



Missionsärztliches Institut Würzburg

Katholische Fachstelle für internationale Gesundheit

*... mehr Gesundheit
in der Einen Welt.*

Im Fokus

Politische Anwaltschaft

Wir über uns

Das Missionsärztliche Institut ist die einzige katholische Fachstelle für internationale Gesundheitsarbeit in Deutschland. 1922 als Initiative christlicher Laien gegründet, bildet es medizinisches Fachpersonal für den Einsatz in tropischen Ländern mit Schwerpunkt in Afrika aus. Zudem berät und unterstützt das Institut



kirchliche Gesundheitsdienste und Projektpartner weltweit sowie kirchliche Hilfswerke, darunter Misereor, Caritas international oder missio.

Im Institut arbeiten Fachkräfte hauptberuflich und ehrenamtlich für mehr Gesundheit in der Einen Welt. Sie engagieren sich im Sinne des weltweiten Heilungsauftrags der katholischen Kirche. Viele unserer Mitglieder sind in Gesundheitsprojekten in Ländern des Südens tätig.

Um Armut zu bekämpfen, müssen Millionen von Menschen die Chance zu mehr Gesundheit bekommen. Dazu wollen wir als Missionsärztliches Institut beitragen. Gemeinsam mit unseren Partnern arbeiten wir an zukunftsfähigen Lösungen. Dabei respektieren wir ihre Wertvorstellungen und kulturellen Traditionen.

Das Hanna-Decker-Haus: Sitz der Teams des Instituts, des Labors und der Bibliothek

Helfen Sie mit Ihrer Spende, unsere weltweite Gesundheitsarbeit zu unterstützen!

Liga Bank Würzburg

300 65 65

BLZ 750 903 00

BIC GENO DE F1 M05

IBAN DE 58 7509 0300 0003 0065 65



Liebe Freunde und Förderer des Missionsärztlichen Instituts,

der Vergleich spricht Bände: Ein Neugeborenes, das 2012 in einem afrikanischen Land zur Welt kam, kann weniger als 50 Lebensjahre bei guter Gesundheit verbringen. Bis zu 69 Lebensjahre ohne gravierende Einschränkungen durch Krankheit oder Behinderung kann dagegen ein Kind erwarten, das in einem wirtschaftlich besser gestellten Land wie Deutschland zur Welt kommt. Gesundheit ist ein Menschenrecht. Deshalb dürfen solche Ungerechtigkeiten nicht hingenommen werden.

Weil wir als Missionsärztliches Institut uns gemäß unserem Motto „für mehr Gesundheit in der Einen Welt“ einsetzen, müssen wir alles in unserer Macht Stehende tun, damit Armut nicht länger Millionen von Menschen in armen und unterprivilegierten Ländern tötet.

Eine wichtige Voraussetzung von Gesundheit ist der Zugang zu adäquater Behandlung. Das Beispiel HIV/Aids macht das erschreckend deutlich. An den Folgen der Immunschwäche sterben in Afrika südlich der Sahara pro Jahr noch immer 1,2 Millionen Menschen. Um mitzuhelfen, HIV und Aids zu besiegen, engagiert sich das Institut im „Aktionsbündnis gegen AIDS“.

Zu den Krankheiten, die Menschen in unseren Partnerländern bedrohen, gehören auch Malaria und Tuberkulose. Der Kampf gegen diese oft tödlichen



Infektionskrankheiten verursacht hohe Kosten. Bei der Finanzierung sind arme Länder auf die Unterstützung reicher Nationen angewiesen. Wir appellieren deshalb immer wieder an Politiker in Deutschland, sich ihrer Verantwortung bewusst zu werden und sich angemessen zu beteiligen.

Dass auch Menschen in Deutschland arm, krank und ausgegrenzt sind, erfahren Institut und Klinik bei ihrem Engagement in der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft für Flüchtlinge und Asylbewerber. Auch für diese Menschen fordern wir einen in der Würde der Menschen begründeten Zugang zu medizinischer Versorgung, wie er auch deutschen Bürgern gewährt wird.

In der vorliegenden Publikation zeigen wir nur einen kleinen Ausschnitt unseres Engagements für das Menschenrecht Gesundheit. Wir freuen uns, wenn Sie neugierig geworden sind und beantworten gerne Ihre Fragen. Unseren Freunden und Förderern danken wir für ihre Spenden und ihr Vertrauen.

Prof. Dr. August Stich
1. Vorsitzender

Michael Kuhnert
Geschäftsführer

Bittere Pillen für die Armen?

Das Missionsärztliche Institut und seine Mitstreiter appellieren an die ethische Verantwortung der Pharmaindustrie



Falsche oder ungenaue Angaben auf Beipackzetteln, ein Arzneimittelsortiment, das an den Bedürfnissen der Menschen in Ländern des Südens vorbeigeht, oder mangelnde Qualitätskontrolle von Arzneimitteln mit oft tödlichen Folgen – mit solchen und ähnlichen Missständen bei der Medikamentenversorgung von Menschen in Entwicklungsländern wollen sich die beiden großen Kirchen nicht abfinden. Deshalb finden seit mehr als 20 Jahren regelmäßige Gespräche zwischen der Gemeinsamen Konferenz Kirche und

Entwicklung (GKKE) und dem Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (VfA) statt, an denen auch Vertreter des Missionsärztlichen Instituts beteiligt sind. Patienten in Entwicklungsländern mit günstigen und sicheren Medikamenten zu versorgen und ihre Gesundheitssituation zu verbessern, ist das Ziel. Die Devise lautet „Kooperation statt Konfrontation“.

