE)

Spendenstichwort: Kurdistan

Globalisierung von unten

Mit der brasilianischen Chemikerin und Expertin für die Herstellung von AIDS-Medikamenten, Eloan Pinheiro, in Bangladesh bei der alternativen Pharmaproduktion von Gonoshasthaya Kendra

Bangladesh

Leidenschaftlich und entschlossen habe sie die ökonomischen Schwierigkeiten ihrer Familie überwunden und sich selbst Schule und Studium finanziert, schrieb einmal eine brasilianische Frauenzeitung über Eloan Pinheiro. Als Studentin protestierte sie in den 60er-Jahren gegen die brasilianische Militärdiktatur. Freunde von ihr wurden in dieser Zeit grausam ermordet. Sie selbst musste jahrelang in der brasilianischen Provinz untertauchen. Eloan nutzte die Zeit, um ihr Studium zu beenden. Als Chemikerin stieg sie später in die höchsten Etagen brasilianischer Pharma-Unternehmen auf. Bis sie angesichts der AIDS-Krise in Brasilien ihren hochbezahlten Job aufgab und die Leitung des staatlichen Pharmaunternehmens Farmanguinhos übernahm. Der Auftrag war klar: wirkstoffgleiche Kopien von patentierten, lebensrettenden AIDS-Medikamenten für den brasilianischen Markt zu entwickeln und zu produzieren.

Wir sitzen mit Eloan in der 5. Etage des Gästehauses von Gonoshasthaya Kendra, einer der wichtigsten alternativen Gesundheitsorganisationen von Bangladesh, und blicken auf das tropische Grün unter uns. Wir reden über ihre Erfahrung von da-

mals. Noch immer spiegelt sich ein leichtes Entsetzen in ihrem Gesicht, wenn sie von den ersten Wochen bei Farmanguinhos spricht. „Das Unternehmen war in einem verheerenden Zustand. Im Labor brieten die Mitarbeiter Shrimps

auf offenem Feuer und feierten.“ Vielleicht hat nur ein politischer Mensch wie Eloan, der von der Notwendigkeit öffentlicher Lenkung von Gesundheitspolitik und lokaler öffentlicher Pharmaproduktion überzeugt ist, die nötige Durchsetzungskraft, um solche Lethargie, wie sie allzu häufig in staatlichen gesundheitlichen Einrichtungen des Südens anzutreffen ist, zu überwinden.

Brasilianische Erfolgsgeschichte

Heute gilt das brasilianische Beispiel als große Erfolgsgeschichte im Kampf gegen HIV-AIDS. Die „leidenschaftliche und entschlossene“ Eloan Pinheiro ist eine seiner Heldinnen. Unter ihrer Leitung gelang es, aus eigener Kraft AIDS-Medikamente herzustellen und so die Behandlungskosten für AIDS-Kranke in Brasilien um 70 Prozent zu senken. Über die Sicherstellung einer preiswerten Medikamentenproduktion ließ sich die Versorgung aller Kranken gewährleisten. Das wiederum war in Brasilien der Schlüssel für eine erfolgreiche AIDS-Präventionsarbeit. Denn nur wer die Chance auf Behandlung hat, ist überhaupt bereit, sich testen zu lassen und offen über HIV-AIDS zu sprechen. Brasilien wendet die ganze Palette an Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV-AIDS an und hat damit erfolgreich den Beweis angetreten, dass ein öffentliches Gesundheitswesen, das die Interessen all seiner Patienten vertritt, von keinem privaten Konkurrenten zu schlagen ist. Ganz nebenbei ist Eloan Pinheiros Erfahrung ein Beleg dafür, dass der öffentliche Sektor sehr wohl reformierbar ist.

In Bangladesh nun soll diese Geschichte ihre Fortsetzung finden. Eloan ist im Auftrag von *medico international* hierher gekommen, um, wie bereits im letzten Heft angekündigt, die Möglich-



Eloan Pinheiro



Gesundheitsarbeiterinnen von Gonoshasthaya Kendra im ländlichen Bangladesh. Alle Fotos: medico

keiten zum Ausbau der dortigen Medikamentenproduktion zu untersuchen (siehe dazu: „Die Pilleendreher von Dhaka“, rundscreiben 3/2006). Sie hat sich die Pharmaproduktion von Gonoshasthaya Kendra mit großen Erwartungen angesehen, denn sie kannte den Projektkoordinator und Träger des alternativen Nobelpreises, Zafrullah Chowdhury, von vielen Sitzungen bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Immer wieder habe er sie eingeladen, nach Bangladesh zu kommen. Nun ist sie da.

Die Reise bietet in mancherlei Hinsicht Überraschungen für sie. Neu ist für Eloan, dass Gonoshasthaya Kendra viel mehr ist als eine Medikamentenproduktion. Die exemplarischen Gesundheitsdienste für eine Million Arme in den ländlichen

Gebieten Bangladeshs, die beiden Krankenhäuser, die Universität, die strukturell gesetzte Einbeziehung von Frauen in der Organisation – all das kannte sie nicht. Das politische Engagement von GK für eine andere öffentliche Gesundheits- und damit auch Medikamentenpolitik beeindruckt Eloan Pinheiro. Und so entsteht mit jedem Tag, den sie auf dem idyllischen Gelände dieses Alternativunternehmens verbringt, ein immer klareres Bild von den Stärken dieser bengalischen Gesundheits-Erneuerer. Aber auch von den Schwächen.

Die Medikamentenproduktion ist ordentlich, so das Resümee von Eloan, aber überholt. Vor 25 Jahren habe man so produzieren können, aber heute würden andere Qualitätsmaßstäbe gelten.

Lizenz zum Gelddrucken

Das bengalische Gesundheitssystem vor dem Kollaps

In Bangladesh leben 30 Prozent der Bevölkerung von einem Dollar am Tag. Es kursiert ein böser Scherz darüber, dass man bittere Armut hier noch in zwei weitere Kategorien einteilen könne: die mikroreditfähigen Armen und die, die nicht einmal einen solchen Kleinkredit in Höhe von wenigen Dollar zurückbezahlen können. Mit dem Einzug des Neoliberalismus hat sich die soziale Kluft noch verschärft, mit maßgeblichen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem. Die Glaspaläste privater Krankenhäuser schiessen wie Pilze aus dem Boden. Die Kaiserschnitt-Rate schnell ebenso in die Höhe, weil man daran mehr Geld verdienen kann und weniger Personal vorgehalten werden muss. Verkauft wird das Gesundheitsprodukt mit entsprechendem Marketing-Aufwand an alle Schichten.

Dagegen erodiert das öffentliche Gesundheitssystem.

Von den staatlich betriebenen Krankenhäusern und Gesundheitsposten steht vielfach nur noch eine äußere Hülle. Nur 12.000 Ärzte arbeiten im öffentlichen Sektor, 41 Prozent der öffentlich geförderten Medizinerstellen sind nicht besetzt. Und selbst die, die offiziell in den staatlichen Krankenhäusern arbeiten, sind dort nur sporadisch anwesend. Absentismus vom Arbeitsplatz ist im öffentlichen Gesundheitssystem ein gängiges Problem.

42 Prozent des öffentlichen medizinischen Personals - bei Ärzten bis zu 70 Prozent - sind laut einer Studie der Weltbank normalerweise nicht an ihrem Arbeitsplatz anzutreffen. Eine jüngst veröffentlichte Studie einer australischen Universität stellt deshalb fest: „Auch wenn die Politiker immer wieder von den Armen reden, so dient das Gesundheitssystem in Bangladesh tatsächlich nur der reichen, städtischen Elite.“

Wer für den Export produzieren wolle, müsse diese Standards erreichen. Die Qualitätsdiskussion aber ist aus der Sicht lokaler Produzenten, die für die Gesundheitsbedürfnisse der Ärmsten produzieren, ein zweiseitiges Schwert. Denn die Standards – auch im Rahmen der WHO – werden von Big Pharma gesetzt. Die Pfieters, Glaxo Smith Klines und Novartis haben natürlich andere technische und finanzielle Möglichkeiten als eine lokale Produktion, aus deren Gewinnen kostenlose Gesundheitsdienste refinanziert wer-

den. Und manch einer vermutet, dass diese Debatte nicht nur von dem Wunsch nach mehr Verbrauchersicherheit geleitet wird, sondern auch das Ziel verfolgt, unerwünschte Mitbewerber aus dem hochprofitablen, aber umkämpften Pharmamarkt zu verdrängen. Auch Zafrullah Chowdhury wendet bei dem Gespräch mit Eloan Pinheiro ein, dass neben dem notwendigen Streben nach mehr Qualität der Pharmaproduktion diese Debatte auch Teil einer Mystifizierungsstrategie der Pharmaindustrie sei.

Ist teuer auch gut?

Ein Problem, mit dem Gonoshasthaya Kendra in der Praxis ständig konfrontiert ist. Denn auch ein so armes Land wie Bangladesh ist interessant genug, um ähnliche Marketingstrategien zu praktizieren, wie sie in anderen Ländern Alltag sind. Der Vorwurf einer strukturellen Korruption, wie ihn Transparency International gegenüber der Pharmaindustrie in Deutschland erhebt, lässt sich durchaus auch im Zusammenhang mit Bangladesh wiederholen. Pharmavertreter ziehen auch dort im Auftrag der Industrie überall durchs Land und platzieren bei den verschreibenden Ärzten die teuren Mittel. In Bangladesh ist mittlerweile gesetzt: Nur teuer ist auch gut. Während hierzulande diese Strategie die sozialen Sicherungssysteme auf Dauer unterhöhlt, hat das in Bangladesh sofort direkte Auswirkungen auf den Überlebensstandard der ohnehin nicht betuchten Bevölkerung. Nichtsdestotrotz sind teure Gesundheitsdienstleistungen der boomende Markt in dem südostasiatischen Land. Sogar die Ärmsten der Armen versuchen alle Ressourcen aufzubringen, um die vermeintlich guten Leistungen privater Krankenhäuser und teure Medikamente zu erhalten. Da werden gewisslos Gewinne auf Kosten der Ärmsten erzielt. Dr. Zafrullah Chowdhury weiß dies aus den Anfängen der Medikamentenproduktion zu berichten: „Als wir damit begannen, lernten wir eine neue Welt kennen. Wir erfuhren, dass Medikamentenpreise sehr niedrig, unglaublich niedrig sein konnten. So preiswert wie peanuts. Tatsächlich war die Produktion vieler gebräuchlicher Medikamente billiger als ein Päckchen Erdnüsse.“

Aber wer würde uns das glauben? Die Pharmaindustrie hatte die Ärzte hypnotisiert und blind gemacht für diese Tatsachen. Seit jenen Tagen sind wir immer noch damit beschäftigt, den verschreibenden Ärzten die Augen zu öffnen.“ Doch Zafrullah Chowdhury und Eloan Pinheiro sind sich darin einig, dass, trotz aller Bedenken gegenüber der „Qualität“ mancher Qualitätsstandards, nicht der Eindruck entstehen darf, für die Ärmere wäre schlechtere Medizin gerade gut genug. Und so kommt man überein, dass für eine internationale Zertifizierung nötige Veränderungen im Bau und in der Konstruktion der Betriebe vorgenommen werden, sobald das nötige Geld dafür vorhanden ist.

Doch die Pläne gehen noch viel weiter. Denn Eloan ist am Ende der Beschäftigung mit Gonoshasthaya Kendra begeistert über dieses einmalige Projekt. Sie hält vor dem Leitungsteam eine flammende Rede, in der sie mit Kritik nicht spart. Aber auch sagt, dass man unbedingt an der politischen Mission von Gonoshasthaya Kendra festhalten müsse, eine lokale Medikamentenproduktion zugunsten der Ausgeschlossenen weiterzuentwickeln. „Menschen, die dazu in der Lage sind und das nötige Engagement besitzen, sind bei euch vorhanden. Sorgt dafür, dass sie auch in ihre Fähigkeiten vertrauen.“ Gonoshasthaya Kendra könne beispielhaft eine Produktion von Medikamenten und Wirkstoffen nach den neuesten internationalen Standards aufbauen. Im Austausch und Open Source-Verfahren mit anderen Universitäten und Wissenschaftlern könne man hier unzugängliche patentierte Medikamente und Wirkstoffe produzieren und deutlich machen, dass das Wissen und die Fähigkeit dazu in den Ländern des Südens selbst vorhanden ist.

