

... und ihr habt mich besucht



Inhalt

2 Gesundheit und Entwicklung

Kirchliche Gesundheitsdienste sichern nicht nur akute ärztliche Hilfe. Sie engagieren sich für eine bessere Versorgung mit Medikamenten, leisten Präventionsarbeit und ändern Lebensumstände, die krank machen.

12 Evangelischer Entwicklungsdienst

Aufgaben • Organigramm • Aufsichtsrat

14 Statistik

Woher die Mittel kommen • Wohin die Mittel fließen



Ich bin krank gewesen und ihr habt mich besucht (Matthäus 25,36):
Der Beitrag, den die Kirchen zur Gesundheitsversorgung leisten, ist wesentlich. Sie folgen damit dem Vorbild von Jesus Christus.

Herausgeber: Evangelischer Entwicklungsdienst e.V. (EED)
Ulrich-von-Hassell-Straße 76, 53123 Bonn
Telefon (02 28) 81 01-0, Fax (02 28) 81 01-160
eed@eed.de, www.eed.de

Redaktion: Birte Detjen, Kathy Geiss-Rigoni, Monika Hoffmann-Kühnel, Tim Kuschnerus, Sigrun Landes-Brenner, Hans Spitzack (verantw.), Sonja Weinreich

Bearbeitung: Thomas Krüger

Bildnachweis: CIDR (U2 links, S. 3), epd (S.1), YPKS Bethesda (U2 Mitte, S. 2 und 10), PELKESI (U2 rechts), SOS Corpo (S. 6), Anke Meiburg/EPN (S. 7), BUKO (S. 8), Difäm (S. 9), alle anderen Motive: EED

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier – Mai 2008

Lieber Leserin, lieber Leser,

Die Sorge um die Kranken, ihre Betreuung und Heilung ist eine der vornehmsten Aufgaben der Menschen in allen Gesellschaften, Kulturen und Religionen. „Ich bin krank gewesen und ihr habt mich besucht“: so ruft das Wort Jesu im Matthäus-Evangelium zu konkretem Handeln. Es erinnert daran, dass zur Wiederherstellung der Gesundheit nicht nur die Genesung von Krankheit gehört, sondern auch die Überwindung von Isolation, Einsamkeit und Not, die Achtung der Würde des Menschen und das gelingende Zusammenleben in Familie und Gemeinschaft. Wenn Krankheit mit Armut verbunden ist, ist die Not am größten. Gesundheitsvorsorge und Heilung sind deshalb umfassende, vielfältige und weitreichende Aufgaben. Sie betreffen die einzelnen Menschen, ihre Familien und Dorfgemeinschaften und auch die Gesellschaft als Ganze.

Das ist die Erfahrung unserer Partnerorganisationen in aller Welt, die mit ihren Programmen zum Aufbau guter Gesundheitssysteme beitragen. In diesem Jahr berichten wir aus Tansania, Brasilien, Indonesien und Deutschland. An den Beispielen erschließen sich die unterschiedlichen Dimensionen der Förderung des Gesundheitssektors. Krankenhäuser und Basisgesundheitsdienste ergänzen einander. Geburtshilfe und Säuglingspflege gehören ebenso dazu wie die Behandlung von infektiösen Krankheiten. Durch die Verbesserung der hygienischen Verhältnisse, ausreichende Nahrung und den sicheren Zugang zu sauberem Wasser können Krankheiten vermieden werden.

Für den EED ist die gesicherte Finanzierung der Gesundheitssysteme grundlegend. In Ostafrika geht er mit dem Aufbau von dörflichen Krankenversicherungen neue Wege, damit das Risiko, dass Krankheit zu Verarmung führt, gemindert wird. In vielen Ländern leisten kirchliche Gesundheitsdienste einen erheblichen Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung und zur Ausbildung von medizinischem Personal. In Deutschland beteiligt sich der EED am Aktionsbündnis gegen Aids, um den weltweiten Kampf gegen HIV/Aids erfolgreich zu führen.



Im Evangelischen Entwicklungsdienst wird es in den nächsten Jahren Veränderungen geben. Die Aufsichtsgremien des EED und des Diakonischen Werks der EKD sind übereingekommen, beide Werke in Berlin zusammenzuführen und damit den Zusammenschluss von EED und „Brot für die Welt“ zu ermöglichen. Ziel ist es, die Entwicklungsarbeit der evangelischen Kirchen so zu stärken, dass sie noch wirksamer als bisher zur Überwindung der Armut in der Welt beitragen und noch deutlicher die Stimmen unserer internationalen Partner zu Gehör bringen kann. Während des Umgestaltungsprozesses, der 2012 oder 2013 abgeschlossen sein soll, wird der EED wie bisher ein verlässlicher und sachkundiger Partner innerhalb und außerhalb der Kirchen bleiben.

Ich danke den Mitgliedern und Förderern des Evangelischen Entwicklungsdienstes für das Vertrauen und die gute Zusammenarbeit. Ohne ihre Unterstützung könnten wir unsere Aufgaben nicht erfüllen. Zugleich danke ich allen unseren Mitarbeitenden und unseren Fachkräften und Partnern im Inland und in Übersee für ihr großes Engagement und für die vielfältige und ertragreiche Kooperation. Damit haben sie auch im vergangenen Jahr beigetragen zur hohen Qualität unserer Arbeit für eine gerechtere Welt.

Konrad v. Bonin

Dr. Konrad von Bonin
Vorstandsvorsitzender

Hand in Hand

Gesundheit und Entwicklung



Gesundheit gehört zu den Voraussetzungen einer nachhaltigen Entwicklung: Wo Menschen krank sind, gehen für die Betroffenen Lebensqualität und Arbeitskraft, für die Gesellschaft Wirtschaftskraft und Zukunftschancen verloren. Wo der Zugang zu bezahlbaren und guten Gesundheitsleistungen fehlt, wird Krankheit zum Armutrisiko, das die Existenz von Familien, Dörfern, ganzen Ländern bedroht. Kirchliche Gesundheitsdienste tragen dazu bei, dass alle Menschen eine Gesundheitsversorgung bekommen – ob in Tansania, Indonesien, Brasilien oder anderswo. Prävention verhindert Krankheiten, Patientinnen und Patienten erhalten ärztliche Hilfe und Medikamente, krankmachende Lebensumstände ändern sich. Die Kirchen wenden sich an die Regierungen, damit diese überall genügend Mittel für die Gesundheitsdienste bereitstellen.

Es hat nicht viel gefehlt und Tumsifu Lamson wäre mit 30 Jahren Witwe geworden und hätte auch noch ihre vier Kinder verloren. Den Tag im Februar, an dem ihrer Familie das Leben gerettet wurde, wird sie nie vergessen. Mitten in der Nacht klagte ihr Mann plötzlich über Unwohlsein – sein Zustand verschlechterte sich rasch. Verzweifelt weckte Tumsifu den Sekretär der Krankenkasse des Dorfes Iwalanje, der die Familie Lamson wenige Monate zuvor beigetreten war. Der Mann zögerte nicht lange, organisierte ein Privatauto als Ambulanzfahrzeug und ab ging es ins 30 Kilometer entfernte Mbozi.