Zweimal im Jahr kommen Vertreter von kirchlichen Hilfswerken und Arzneimittelherstellern deshalb

zusammen. Außer um die bereits genannten Themen geht es auch um die Patentierung von Medikamenten oder die Vergabe freiwilliger Lizenzen zur Herstellung von günstigeren Nachahmerpräparaten, so genannten Generika. Die Gespräche zeigen Wirkung: Über verschiedene gemeinsam veranlasste Studien wurden auf hartnäckiges Drängen der Kirchenvertreter die Patienteninformationen auf den Beipackzetteln tatsächlich verbessert. Immer wieder brandmarkten die Kirchen die Sortimentsgestaltung, die häufig am



Angaben auf Beipackzetteln müssen korrekt und verständlich sein. Foto: Elke Blüml

Bedarf der Bevölkerung vorbei auf Lifestyle-Produkte setzte, und schwor die Pharma-Unternehmen auf die WHO-Listen ein.

Seit dem Jahr 2000 ging es um die Preisgestaltung bei den antiretroviralen Medikamenten gegen HIV/ Aids und immer wieder um Fragen der Lizenzen und Patente im Rahmen des TRIPS-Abkommens der Welt- handelsorganisation über geistiges Eigentum. Gemein- same Stellungnahmen von GKKE und VfA haben dazu beigetragen, dass mittlerweile viele Medikamente in ärmeren Ländern günstiger zu haben sind. Im Rahmen des Pharmadialogs entstand auch das Mini-Lab, ein mobiles Kleinlabor, das in zwei Koffer passt und die Qualität von knapp 60 Medikamenten prüfen kann.

Inzwischen zeichnet sich in der Aus- und Weiterbildung von pharmazeutischem Personal eine neue Partner- schaft ab. 2012 erstellte das Missionsärztliche Institut im Auftrag der Kirchen und der Pharmaindustrie eine Studie über die bestehenden fünf pharmazeutischen



Strenge Qualitätskontrollen von Medikamenten sind unerlässlich. Foto: Difäm

Trainingseinrichtungen Tansanias. Ziel war, deren Ausbildungsleistung zu verbessern und staatlich sowie privatwirtschaftlich zu unterstützen. Aus den Ergebnissen wurde ein Projektantrag an die Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) und den Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (VfA) zur Verbesserung der pharmazeutischen Ausbildungssituation in Tansania erarbeitet.

Nach 20 Jahren oft steinigen Dialogs haben beide Seiten dazugelernt und neue Ziele ins Auge gefasst. Die Kirchen wissen, dass sie ohne die Fortschritte in der Versorgung mit Medikamenten von gesicherter Wirk- samkeit und Qualität die Gesundheitsdienste für die Armen kaum verbessern können. Die Pharma-Industrie hat gelernt, dass sie eine ethische Verantwortung hat.

In zwei Koffer passt das „Minilab“, mit dem die Qualität von Medikamenten getestet werden kann. Foto: Difäm



Armut tötet

Reiche Länder müssen mehr in die Gesundheitsförderung benachteiligter Staaten investieren

Wirtschaftlich benachteiligte Länder verfügen nicht über die notwendigen Mittel, um die verheerenden Gesundheitsprobleme zu bewältigen und die zugrundeliegenden strukturellen Ursachen anzugehen. Nach Untersuchungen der Weltgesundheitsorganisation hätten die 49 Länder mit den niedrigsten Einkommen im Jahr 2011 wenigstens 50 US-Dollar pro Kopf aufbringen müssen, um ein bescheidenes Gesundheitssystem einzurichten und grundlegende Dienste für die Verbesserung der Gesundheit von Kleinkindern und Müttern sowie unentbehrliche Arzneimittel anbieten zu können. Hohe Kosten verursacht der Kampf gegen die todbringenden Infektionskrankheiten HIV, Tuberkulose und Malaria. Die besonders belasteten Länder im südlichen Afrika benötigen noch einmal 40 bis 75 US-Dollar, um bei der Bekämpfung dieser drei Epidemien voranzukommen und damit international vereinbarte Ziele wie den allgemeinen Zugang zu HIV-Diensten zu verwirklichen. Unter den aktuellen Bedingungen können Mosambik oder Sambia aber nur 20



Der Soziologe Joachim Rüppel vom Missionsärztlichen Institut hat untersucht, wie viel Geld Deutschland und andere Länder tatsächlich in die Entwicklungshilfe investieren. Foto: Marc Darchinger

bis 40 US-Dollar pro Kopf aus den eigenen Staatseinnahmen für die Gesundheitsversorgung aufbringen, auch wenn sie die Selbstverpflichtung der Afrikanischen Union erfüllen, 15 Prozent des Regierungshaushalts in das nationale Gesundheitssystem zu investieren.