Das größte Hindernis auf diesem Weg zur Aneignung von Überlebenswissen ist ein globales Patentrecht, das die Interessen der Großindustrie schützt und verhindert, dass nötige Medikamente

nachproduziert werden. Mit der Ausweitung des TRIPS-Abkommens auf Länder wie Indien fällt ein weiterer Produzent von preiswerten Generika aus. Bis zur weltweiten Gültigkeit dieser in gewissem Sinne „totalitären“, weil allumfassenden Regel verbleibt nicht mehr viel Zeit. Nur noch die sogenannten LDC-Länder (Least Developed Countries) wie Bangladesh sind die nächsten zehn Jahre von diesen globalen Patentregeln ausgenommen. Solange dürfen sie für den Eigenbedarf



Chemiestudenten der genossenschafts-eigenen Hochschule.

aber auch für den Export in andere LDC-Länder Generika patentierter Produkte herstellen. Gonoshasthaya Kendra und medico international wollen dieses Zeitfenster nutzen. Die Untersuchung von Eloan Pinheiro hat bestätigt, dass die Idee realisierbar ist.

Projektstichwort

Für die visionäre Idee einer Produktion von lebenswichtigen Medikamenten als öffentliches Gut bitten wir um Ihre Unterstützung. Das Gesundheitsprojekt und die Produktion von lebenswichtigen Medikamenten bei Gonoshasthaya Kendra in Bangladesh können sie fördern mit dem Stichwort: **Bangladesh.**

Das zweite Gesicht

Der Pharmariese Novartis und seine Interpretation von Ethik

Daniel Vasella ist ein beneidenswerter Mann. Er ist Leiter des Pharmariesen Novartis, er hat ein geschätztes Jahreseinkommen von 20 Millionen Franken und er wurde in einer Leserumfrage der Financial Times im Jahre 2004 zum einflussreichsten Geschäftsmann der letzten 25 Jahre gewählt. 2003 erhielt er den Cancer Care Human Services Award, 2000 den Appeal of Conscience Award und 1998 den AJ Congress Humanitarian Award. Er ist Träger des brasilianischen Ordem Nacional do Cruzeiro do Sul und des französischen Ordre National de La Légion d'Honneur. Das deutsche Netzwerk Wirtschaftsethik zeichnete Novartis mit dem Preis für Unternehmensethik aus. Anfang des Jahres 2005 wurde Novartis für die Arbeit der Stiftung mit dem Excellence in Corporate Philanthropy Award geehrt. In Deutschland, Frankreich, Spanien und Grossbritannien sowie in lateinamerikanischen Staaten und China wurde Novartis im Jahr 2005 nach Umfragen als „bestener Arbeitgeber“ ausgezeichnet.

Im Jahr 2005 etablierte Novartis zusammen mit dem Beratungsunternehmen Business for Social Responsibility (BSR) in allen Niederlassungen weltweit einen Standard für die Zahlung „existenzsichernder Löhne“. Novartis zählt damit zu den ersten international operierenden Industrieunternehmen, die eine entsprechende Verpflichtung eingegangen sind. „Nach unserer Definition soll ein 'existenzsichernder Lohn' den Mitarbeitern ermöglichen, ihre materiellen Grundbedürfnisse sowie bestimmte zusätzliche Ausgaben zu decken“, so Novartis in der firmeneigenen Darstellung, und weiter: „Hohe ethische Standards sind für die Geschäftstätigkeit von Novartis von entscheidender Bedeutung. Wir pflegen und fördern eine Unternehmenskultur, in der ehrliches, gesetzeskonformes und integrires Verhalten als Schlüssel zum Erfolg gilt.“

Philanthropie als Geschäftsidee

Novartis und Vasella sind so erfolgreich, dass sie verschiedene richtungsweisende Initiativen für einen besseren Zugang zu Medikamenten gewährleisten. So etwa die Gründung des Novartis Institute for Tropical Diseases zur Erforschung vernachlässigter Krankheiten in den Entwicklungsländern, das International Patient Assistance Program im Falle des bahnbrechenden Krebsmedikaments Glivec®/Gleevec®, die Bereitstellung des neuartigen Malariapräparats *Coartem* für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum Selbstkostenpreis sowie die Zusicherung, die zur weltweiten Eliminierung der Lepra nötigen Medikamente kostenlos zur Verfügung zu stellen. Für 696 Millionen US-Dollar gibt Novartis Medikamente kostenlos oder zum Selbstkostenpreis für 6,5 Millionen Patienten weltweit aus.



„Zeit ist ein Geschenk“ - mit diesem Slogan wirbt Novartis für das lebensverlängernde Krebsmittel Imatinib Mesylate (Glivec®). Damit dieses Geschenk in Indien lukrativ bleibt, klagt der Pharma Multi vor dem Chennai High Court.

Bei so viel ethischem Verhalten gerät auch die kleinste Kritik an Novartis in den Verdacht ewiggestri-ger Stänkerei. Vor wenigen Tagen aber erreichte medico international ein Hilferuf indischer Patienten-und Gesundheitsorganisationen, die Novartis auffordern, eine Klage gegen die indische Regierung zurückzuziehen. Novartis klagt für das Verbot von *Imantinib Mesylate*, einer Generika-Version des Krebsmedikaments Glivec®/Gleevec®. Das Medikament ist für an Blutkrebs leidende Patienten uner-lässig. Sie müssen das Medikament lebenslanglich einnehmen, solange es keine Behandlung oder Kur gibt. Novartis verkauft in Indien für 1,44 Millionen Rupees (US\$ 26.000) pro Patient und Jahr. Die generische Version *Imantinib Mesylate* ist auf dem indischen Markt für etwa 96.000 Rupees. (US\$ 2.100) pro Patient und Jahr erhältlich. Novartis beruft sich bei seiner Klage auf das TRIPS-Ab-kommen, einem internationalen Abkommen zum Schutz geistigen Eigentums.

Einspruch gesundheitspolitischer Gruppen

Die schweizerische Initiative „Erklärung von Bern“ hat sich jüngst mit einem Brief in dieser Angelegen-heit an Dr. Daniel Vasella gewandt:

„Die Anfechtung durch Novartis widerspricht dem Buchstaben und Geist der Erklärung von Doha über das TRIPS-Abkommen und das Gesundheitswesen. In der Erklärung von Doha wird anerkannt, dass das TRIPS-Abkommen auf eine Weise interpretiert und ausgeführt werden soll, welche das Recht der WTO-Mitglieder, ihr Gesundheitswesen zu schützen und vor allem den Zugang an Medikamente für alle zu fördern, stärkt. Novartis will mit seinem Vorgehen Möglichkeiten der indischen Regierung einschränken, Maßnahmen zum Schutz des Gesundheitswesens seiner Bevölkerung zu ergreifen. (...) Uns beunruhigen die Folgen der von Novartis angestrebten Änderungen des indischen Rechts. Damit würde der Zugang zu wesentlichen und lebenswichtigen Generika (...) nicht nur in Indien gefährdet, sondern auch in den anderen Entwicklungsländern, welche die Medikamente aus Indien importieren. Es schockiert uns, dass Novartis - fünf Jahre nach dem Ende des Prozesses, den Novartis mit anderen Pharmalaboratorien gegen die südafrikanische Regierung geführt hatte - schon wieder versucht, den Spielraum eines Entwicklungslandes einzuschränken, welches das TRIPS-Abkommen der WTO stärker an seine Bedürfnisse der öffentlichen Gesundheit anpassen will.

Aus diesen Gründen fordern die unterzeichnenden Organisationen und Personen Novartis auf, ihre Klage gegen das Indische Patentgesetz und die Entscheidung des Indischen Patentamts über Glivec®/Gleevec® zurückzuziehen.“

Projektstichwort

Im Rahmen der Bemühungen um einen Richtungswechsel in der Pharmapolitik unterstützt medico das Anliegen unserer Kolleginnen und Kollegen der „Erklärung von Bern“. Zusammen fordern wir den Zugang zu lebensrettenden Medikamenten als Recht und nicht als karitative Geste von Privatunternehmen.

Das Spendenstichwort dafür lautet: **Medikamente für alle**

Seit über 35 Jahren setzt sich medico international für Menschenrecht auf gleichen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung ein. Nun müssen wir feststellen, dass sich mit Privatisierung der öffentlichen Gesundheitssysteme und dem sich globalisierenden Patentrecht die Gesundheitssituation armer Menschen weiter verschlechtert. Das zeigt unter anderem daran, dass immer mehr Arme vom Zugang zu notwendigen Medikamenten ausgeschlossen werden. Ein Umstand, der 12 Millionen Menschen jährlich das Leben kostet.

Gemeinsam mit sozialen Initiativen in aller Welt setzt sich medico international für eine radikale Wende in der globalen Medikamentenpolitik ein. Auch in Deutschland wollen wir unseren Forderungen und Ideen Nachdruck verleihen, um den Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln global zu sichern.

Wir schaffen Öffentlichkeit. Wir klären auf und sensibilisieren die Öffentlichkeit über die gesundheitlichen Bedingungen der Menschen, die Kaufkraft haben, aber keinen Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln haben.

Wir informieren über Alternativen. Unbeachtet von der Öffentlichkeit gibt es Initiativen und Projekte, in denen Alternativen zur gegenwärtigen Medikamentenpolitik praktiziert werden. Sie beweisen, dass ein gerechter Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln möglich ist.

Wir machen Druck. Internationale Übereinkünfte müssen die Staaten dazu verpflichten, einen gerechten Arzneimittelzugang sicherzustellen. Das zu erreichen, vernetzen wir uns national und international.

Wir brauchen Ihre Unterstützung. Um die alternativen Ideen auch Praxis werden zu lassen und um diese Kampagne zu realisieren, brauchen wir Ihre Unterstützung. Fordern Sie weitere Informationen bei uns an, halten Sie sich durch unsere kostenlosen Publikationen auf dem Laufenden. Spenden

medico international . Kontonummer 10000000000000000000
Frankfurter Sparkasse . BLZ 500 50000
Spendenstichwort: Medikamente für alle

Burgstraße 106 . 60389 Frankfurt/M.
Telefon: +49(0)69-94 94 94
E-Mail: info@medico.de . www.medico-international.org



medico international

Ohne Rezeptgebühr

Gemeinsam mit sozialen und politischen Initiativen setzt sich medico international für eine radikale Wende in der globalen Medikamentenpolitik ein. Auch in Deutschland wollen wir unseren Forderungen und Ideen Nachdruck verleihen, um den Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln global zu sichern. Mit alternativen Ideen gehen wir dabei genauso an die Öffentlichkeit wie mit unserer Forderung nach einer Medikamentenreform, die sich an den Gesundheitsbedürfnissen der Menschen orientiert.



Ein erstes Falblatt (siehe oben) haben wir gemeinsam mit dem Fachbereich Gestaltung der Hochschule Darmstadt entwickelt. Darin wird die alternative Gesundheitsorganisation aus Bangladesh Gonoshasthaya Kendra auf einem eingeklebten Beipackzettel ausführlich vorgestellt. Dieses *Heilmittel* erhalten Sie selbstverständlich ohne Rezeptgebühr. Bestellen Sie das Falblatt, legen Sie es an Ihrem Arbeitsplatz, zu Hause, oder gleich bei befreundeten Ärzten oder Apothekern aus.