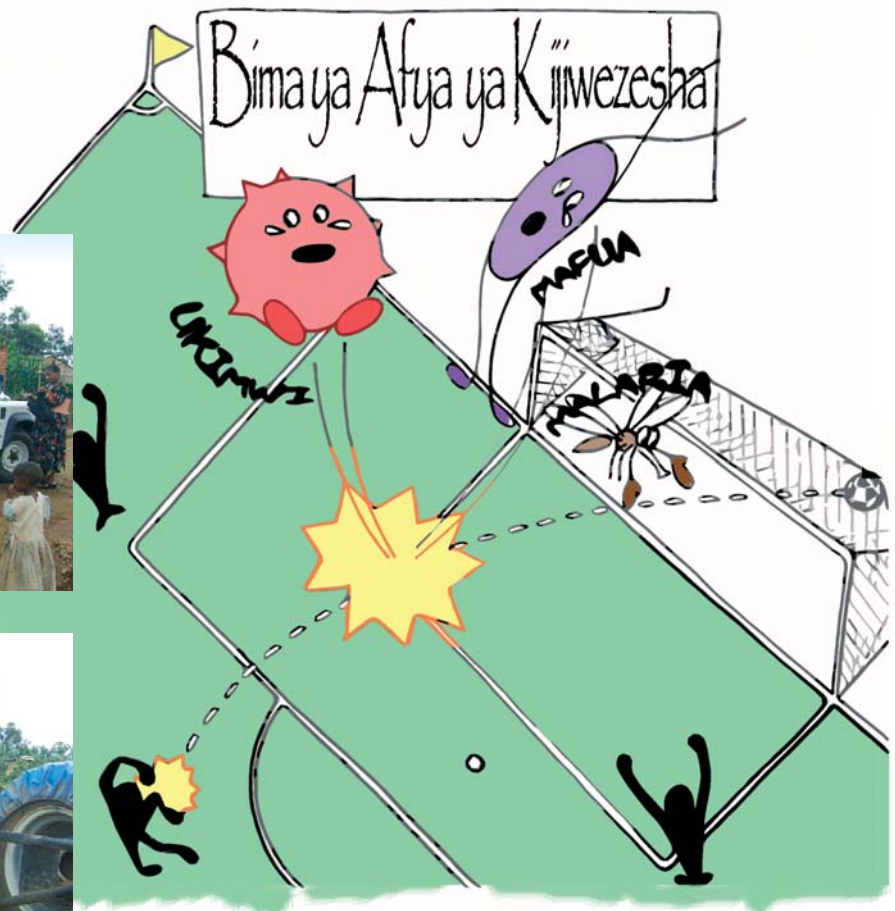
Die Diagnose im Krankenhaus der Herrnhuter Kirche war eindeutig: Lebensmittelvergiftung durch verunreinigtes Speiseöl. Das Familien-Drama ging noch weiter: Gegen Morgen brachen auch die vier Kinder der Lamsons zusammen. Binnen einer halben Stunde fuhr erneut ein Rettungswagen in Iwalanje vor. „Was auch passiert, ich werde immer den Krankenkassenbeitrag bezahlen“, sagt Tumsifu Lamson heute erleichtert.

Gesundheit geht ins Geld

Das von französischen Christinnen und Christen gegründete Internationale Zentrum für Entwicklung und Forschung CIDR baut seit mehreren Jahren selbstverwaltete dörfliche

Krankenversicherungssysteme im Süden von Tansania auf. 22 dörfliche Krankenkassen hat die Organisation im Distrikt Mbozi ins Leben gerufen, rund 10.000 Menschen zahlen Beiträge und sind Nutznießer der angebotenen Leistungen. „Im Falle einer Erkrankung entkommen die Leute dadurch der Armutsfalle“, erklärt Fahdi Dkhimi von CIDR. Stationäre Aufenthalte, Operationen und Transport gehen ins Geld. „Die Leute sind gezwungen, Vieh oder Land zu verkaufen, wenn sie ins Krankenhaus müssen. Viele gehen dann erst gar nicht hin und damit verschlimmern sich ihre Krankheiten oder sie sterben daran.“ Nun übernimmt die Dorfkrankenkasse diese Kosten.

Die Bevölkerung im Distrikt Mbozi lebt fast ausschließlich von der Landwirtschaft – insbesondere in den höheren, regenreichen Regionen gibt es fruchtbares Ackerland. Neben dem Anbau für den Eigenbedarf verkaufen die Bauern und Bäuerinnen Kaffee, Mais oder Bohnen – mit 600 Euro Jahreseinkommen pro Familie liegt die Gegend etwas über dem Landesdurchschnitt. Doch die Einnahmen sind unregelmäßig über das Jahr verteilt, und wenn zwischen Oktober und April jemand krank wird, ist meist kein Geld für medizinische Hilfe da. Insbesondere in diesem Zeitraum treten jedoch gehäuft Malaria und Lungenentzündungen auf.



Das Aids-Virus, die Malaria-Mücke und auch den Schnupfen aus dem Feld schlagen, das verspricht die Werbung für die selbstverwalteten Dorfkrankenassen in Süd-Tansania. „Gemeinsam besiegen wir alle Krankheiten“, verkünden die Assen auf bedruckten T-Shirts. In ihrem Leistungspaket enthalten ist die Abholung durch ein spezielles Ambulanzfahrzeug – hier im Dorf Lima. Das Krankenhaus von Mbozi ist für die Assenangehörigen zuständig. Die Mitglieder der Versicherungen sind vor den wirtschaftlichen Folgen einer Erkrankung besser geschützt – in vielen Gegenden Tansanias und in anderen Entwicklungsländern mangelt es an solchem Schutz. Vielerorts werden die knappen Finanzmittel für den Gesundheitsbereich nicht effizient genug eingesetzt. Ein für alle zugängliches öffentlich finanziertes System an vorbeugenden und heilenden Gesundheitsdiensten erhöht das Wohlbefinden der Bevölkerung und schafft damit der ganzen Gesellschaft bessere wirtschaftliche Perspektiven.

Gott begegnen

Von Manoj Kurian

Wenn ich hungrig bin, gibst du mir zu essen
– und keine Anweisungen,
wenn ich durstig bin, gibst du mir zu trinken
– und keine wohlfeilen Ratschläge,
wenn ich ein obdachloser Flüchtling bin,
gibst du mir Unterkunft – und nicht nur Beratung.

Ich bin HIV-positiv und du umarmst mich,
ich bin geistig verwirrt und du sorgst für mich,
ich werde verdammt und abgestempelt,
doch du stehst zu mir.

Ich sage dir: Was immer du für die Geringsten
unter meinen Schwestern und Brüdern tust,
das tust du für mich.

Nach Matthäus 25, 35-36

Die Verse aus dem Matthäus-Evangelium führen uns unmittelbar zum Kern der Botschaft Jesu Christi. Er lehrte uns, Gott in denen von uns zu erkennen, die in Not sind. Sei es durch Krankheit, Einsamkeit, Armut oder Unterdrückung. Er will, dass wir uns der Ausgegrenzten annehmen, Menschen in Not begleiten und ihnen im Geist von Partnerschaft, Dienst und gegenseitiger Verantwortung helfen. Es ist nicht nur eine freiwillig zu wählende Möglichkeit, dass wir durch Worte und Taten den Hilflosen und Unglücklichen helfen, sondern es ist eine Verpflichtung, dass wir uns mit ihnen identifizieren und eins werden. Es ist unbedingt erforderlich, dass wir mit Demut, Hingabe und Klarheit handeln. Aber nur wenn wir das Göttliche bei den Verwundbaren spüren und fähig werden, zu lieben, zu geben und einander anzunehmen, wenn wir einander respektieren und aus solchen Situationen lernen, dann können wir darauf hoffen, dass sich das Reich Gottes heute schon auf Erden ausbreitet.