Die verbleibende Finanzierungslücke muss durch Mittel der Entwicklungszusammenarbeit geschlossen werden. Wenn das nicht gelingt, bleibt die arme Mehrheit der Menschen von lebensrettenden Gesundheitsdiensten ausgeschlossen oder ihre Familien

werden durch katastrophale Behandlungskosten ins Elend gestürzt.

Es ist daher lebenswichtig, dass sich die wirtschaftlich besser gestellten Länder Europas angemessen und fair an der Finanzierung der globalen Bemühungen für eine humane Entwicklung und die Verbesserung der Gesundheitsbedingungen beteiligen. Deutschland mit der größten Volkswirtschaft in Europa hat hier eine besondere Verantwortung. Bereits 1970 wurde in einer Resolution der Vereinten Nationen festgehalten, dass die reichen Staaten ihre Leistungen für die öffentliche Entwicklungshilfe insgesamt auf mindestens 0,7 Prozent ihres Bruttonationaleinkommens (BNE) erhöhen sollen. Da dies nur von einer Minderheit umgesetzt wurde, hat die Europäische Union 2005 beschlossen, bis 2010 eine Mindestquote von 0,51 Prozent des BNE zu erfüllen und spätestens bis 2015 den UN-Richtwert zu erreichen. Für den Gesundheitsbereich müssten nach UN-Empfehlungen mindestens 0,1 Prozent des BNE bereitgestellt werden.

Seit mehreren Jahren hat das Missionsärztliche Institut eine methodische Verfahrensweise entwickelt, um die Finanzierungsbeiträge Deutschlands und anderer Geberländer für die Gesundheitsförderung präzise zu bestimmen und objektiv zu bewerten. Dabei werden alle relevanten Finanzierungskanäle und alle Einzelprojekte mit

Gesundheitsbezug in die Untersuchung einbezogen. Auf dieser Grundlage wurde im Jahr 2012 eine Kooperation mit deutschen und europäischen Netzwerken der Zivilgesellschaft vereinbart, um eine umfassende Analyse der Leistungen aller 17 europäischen Mitgliedstaaten im OECD-Entwicklungsausschuss durchzuführen. Die Studie untersuchte sowohl die Gesamtbeiträge für die Entwicklungszusammenarbeit als auch die Anstrengungen für die Finanzierung von spezifischen Maßnahmen, die auf die Verbesserung der Gesundheitssituation und die Bewältigung der HIV-Epidemie ausgerichtet sind. Das Kernstück der Untersuchung bestand in der Prüfung von 157.500 Datensätzen mit Beschreibungen einzelner Projekte, wie sie von den zustän-

digen Stellen der Geberstaaten an das Informationssystem der OECD übermittelt werden. Dadurch war es möglich, genau die Projekte zu erfassen, die tatsächlich zur Deckung des errechneten Finanzbedarfs für den Gesundheitssektor und die erwähnten Unterbereiche beitragen.

Was die Gesamtleistungen angeht, zeigt eine differenzierte Betrachtung, dass die von der OECD angenommenen und veröffentlichten Beträge der öffentlichen Entwicklungshilfe (engl. Kürzel ODA) oft irreführend sind. Sie enthalten nämlich Ausgaben und Buchungen, die keine realen Transferleistungen darstellen oder nur indirekt die Mobilisierung der erforderlichen Ressourcen unterstützen. Das betrifft vor allem Schuldenerlasse, rechnerische

Gesellschaftliche Ungerechtigkeit bringt Menschen in großem Ausmaß um, wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) treffend feststellt. Viele Weltregionen erfuhr in der Kolonialzeit eine rücksichtslose Ausplünderung ihrer Ressourcen. Die daraus hervorgegangenen Wirtschaftsstrukturen führen noch heute zu extremer Benachteiligung der großen Mehrheit der dort lebenden Menschen.

Zu den dramatischsten Folgen gehören krankmachende Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie eine völlig ungenügende Gesundheitsversorgung. Dadurch erleiden viele Menschen vermeidbare Krankheiten und einen frühen Tod. So können die Bürger/innen in 21 besonders benachteiligten und von tödlichen Epidemien wie HIV betroffenen Ländern im Durchschnitt weniger als 50 Lebensjahre erwarten, bis sie mit gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu kämpfen ha-

ben. In Deutschland liegt die gesunde Lebenserwartung bei 69 Jahren, obwohl auch in einem wirtschaftlich privilegierten Land erhebliche Verbesserungen der Gesundheitsvorsorge erforderlich sind. Auch bei der gesamten Lebenserwartung zeigt sich eine nicht hinnehmbare Kluft. Während die Menschen in Afrika südlich der Sahara ein durchschnittliches Lebensalter von knapp 55 Jahren erreichen, kann die Bevölkerung der Europäischen Union mit über 80 Lebensjahren rechnen.