Armut als Problemtrance

Zur Armutsbekämpfung gehört wesentlich mehr als das Hoffen auf den Trickle-Down-Effekt.

Ein Zwischenbericht aus La Palmerita.
Von Walter Schütz, Managua

Der Generalsekretär der Sandinistischen Befreiungsfront Comandante Daniel Ortega Savedra gewann am fünften November in Nicaragua nach 16 Jahren Opposition im vierten Anlauf mit 38 Prozent der gültigen Wählerstimmen die Direktwahl zum Präsidenten. Was er nicht gewann, ist die Staatsmacht. Im Parlament besitzt seine Partei keine Mehrheit. Die beiden noch gespaltenen Oppositionsfraktionen der liberalen Partei verfügen dagegen über eine satte Mehrheit. Ohne die Mitwirkung zumindest eines Teils der Liberalen kann Ortega kein Gesetz durchbringen. Ja noch mehr: Er kann nicht einmal einen Minister oder Botschafter ernennen. Vor gut einem Jahr gelang es ihm mit Hilfe der Liberalen, eine Verfassungsreform durchzusetzen, wonach Minister und Botschafter in Zukunft vom Parlament bestätigt werden müssen. Jetzt tappte der Comandante in seine eigene Falle. Um jeden Minister wird es eine Zockerei geben. Nach dem Motto: Machst Du mir dieses Zugeständnis, bestätige ich Deinen Minister. Die politische Paralyse des Landes ist vorprogrammiert.

Um Panik vorzubeugen ging Ortega nach seinem

Wahlsieg zum Ex-US-Präsidenten Jimmy Carter, der in Nicaragua als Wahlbeobachter weilte, damit dieser der Bush-Administration signalisiere: die Kontinuität der liberalen Politik aus den letzten 16 Jahren sei garantiert. Als nächstes traf er sich mit 200 in- und ausländischen Bankern, Unternehmern und Investoren. Die zuerst skeptischen Kapitalisten klatschten ihm am Schluss Beifall. Dann empfing er den Wahlverlierer und zukünftigen Fraktionsvorsitzenden im Parlament, den Bankier Eduardo Montealegre und erklärte vor den Fernsehkameras, hier gäbe es keine Gewinner und Verlierer. Erst viel später trifft er sich mit Gewerkschaftlern. Er brauchte fast eine Woche, um mit seinen Anhängern auf einem Massenmeeting den Wahlsieg zu feiern. Nun kamen von ihm ganz andere Töne. Hatte er im Wahlkampf noch von der „Ausrottung der Armut - unserem einzigen Feind“ gesprochen, beschwor er nun die Anhänger still zu halten, der Staat werde schon für sie sorgen.

Ortega setzt wie alle anderen Präsidentschaftskandidaten auf den sogenannten Trickle-Down-Effekt. Ein günstiges Investitionsklima soll für In-



Versammlung in Palmerita, Sommer 2006. Fotos: medico

vestitionen sorgen. Das schafft schließlich Arbeitsplätze und reduziert die Armut. Mario de Franco, zurückgetretener Agrarminister und Chefplaner der vorherigen Regierung, hat am

Welternährungstag der FAO auf einer Veranstaltung nachgewiesen, dass das nicht funktioniert. Obwohl Nicaragua in den letzten zehn Jahren bedeutende Zuwächse im Agrarexport und ein kontinuierliches Wachstum verzeichnet, liegt die chronische Unternahrung der Kinder im Land bei 27%. Das heißt fast ein Drittel der Kinder bleibt im körperlichen Wachstum und in der intellektuellen Entwicklung zurück.

Armut ist nicht nur ökonomische Armut. Armut ist eine Kultur. Und wer Armut bekämpfen will, muss sich mit dieser Kultur auseinandersetzen. Es reicht nicht, die makroökonomischen Zahlen zu verbessern oder ein paar Hektar Land zu verteilen.

medico international hat erfolgreich im Projekt El Tanque mit 167 Kleinbauernfamilien, die ihr Hab und Gut als Folge der Hurrikankatastrophe Mitch verloren haben, die Armut bekämpft und den Nachweis erbracht, dass das in Nicaragua machbar ist. Aber nur wenn man bereit ist, nicht nur Land zur Verfügung zu stellen, sondern auch Bildung, psychosoziale Betreuung und demokratische Rechte.

Basierend auf den Erfahrungen aus El Tanque sind wir seit einem Jahr gemeinsam mit unserer Partnerin, dem „Movimiento de Mujeres María Elena Cuadra“ aus León in einem neuen Projekt tätig: Mit ehemaligen Tagelöhnern aus den Kaffeeanbaugebieten Nicaraguas bauen wir auf der 500 Hektar großen Hazienda „La Palmerita“ ein neues Dorf auf. Dabei sind wir täglich mit der Kultur der „Ärmsten der Armen“ konfrontiert.

Hier nur einige Symptome: Die 153 Familien besitzen seit fünf Jahren Land. Zwar ohne Landtitel, aber offiziell von der Regierung zugewiesen.

Aber sie waren bislang nicht in der Lage, es zu bewirtschaften. Als ehemalige Tagelöhner auf den Kaffeeplantagen im Norden des Landes waren sie gewohnt, morgens ihre Arbeitsanweisung zu erhalten. Ein Parzellenbauer dagegen muss ein Minimum an Planungs- und Abstraktionsfähigkeit besitzen.

Sie waren gewohnt dorthin zu ziehen, wo sich ihnen Arbeit anbietet. Die Habe passt in einen Sack. Diese Entwurzelung kann man nur leben, wenn man sich mit nichts identifiziert. Keine Verantwortung tragen zu können, aber auch Promiskuität sind Teil dieses sozialen Erlebens. Die „Armut der Ärmsten“ übt vor allen Dingen einen Zwang aus: um jeden Preis überleben zu wollen. Das Selbstwertgefühl für den eigenen Körper ist dabei ein Luxus. Armutskrankheiten werden verschleppt. Die Ernährer der wenigen intakten Familien haben zudem ein schwaches Selbstbewusstsein. Auf ihnen lastet der drohende Misserfolg, die Familie nicht unterhalten zu können. Allzu häufig wird dieser Misserfolg mit innerfamiliärer Gewalt kompensiert: Der „Herr im Haus“ ist das letzte Selbstwertgefühl, das noch bleibt. Auch das Bildungsniveau ist sehr niedrig. In La Palmerita waren 56% der Erwachsenen Analphabeten.

Die Kultur der Armut kennt keine Zukunft, sondern nur den nächsten Tag.

Die „Ärmsten der Armen“ entwickeln besondere Überlebenstechniken. Sie leben in einer Art Problemtrance. Ständig ist man auf der Suche nach Gelegenheitsjobs oder Saisonarbeit, nach Nahrungsmitteln, nach Medikamenten. Zu den Überlebenstechniken zählen notgedrungen auch: um Almosen bitten, Diebstahl und Prostitution. So überlebt man Tag für Tag, hat aber noch nicht einmal die Sicherheit für eine Woche. Man hat sich abgewöhnt, in längeren Zeiträumen zu denken und zu planen. Und da das Leben nur aus Problemen besteht, werden permanent Schuldige gesucht und in irgendeiner Form bestraft. Oder das innere Unbehagen über das eigene Schicksal wird externalisiert, auf andere projiziert. Beides führt zu Aggressionen untereinander und gegenüber dem Umfeld.

Aber, und das ist wichtig: Mit diesen Lebenspraktiken haben sie überlebt! Und nun sollen sie sich „entwickeln“, ihr gewohntes System verlassen. Langfristig denken. Im April einen Produktionsplan machen, Monate geduldig das Feld bearbeiten, um dann im Dezember, falls das Wetter gut war, zu ernten. Von dem Erntegewinn wieder einen Teil zurücklegen oder den Kredit bezahlen, um im nächsten Agrarzyklus wieder Geld für Samen, Feldbearbeitung usw. zu haben. Eine völlig andere Welt, ein anderes System. Das schafft Unsicherheit und bei manchen Angst. Der Wandel vom Tagelöhner zum Produzenten ist ein kultureller Wechsel. Und nicht jeder will ihn so einfach mitmachen.



Um diesen Wandel zu vollziehen, bedarf es einer professionellen Begleitung, die diese Problematik kennt, akzeptiert und bereit ist, immer wieder dazuzulernen. Für den Wandel braucht es einen abgestuften, sehr flexiblen Plan. Man muss bereit sein, das damit verbundene und notwendigerweise immer wieder auftretende Chaos zu ertragen. In Palmerita begannen wir damit, Nahrungsmittel für die Bewohner zu beschaffen. Aber sie bekamen sie nicht geschenkt, sondern verdienten sie sich durch Gemeindegarbeit: Felder wurden entwurzelt, Drainagekanäle für Regenwasser repariert, Wege angelegt, Brunnen ausgegraben. Es gab genug zu tun.

Das Selbstvertrauen der Neusiedler wurde auch durch gezielte Weiterbildung gestärkt. Es finden Aus- und Fortbildungskurse statt. Wir haben mit Alphabetisierungskursen begonnen und geplant ist, dass auch Erwachsene den Grundschulabschluss nachholen können. Heute gibt es fast

keinen mehr, der auf den Anwesenheitslisten der Workshops ein Kreuz statt einer Unterschrift macht.

Im Januar begann die Grundschule für Erwachsene. Hier geht es in praktischen Beispielen um Rechnen und Lesen. Das ist nötig für die Planung der eigenen Wirtschaft, aber auch dafür, die Beschlüsse der noch zu bildenden Genossenschaft überprüfen zu können. Hinzu kommt die landwirtschaftliche Ausbildung, um die Produktion auf der eigenen Parzelle zu diversifizieren und erfolgreich am eingerichteten Kreditsystem teilnehmen zu können.

Wie aber lernt man langfristig zu denken? Jede Familie hat die Verantwortung für 100 Jungbäume, die um ihre Grundstücke herum oder im Hausgarten stehen. Erst in vier bis fünf Jahren werden sie ertragreich sein.

Wichtig ist die Organisation in der Gemeinde mit einer demokratisch gewählten Führung. Langsam lernen die ehemaligen Tagelöhner ihre Meinungsverschiedenheiten auf Versammlungen so auszutragen, dass ein Zusammenleben in der entstehenden Gemeinde möglich ist. Das begleitende Team aus León lernt jeden Tag mehr über Konfliktmanagement.

Gesundheitsprävention ist eine weitere Projektkomponente. Die Krätze ist inzwischen ausgerottet. Ein wichtiges Element ist auch psychosoziale Betreuung. In Einzelgesprächen und in Gruppenarbeit geht es darum, die Traumata der Armut zu heilen. Die Problemtrance löst sich langsam auf. Für das tägliche und mittelfristige Leben finden sich wieder Lösungen. Es kann wieder von einer besseren Welt geträumt werden.

Projektstichwort

Für das Nachfolgeprojekt von El Tanque, für die Wiederansiedlung landloser Kaffeearbeiter in La Palmerita, für den Aufbau einer neuen Lebensperspektive dieser Menschen, die seit der Kaffeekrise vor 5 Jahren mit Hungermärchen um ihre Existenzen kämpften, bitten wir Sie um Unterstützung. Das Stichwort dafür lautet: **Nicaragua**

Wir setzen nicht auf staatliche Fürsorge

Ein medico-Gespräch mit Delwek Matheus von der brasilianischen Landlosenbewegung MST

Jahrzehntelang zielten soziale Bewegungen auf die Erringung der Regierungsmacht. Das brasilianische Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) aber geht seit seiner Gründung einen anderen Weg. Für die Landlosen ist die Besetzung des Bodens mit der Rückeroberung elementarer Lebensrechte verbunden: Gesundheit, Bildung und soziale Dienste.