*Dr. Manoj Kurian ist Arzt.
Beim Ökumenischen Rat der Kirchen
in Genf ist er verantwortlich für
das Thema Kirche und Gesundheit.*

„Dass die Menschen überhaupt etwas verdienen und Beiträge zahlen, ist Voraussetzung für das Funktionieren einer Dorfkrankenkasse“, erläutert Dkhimi. Ebenso die Solidarität untereinander: Rund um Mbozi haben sich Kaffeebauern und -bäuerinnen zu Genossenschaften zusammengeschlossen, es gibt Spar- und Kreditvereine. Drittens muss ein qualitativ guter Anbieter von Gesundheitsdiensten vorhanden sein, dem die Leute vertrauen. Das Herrnhuter Krankenhaus in Mbozi ist Vertragskrankenhaus der dörflichen Krankenversicherungen. Die Regierung finanziert nur knapp die Hälfte seiner Kosten, so dass das Hospital dringend auf Patientengebühren angewiesen ist. Kein Wunder, dass es die Werbung neuer Beitragszahler kräftig unterstützt.

Die sei auch weiterhin dringend nötig, sagt Fahdi Dkhimi. Erst bei über 30.000 Versicherten könne das System nachhaltig funktionieren. Das Netzwerk der lokalen Krankenkassen erfordert übergreifende Dienste, die nicht allein aus Beiträgen zu finanzieren sind: Die Selbstverwaltung sei zu kontrollieren, so Dkhimi, damit Gelder nicht zweckentfremdet werden. In Dörfern mit weniger Mitgliedern übersteigen die Ausgaben die Einnahmen – ein Fonds soll in solchen Fällen einspringen.

Langfristig strebt CIDR eine Zusammenarbeit der selbstverwalteten Krankenkassen mit dem Risikomanagement des staatlichen Gesundheitsfonds an, der armen Mitgliedern kostenfreien Zugang zu kleinen Gesundheitsposten gewährt. Die Dörfner sollen aber auf jeden Fall Eigentümer der Kassen bleiben: Deshalb treibt die Nichtregierungsorganisation den Aufbau neuer Kassen weiter voran. Am Anfang stehen Treffen mit Dorfältesten, Leiterinnen der Frauenvereine, den Kirchengemeinden und Vorsitzenden der Kaffee-Kooperative. Stimmen sie zu, werden mit den Einwohnerinnen und Einwohnern die abzusichernden Risiken und die Beitragssätze festgelegt. Pro Kopf zahlen die Versicherten umgerechnet fünf Euro im Jahr.

Schwangerschaft und Geburt

Dass dies gut investiertes Geld ist, hat auch Pendo Hamisi aus Sambewe erfahren. Bei ihrer Entbindung im Gesundheitsposten gab es schwere Komplikationen, kurzfristig überführte die Ambulanz sie nach Mbozi, wo die Ärzte im

Operationssaal warteten: Kaiserschnitt – Mutter und Sohn wurden gerettet. Anders als Pendo bringen die meisten Mütter ihre Babys zu Hause unter mangelhaften hygienischen Bedingungen und ohne fachkundige Hilfe zur Welt. Die Müttersterblichkeit ist in Tansania – wie in den meisten Entwicklungsländern – sehr hoch. Im Durchschnitt sterben 580 von 100.000 Frauen während Schwangerschaft, Geburt oder Kindbett – zum Vergleich: in Deutschland sind es 9 von 100.000. Die Übernahme der Entbindungskosten durch Dorfkrankenkassen gehört zu den Maßnahmen, diese Situation zu verbessern.

Neben den hohen Kosten ist mangelndes Wissen über Schwangerschaftsrisiken der Hauptgrund, warum Frauen in Tansania nicht im Krankenhaus oder Gesundheitszentrum entbinden wollen, hat der frühere EED-Stipendiat Dr. Declare Mushi herausgefunden. Der Medizinsoziologe untersuchte Einstellungen und Verhalten von Müttern in vier Dörfern, in denen gezielt dafür geworben wurde, dass sie Geburten durch Hebammen oder Ärztinnen und Ärzte begleiten lassen. Seine Forschungsergebnisse belegen, dass solche von Freiwilligen aus den Dorfgemeinschaften durchgeführten Aktionen Wirkung zeigen: Während vorher nur ein Viertel der werdenden Mütter über mögliche Komplikationen Bescheid wussten, war es nach der Aktion fast die Hälfte. Auch ihr Verhalten änderte sich: Es besuchten doppelt so viele Frauen die Geburtsvorsorge, und die Hälfte der Mütter nahm bei der Entbindung fachkundige Hilfe in Anspruch, zuvor war es nur ein Drittel. „Die Freiwilligen kümmern sich regelmäßig um jede Schwangere“, erläutert der Soziologe das Konzept, in das auch die Geistlichen vor Ort sowie traditionelle Heilerinnen und Heiler eingebunden sind.

Mit den Kranken beten

Dr. Mushis Projekt war Grundlage seiner Dissertation an der Universität Heidelberg. Das Stipendium des EED ermöglichte ihm, in Deutschland seine Fähigkeiten in Forschung und Lehre auszubauen und sie nun für seine Heimat Tansania nutzbar zu machen. Nach seiner Rückkehr arbeitet Dr. Mushi als Dozent an der Medizinischen Hochschule der Evangelisch-Lutherischen Kirche. Die Kirche ist auch Trägerin des benachbarten Kilimanjaro-Krankenhauses, das zu den besten Kliniken

des Landes gehört. Auf dem Campus am Stadtrand von Moshi unterrichtet der Soziologe angehende Ärztinnen und Ärzte und bildet Führungskräfte für das Gesundheitswesen aus.

„Gesundheit wird meist nur aus medizinischem Blickwinkel betrachtet. Sie hat aber sehr viel mit soziokulturellen Faktoren zu tun“, will Dr. Mushi dem akademischen Nachwuchs vermitteln. Die religiöse Dimension spielt für die Menschen in Tansania eine große Rolle – auch wenn sie krank sind. So ist es ganz selbstverständlich, dass Ärztinnen, Ärzte, Krankenpflegepersonal und Verwandte für die Genesung von Kranken beten. Die meisten Kirchen sehen Gesundheit und Spiritualität als Ganzes, so Declare Mushi. „Kirchen sind in Tansania in der Krankenversorgung ein Schlüsselfaktor, weil sie auch in abgelegenen ländlichen Gebieten präsent sind.“ Bevor er sich für das Promotions-Studium in Deutschland bewarb, hat der Soziologe mehrere Jahre Kirchen beim Aufbau von Basisgesundheitsdiensten beraten.

Investitionen, die sich lohnen

Um die Interessen der christlichen Gesundheitseinrichtungen gegenüber dem tansanischen Staat zu vertreten, haben die Kirchen einen ökumenischen Dachverband gebildet, den der EED seit 15 Jahren unterstützt. Direktorin Adeline Kimambo und ihr Team suchen die Kooperation mit der Regierung, um die kirchlichen Dienste den staatlichen finanziell gleichzustellen. Der Verband vertritt seine Mitglieder gegenüber Politik und Verwaltung, bietet ihnen Fortbildung, sammelt und verbreitet wichtige Informationen, entwickelt Richtlinien und leistet logistische Hilfe.