Studienplatzkosten für Studierende aus Entwicklungsländern, Aufwendungen für Flüchtlinge sowie Verwaltungsausgaben. Außerdem überweisen einige Geberländer einen erheblichen Teil der Gelder als Darlehen, die kaum den ärmsten Ländern zugutekommen. Gerade Deutschland hat zwischen 2009 und 2011 die rückzahlbaren Mittel (Kredite und Kapitalbeteiligungen) drastisch von weniger als 1,2 auf über 1,9 Mrd. Euro aufgestockt und damit die Statistik geschönt. Im gleichen Zeitraum stiegen die Auszahlungen in Form von Zuschüssen nur von 7,4 auf 7,9 Mrd. Euro. Im Verhältnis zur Wirtschaftskraft gemessen am BNE

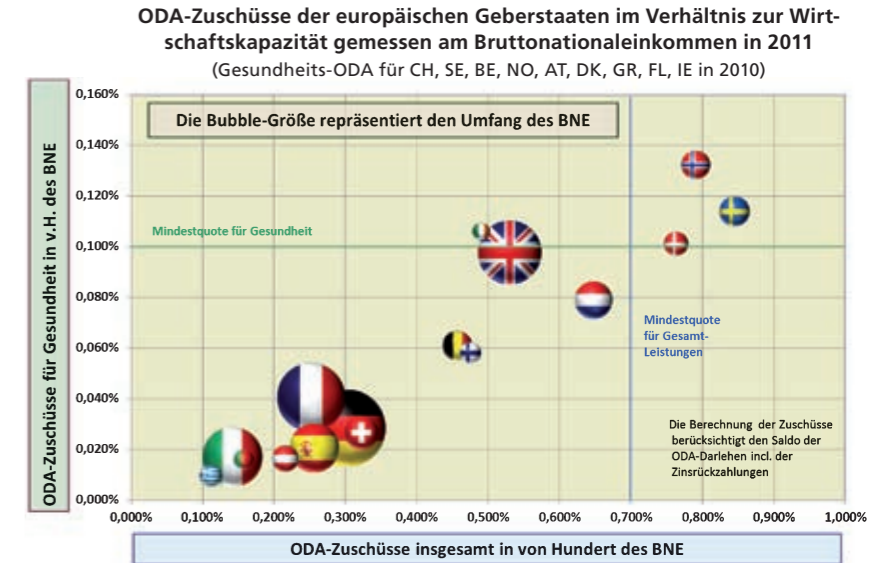
stagnierten die ODA-Zuschüsse seither bei mageren 0,3 Prozent, also weniger als der Hälfte der Sollgröße. Nur die Zuschussmittel können aber für den dringlichsten Bedarf in den besonders benachteiligten Ländern eingesetzt werden und bilden daher ein Maß für die tatsächliche Bereitschaft, Verantwortung für die Überwindung der weltweiten Ungerechtigkeit zu übernehmen.

Unter allen europäischen Geberstaaten wies Deutschland mit 10,4 Mrd. Euro die größte Kluft auf zwischen den realen ODA-Leistungen und der Zielgröße gemäß dem UN-Richtwert. Gemessen an der

Wirtschaftskraft nahm Deutschland bei den ODA-Zuschüssen lediglich den 11. Rang unter den 17 DAC-Mitgliedern Europas ein. Abgesehen von Frankreich und Österreich lagen nur noch solche Länder hinter Deutschland, die am schwersten von der Finanzkrise betroffen sind.

Noch unbefriedigender sind die ODA-Leistungen für Gesundheitsförderung und HIV-Bewältigung. Die errechnete ODA-Quote für Gesundheit insgesamt betrug 2011 weniger als 0,03 Prozent des BNE, wenn nur die als Zuschüsse gewährten Auszahlungen zugrunde gelegt werden. Damit rangieren

die deutschen Finanzierungsbemühungen für die globale Gesundheit bei deutlich weniger als der Hälfte des europäischen Durchschnitts und bei rund einem Viertel der von den besten Gebern (Norwegen und Schweden) erreichten Niveaus. Die von Deutschland bereitgestellten Finanzmittel gegen die HIV-Epidemie stagnierten seit 2008 bei lediglich 0,010 Prozent des BNE. Auch das entspricht weniger als der Hälfte des europäischen Durchschnitts. In den lebenswichtigen Bereichen der Gesundheitsfürsorge und HIV-Antwort sind die ODA-Leistungen Deutschlands also besonders niedrig. Das gilt nicht nur im Hinblick auf die international vereinbarten Zielgrößen, sondern auch im Vergleich mit der Mehrheit der europäischen Geberstaaten. In den letzten Jahren war der Gesundheitsanteil an den Gesamtleistungen sogar rückläufig