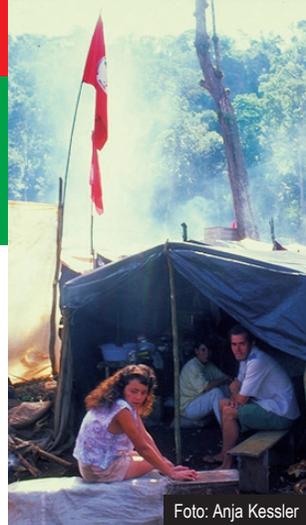


Foto: Anja Kessler

medico: *Wie ist die gegenwärtige Situation Brasiliens nach der Wiederwahl von Präsident Lula?*

Delwek Matheus: Obwohl die Lula-Regierung gerade im Amt bestätigt wurde, herrscht in Brasilien eine umfassende Enttäuschung über ihre Politik. Wir erwarteten von der Präsidentschaft Lulas substanzielle Veränderungen. Bis heute ist es jedoch zu keiner ernsthaften Verbesserung der Verhältnisse gekommen. Die neoliberale Politik der Regierung räumt dem internationalen Schuldendienst erste Priorität ein und orientiert sich an den Interessen der in der Soya- und Zuckerrohrproduktion sowie in der Rindermassenzucht engagierten transnationalen Konzerne. Sie stützt sich dabei auf ein Bündnis mit dem Industrie- und Finanzkapital und dem Großgrundbesitz, das die Technologie und das Land unter seiner Verfügung halten will. Auch die anvisierte Agrarreform blieb bislang nur ein Euphemismus. Die Regierung will 500.000 Familien begünstigen, tatsächlich geht es aber um fünf Millionen Familien. Die Landwirtschaftspolitik wird von zwei Ministerien verwaltet: eines verfügt über 80% Prozent des Budgets und bedient das Agrobusiness, das andere kümmert sich mit den restlichen 20% um die familiäre Kleinproduktion. Die Folgen sind zunehmende Erwerbslosigkeit und die ökologische Verwüstung des Landes durch die Agrochemie. Beides verstärkt die Landflucht.

Aber hätte denn die auch vom MST propagierte kleinfamiliär-genossenschaftliche Landwirtschaft überhaupt eine Chance gegen die globalen Agrar-Multis?

Dieses schwerwiegende Problem kann nur durch ein radikal anderes Entwicklungsmodell gelöst werden: ein Entwicklungsmodell, das gegen das Privateigentum durchgesetzt werden muss und der Selbstversorgung der Leute, dem internen Markt, der genossenschaftlichen und agroökologischen Produktion und der regionalen Verarbeitung und Vermarktung der Produkte den Vorrang einräumt. Das ist unsere Position auch im Dialog mit der Lula-Regierung. Wir fordern von ihr, erste Schritte dazu zu verwirklichen: eine systematische Verbesserung der Infrastruktur der kleinfamiliär-genossenschaftlichen Produktion, umfassende Beratung, ein entsprechendes Kreditsystem.

Ihr haltet also am Dialog mit der Regierung fest?

Zuerst und vor allem halten wir an unserer eigenen Bewegung fest, an den Besetzungen, den Siedlungen und der genossenschaftlich organisierten Produktion. Bisher haben wir für ca. 420.000 Familien

Land erkämpft, das ist unser Ausgangspunkt, und von da aus setzen wir den Dialog fort - auch wenn wir nach vier Jahren Lula-Regierung immer weniger Hoffnung haben. Wenn wir uns für ihre Wiederwahl eingesetzt haben, dann weil das für uns ein Mittel, ein Anlass war, unsere eigene Mobilisierung zu verstärken und das Bündnis mit den anderen sozialen Bewegungen zu vertiefen.

Gäbe es nicht die Möglichkeit, die eigenen Anliegen über die Grenzen Brasiliens hinaus zu vernetzen?

Doch, natürlich. Uns geht es ja um einen globalen Widerstand gegen die globale Hegemonie des Neoliberalismus. Deshalb räumen wir dem weltweiten Netzwerk der Landbevölkerungen, der Via Campesina, oberste Priorität ein. Strategisch verbindet uns der Kampf um ein anderes Entwicklungsprojekt, mit radikal anderen Parametern als denen des Profits und des Marktes. Es geht uns um die soziale Entwicklung unserer selbst, der Frauen, Männer und Kinder, um die Möglichkeiten unseres Lebens auf dem Land. Das gegenwärtig herrschende Modell gründet auf Armut und Ausschluss. Wir setzen auf Teilhabe, hier und in globaler Dimension. Und in der internationalen Perspektive fällt unsere

Bewertung der Lula-Regierung günstiger aus, weil sie Bündnisse mit den Regierungen Venezuelas, Boliviens, Argentiniens, Kubas sucht.

Das MST kämpft auf dem Land und um Land. Welche Rolle spielen für euch die städtischen Auseinandersetzungen?

Wir wollen überall, auf dem Land und in der Stadt, aktiv sein, denn es geht uns nicht um isolierte Teilinteressen, sondern um eine alternative gesellschaftliche Entwicklung. Deshalb arbeiten wir mit städtischen sozialen Bewegungen, vor allem mit der Obdachlosenbewegung des Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST), aber auch mit den Gewerkschaften zusammen. Unser eigener Einsatz aber liegt im Doppel von alternativer landwirtschaftlicher Produktion und autonomer Bewusstseinsbildung. Dabei sind wir nicht industrie- oder technikfeindlich. Uns geht es aber darum, dass die Technik den kleinbäuerlich und genossenschaftlich arbeitenden Leuten angepasst ist, statt ihnen die Lebensgrundlage zu entziehen! Uns geht es um eine Diversifizierung der Produktion und darum, dass den großen Agro-Unternehmen auch die technischen Mittel entzogen werden.

Kannst Du ausführen, was Bewusstseinsbildung praktisch bedeutet?

Das reicht von der Grundausbildung der Kinder und Erwachsenen in unseren Gemeinden bis zur Kooperation mit Universitäten und freien Bildungsinstitutionen. Wir unterhalten eigene Schulen und unsere StudentInnen wechseln zwischen der Gemeindearbeit, dem Studium an der Nationalen Schule und dem Besuch von Universitäten. Es gibt politischen Unterricht ebenso wie Ausbildungen in Agrarökologie und -technologie, die z.T. offiziell anerkannt werden. Wir erstellen zu allem unser eigenes Lehrmaterial, ausgerichtet auf unser Modell einer sozial und ökologisch nachhaltigen Entwicklung.



Hausbau auf freier Erde. Erst durch die Landbesetzung kehren die Landlosen in die Gesellschaft zurück. Foto: Anja Kessler



Wissen zum Überleben. Junge Studenten des MST bilden sich in Agrarökologie fort. Foto: medico

Mit euren Bildungs- wie mit euren Gesundheitsprojekten deckt ihr im Prinzip genuin staatliche Aufgaben ab. Wollt ihr den Staat durch eure Selbsttätigkeit und Eigeninitiative ersetzen?

Nein, keinesfalls. Wir meinen unbedingt, dass die ganze Gesellschaft, dass der Staat für Gesundheit und Bildung aufkommen muss – das wollen wir ihm nicht abnehmen! Mit unseren Projekten geben wir Beispiele – für die Regierung, aber vor allem für die Leute, die in diesen Projekten arbeiten oder von ihnen profitieren. Wir wollen, dass die Leute gute Erfahrungen mit anderen Gesundheits- und Bildungsprojekten machen und dann dafür kämpfen, dass der Staat das übernimmt und ausweitet. Bei den Bildungseinrichtungen funktioniert das schon, bei den Gesundheitsprojekten stehen wir erst am Anfang. Wir wollen, dass diese Projekte gefördert werden, und wir fordern zugleich mehr Mittel für das staatliche Gesundheitssystem SUS, denn die Egalität und Universalität von Gesundheit muss ebenso gesellschaftlich garantiert werden wie die der Bildung. Übrigens überschreiten wir auch hier die nationalen Grenzen. So beteiligen sich Gesundheitspromotoren des MST am Aufbau eines medizinischen Studiengangs in Venezuela, der Leute für den ganzen Kontinent ausbilden wird.

Wie bezieht sich eure Bewusstseinsarbeit auf die Religiosität der Leute, auf die katholische Kirche und die evangelikalen Kirchen?

Wir lehnen jede Form der Diskriminierung ab, der Hautfarbe, des Geschlechts und auch des Glaubens. Die Mehrzahl der Leute ist katholisch, doch wir haben es auch mit dem Wachstum der Evangelikalen zu tun – in den Siedlungen gibt es oft beide Kirchen. Die Evangelikalen sind für die politische Mobilisierung natürlich der schwierigere Faktor, weil sie massiv mit ihrem jenseitigen Heilsversprechen arbeiten. Sie werden von vielen Leuten anerkannt, weil sie Therapien vor allem für das dramatische Alkohol- und das Drogenproblem anbieten. Aber all das spielt sich eher in den Städten ab, in der Perspektivlosigkeit der Favelas. Womit wir wieder bei der Notwendigkeit einer anderen Entwicklung sind, in der Stadt und auf dem Land, zwischen beiden.

Projektstichwort

medico international arbeitet seit 2005 mit dem Gesundheitssektor der brasilianischen Landlosenbewegung zusammen. In einem Pilotprojekt in der MST-Ansiedlung Diamante Negro, im Bundesstaat Maranhao, werden die wesentlichen kommunalen Gesundheitsprobleme in Angriff genommen: Wasserversorgung, Müllentsorgung, Schädlingsbekämpfung, Herstellung von Brennmaterialien u.v.m. Dabei steht die Vermittlung von Wissen über preiswerte angepasste Technologien und die Beförderung eines verantwortlichen Gemeinwesens im Mittelpunkt. Der Prozess wird dokumentiert und anderen MST-Gemeinden zugänglich gemacht. Das Projektstichwort lautet: **Brasilien**

Delwek Matheus ist Mitglied der Nationalen Koordination des MST. Er ist zuständig für die Organisations- und Projektentwicklung im Bundesstaat Sao Paulo und lebt in Itapera, einer der ältesten Siedlungen des MST. Das Gespräch führten Frauke Banse und Thomas Seibert.

Unvergänglich – und mit Blut befleckt

medico goes Hollywood?

Nach zwei „Tatort“-Krimis, die sich mit der Minenproblematik und dem illegalen Diamantenhandel und seinen Auswirkungen auf die Zivilbevölkerung beschäftigten, greift nun auch Hollywood ein Thema auf, das medico in der Kampagne „Fatal Transactions“ öffentlich gemacht hat. Der Hollywoodfilm „Blood Diamond“, der im Dezember in den USA und kurz darauf in Europa in die Kinos kommt, zeigt, wie der Handel mit Diamanten den Bürgerkrieg in Sierra Leone befeuert hat. Potente Mithilfe bei der Skandalisierung von Krieg und Elend oder nur deren Banalisierung?

Sierra Leone

Pünktlich zur Vorweihnachtszeit kommt ein Film in die Kinos, der sich um die begehrtesten Steine der Welt dreht: Diamanten. Die Diamantenindustrie reagiert bereits seit Monaten mit Abwehrkämpfen, denn im Zentrum von „Blood Diamond“ mit Hollywoodstar Leonardo DiCaprio steht nicht die heile Welt der Reichen und Schönen, sondern der Bürgerkrieg der 90er Jahre in Sierra Leone. Die Rebellenbewegung RUF verkaufte die Diamanten an internationale Unternehmen und finanzierte so ihre Waffen.

Nach Angaben der Organisation Global Witness ist es ein offenes Geheimnis, dass das südafrikanische Unternehmen de Beers über seine Büros in Guinea und Liberia mit Diamanten gehandelt hat, die aus Sierra Leone stammten. Auch in anderen afrikanischen Ländern wie Angola oder der Demokratischen Republik Kongo wurden Kriege mit Diamanten finanziert.