Der Staat baut zur Zeit sein eigenes Gesundheitssystem aus, vernachlässigt dabei aber die kirchlichen Einrichtungen, die 40 Prozent der Krankenhausbetten stellen und vor allem auf dem Land präsent sind. Sie haben das Problem, dass qualifiziertes ärztliches Personal in die staatlichen Kliniken abwandert, die höhere Gehälter zahlen. Obendrein sind abgelegene Gegenden ohne Strom, Telefon und gute Schulen für tansanische Mediziner und ihre Familien wenig attraktiv. Die Folge: eine Unterversorgung der Menschen in den ländlichen Gebieten.

Aus Erfahrungen lernen

Bei der Vermittlung von Ärztinnen und Ärzten leistet der EED den evangelischen Missionswerken in Deutschland Amtshilfe. So arbeiteten 2007 insgesamt zehn medizinische Fachkräfte, zwei davon in Tansania. Direkt am Ufer des Njassa-Sees steht das kleine lutherische Krankenhaus Matema. Der Ort mutet paradiesisch an, doch vielen Patientinnen und Patienten geht es nicht

gut: mehr als zwei Drittel sind mit HIV infiziert. Seit langem erhält das Hospital fachliche Unterstützung durch das Deutsche Institut für Ärztliche Mission (Difäm). Eine vom EED in Kooperation mit dem Berliner Missionswerk vermittelte Fachkraft ist als einzige Ärztin nicht nur rund um die Uhr für die Kranken da; nach dem Tod ihres tansanischen Kollegen muss sie auch die Klinik mit rund 50 Mitarbeitenden leiten.

Rechte für Brasiliens Frauen

Frau Avila, was ist für SOS Corpo gerade vordringlich?

Die Gesundheitsdienste unseres Landes nehmen Frauen, die unter häuslicher Gewalt leiden, nicht ernst genug. Ärzte geben ihnen Mittel gegen Schmerzen, stellen aber keine Fragen. Die Schläge werden nicht als Gesundheitsproblem gesehen. In Seminaren sensibilisieren wir das medizinische Personal für diese Situation.

Ihre wichtigste Zielgruppe sind die Frauen aus den ärmeren Schichten. Wie erreichen Sie diese?

Über die Basisgruppen von Gewerkschaften und Kirchen zum Beispiel. Wir informieren Frauen über ihre Rechte und über Möglichkeiten, diese direkt gegenüber den Behörden zu vertreten. Durch Medienkampagnen klären wir über Krebsvorsorge und Aids-Prävention auf.

SOS Corpo setzt sich auch gegenüber staatlichen Stellen für Frauenrechte im Gesundheitsbereich ein. Was haben Sie erreicht?

Arme Frauen haben insgesamt einen besseren Zugang zu medizinischer Versorgung als früher. Frauengesundheit ist jetzt ein Programm des öffentlichen Gesundheitsdienstes geworden. International nimmt der Druck zu, soziale Dienste zu privatisieren. Wir müssen also wachsam bleiben, damit das Erreichte nicht verloren geht.

Gesundheit ist für eine feministische Organisation wie SOS Corpo auch eine Frage nach dem Verhältnis der Geschlechter zueinander. Woran zeigt sich das?

Die Aids-Erkrankungen gehen in Brasilien durch verbesserte Prävention und Behandlung von Infizierten zurück. Aber gerade bei verheirateten Frauen nehmen sie zu: Frauen haben ein hohes Risiko, sich über ihre Ehemänner mit HIV zu infizieren – eine Heirat schützt sie nicht. Es gibt hierzulande traditionell ein starkes Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern. Wir wollen ein Bewusstsein dafür schaffen, dass Prävention eine Sache beider Partner ist.



Frauengesundheitskurs für Basisgruppen im brasilianischen Recife: Die Organisation SOS Corpo informiert Frauen über ihre Gesundheit im Zusammenhang mit ihrer Sexualität, über Schwangerschaft und Verhütungsmethoden. Sie klärt die Frauen darüber auf, dass sie auch in dieser Hinsicht ein Recht auf gute medizinische Versorgung haben, und befähigt sie, dieses auch einzufordern. SOS Corpo arbeitet vor allem im Bundesstaat Pernambuco im armen Nordosten Brasiliens. „Für uns gehören wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte zusammen“, sagt die Leiterin, die Soziologin Maria Betânia Avila.



E-Mail und Internet gehören zu den wichtigsten Werkzeugen des Ökumenischen Pharmazeutischen Netzwerks. Eva Ombaka und EED-Entwicklungshelferin Anke Meiburg (links) kämpfen dafür, dass in den einzelnen Ländern Listen der wichtigsten Medikamente definiert werden. Dazu arbeiten sie eng mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zusammen.

Die in Tansania, Ghana, Äthiopien oder Papua-Neuguinea tätigen Fachkräfte sollen nicht nur Kranke kurieren, sondern vor allem ihr Fachwissen weitergeben und einheimisches Personal aus- und fortbilden. „Wir wollen etwas aufbauen, was sich selbst trägt“, sagt Oliver Martin, beim EED zuständig für die Personelle Förderung. Eine Evaluation der Ärztevermittlung liefert dem EED, den Missionswerken und dem Difam schärfere Kriterien, wann die Entsendung medizinischen Fachpersonals entwicklungspolitisch nachhaltig wirkt.

Recht auf Gesundheit

Die Ausstattung mit qualifizierten Ärztinnen und Ärzten ist nur eines von vielen Problemen kirchlicher Krankenhäuser in Afrika. Eine weitere große Herausforderung ist die oft unzureichende Versorgung mit guten und erschwinglichen Medikamenten – ein Drittel der Weltbevölkerung hat keinen Zugang zu Arzneimitteln, in manchen Gebieten Afrikas ist es die Hälfte der Menschen. Die Folgen sind dramatisch: Millionen Kranke sterben jährlich an Infektionen wie Durchfällen, Masern und Lungenentzündungen, an Aids, Tuberkulose und Malaria. Zum überwiegenden Teil sind dies Krankheiten, denen durch Impfungen vorgebeugt oder die mit Medikamenten geheilt werden könnten. Es ist nicht hinnehmbar, dass Menschen erkranken oder sterben, nur weil sie arm sind. Gesundheit ist ein Menschenrecht. Mit seinen Partnern setzt sich der EED dafür ein, dass dieses Recht allen Menschen gewährt wird.

Zugang zu Medikamenten

Die Apothekerin Anke Meiburg erfuhr den Medikamentenmangel hautnah, als sie zwei Jahre in einem Krankenhaus in Kamerun arbeitete: „Wir hatten immer wieder Probleme, die bestellten Arzneimittel zu bekommen.“ Oft sei nicht genug Geld da gewesen, Medikamente in größeren Mengen einzukaufen. Dies wäre preiswerter gewesen, berichtet Meiburg, die als EED-Entwicklungshelferin beim Ökumenischen Pharmazeutischen Netzwerk in Nairobi arbeitet. In dem Netzwerk arbeiten christliche Gesundheitsverbände, Krankenhäuser und Vertriebsorganisationen für Arzneimittel aus über 30 Ländern zusammen. „Die Kirchen unterhalten bis zur Hälfte der Krankenhäuser in Afrika“, berichtet Eva Ombaka, die das Pharmazeutische Netzwerk leitet.