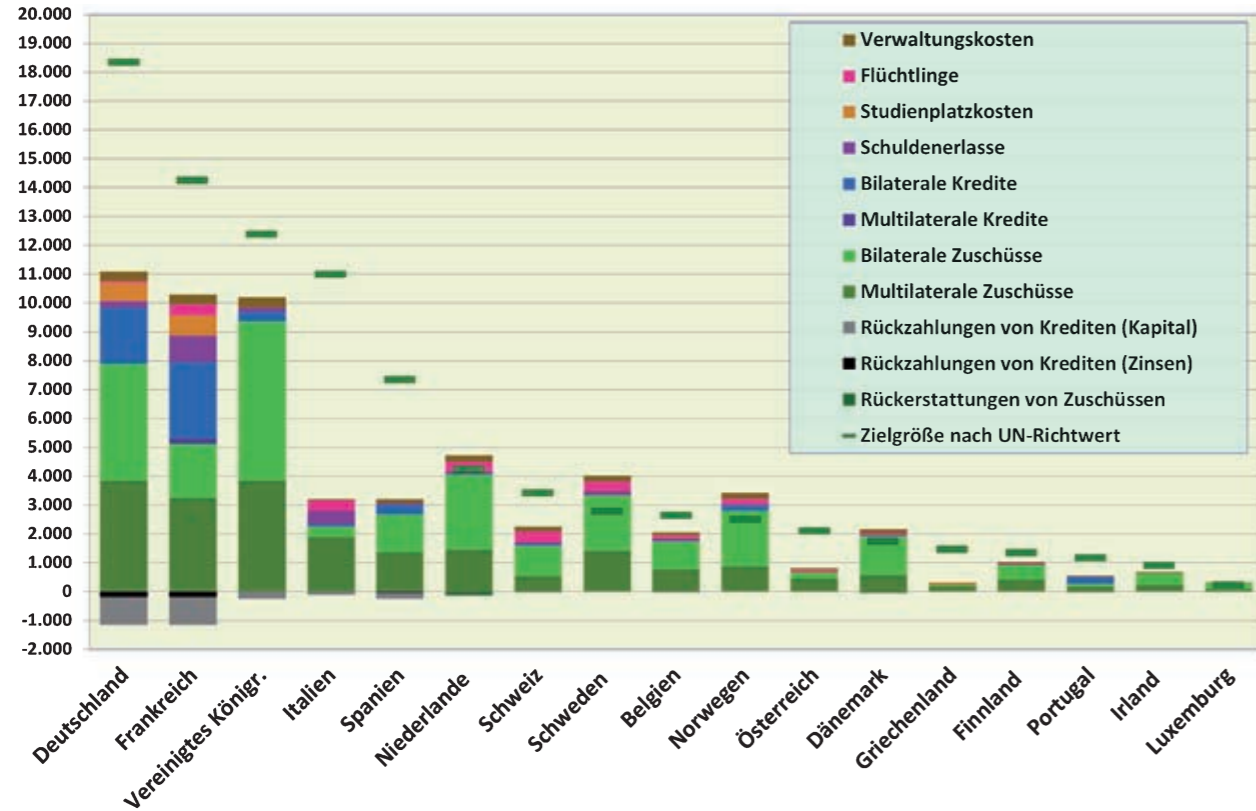


und fiel seit 2010 unter ein Zehntel der realen Transferleistungen. In der Summe lagen die europäischen ODA-Zuschüsse für Gesundheit bei 0,051 Prozent des gemein-

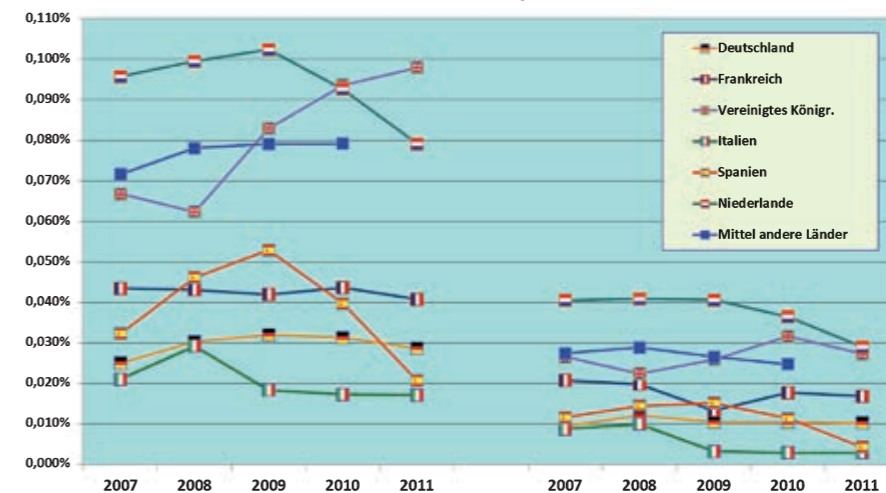
samen BNE und müssten verdoppelt werden, um die empfohlene Mindesthöhe zu erreichen. Der notwendige Zuwachs liegt bei ca. 6 Mrd. Euro, wovon allein auf Deutschland ein Fehlbetrag von 1,8 Mrd. Euro entfällt. Um die fatale Unterfinanzierung des Gesundheitswesens in den benachteiligten Ländern zu überwinden, müssen Regierung und Parlament eine erhebliche Aufstockung der deutschen ODA-Leistungen auf den Weg bringen und in Zukunft der Gesundheitsförderung einen deutlich höheren Stellenwert als bisher beimessen.