„Der Film bereitet uns Sorgen“, klagte der Weltmarktführer im Diamantenhandel de Beers gegenüber *CNN Money*. Die Branche hatte gehofft, das leidige Thema „Blutdiamanten“ sei endgültig aus der öffentlichen Wahrnehmung verschwunden. Immerhin hatte sie sich vor einigen Jahren gemeinsam mit Import- und Exportländern nach starkem Druck auch durch die von medico mit getragene Kampagne „Fatal Transactions“ im so-

genannten Kimberley-Abkommen dazu verpflichtet, keine Diamanten aus Konfliktländern mehr zu handeln. Die Diamantenindustrie betont seitdem, dass es keine „Blutdiamanten“ mehr gebe – das Thema des Films „Blood Diamond“ sei Geschichte.

Das gilt jedoch nicht für die Opfer des Bürgerkrieges in Sierra Leone. Der Weg vom Ende der Kampfhandlungen zum Frieden ist noch weit. „In den diamantenreichen Regionen des Landes herrschen Trostlosigkeit und Verwüstung“, berichtet Abu Brima vom sierraleonischen Network Movement for Justice and Development. Die Arbeitsbedingungen in den Minen grenzen an Sklavenarbeit, die Arbeiter, darunter Hunderte Kinder, erhalten meistens nicht einmal einen US-Dollar am Tag. Die Opfer des Krieges, darunter Tausende Amputierte, haben bislang keine Entschädigung erhalten.

Darüber hinaus deckten die Vereinten Nationen erst vor wenigen Wochen gravierende Lücken bei der Kontrolle des Diamantenhandels auf: Aus dem Krisenland Elfenbeinküste waren Diamanten im Wert von mehreren Millionen Dollar nach Ghana exportiert und so legalisiert worden. Hilfsorganisationen haben in der Vergangenheit immer wieder auf die Schwächen des Kimberley-Abkommens hingewiesen, das keinen effektiven Überwachungsmechanismus hat.



Minenarbeiter in der DR Kongo 2004.
Foto: Kadir van Lohuizen

Es ist deshalb wichtig, dass „Blood Diamond“ ein globales Problem einem internationalen Massenpublikum in Erinnerung ruft. Die Erfahrung zeigt, dass dies ein wirksamer Weg ist, die Bevölkerung zur kritischen Nachfrage anzuregen und zur Änderung von Geschäftspraktiken beizutragen. So weckte der oscarprämierte Film „Der ewige Gärtner“ vor einem Jahr Aufmerksamkeit für die Menschenversuche der internationalen Pharmaindustrie in Afrika.

An „Blood Diamond“ zeigt sich jedoch auch die Ambivalenz eines Engagements, das breitenwirksam über ein wichtiges Thema informieren und zugleich möglichst hohe Profite erzielen will. So sorgten die Produzenten selbst für eine geschmacklose Szene: Für den Film übernahmen 27 Waisenkinder, die im Krieg Arme oder Beine verloren hatten, die Rollen von Statisten. Allen Kindern wurden Prothesen versprochen, die sie allerdings bis heute nicht erhalten haben. Sie müssten noch bis Dezember warten, weil man damit Werbung für den Film machen wolle, erklärte die Produktionsgesellschaft Warner Bros.

laut dem Informationsdienst *shortnews.stern.de*. Diese Instrumentalisierung der Opfer ähnelt den neuerdings so populären Hilfsprojekten von Prominenten wie Bono, die oft mehr PR-Kampagne und weniger nachhaltige Entwicklungshilfe sind (Paul Theroux, Süddeutsche Zeitung, 20.12.05).

Wenn die Diamantenindustrie, die jährlich Millionenbeträge in die Werbung investiert, etwas für ihr Image tun will, dann sollte sie nicht gegen einen Film wettern, der auf ein immer noch aktuelles Problem hinweist, sondern das Kimberley-Abkommen stärken und einen Beitrag für die Opfer der diamantenfinanzierten Kriege leisten.

Anne Jung

Projektstichwort

Unsere Partner in Sierra Leone streiten seit dem Ende des Krieges vor fünf Jahren für eine gerechtere Verteilung des gesellschaftlichen Reichtums und die Entschädigung der Kriegsoffer. Finanziert werden soll dies auch durch die Erlöse aus dem Diamantenhandel. Unterstützen Sie diese Friedensarbeit unter dem Stichwort:
Sierra Leone

Die Gelegenheit beim Schopf packen

People's Health Movement Südafrika plant landesweite Kampagne für Zugang zur Gesundheitsversorgung

Südafrika

Es gehört zu den besonderen Umständen des Übergangs vom Apartheidregime zur Demokratie, dass zwischen Verfassungsanspruch und Verfassungswirklichkeit in Südafrika ein tiefer Riss klafft. So garantiert die Verfassung den Bürgerinnen und Bürgern das volle Recht auf Zugang zur Gesundheit, während sich die Wirklichkeit vor Ort nicht nur für die Hunderttausende von AIDS-Kranken ganz anders darstellt. Das People's Health Movement hat sich jetzt vorgenommen, den Gegensatz von Anspruch und Wirklichkeit zum Ausgangspunkt einer Kampagne zu nehmen, mit der die Gesundheitsverhältnisse des Landes zum Tanzen gebracht werden sollen.

Dabei will das PHM den Streit für das Recht auf Gesundheit mit allen Kämpfen zusammenbringen, in denen gleichermaßen garantierte und gleichermaßen unabgeglichene Rechtsansprüche eingeklagt werden: das Recht auf umfassende Versorgung mit sauberem Trinkwasser und mit Strom, auf ausreichenden Wohnraum in Stadt und Land, auf nachhaltige, auch materiell abgesicherte Gemeindeentwicklung, auf

Bildung und soziale Sicherheit. Alles zusammen Bedingungen, ohne die der gleiche Zugang aller zur Gesundheit nicht verwirklicht werden kann.

Mittlerweile hat das PHM erste zustimmende Reaktionen auf seine Anfragen erhalten. So ist die Treatment Action Campaign (TAC), die für den Zugang zu AIDS-Medikamenten streitet, ebenso

an einer Zusammenarbeit interessiert wie die legendäre Frauenorganisation Black Sash, deren Wurzeln in die 1950er-Jahre zurückreicht. Zustimmung signalisiert haben auch der Gewerkschaftsbund COSATU, die Gewerkschaft der öffentlichen Bediensteten und die der Erziehungs- und Gesundheitsprofessionellen. Interessiert sind natürlich die Studentenverbände. Mit an Bord ist aber nicht nur die Zivilgesellschaft, sondern auch die staatliche Menschenrechtskommission: Die hat die Alltagsrealität der verfassungsmäßig garantierten Rechte zu überwachen und wünscht sich seit langem schon nichts sehnlicher als den massiven Druck der sozialen Bewegungen.

Health & Poverty-Hearings

Kommt die Regenbogenkoalition zusammen, will das PHM im ersten Schritt landesweite öffentliche Anhörungen der Betroffenen organisieren. Für dieses Vorhaben gibt es zwei erfolgversprechende Vorbilder. Das erste sind die berühmten „Poverty Hearings“ aus dem Anti-Apartheid-Kampf, in denen Abertausende individuell Zeugnis ihrer Lage ablegten und sich über die Aussprachen zur sozialen Bewegung zusammenfanden. Das zweite sind die „Health Hearings“, mit denen das indische PHM den Startschuss seiner Kampagne abgab: einer Kampagne, die mittlerweile zum politischen Dach geworden ist, unter dem Gewerkschaftler, Frauenrechtlerinnen, Landreformer und Menschenrechtsaktivistinnen zusammenkommen, um im Streit für das Recht auf Gesundheit ihren gemeinsamen Fokus zu finden. „Bis jetzt ist das nicht mehr als eine Hoffnung“, sagt David Saunders vom PHM in Kapstadt, „aber eine strategische Hoffnung. Wir haben die Karten gut gemischt“.

Projektstichwort

Für die Gesundheitsarbeit im Land am Kap bitten wir um Spenden unter dem Stichwort: **Südafrika**

**EQUAL
TREATMENT**

NEWSLETTER OF THE TREATMENT ACTION CAMPAIGN

NOVEMBER 2006



**Making HIV
prevention work**

TAC-Newsletter im November 2006.

Globale Apartheid

Über die Ökonomisierung von Gesundheitsbedürfnissen

Im Zuge der Globalisierung ist die Welt fraglos näher zusammengedrückt, doch zu einem globalen Dorf, wie es manchmal hieß, wurde sie nicht. Im Gegenteil: Gerade im Bereich der Gesundheit wird auf erschütternde Weise deutlich, dass die Welt heute gespaltener denn je ist.

Das Ende der 70er Jahre mit großer Emphase propagierte Ziel, Gesundheit für alle im Jahr 2000 zu schaffen, ist weit verfehlt worden. Zynisch heißt es heute, dass man Gesundheit für alle vielleicht in 2000 Jahren erreichen könne. Schon der Blick auf die weltweit geleistete medizinische Entwicklungshilfe lässt nichts Gutes erhoffen. Deren Summe nämlich ist in etwa so groß wie das, was Europa alljährlich für Speiseeis ausgibt oder die Menschen in den USA für das Renovieren ihrer Badezimmer. So mag der Verweis auf die „Apartheid“ zwar provozieren, übertrieben aber ist er nicht.

Bekanntlich hat sich die Globalisierung bisher in zwei gegenläufigen Bewegungen vollzogen: Einerseits ist die Welt zu einem globalen System integriert worden, andererseits wurden große Teile der Weltbevölkerung ökonomisch ausgegrenzt. „Redundant people“ heißen die Verlierer der Globalisierung im Englischen: Menschen, für die es in den weltwirtschaftlichen Zusammenhängen keinen Platz zu geben scheint, die „überflüssig“ sind. Ein wenig wird davon gegenwärtig in der sog. „Unterschichtdebatte“ in Deutschland deutlich.

Die Produktion von „redundant people“ aber ist kein Betriebsunfall. Sie gehört zum Wesen des global entfesselten Kapitalismus, der längst in alle Sphären des Lebens hineinreicht und dafür sorgt, dass menschliche Bedürfnisse dem Kalkül ökonomischer Interessen untergeordnet werden. Maßgeblicher Wegbereiter der neoliberalen Umgestaltung der Welt war die gebetsmühlenartig verbreitete Überzeugung, dass private unternehmerische Initiativen grundsätzlich den staatlichen überlegen seien. Keine Talkshow, keine Expertenkommission, kaum ein Leitartikel, der nicht als Allheilmittel für die Lösung sozialer Missstände die Deregulierung propagiert hätte. Dabei ist die angeblich größere Effizienz eines von allen staatlichen Eingriffen befreiten Marktes nie wirklich bewiesen worden. Gerade die großen gesundheitlichen Erfolge in den letzten Jahrhunderten zeigen das Gegenteil. Die Verbesserung des Trinkwassers, die Einführung einer funktionierenden Abfallbeseitigung, die Schaffung von Nahrungsmittelsicherheit, das Angebot breitenwirksamer Impfungen, all das ist nicht das Ergebnis privater Leistungen gewesen, sondern gründete auf öffentlichem Engagement, das nicht selten erst gesellschaftlich erkämpft werden musste.