In den Gesundheitseinrichtungen fehlt es vielfach an pharmazeutischem Fachwissen: „Es gibt viel zu wenig ausgebildete Apothekerinnen und Apotheker. Wir müssen alle, die mit Medikamenten umgehen, weiter qualifizieren und umfassend informieren“, sagt Ombaka. Sie veröffentlicht im Internet Richtlinien und Fachinformationen, verschickt regelmäßig elektronische Rundbriefe an die Mitglieder des Netzwerkes. Das Team um Eva Ombaka bildet die Mitarbeitenden der Gesundheitsdienste unter anderem über die Wirkung und Anwendung von Arzneimitteln fort: „Die Medikamente müssen von hoher Qualität sein. Wenn die stimmt, muss auch auf den Preis geachtet werden“, so Eva Ombaka. In ihrem Auftrag kümmert sich die Entwicklungshelferin Anke Meiburg um die Stärkung der pharmazeutischen Arbeit in den französischsprachigen Ländern Afrikas. „Dieser Bereich ist dort innerhalb der kirchlichen Gesundheitsarbeit weniger strukturiert und braucht besondere Unterstützung“, sagt Meiburg.

Zu den Aufgaben der deutschen Apothekerin zählen Workshops mit Personen aus den Kirchenleitungen über die Behandlung von HIV/Aids. „Die Kirchenleute sind Meinungsführer“, betont Eva Ombaka. „Wenn sie anders über HIV und Aids reden, erhöht das die Bereitschaft der Menschen, sich testen zu lassen.“ Generell sei das Tabu HIV/Aids im Schwinden, allerdings sei das Tempo in den einzelnen Kirchen sehr unterschiedlich. HIV/Aids und Tuberkulose mit jährlich je zwei Millionen

Mit dem Straßentheater *Schluck & Weg* zeigt die BUKO Pharma-Kampagne politische Zusammenhänge auf: Die Mächtigen der Welt feiern auf der Ritterburg 8 mit dem Vertreter eines Pharmakonzerns die Verteidigung ihrer wirtschaftlichen Interessen. Das traditionelle Wissen um die Wirkstoffe von Heilpflanzen – symbolisiert durch das Gehirn – haben sie „geklaut“ und in einem goldenen Käfig angekettet. Doch Robin Hood (rechts im Bild) überlistet die Großen und bringt das Wissen den Armen zurück.



Der EED fördert die Bildungsarbeit der Kampagne, von der auch Partnerschaftsgruppen profitieren, die zur Aids-Thematik arbeiten.

Todesfällen sowie Malaria mit einer Million Toten sind die drei häufigsten Infektionskrankheiten weltweit. Die meisten Erkrankten sterben in den Entwicklungsländern, vor allem in Afrika.

Herausforderung Aids

Um in Deutschland die globale Dimension von HIV/Aids deutlich zu machen, arbeiten Kirchen, zivilgesellschaftliche Organisationen und Basisgruppen im Aktionsbündnis gegen Aids zusammen. Der EED gehörte 2002 zu den Gründungsmitgliedern. Er gestaltet die Aktivitäten des Bündnisses mit und fördert dessen Bildungsarbeit in Deutschland. „Das Bündnis setzt sich dafür ein, dass Deutschland einen Beitrag zur globalen Aids-Bekämpfung leistet, der seiner finanziellen Leistungskraft entspricht“, sagt Dr. Sonja Weinreich, die den EED im Kampagnenrat vertritt. Das Aktionsbündnis fordert Preissenkungen bei Aids-Präparaten und kämpft dafür, dass das internationale Patentrecht den Zugang zu Medikamenten nicht länger erschwert.

Regierung und Wirtschaft sind die Hauptadressaten der bundesweiten „Nacht der Solidarität“, zu der das Aktionsbündnis alljährlich im Frühsommer aufruft. Basisgruppen, Kirchen, Gemeinden und Aids-Hilfen machen mit Aktionen und Informationsveranstaltungen auf ihr Anliegen aufmerksam. Durch die Förderung

von Bildungsarbeit trägt der EED dazu bei, dass sich in Deutschland Eine-Welt-Gruppen und Kirchengemeinden für eine verbesserte Gesundheitsversorgung in den Entwicklungsländern einsetzen. Was bringen solche Aktivitäten den Armen im Süden? Noch vor wenigen Jahren, so Dr. Sonja Weinreich, die Gesundheitsreferentin des EED, habe sich politisch kaum jemand für die Ungerechtigkeit interessiert, dass Millionen Menschen sterben, weil sie arm sind und sich keine Medikamente leisten können. „Hier haben wir durch die Schaffung von öffentlichem Bewusstsein und den Dialog mit Regierung und Pharmaindustrie Fortschritte erzielt.“

Auf internationaler Ebene bildet der EED mit anderen Kirchen und Entwicklungsdiensten das Globale Ökumenische Aktionsbündnis. Auch dieses setzt sich dafür ein, dass Kirchengemeinden Menschen mit HIV integrieren, dass Kirchen über Aids aufklären und sich um Kranke kümmern.

Dialog mit Politik und Wirtschaft

Nach Ansicht des EED hat Gesundheit zentrale Bedeutung für die Armutsbekämpfung sowie die wirtschaftliche und soziale Entwicklung. Dabei kommt es darauf an, die Gesundheitssysteme der Länder als Ganzes in den Blick zu nehmen – von Personal über Infrastruktur

und Krankenkassen bis hin zur Ausstattung mit Medikamenten. Die Bundesregierung sollte dies bei den geplanten Erhöhungen des Entwicklungshaushaltes stärker berücksichtigen, verlangt Dr. Jürgen Hambrink vom Berliner Büro des EED.

Den Zugang der Armen zu guten und erschwinglichen Arzneimitteln zu verbessern, ist das Ziel des Dialogs der Gemeinsamen Konferenz Kirche und Entwicklung (GKKE) mit dem Verband Forschender Arzneimittelhersteller: Regelmäßig sitzen Fachleute aus evangelischer und katholischer Kirche und der Pharmaunternehmen zusammen. Jüngstes

Produkt ist eine gemeinsame Stellungnahme zur Bekämpfung tropischer Armutskrankheiten wie etwa der Schlafkrankheit. „Wir loten gemeinsame Handlungsmöglichkeiten aus, ohne Unterschiede zu verdecken. Jede Seite sieht, dass sie etwas tun kann und muss“, so Hambrink. Es gibt Fortschritte: Einige Pharmaunternehmen arbeiten im Blick auf die Armutskrankheiten an neuen Arzneimitteln. Die Pharmaindustrie müsse jedoch viel stärker als bisher zu einem Entwicklungsfaktor werden. So könne sie in Kooperation mit kirchlichen Einrichtungen Fortbildungskurse für medizinisches und pharmazeutisches Fachpersonal anbieten.



Dr. Gisela Schneider ist seit 2007 Direktorin des Deutschen Instituts für Ärztliche Mission (Difäm) mit Sitz in Tübingen. Sie war 23 Jahre als Ärztin in Asien und Afrika tätig, zuletzt bildete sie in Uganda Fachpersonal für die Versorgung von HIV- und Malariakranken aus.

Kirche und Gesundheit in der Einen Welt

In vielen Ländern leisten die Kirchen einen unverzichtbaren, oft wenig bekannten Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Menschen. Dies habe ich erst in diesem Jahr wieder bei einem Besuch in der Demokratischen Republik Kongo erleben können. Die Kirchen des Südens brauchen Ermutigung in dieser Arbeit. Das Difäm und seine Partner in der Evangelischen Kirche in Deutschland, darunter der EED, stehen ihnen mit Fachwissen, finanzieller und personeller Förderung unterstützend zur Seite.