Die Studie wird weitergeführt. Die Ergebnisse können im Detail auf unserer Homepage anhand interaktiver Karten und Grafiken nachvollzogen werden.

Europäische Mitgliedstaaten des OECD-Entwicklungsausschusses: Zusammensetzung der ODA-Zahlen, in Mio. Euro



Trend der ODA-Zuschüsse für Gesundheit und HIV-Bewältigung im Verhältnis zur Wirtschaftskapazität von 2007 bis 2011



An der Seite von Flüchtlingen und Migranten

Institut und Missionsärztliche Klinik setzen sich aktiv für die menschenwürdige Behandlung einer vernachlässigten Randgruppe ein



Migration ist ein herausforderndes Phänomen unserer Zeit. Millionen Menschen auf allen Kontinenten dieser Welt haben freiwillig oder unfreiwillig ihre Heimat verlassen.

Die Ursachen von Migration sind vielfältig. Flucht und Vertreibung sind Folge von Naturkatastrophen, Klima- und Umweltveränderungen, politischen Wirren, Verfolgung, Krieg und Armut. Zudem sind die internationale Handelspolitik, Rohstoffausbeutung und ein-

seitige Agrarsubventionen in der westlichen Welt die Ursache, dass vielen Menschen in südlichen Ländern ihre Lebensgrundlagen entzogen werden.

Politik und Gesellschaft der reichen Nationen machen ihren Einfluss nur ungenügend geltend, um die Ursachen von Flucht und Vertreibung nachhaltig anzugehen. Das Missionsärztliche Institut sieht eine wichtige Aufgabe darin, Ungerechtigkeit, Ausgrenzung, Armut und Krankheit dort zu bekämpfen, wo sie entstehen.



◀ Eingangstor zur Asylbewerber-Unterkunft mit ihren fast 500 Bewohnern aus mehr als 40 Ländern. Foto: August Stich

Menschen, die aus welchen Gründen auch immer ihren Weg bis nach Deutschland gefunden haben, sind uns willkommen. Uns steht es nicht zu, über die Rechtmäßigkeit ihrer Fluchtgründe zu richten. Stattdessen bemühen wir uns um eine menschenwürdige Behandlung und stehen an der Seite derjenigen, die diese nicht erfahren. Als Fachstelle für Gesundheit sehen wir den Schwerpunkt unserer eigenen Arbeit in einer Verbesserung ihrer präventiven und kurativen medizinischen Versorgung.

Bei der medizinischen Grundversorgung dieser Menschen stellen wir fest, dass viele Flüchtlinge und Asylbewerber in Deutschland sehr krank sind. Zum einen tragen sie die hohe Krankheitslast und die Folgen einer schlechten medizinischen Versorgung in ihren Heimatländern. Viele leiden auch an körperlichen und psychischen Krankheiten, die sie während der Flucht erworben haben. Zum anderen gewährt das Asylbewerberleistungsgesetz nur einen reduzierten Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung, was wir

Ärztliche Sprechstunde für die Bewohner der Gemeinschaftsunterkunft. Foto: August Stich ▼



kritisieren. Wir fordern, dass Menschen, die in Deutschland leben, unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus alle den gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung unter gleichen Standards erhalten.

In der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft für Flüchtlinge und Asylbewerber ist seit 2008 eine Art Außenstelle der Missionsärztlichen Klinik eingerichtet, wo den fast 500 Bewohnern aus mehr als 30 Ländern niederschwellig medizinische Hilfe angeboten wird. Ärzte, eine Krankenschwester und Medizinstudenten bieten täglich Sprechstunden an. Sie beraten und behandeln Menschen mit leichteren Erkrankungen wie Erkältungen, Rückenschmerzen oder Verdauungsstörungen. Manche Patienten leiden aber auch an



Die Bewohner der Gemeinschaft tragen eine hohe Krankheitslast. Foto: August Stich

lebensbedrohlichen Erkrankungen wie Krebs oder HIV/Aids. Das Team erfährt in den Sprechstunden immer wieder, dass die Umsetzung des Asylbewerberleistungsgesetzes und die Unsicherheit, ob sie Bleiberecht erhalten, Flüchtlinge und Asylbewerber krank machen.

Als Mitarbeiter des Missionsärztlichen Instituts sehen wir in jedem Menschen unabhängig von Herkunft, Religion und Geschlecht ein Ebenbild Gottes. Flüchtlinge in Deutschland sind eine zu Unrecht vernachlässigte Randgruppe. Es ist unsere Aufgabe ihnen beizustehen, wenn und solange sie Hilfe brauchen.



Solidarisch gegen die Immunschwäche

Zusammen mit dem „Aktionsbündnis gegen AIDS“ engagiert sich das Institut dafür, dass HIV und Aids besiegt werden können



Deutsche und afrikanische Schüler demonstrieren, dass Leben ein Menschenrecht ist. Foto: Elke Blüml

Keine andere Einzelursache hat einen größeren Rückschlag für die menschliche Entwicklung bewirkt als die HIV-Epidemie. Innerhalb von drei Jahrzehnten haben sich 60 Millionen Menschen mit dem HI-Virus infiziert, annähernd 30 Millionen sind an der Immunschwäche gestorben.