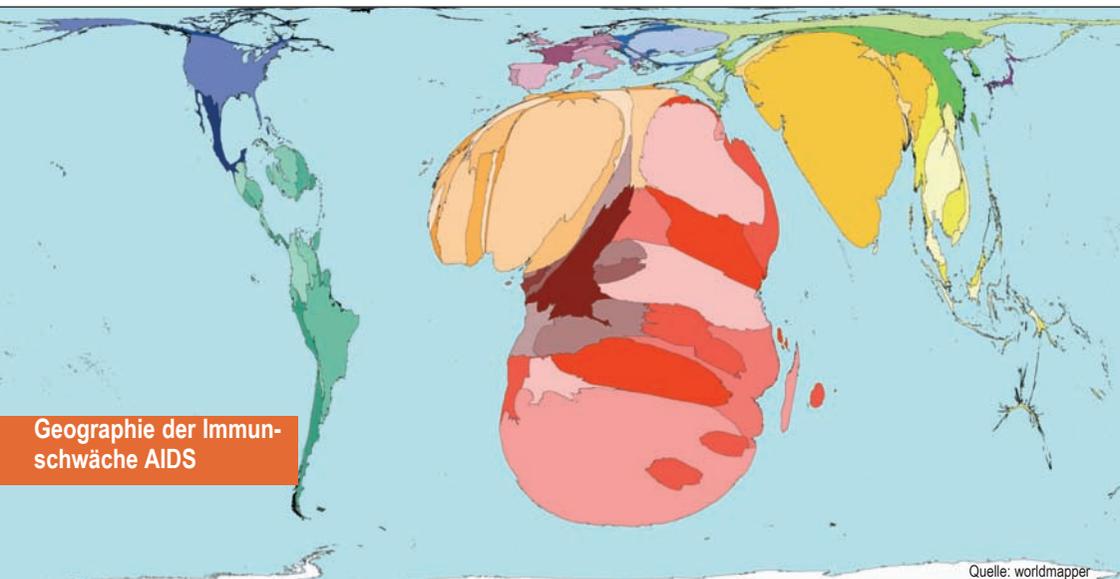
Es droht die Rückkehr zur kolonialen Seuchenpolitik

Dennoch predigen Politiker und Manager heute unablässig, dass es zum Rückbau des Sozialstaates keine Alternative gebe. Es scheint, als habe sich der Neoliberalismus vor allem deshalb so erfolgreich durchsetzen können, weil er sich mit der Aura der ökonomischen Zwangsläufigkeit umgeben konnte. Der Neoliberalismus aber ist keine Zwangsläufigkeit, wie Pierre Bourdieu dargelegt hat. Er ist das Ergebnis einer bewusst lancierten „Politik der Entpolitisierung“, die steuernd nur noch da eingreift, wo die Chancen kurzfristiger Kapitalrealisierung zu sichern sind.

Es ist diese „Politik der Entpolitisierung“, die nun auch im Gesundheitssektor ihren Niederschlag gefunden hat. Immer weniger sind es Gesundheitsbedürfnisse, die über Versorgungsangebote entscheiden,

sondern wirtschaftliche Kriterien. Die voranschreitende Ökonomisierung von Gesundheit, ihre „Ver-Betriebswirtschaftlichung“ aber bleibt nicht ohne Folgen: Mit ihr verkümmert Gesundheit zur Ware, reduziert sich Gesundheitspolitik auf bürokratisches Krankheitsmanagement, werden aus Patienten Konsumenten und sind es nicht mehr soziale Rechte, die über den Zugang zu Gesundheit bestimmen, sondern die individuelle Kaufkraft.

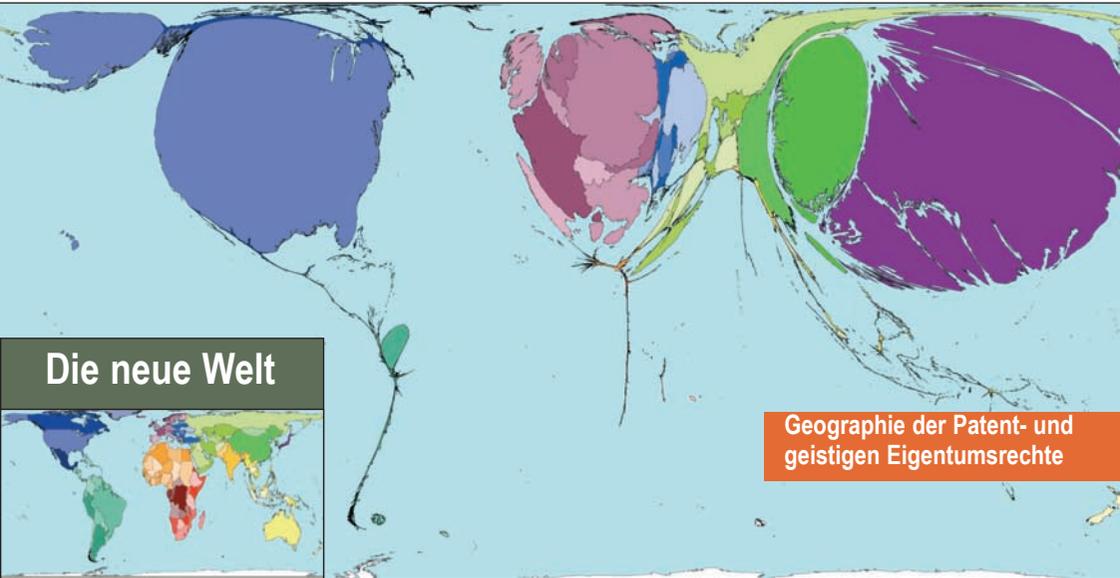
Nun ließe sich einwenden, dass mit dem Auftreten neuer globaler Plagen, wie SARS oder der Vogelgrippe eine Rückbesinnung auf die Bedeutung öffentlicher Gesundheitsfürsorge stattgefunden hat. Nicht Eigenverantwortung, ja nicht einmal nationalstaatliches Handeln reichen schließlich aus, um den neuen Gesundheitsrisiken zu begegnen - Risiken, die übrigens keineswegs nur aus dem Süden zu uns dringen, sondern vor allem aus dem Norden in alle Welt exportiert werden. Viele der global grassierenden Krankheiten korrespondieren mit den Einflüssen der dominanten westlichen Kultur, mit veränderten Ernährungsgewohnheiten und den Folgen eines weltweiten Klimawandels, der nicht zuletzt auf ungebremste Schadstoffemissionen im Norden zurückzuführen ist. Unter solchen Umständen ist es nicht verwunderlich, dass sich chronische Erkrankungen nun auch im Süden ausbreiten und Diabetes seine höchsten Zuwachsraten beispielsweise in Afrika hat.



Fraglos ist das Bewusstsein für die globalen Zusammenhänge von Gesundheit gestiegen, doch sind die Antworten, die die Politik bislang gefunden hat, unzureichend. Auch in ihnen spiegelt sich die Gleichzeitigkeit von Integration und Ausschluss. Sie sollen globale Verantwortung demonstrieren (und damit zur Überwindung politischer Legitimationsdefizite beitragen), und zielen zugleich auf selektive Schutzmaßnahmen (und damit auf die Frage, wie die eigene „Volks-Gesundheit“ gegen das vermeintlich „infektiöse Fremde“ geschützt werden kann). Die Bilder von martialischen Straßensperren, mit denen die Bundeswehr Anfang 2006 der vorrückenden Vogelgrippe Einhalt gebieten sollte, lassen Erinnerung an längst überkommen geglaubte Zeiten kolonialer Gesundheitspolitik wach werden. Der heutige „Cordon Sanitaire“ aber trennt nicht mehr die Siedlungen weißer Kolonialbeamten von den Wohnvierteln der Eingeborenen, sondern den globalen Norden vom Süden.

Es steht zu befürchten, dass auch die sogenannten „Millennium Development Goals“ (MDGs) nicht die Rückkehr kolonialer Seuchenpolitik verhindern können. Immerhin: Drei der acht MDGs, die die Staats- und Regierungschefs dieser Welt feierlich zum Jahrtausendwechsel vereinbart haben, beschäftigen sich mit Fragen globaler Gesundheit. Seitdem steht beispielsweise die Zurückdrängung von Malaria, Tuberkulose und HIV/AIDS ganz oben auf der internationalen Agenda. Seitdem wurde auf unzähligen Konferenzen, Symposien und Meetings Handlungsbedarf beschworen und es wurden immer neue Aktionspläne verabschiedet. Verändert aber hat sich wenig. Mit jedem Tag, der nun verstreicht, wird das Scheitern der MDGs wahrscheinlicher. Die Gründe sind bekannt: Statt dem komplexen sozialen Hintergrund von Krankheiten zu entsprechen, beschränken sich viele der Aktionen auf punktuelle, von oben nach unten durchgeplante technische Eingriffe, die möglichst rasch sichtbare Erfolge zeigen sollen.

Wie aber soll in Südafrika die schnelle Bekämpfung von HIV/AIDS gelingen, wenn es die sozialen Umstände sind, die für die Ausbreitung der Immunschwäche sorgen? Monat für Monat verlassen 300 Krankenschwestern, die für nachhaltige AIDS-Programme unentbehrlich sind, das Land, um im reichen Europa oder den USA Arbeit zu finden. Die Mittel, die Großbritannien auf diese Weise für die Ausbildung qualifizierter Arbeitskräfte spart, liegen weit über den Mitteln, die es für Hilfsprogramme in Süd-



Die neue Welt

Geographie der Patent- und geistigen Eigentumsrechte

Globalisierung verändert den Blick. Wir sind gewohnt, die Weltkarte allein nach territorialer Größe zu betrachten. Wird die Geographie nach anderen Faktoren gezeichnet, offenbaren sich eklatante Missverhältnisse im Weltmaßstab.

Die Karte links berechnet die Größe der Kontinente und der Länder nach der globalen Verbreitung der Immunschwäche AIDS, rechts dagegen nach den weltweiten Standorten der pharmazeutischen Patentrechte, die den Zugang zu lebensrettenden Medikamenten steuern.

afrika aufwendet. Auch im anhaltenden „Braindrain“ wird deutlich, wie die Welt zwar näher zusammengerückt ist, doch ihre Spaltungen eher noch zunehmen.

Während sich die Menschen im Norden Gesundheitsressourcen aus allen Teilen der Welt leisten können und beispielsweise auf billige Pflegekräfte aus Osteuropa zurückgreifen, Zahnersatz aus China importieren, sich zu Ayurveda-Kuren nach Indien zurückziehen und vitaminreiches Obst und Gemüse konsumieren, das rechtlose Arbeitsmigranten

im spanischen Andalusien produzieren, ist eine wachsende Zahl von Menschen im globalen Süden von jeglichen Versorgungsangeboten ausgeschlossen: zumindest als Patient.

Diese Einschränkung ist bedeutsam. Denn auf perfide Weise sind die „redundant people“ zuletzt doch wieder für den globalisierten Gesundheitsmarkt interessant geworden: als Ersatzteillager für die Transplantationsmedizin oder als Versuchskaninchen für neue Medikamente. In Indien, wo alleine 350 Mio. Menschen in extremer Armut leben, sehen sich immer mehr Menschen gezwungen, Nieren oder andere Organe an zahlungskräftige Ausländer zu verkaufen. Abhängigkeit und Unwissenheit machen sie zu leichten Opfern auch der Pharma-Industrie. Wo korrupte Verwaltungen herrschen und von Ethikkommissionen keine Spur ist, da können die sonst aufwendigen klinischen Tests von neuen Medikamenten abgekürzt und billiger durchgeführt werden: meist ohne Einwilligung der Patienten, ohne Risikoaufklärung und ohne therapeutische Kontrollen. Die zynische Rechtfertigung der mit den Tests beauftragten Firmen: wenigstens für die Dauer der Tests seien die Armen medizinisch versorgt. - Vor 60 Jahren wurde in Nürnberg auch gegen die Verantwortlichen der medizinischen Menschenversuche der Nazis verhandelt. Leider steht zu befürchten, dass viele der damals verabreiteten ethischen Grundlagen heute wieder brüchig werden.

Gerade im Arzneimittelsektor sind die prekären Folgen der wirtschaftlichen Globalisierung spürbar. Während es sich ein Land wie Deutschland trotz – besser: wegen – der vielen sozialen Einschnitte leisten kann, jährlich 4.700 Tonnen Arzneimittel im Wert von 4 - 5 Mrd. Euro nicht zu verbrauchen, haben im globalen Süden 2 Mrd. Menschen nicht einmal Zugang zu den lebenswichtigsten Medikamenten. Den meisten Ländern fehlen sowohl die finanziellen Mittel als auch die technischen Voraussetzungen, um eine angemessene Versorgung mit Arzneimitteln aus eigener Kraft sicherstellen zu können.