Damit möchten wir gemeinsam zur Verwirklichung der drei auf Gesundheit bezogenen Millenniums-Entwicklungsziele beitragen: Kindersterblichkeit bekämpfen, Müttersterblichkeit verringern und die Verbreitung von Aids und anderen Infektionskrankheiten eindämmen. Die Kirchen verfügen dazu über wesentliche Ressourcen und einen spezifischen Auftrag im Bereich von Gesundheit: Christliche Gesundheitsarbeit sieht den Menschen als Geschöpf und Ebenbild Gottes, dem eine unveräußerliche Würde zukommt. Uns ist der Mensch in seiner Ganzheit wichtig, auch in seiner Beziehung zu seinen Mitmenschen und zu Gott. Gebet und gottesdienstliche Feiern können zu heilenden Prozessen beitragen und als spirituelle Dimension in die Gesundheitsarbeit integriert werden.

Die einzelne Kirchengemeinde hat in Afrika, Asien oder Lateinamerika eine zentrale Aufgabe im Gesundheitsbereich: In Ergänzung zu medizinischen Zentren ist es entscheidend, lokale Ressourcen zu mobilisieren und zu befähigen, heilend zu wirken. Die Möglichkeiten der von Gemeinden getragenen Gesundheitsarbeit sind vielfältig und reichen vom Einsatz für sauberes Wasser und bessere Ernährung bis hin zur Schwangerenvorsorge, zu Hauspflege-Programmen und zum Brechen des Schweigens im Blick auf HIV und Aids. Eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheitssituation in den Entwicklungsländern erfordert einen umfassenden Ansatz: Kurative Programme müssen ergänzt werden durch die Bekämpfung der Krankheitsursachen wie zum Beispiel mangelnde Hygiene, Fehlernährung, Geschlechterungleichheit, Armut und ungerechte Strukturen. Die wichtigste Zielgruppe sind Menschen, die in irgendeiner Hinsicht benachteiligt sind. Um möglichst hohe Effektivität zu erzielen, setzen sich die Kirchen dafür ein, dass neue wissenschaftliche und entwicklungspolitische Erkenntnisse in Gesundheitsprogrammen umgesetzt werden.

Dr. Gisela Schneider



Regelmäßig suchen die Helferinnen und Helfer des Bethesda-Krankenhauses Schwangere, Mütter und Babys in den entlegenen Dayak-Siedlungen auf. Mütter- und Kindersterblichkeit sind hier in der Provinz West-Kalimantan deutlich höher als im Durchschnitt Indonesiens. Ihre Verringerung zählt zu den Millenniums-Entwicklungszielen der Vereinten Nationen.



Tuberkulose eindämmen

Dringender Forschungsbedarf besteht für neue Medikamente gegen Tuberkulose, die weltweit häufigste Infektionserkrankung: Immer mehr Formen erweisen sich als resistent gegen bisher eingesetzte Antibiotika. Armut und Unterernährung tragen maßgeblich zur Ausbreitung der Krankheit bei: Sie überträgt sich durch Tröpfcheninfektion vor allem dort, wo viele Menschen auf engstem Raum bei mangelhafter Hygiene zusammenleben.

„In Südostasien breitet sich Tuberkulose weiter aus“, bestätigt Nefos Daeli. Er ist Direktor des Dachverbandes der evangelischen Gesundheitsdienste Indonesiens PELKESI, der mehr als 140 Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen vertritt. Die meisten arbeiten in abgelegenen Gebieten. „Damit erfüllen wir den Auftrag der Kirchen“, sagt Nefos Daeli. Die Finanzierung der Krankenhäuser ist schwierig. Daher ist die technische Ausstattung häufig

ungenügend. Vieles ist bis zu 20 Jahre alt – oder noch älter. Die evangelischen Krankenhäuser in reicheren Regionen des Landes helfen denen in ärmeren Gebieten mit medizinischem Gerät und bei der Ausbildung von Nachwuchs.

Gesundheitsdienste und Dorfentwicklung

Straßen- und Fahrwege gibt es nur wenige in West-Kalimantan – fast die Hälfte der Provinz ist von dichtem Wald bedeckt. Die meisten Siedlungen des Dayak-Volkes sind nur zu Fuß oder mit dem Boot erreichbar, für manche braucht man sogar ein Flugzeug. Sanft setzt der Pilot die Propellermaschine auf der Graslandebahn von Tamong auf. Kaum ist das Flugzeug gelandet, kommen Mütter mit ihren Kindern. Ihnen gilt die besondere Aufmerksamkeit der Ärztinnen, Ärzte und des Pflegepersonals des baptistischen Krankenhauses Bethesda. Viele Babys und Kleinkinder in West-Kalimantan sind in schlechter Verfassung: Fast ein Fünftel

ist unterernährt und anfällig für Krankheiten. 30 von 1.000 Babys sterben bald nach der Geburt, 58 von 1.000 Kleinkindern vollenden nicht das fünfte Lebensjahr.

Für die Eltern ist das schrecklich: Sie möchten ihre Babys natürlich gut versorgen und leiden mit, wenn ihre Kinder krank sind. Der Hauptgrund für diese Misere: Für die in den unzugänglichen Dörfern in Armut lebenden Dayak gibt es so gut wie keine staatliche Gesundheitsversorgung. In der Gesundheitsstation von Tamong – einem von vier Außenposten des Hospitals – werden die Kleinen regelmäßig gewogen, untersucht und geimpft. Schwangere erhalten Vorsorgeleistungen, Eltern werden über Kinderpflege und Familienplanung aufgeklärt. Zwischen Wiegen und Impfen spricht eine Schwester über einen Bibeltext. Medizinischer und geistlicher Dienst gehen im Bethesda-Krankenhaus Hand in Hand.

„In den Dörfern, in denen wir seit Jahren arbeiten, treten Krankheiten, gegen die geimpft wird, kaum noch auf. Es sterben auch deutlich weniger Kinder an Durchfallerkrankungen“, sagt Dr. Husin Basir von der Abteilung für Basisgesundheits- und Dorfentwicklung des Bethesda-Hospitals. Das Zusammenspiel dieser beiden Bereiche ist Grundlage der Erfolge.

Sauberes Wasser

Zur Verbesserung der Hygiene aktiviert das Krankenhaus die Tatkraft der Bevölkerung: Die Dayak bauen mit den Bethesda-Teams Trinkwassersysteme und errichten Toiletten. Auch ihre wirtschaftliche Lage soll verbessert werden. Die Bauernfamilien erhalten Setzlinge des Kakaobaumes, um eine Agrarproduktion aufzubauen. Der Verleih von Kühen dient der Zucht eines Viehbestandes. Langfristig sollen die Dörfer unabhängig von fremder Hilfe werden – eine schwierige Aufgabe. In 15 Siedlungen ist dies bisher gelungen. Das Bethesda-Krankenhaus ist die einzige Institution, die sich um die vernachlässigte Region kümmert. „Wir helfen aus christlicher Barmherzigkeit. Für die Entwicklung der Dayak-Siedlungen brauchen wir gesellschaftliche Strategien“, so Husin Basir. Künftig soll dabei die regionale Verwaltung stärker in die Pflicht genommen werden.

Die Stärkung der gemeindenahen Gesundheitsarbeit der indonesischen Kirchen liegt dem Dachverband PELKESI besonders am Herzen.

Mehrere hundert Fachleute für Gesundheits-erziehung wurden und werden ausgebildet. „Eine große Herausforderung ist die Unwissenheit über Krankheiten, viele Menschen verlassen sich allein auf traditionelle Heilmethoden“, so Nefos Daeli. Der Zugang zu sauberem Wasser und der Bau von sanitären Einrichtungen sind vorrangig – vor allem, wo Mensch und Vieh unter einem Dach leben.