Die verheerenden Auswirkungen werden oft noch verschärft durch negative gesellschaftliche Reaktionen. Zu

lange fehlte der politische Wille, um der Herausforderung solidarisch und wirksam zu begegnen.

Auf der anderen Seite entstanden in allen Ländern Initiativen, die sich für eine uneingeschränkte Solidarität mit Menschen einsetzen, die mit dem Virus leben oder infolge ihrer Lebenssituation besonders durch die Epidemie bedroht werden. Bald wurde klar, dass die Epidemie nur zurückgedrängt werden kann,

wenn Politik und Gesellschaft Vorurteile überwinden, offen mit dem Problem umgehen und alle Anstrengungen zu seiner Lösung unternehmen. Viele der betroffenen Länder verfügen nicht über die erforderlichen Ressourcen. Sie sind auf die Solidarität vor allem der wirtschaftlich privilegierten Staaten angewiesen.

Diese Einsicht bewog mehr als 100 deutsche Nichtregierungsorganisationen und rund 300 lokal engagierte Gruppen, 2002 das „Aktionsbündnis gegen AIDS“ zu gründen. Es tritt dafür ein, dass sich Deutschland konsequent an den internationalen Bemühungen zur Bewältigung der HIV-Epidemie beteiligt. Das Missionsärztliche Institut war von Anfang an daran beteiligt, die fachliche Expertise und die inhaltlichen Positionen zu entwickeln. Das Institut wirkte auch mit an Hintergrundanalysen. Sie untersuchen etwa, wie die Bemühungen gegen HIV/Aids

Keine Babys mit HIV – eines von fünf Zielen, die bis 2015 erreicht werden sollen. Foto: Klemens Ochel



finanziert werden können oder wie Patienten besseren Zugang zu Medikamenten erhalten. Auch an den Alternativberichten, die anlässlich von Treffen der Vereinten Nationen zu HIV/Aids erstellt wurden und das Engagement Deutschlands für die Verwirklichung der UN-Erklärungen beleuchteten, waren Mitarbeiter des Instituts beteiligt.

Dank der weltweiten Zusammenarbeit konnten in den vergangenen Jahren lebenswichtige Fortschritte erreicht werden. Durch bessere Prävention und mehr Behandlungsprogramme wurde zwischen 2005 und 2011 die Anzahl der HIV-bedingten Todesfälle in Afrika südlich der Sahara um ein Drittel verringert. Aber noch immer sterben dort jährlich 1,2 Millionen Menschen an den Folgen der HIV-Infektion. Bis zur Überwindung der Krise ist es noch ein weiter Weg. Und bisher ist Deutschland weit davon entfernt, seinen fairen Beitrag zur Umsetzung der international vereinbarten Ziele zu leisten.

Deutschland muss entschlossen dazu beitragen, dass das Menschenrecht auf Gesundheit keinem Menschen vorenthalten wird. Wie von den UN-Mitgliedstaaten vereinbart, ist der allgemeine Zugang zu umfassenden Programmen der HIV-Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung bis spätestens 2015 zu verwirklichen. Fast die Hälfte der Menschen, die eine lebensbewahrende Therapie benötigen, ist noch davon ausgeschlossen. Jeder muss in die Lage versetzt werden, sich vor einer Ansteckung mit HIV/Aids zu



„Wo ist das Geld für HIV?“ fragen Demonstranten auf ihrem Spruchband. Foto: Klemens Ochel

schützen. Dafür müssen objektive Informationen und erforderliche Hilfsmittel bereitgestellt, ungünstige Lebensbedingungen verbessert und jede Form von Diskriminierung überwunden werden. Neben der gerechteren Gestaltung des globalen Wirtschaftssystems werden deutlich mehr Finanzmittel für die Überwindung von Armut, Hunger und Krankheit in der „Einen“ Welt benötigt. Handelsabkommen mit Entwicklungsländern dürfen keine Monopolrechte durchdrücken, die zu untragbaren Preissteigerungen bei unentbehrlichen Medikamenten führen. Und schließlich muss die öffentlich finanzierte Forschung ausgebaut werden, um die lebensnotwendigen Medizinprodukte für die arme Mehrheit der Weltbevölkerung zu entwickeln.

Der Einsatz für diese Anliegen ist für das Institut ein Gebot der christlichen Solidarität. Durch seine Mitarbeit im Aktionsbündnis will es einen Beitrag dazu leisten, dass die historische Chance, HIV und Aids zu besiegen, nicht verspielt wird.

Ihre Spende bewegt viel!

Wer arm ist, stirbt früher

Mit dieser Tatsache wollen und können wir uns nicht abfinden. Immer noch sterben in vielen Ländern des Südens Menschen an Krankheiten, die einfach zu behandeln wären. Durch „Armutskrankheiten“ wie Durchfall, Malaria und Aids haben Menschen in Entwicklungsländern eine um bis zu 30 Jahre geringere Lebenserwartung als die Bewohner der Industriestaaten. Gesundheitseinrichtungen müssen unterstützt, medizinisches Personal ausgebildet und Kranke fachgerecht versorgt werden. Jeder Euro trägt dazu bei, dass Frauen, Männer und Kinder eine Chance auf Gesundheit bekommen.