Und dass es bei dieser Abhängigkeit bleibt, dafür sorgt nicht zuletzt das „Internationale Abkommen über den Schutz geistiger Eigentumsrechte“, kurz: TRIPS, das 1996 in Kraft getreten ist und dessen Übergangsregelungen für die meisten Entwicklungsländer Ende letzten Jahres ausgelaufen sind. Mit dem TRIPS-Abkommen verpflichten sich die Mitgliedsländer der WTO patentgeschützte Medikamente als solche anzuerkennen und von ihnen keine Generika zu produzieren. Nur den Least Developed Countries (LDC), den am wenigsten entwickelten Ländern, ist noch eine weitere Übergangszeit bis 2016 eingeräumt worden, in der sie auch patentgeschützte Präparate für den eigenen Bedarf und den Export an andere LDC herstellen dürfen. Die indischen Generika-Firmen, die viele Jahre lang weite Teile der Weltbevölkerung mit neu auf den Markt gekommenen Arzneimitteln zu erschwinglichen Preisen versorgt haben, können dies seit 2005 nicht mehr tun. Einen indischen Pharmaunternehmer hat dies zu dem makabren Ausspruch verleitet, dass man selbst die Konsequenzen des TRIPS-Abkommens wohl überleben werde, aber die früheren Patienten nicht unbedingt.

Den USA aber gehen die TRIPS-Regelungen noch nicht weit genug. Sie wollen auch jene Paragraphen kippen, die Ländern das Recht einräumen, im Falle besonderer gesundheitlicher Notlagen Zwangslizenzen zur Herstellung patentgeschützter Medikamente zu erteilen. Die AIDS-Katastrophe, die in vielen Ländern Afrikas und Asiens herrscht, würde solche Zwangslizenzen ohne Frage rechtfertigen. Von den 42 Mio. Menschen, die weltweit mit dem HIV-Virus infiziert sind, leben 70% in Afrika südlich der Sahara. Von angemessenen Behandlungsmöglichkeiten aber kann nirgendwo in Afrika die Rede sein. Nicht einmal 20% derjenigen, die einer AIDS-Behandlung bedürften, haben Zugang zu anti-retroviralen Medikamenten. Zwar hat der öffentliche Druck der letzten Jahre dazu geführt, dass Pharma-Konzerne hin und wieder AIDS-Medikamente billiger abgegeben haben, doch kostet die Behandlung mit „Second Line“- Präparaten, gegen die das Virus noch keine Resistenzen ausgebildet hat, wieder ca. 10.000 Dollar pro Patient und Jahr - für Menschen in Afrika eine Absurdität.

1.400 Kinder sterben täglich an AIDS. Und weil diese Kinder in ihrer überwiegenden Zahl nicht „weiße“ Kinder sind, gibt es für die Opfer noch immer keine einfach einzunehmenden antiretroviralen Tabletten. Sie wären leicht zu entwickeln und herzustellen, versprechen aber kein Geschäft. Und genau darin liegt auch der Grund dafür, dass die Pharmaindustrie die Entwicklung eines HIV-Impfstoffes nur zögerlich betreibt: Gäbe es ihn, er müsste angesichts der Krankheitslast, die vor allem Afrika trägt, zum Selbstkostenpreis abgegeben werden. Den Patienten in Afrika, Asien und Lateinamerika fehlen die Mittel für teure Arzneimittel. Und weil dies so ist, fehlt auch der Markt, der Aufwendungen für die Erforschung von Krankheiten, die mehrheitlich die Armen plagen, lohnen würde.

Von den 1.400 Medikamenten, die in den letzten 25 Jahren weltweit entwickelt wurden, waren gerade einmal 13 Präparate, also nicht einmal 1%, solche, die gegen armutsbedingte Krankheiten wirken. Erforscht wurden stattdessen allerlei Scheininnovationen, die im Englischen „me-too drugs“ heißen und den Pharma-Konzernen einen Anteil an bereits bestehenden Absatzmärkten sichern sollen. Renner sind u. a. sogenannte Lifestyle-Präparate - Mittel gegen Haarausfall, Übergewicht oder Erektionsstörungen, die hohe Gewinnmargen versprechen, weil sie ein zahlungskräftiges Publikum haben.

Die Forschung gegen Massenkrankheiten der Armut bleibt aus, dagegen boomen Lifestyle-Präparate gegen Haarausfall und Erektionsstörungen

Unbedingt ist eine Neuausrichtung der pharmakologischen Forschung notwendig. Sie könnte sehr gut gelingen, wenn beispielsweise die Europäische Union ihren Forschungsetat für ein bewusstes Gegensteuern einsetzen würde. Leider aber ist das Gegenteil der Fall. Explizit geht es der EU bei der Vergabe von Forschungsmitteln um die Stärkung der Konkurrenzfähigkeit europäischer Arzneimittelhersteller. Nicht die Förderung eines an öffentlichen Interessen ausgerichteten medizinischen Fortschritts steht im Vordergrund, sondern die verdeckte Subvention von Big Pharma.

Dabei wäre es durchaus denkbar, die Forschung und Entwicklung von essentiellen Arzneimitteln ganz in die öffentliche Hand zu legen. Bereits jetzt sind 50 % der Forschungskosten öffentlich finanziert. Das renommierte Londoner Centre for Economic and Policy Research hat nachgewiesen, dass eine 100%ige öffentliche Finanzierung nicht nur essentielle Forschung entlang akuter Gesundheitsbedürfnisse zuließe, sondern auch die Entwicklungskosten senken und damit Medikamente insgesamt billiger machen würde. Mittel, die bislang im Arzneimittelsektor gebunden sind, könnten für andere Gesundheitsleistungen frei gemacht werden. Es gäbe kaum einen anderen politischen Eingriff, der von vergleichbar großem gesellschaftlichem Nutzen wäre, so das Fazit der Studie.

Gemeinsam mit kritischen Pharmakologen, Verbraucherschutzgruppen, Hilfsorganisationen und Wissenschaftlern in aller Welt drängt *medico* auf einen Richtungswechsel in der globalen Arzneimittelpolitik. Ziel ist die Sicherstellung einer weltweiten Versorgung mit essentiell notwendigen Arzneimitteln, zu denen alle Menschen ungeachtet ihrer Kaufkraft Zugang haben und die in den Fällen, wo es sie noch nicht gibt, prioritär erforscht und entwickelt werden.

Der globalen Gesundheitskatastrophe wird nur zu begegnen sein, wenn die Idee des Menschenrechts auf höchstmögliche körperliche und geistige Gesundheit politisch wie materiell fundiert wird. Dafür zu sorgen, dass der Rechtsanspruch auf einen adäquaten Zugang zur Gesundheitsversorgung keine nette Floskel bleibt, - das würde einer Welt, die mit der Demokratisierung ihrer Verhältnisse ernst machen will, nicht schlecht zu Gesicht stehen. ■

Thomas Gebauer

Trauma und Politik

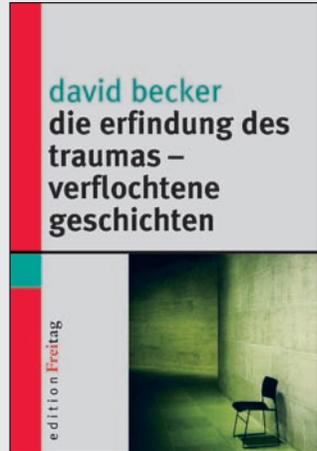
Lesung und Diskussion im Frankfurter Sigmund-Freud-Institut

Der Veranstaltungssaal im Sigmund-Freud-Institut Frankfurt war bis auf den letzten Platz besetzt. Die Lesung und Diskussion über psychosoziale Arbeit in Kriegs- und Krisengebieten mit dem Psychoanalytiker David Becker und der Schweizer Ärztin Maja Hess, die medico mit dem Sigmund-Freud-Institut und der Edition Freitag veranstaltete, traf an diesem Oktobertag offenbar auch ins Herz vieler psychotherapeutisch tätiger Kollegen hierzulande. Podiumsteilnehmer und Diskutanten bewegte die Feststellung einer offenkundigen Entpolitisierung der eigenen Arbeit. Die Berücksichtigung von Traumatisierungsprozessen in Kriegs- und Krisengebieten habe, so Becker, nicht zu einem wirklich neuen und integrierten Ansatz in der humanitären Hilfe und der Entwicklungszusammenarbeit geführt. Oft stifte es mehr Verwirrung und würde den „Betroffenen imperialistisch und kulturverleugnend übergestülpt“. David Becker, der seit vielen Jahren mit medico in verschiedenen Projekten zusammenarbeitet, beschäftigt sich in seinem Buch „Die Erfindung des Traumas“ ausführlich und an konkreten Beispielen mit dieser Frage.

Maja Hess, die Präsidentin der Schwesterorganisation medico international Schweiz, konnte von ihren praktischen Erfahrungen berichten. Seit mehreren Jahren führt sie mit der Psychoanalytikerin Ursula Hauser immer wieder Psychodrama-Workshops im Gaza-Streifen mit Mitarbei-

tern des Gaza Community Mental Health Programme durch. Die Mitarbeiter sind mit den psychischen Problemen von Kindern und Erwachsenen konfrontiert, die sich angesichts der verheerenden Situation noch verschärfen. Zugleich haben die Mitarbeiter selbst kaum Möglichkeiten, die eigenen Erlebnisse in dieser seit Jahren angespannten Situation zu bearbeiten. Erst recht seit die israelischen Psychologen, die nach Gaza kamen und solche Workshops durchführten, von der eigenen Regierung Einreiseverbot erhielten. „Wir wollen“, so Maja Hess, „mit unserer Tätigkeit ein Fenster öffnen, das den Blick und den Zugang zu einer sinnvollen und sinnstiftenden Arbeit auch mitten im von Gewalt beherrschten Gaza ermöglicht.“

„Die Erfindung des Traumas“ von David Becker ist 2006 bei der Edition Freitag erschienen. Über die Arbeit von medico-Schweiz in Gaza findet sich ein Text im medico-Report 26 „Im Inneren der Globalisierung“.



Rechtlos im Rechtsstaat?

Konferenz diskutiert die „Rückkehr der Folter“ im Preußischen Landtag

Gioorgio Agamben schreibt, dass das Versetzen eines Staates in den Ausnahmezustand Teil der gegenwärtigen demokratischen Praxis ist und dass dadurch ein Niemandsland zwischen Politik und Gesetz ge-

schaffen wird. Der Notfallstaat oder Staat im Ausnahmezustand ist dabei weder chaotisch oder willkürlich organisiert, sondern unter juristischer Kontrolle, selbst wenn diese Kontrolle illegal ist. Das US-Gefangenenlager Guantánamo und die

Aufweichung des Folterverbots im „Kampf gegen den Terror“ sind signifikante Beispiele dafür. Unter der Frage „Rechtlos im Rechtsstaat“ diskutierten am 14./15. Oktober in Berlin auf Einladung des republikanischen Anwaltsvereins (RAV) US-amerikanische Anwälte und europäische Menschenrechtler über gemeinsame Strategien gegen den Trend zu doppelten Rechtsstandards. Auch medico international unterstützte die Tagung.