Den Staat in die Pflicht nehmen

PELKESI setzt sich gegenüber der Regierung dafür ein, dass der Staat mehr als die bisherigen fünf Prozent seines Budgets für Gesundheit ausgibt. Zugleich muss der Dachverband auf aktuelle Herausforderungen reagieren. Mitarbeitende von Krankenhäusern werden aufgrund der schweren Erdbeben, Erdrutsche und Überflutungen der letzten Jahre auf das Management von Katastrophen-Situationen vorbereitet. In akuten Notlagen handelt PELKESI auch direkt: Voraustrupps sondieren die Lage, binnen 24 Stunden treffen Ärzte und Ärztinnen aus der Hauptstadt ein. Stolz ist Nefos Daeli auf ein ganz neues Angebot: „Wir bauen ambulante Dienste für alte Menschen auf.“ Die Lebenserwartung in Indonesien ist auf 68 Jahre gestiegen – „ein Erfolg verbesserter Gesundheitsdienste“, reklamiert Daeli. „Nun möchten wir dabei helfen, dass die Menschen im Alter selbstständig bleiben können.“

Heilendes Handeln

Wo Menschen Zugang zu Vorbeugung und Behandlung haben, bessert sich ihr Gesundheitszustand, und es kann gelingen, Armut zu lindern. Das hilft den sich entwickelnden Ländern. Der EED ist überzeugt, dass es sich lohnt, in Gesundheit zu investieren. Dabei ist der Beitrag der Kirchen wesentlich. Zugleich erinnern die Kirchen die Verantwortlichen in Politik und Verwaltung an ihre Verantwortung. Sie folgen damit dem Vorbild von Jesus Christus und werden Teil von Gottes heilendem Handeln an den Menschen.

Evangelischer Entwicklungsdienst

Der EED unterstützt mit finanziellen Beiträgen, personeller Beteiligung, Stipendien und fachlicher Beratung die Entwicklungsarbeit von Kirchen, christlichen Organisationen und privaten Trägern. In dieser weltweiten Partnerschaft beteiligt sich der EED am Aufbau einer gerechten Gesellschaft. Er ergreift und fördert Maßnahmen, die in Kirche, Öffentlichkeit und Politik das Bewusstsein und die Bereitschaft wecken und stärken, sich für die Überwindung von Not, Armut, Verfolgung und Unfrieden einzusetzen.

Der Evangelische Entwicklungsdienst e.V. ist ein Werk der evangelischen Kirchen in Deutschland. Er wurde 1999 gegründet. Ihm gehören 30 Mitglieder an (siehe hintere Umschlaginnenseite).

Der Aufsichtsrat besteht aus 16 Personen. Den Vorsitz führt Präses Nikolaus Schneider.

Vorsitzender des Vorstands ist Dr. Konrad von Bonin. Weitere Vorstandsmitglieder sind Tilman Henke, Wilfried Steen und Dr. Claudia Warning. Der Sitz des Vereins ist Bonn.

Sie wollen mehr wissen?

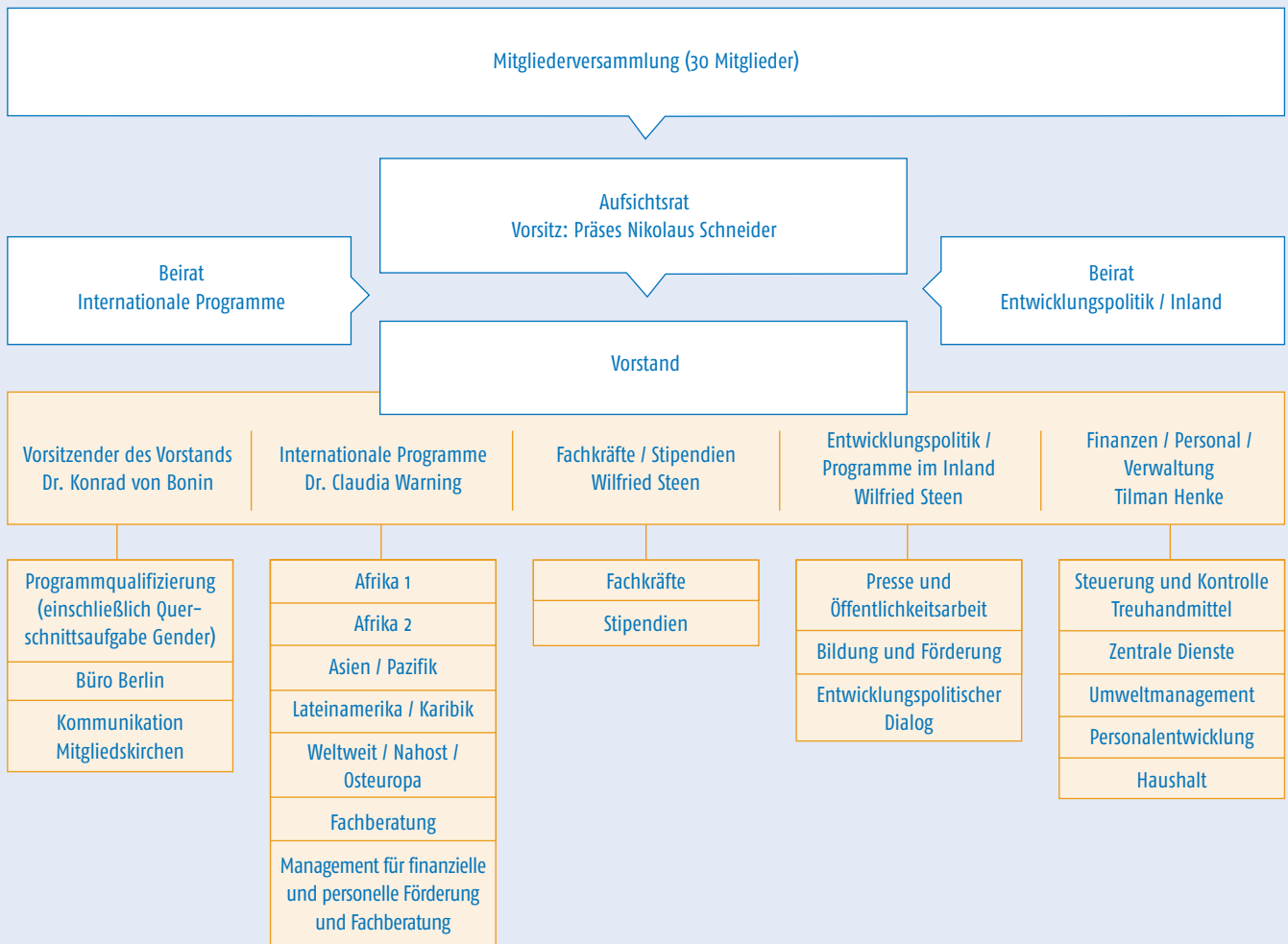
Weitere Informationen über den EED und seine Arbeit finden Sie auf der Homepage www.eed.de.



Die Arbeit des EED gründet

- in dem Glauben, der die Welt als Gottes Schöpfung bezeugt,
- in der Liebe, die gerade in dem entrechteten und armen Nächsten ihrem Herrn begegnet,
- und in der Hoffnung, die in der Erwartung einer gerechten Welt nach Gottes Willen handelt.