Millionen Menschen in Ländern des Südens haben keine Chance auf Heilung, wenn sie Krankhei-

ten bekommen, an denen in den Industrieländern heute niemand mehr sterben muss, denn

- sie können sich eine Behandlung nicht leisten, weil das Geld für Medikamente fehlt
- das nächste Krankenhaus liegt zu weit entfernt, um rechtzeitig medizinische Hilfe zu bekommen
- es gibt zu wenig Ärzte und Krankenschwestern.

Mit jeder Spende tragen unsere Förderer dazu bei, dass der Satz „Gesundheit ist ein Menschenrecht“ von der gut gemeinten Theorie zur gelebten Wirklichkeit wird. Wir würden uns freuen, wenn wir auch Sie zur großen Gemeinschaft der Unterstützer zählen dürften, ohne die ein entscheidender Teil unserer Bemühungen nicht möglich wäre.



Wir arbeiten für mehr Gesundheit in der Einen Welt. Arbeiten Sie mit uns an diesem Ziel!

Mit Ihrer Spende können Sie viel bewegen, auch mit kleinen Beträgen.

Spendenkonto

Liga Bank Würzburg
BLZ 750 903 00
Kontonummer 300 65 65
BIC: GENO DE F1 M05
IBAN: DE 58 7509 0300 0003 0065 65

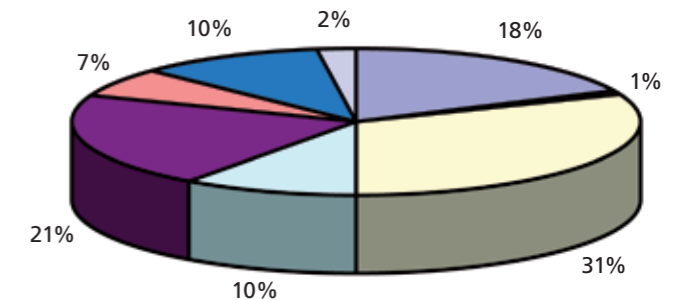
Wenn Sie lieber online per Bank-einzug spenden wollen, nutzen Sie bitte unser Spendenformular unter www.medmissio.de/spenden. Ihre Spende können Sie von der Steuer absetzen.



Das Missionsärztliche Institut im Jahr 2012

Erträge:

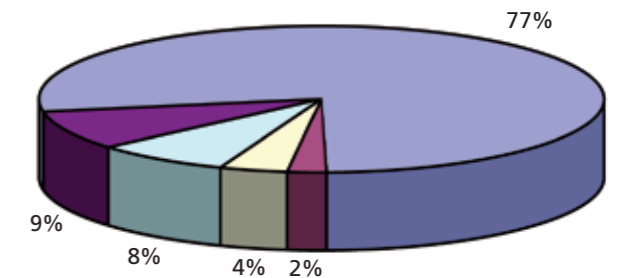
	EUR
Instit. Förderbeiträge von Misereor, Caritas, Missio etc.	433.931
Mitgliedsbeiträge	22.997
Projekteinnahmen/Werkverträge (+ SoAk)	747.202
Spenden	239.576
Mieteinnahmen	499.981
Finanzanlagen Zinsen	156.824
Sonstige Erträge	251.655
Entnahme aus Rücklagen	52.828
Gesamt	2.404.994



- Instit. Förderbeiträge von Misereor, Caritas, Missio etc.
- Mitgliedsbeiträge
- Projekteinnahmen/Werkverträge (+ SoAk)
- Spenden
- Mieteinnahmen
- Finanzanlagen Zinsen
- Sonstige Erträge
- Entnahme aus Rücklagen

Aufwendungen

	EUR
Beratung, Forschung, Weiterbildung und Lehre, Politische Anwaltschaft (Studien, Netzwerkarbeit)	1.860.886
Projektmitarbeit von Klinikpersonal (Humanitäre- und Schulungseinsätze)	55.150
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (Kalender, Heilung & Heil)	96.995
Abschreibungen Gebäude, Sachanlagen	187.131
Instandhaltungen und Verwaltung Liegenschaften	204.832
Gesamt	2.404.994



- Beratung, Forschung, Weiterbildung und Lehre, Politische Anwaltschaft (Studien, Netzwerkarbeit)
- Projektmitarbeit von Klinikpersonal (Humanitäre und Schulungseinsätze)
- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (Kalender, Heilung & Heil)
- Abschreibungen Gebäude, Sachanlagen
- Instandhaltungen und Verwaltung Liegenschaften

**Missionsärztliches Institut
Salvatorstr. 7
97074 Würzburg, Deutschland**

Tel. +49-(0)931/791-2900
Fax +49-(0)931/791-2801
gf@medmissio.de
www.medmissio.de

Redaktion
Elke Blüml
Michael Kuhnert

www.medmissio.de