Selbst in Westeuropa ist die Welt nur scheinbar in Ordnung: Hier starteten und landeten geheime CIA-Flüge mit sogenannten „Geistergefangenen“, in Deutschland propagieren Juristen die „Rettungsfolter“. Dass bereits vor dem 11. September 2001 „vogelfreie“ Gefangene existierten, daran erinnerte die US-amerikanische Rechtsanwältin Jennifer Harbury, als sie auf die Ver-

schwundenen, Getöteten und Folteropfer Lateinamerikas der 1980er-Jahre hinwies. Nur: Damals war es für die Angehörigen leichter, die demokratische (Welt)Öffentlichkeit zu sensibilisieren – im Jahre 2006 dagegen, wie sie anhand eines Falles aus dem Jemen berichtete, konnten fünf Männer ohne jeden öffentlichen Protest von der CIA verschleppt werden. Aber der einzigen Supermacht konnten Zugeständnisse abgerungen werden: Die US-Soldaten in Abu Ghraib wurden verurteilt und die Folterverfügungen des Pentagon durch Klagen US-amerikanischer Bürgerrechtler eingegrenzt. Für den RAV-Vorsitzenden Wolfgang Kaleck sind dies Erfolge einer neuen „Weltrechtsgemeinschaft“, einem sich bildenden Netzwerk aus Menschenrechtsorganisationen, Juristen und Journalisten, das nicht nur auf die Gerichtssäle, sondern die öffentliche Mobilisierung der internationalen Zivilgesellschaft setzt.

Rohstoffe und Krieg

Tagung des Bündnisses „Entwicklung hilft“

Das Bündnis von fünf Hilfsorganisationen „Entwicklung hilft“, in dem auch medico Mitglied ist, lud am 6.11. in Bonn zu der Tagung *Die Rohstoffe Afrikas – Konflikt- und Entwicklungspotenzial* ein. Die Tagung fragte nach den Möglichkeiten, die reichhaltigen Rohstoffvorkommen Afrikas der Bevölkerung und nachhaltiger Entwicklung zugute kommen zu lassen. Dazu gehören auch Instrumente, die verhindern, dass Rohstoffe immer wieder neu Anlass für Konflikte sind oder diese verstärken. Abu Brima vom Network Movement for Justice and Development (NMJD) in Sierra Leone war Gast medicos auf der Konferenz. Er sprach über die Wirksamkeit des „Kimberley-Abkommens“, das Kriegsfinanzierung durch Diamantenschmuggel verhindern soll. Das Abkommen wird häufig als Vorbild für andere Rohstoffzertifizierungen herangezogen.

Dazu Brima: „Das Kimberley-Abkommen verhindert nicht die Konflikte und Menschenrechtsver-

letzungen vor Ort – da wo die Diamanten geschürft oder abgebaut werden.“ Außerdem würden seine Kontrollmechanismen schlecht funktionieren. Und selbst wenn sie funktionierten, versuche das Abkommen nur den Handel mit Diamanten zu beeinflussen – die Produktionsseite werde völlig ausgeschlossen. „Aber gerade bei der Produktion entstehen Konflikte vor Ort. Die Menschen sind wütend, weil sie die Sprengungen, die Beschlagnahmung und Zerstörung ihres Ackerlandes – ohne jede Entschädigung, die Belästigungen der Sicherheitskräfte und die Hungerlöhne ertragen müssen“, so Brima weiter. Die Diamantenfirmen benähmen sich in dem Land absolut respektlos. Selbst Regierungsvertreter würden sie nicht auf das Firmengebiet lassen. Und wenn das NMJD Untersuchungen zu den Lebens- und Arbeitsbedingungen durchführen wolle, seien die meisten Gesprächspartner von den Diamantenfirmen bestochen, nur mühsam gelange die Wahrheit ans Tageslicht.

Spendeninformation

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

Einmalige Spende Wenn Sie uns eine Spende überweisen und Sie dafür das dem Rundschreiben beiliegende Zahlungsformular verwenden, reicht zur Einreichung bei den Finanzämtern bis einschließlich 100 € in der Regel der Einzahlungsabschnitt und eine Kopie des entsprechenden Kontoauszuges. Für höhere Spenden oder für Spenden, die nicht mit der medico-Zahlkarte überwiesen werden (z.B. durch Electronic Banking), schicken wir Ihnen gerne eine Spendenbescheinigung zu. Dafür bitten wir Sie, im Verwendungszweck Ihren Namen und die vollständige Adresse sowie, falls bekannt, Ihre Spendernummer anzugeben.

Fördermitgliedschaft Die Fördermitgliedschaft bei medico sieht keine Projektbindung vor. Vielmehr unterstützen Sie damit unsere gesamte Projekt- und unsere unabhängige Öffentlichkeitsarbeit. Die regelmäßigen Beiträge unserer Fördermitglieder ermöglichen es uns, langfristige und verbindliche Projektkooperationen einzugehen, aber auch flexibel zu reagieren, wenn akute Hilfe notwendig ist. Der jährliche Förderbeitrag liegt bei mindestens 120 €. Das wäre z.B. der relativ kleine Betrag von 10 € monatlich. Für Leute mit wenig Geld (Auszubildende, Erwerbslose, Studierende) beträgt der jährliche Förderbeitrag 60 €. Für alle regelmäßigen Spenden (Fördermitgliedsbeiträge, Einzugsermächtigungen und Daueraufträge) schicken wir Ihnen jeweils im Januar des darauffolgenden Jahres eine Sammelbestätigung zu, auf der alle Spenden des Jahres aufgeführt sind.

Spendenquittungstelefon: Tel. (069) 944 38-11,
Fax: (069) 944 38-15 oder E-Mail: info@medico.de

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

Vielen Dank, dass Sie unsere Arbeit mit einer Spende unterstützen! medico international ist gemeinnützig und Ihre Spende ist steuerlich absetzbar.

Liebe Leserinnen und Leser, wir können Ihnen hier nur eine Auswahl unserer jüngsten Veröffentlichungen präsentieren, eine Gesamtübersicht können Sie bei uns anfordern oder finden Sie auf unserer Homepage. Zum Nachlesen und Weiterverteilen, für die Bildungsarbeit, zum Auslegen im Laden nebenan. Für Nachfragen stehen wir Ihnen unter der Tel. (069) 944 38-0 gerne zur Verfügung.

Übrigens: Unsere Materialien schicken wir Ihnen kostenlos, es sei denn, ein Preis ist vermerkt.

medico im Überblick



Jahresbericht 2005

(28 S.) mit Gesamtüberblick über Projekte / Projektländer, Arbeitsfelder, Grundsätze, Finanzbericht, Organisationsstruktur.



Broschüre stiftung medico international

(16 S.) Übersicht über Ziele, Satzung, Struktur und steuerliche Aspekte der stiftung medico international, die Ende 2004 gegründet wurde.

medico Rundschreiben

Nummer 02 | 06: Schwerpunkte: Symposium „Der Andere als Sicherheitsrisiko“, Sri Lanka, Minenkampagne Türkei

Nummer 03 | 06: Schwerpunkte: Naher Osten/Libanon, globale Medikamentenpolitik/Alternativmodelle, Slavoj Zizek

Reports



Im Inneren der Globalisierung

*Psychoziale Arbeit in
Gewaltkontexten*

(230 S.) Der medico-Report 26 reflektiert Konzepte und Praxis psychosozialer Arbeit in Gewaltkontexten und die unterschiedlichen Dimensionen von Täter- und Opferrealitäten in Zeiten der

Globalisierung. 12 €.

Eine Liste aller Reports schicken wir Ihnen gerne zu.

NEU: Materialien zur Gesundheitskampagne

Aufklärungsflyer und Hintergrundbroschüre zur aktuellen medico-Kampagne für das Recht auf Gesundheit als öffentliches Gut. Auch zu unseren weiteren Kampagnen gibt es eine vielfältige Auswahl von Materialien - Filme, Postkarten, Ausstellungen. Interessiert?

Rufen Sie uns an unter Tel. (069) 944 38-27 (Anne Jung).



Alternative Ideen starten durch...

Das Falblatt inkl. ausführlichem Beipackzettel informiert kostenlos und rezeptfrei über die Möglichkeiten einer alternativen Medikamentenproduktion am Beispiel des

medico-Partners Gonoshastaya Kendra in Bangladesch.



Arzneimittelforschung - Plädoyer für eine Wissenschaft im öffentlichen Interesse

(24 S.) In dieser gemeinsam mit der BUKO Pharma-Kampagne herausgegebenen Broschüre können Sie nachlesen, warum wichtige Medikamente

erst gar nicht entwickelt werden, wie Arzneimittelforschung funktioniert und wie diese Forschung enger am wirklichen Bedarf der Menschen ausgerichtet werden kann.

Projekte

Wir informieren Sie gerne über alle Projekte, die wir in Afrika, Lateinamerika, Südasien und im Nahen Osten unterstützen. Ein Beispiel:



Das Engagement von medico international im Nahen Osten

(4 S.) Der Nahe Osten - Libanon, Israel und Palästina - gehört zu den ältesten Projektregionen von medico international. In kurzer Zusammenfassung stellen wir Ihnen die Arbeit unserer Partnerorganisationen in dieser Region vor.

Ich bestelle:

- Jahresbericht 2005
- Broschüre stiftung medico international
- medico Rundschreiben 02 | 06
- medico Rundschreiben 03 | 06
- Alternative Ideen starten durch...
- Broschüre Arzneimittelforschung
- Report 26 - Im Inneren der Globalisierung (12 €)
- Das Engagement von medico im Nahen Osten

Name:

Straße:

Ort:

Meine Spendernummer:

Ich möchte

- kostenlose Materialien bestellen
- ggn. Rechnung (zzgl. 2 € Versandkosten) bezahlen
- dass der Rechnungsbetrag einmalig für diese Bestellung von meinem Bankkonto abgebucht wird

Kontonummer:

bei der Bank:

BLZ:

Datum:

Unterschrift:

Bitte einsenden an:



medico international e.V.
Burgstraße 106
D-60389 Frankfurt am Main
oder faxen an: (069) 436002

Partnerschaft für eine andere Welt

Dr. Zafrullah Chowdhury ist Mitbegründer des Pharmaherstellers Gonoshasthaya Kendra Limited (GK).
Er wurde 1992 mit dem alternativen Nobelpreis ausgezeichnet. Ihn verbindet eine enge Freundschaft mit Dr. Muhammad
Yunus, der als Gründer der Grameenbank mit dem Friedensnobelpreis 2006 ausgezeichnet wurde.
Mehr Informationen zu GK finden Sie im Heft.



Dear friends,

Greetings from Bangladesh - a country with 140 million people in 144.000 square Kilometer area between West Bengal, North East India and Myanmar, Great Himalaya Mountain is in the north and Bay of Bengal (Sea) is in the south.

Despite of poverty (most people living daily on 1 Euro income), our people are happy people. Please do not take their smiles away through uneven International Trade Agreement with many visible and invisible tentacles. We are not against "Globalization" and the World Trade Organization, which ensures fairness, equality, justice and free access of our goods and labour forces as yours. Benefit will be mutual. But trade can not have precedence over health. International Trade Treaties should not prevent our people and yours, having quality essential medicines at an affordable price.

Gonoshasthaya Kendra (Peoples Health Centre) in Bangladesh is organizing rural people since 1972 for their health rights. Our struggle with your participation could be a lot easier and faster to challenge the Goliaths in Big Pharma business around the globe. We don't need weapons of mass destruction (WMD) to defend and attack. We need access into knowledge, finance and support. We need to combine yours participation with ours and last not least we need to break some rules to prove that: "Another world is possible".

Relaxation was made related to drug for least developing countries (LDCs) like Bangladesh, Patents until the year 2016. They thought poor people couldn't do it. But we can! Let's make globalization from below, at a high level!

Support the sharpest weapon we have: access to knowledge and sharing knowledge with the people. Encourage primary health care in order to *prevent* illness, and treat sick people with needed drugs. Break the attitude of rich countries, which keep control of the technology and the supply process of lifesaving drugs. Together with your support we are out to produce high-quality drugs at cheap prices for the poor - not only in Bangladesh and also elsewhere. Let us struggle together for the welfare of our people and your elderly people in Europe through Merry Christmas and Happy New Year.

In solidarity and partnership for justice everywhere,

Zafrullah Chowdhury (Dr.)
Gonoshasthaya Kendra

gonoshasthaya kendra