Aufsichtsrat

Stand:
30. April 2008

Nikolaus Schneider
Präses
Evangelische Kirche
im Rheinland
(Vorsitzender)

Barbara Bauer
Oberkirchenrätin
Evangelische Landes-
kirche in Baden
(1. stellvertretende
Vorsitzende)

Klaus Winterhoff
Vizepräsident
Evangelische Kirche
von Westfalen
(2. stellvertretender
Vorsitzender)

Dietmar Arends
Pastor
Diakonisches Werk
der Evangelisch-
reformierten Kirche

Siegmond Ehrmann
Mitglied des
Deutschen Bundes-
tags (SPD)

Maria Jepsen
Bischöfin
Nordelbische
Evangelisch-
Lutherische Kirche

Thomas Kemper
Missionssekretär
Vereinigung
Evangelischer
Freikirchen

Dr. Monika Lengelsen
Dozentin
Vorsitzende des Aus-
schusses für Diakonie,
Mission und Ökumene
der EKD-Synode

Axel Noack
Bischof
Evangelische Kirche
der Kirchenprovinz
Sachsen

Dr. Stephan Reimers
Prälat
Bevollmächtigter
des Rates der EKD

Dr. Diethardt Roth
Bischof em.
Selbständige
Evangelisch-
Lutherische
Kirche

Margit Rupp
Oberkirchenrätin
Evangelische
Landeskirche in
Württemberg

Martin Schindehütte
Bischof
Kirchenamt
der EKD

Wilhelm Staudacher
Generalsekretär
Konrad-Adenauer-
Stiftung

Dr. Hermann
Vorländer
Missionsdirektor i. R.
Evangelisches
Missionswerk
in Deutschland

Arend de Vries
Vizepräsident
Evangelisch-
lutherische
Landeskirche
Hannovers

Der EED versteht Entwicklung als einen Prozess der Befreiung von Hunger, Armut, Krankheit, von ungerechten Machtstrukturen, die Menschen in ihrer Würde und ihrem Recht verletzen und ihnen die Kontrolle über lebensnotwendige Ressourcen verwehren.

Der EED achtet in seiner Arbeit andere Kulturen und Religionen. Er unterstützt eigenständige und kulturell spezifische Entwicklung und bemüht sich um das Gespräch mit anderen Religionen.

Aus der EED-Grundorientierung

Neu: „welt-sichten“

Schon seit Jahren war klar: Die Finanzkraft des EED würde nicht ausreichen, bei zurückgehenden Mitteln auf Dauer zwei renommierte entwicklungspolitische Zeitschriften zu finanzieren – auch nicht mit der Unterstützung anderer evangelischer Hilfswerke. Publizistik ist teurer geworden, da sie mit der rasanten technischen Entwicklung der Printmedien Schritt halten muss, die mit immer aufwändigeren Produkten Abonnentinnen und Abonnenten anziehen wollen. Allein professionelle Fotos reißen tiefe Löcher in den schmalen Etat einer entwicklungspolitischen Zeitschrift. Der Vorstand des EED hat sich deshalb 2006 entschlossen, dem Vorschlag des Medienberaters Dr. Hans-Joachim Hoffmann zu folgen und die Zeitschriften „der überblick“ und „Eins Entwicklungspolitik“ zusammenzulegen. Ein schmerzhafter, aber notwendiger Schritt nach einer über 40-jährigen Geschichte des „überblick“!

Wilfried Steen ist Vorstand des EED und Vorsitzender des Vereins zur Förderung der entwicklungspolitischen Publizistik, der die Zeitschrift „welt-sichten“ herausgibt.



Nun erscheint die neue Zeitschrift „welt-sichten“ schon seit ein paar Monaten und viele haben sich an das frische, großzügige Design gewöhnt. Es ist, als ob das Konzept aufgeht, ein qualitativvolles Magazin für globale Fragen und ökumenische Zusammenarbeit zu schaffen mit einer ordentlich ausgestatteten dreiköpfigen Redaktion.

Wir brauchen diese Publizistik dringend. Wer kann uns sonst Orientierung bieten im Dschungel der globalen Medienlandschaft? Ich kann mich durch die Fernsehsender zappen, kann etliche Tageszeitungen lesen. Aktuelle Berichte aus der Welt finde ich, aber Hintergründe werden mir oft nicht geboten. „welt-sichten“ bietet ausgewählte Informationen aus Entwicklungszusammenarbeit, Entwicklungspolitik und Kirche. „welt-sichten“ setzt Schwerpunkte in der Berichterstattung über globale Probleme und in der entwicklungspolitischen Arbeit in Ökumene und Zivilgesellschaft. „welt-sichten“ unterstreicht damit auch die Bedeutung der Arbeit des EED und anderer an der Herausgabe beteiligter Organisationen wie Misereor, Brot für die Welt, Kindernothilfe, Christoffel-Blindenmission und der Schweizer christlichen Hilfswerke, ohne „Hofberichterstattung“ zu betreiben.

Wir wünschen unserer entwicklungspolitischen Zeitschrift „welt-sichten“ alles Gute und viele neue Abos sowie ihrer neuen Redaktion ein gutes Händchen.

Wilfried Steen

Zusammenschluss von EED und „Brot für die Welt“



Brot für die Welt
Staffenbergstraße 76
70184 Stuttgart

Telefon: (0711) 21 59 - 0
Telefax: (0711) 21 59 - 110
info@brot-fuer-die-welt.de
www.brot-fuer-die-welt.de

Der Evangelische Entwicklungsdienst wird sich mit „Brot für die Welt“ und den anderen Bereichen des Diakonischen Werks der EKD zu einem gemeinsamen „Zentrum für Entwicklung und Diakonie“ in Berlin zusammenschließen. Die Aufsichtsgremien beider Werke haben im Februar 2008 die entsprechenden Planungen befürwortet. Damit wird das bereits 1998 begonnene Vorhaben, die verschiedenen entwicklungsbezogenen Einrichtungen der Evangelischen Kirche zu einem gemeinsamen Werk zusammenzuführen, abgeschlossen. Der Umzug von Bonn und Stuttgart nach Berlin ist für 2012 oder 2013 geplant.

„Brot für die Welt“ ist eine Aktion der evangelischen Landes- und Freikirchen und wurde 1959 in Berlin gegründet. Die Geschäftsführung wird vom Diakonischen Werk der EKD wahrgenommen. Vorstand Ökumenische Diakonie und damit Direktorin von „Brot für die Welt“ ist Pfarrerin Cornelia Füllkrug-Weitzel. Ziel der Aktion ist, den Armen Gerechtigkeit widerfahren zu lassen.

Der EED und „Brot für die Welt“ sind zurzeit durch eine Kooperationsvereinbarung verbunden. Diese Vereinbarung enthält Regelungen zur internationalen Förderpolitik, zur Zusammenarbeit bei Projektbewilligungen, zur Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit, zur finanziellen Zusammenarbeit und zur Annäherung der Organisationsabläufe. Ein Kooperationsrat steuert die Zusammenarbeit.

Seit April 2008 sind die Bewilligungsausschüsse beider Organisationen mit denselben Personen besetzt. Dadurch ist es möglich, die Projektarbeit und entwicklungspolitische Ausrichtung der beiden Werke schon jetzt besser aufeinander abzustimmen.

„Brot für die Welt“ dokumentiert seine Arbeit in einem Jahresbericht, auf den für weitergehende Information verwiesen wird.

Partner in der Ökumene

Der Evangelische Entwicklungsdienst ist Teil der Ökumene. Er kooperiert mit Bündnispartnern innerhalb und außerhalb der Kirchen. Auf internationaler Ebene arbeitet der EED mit dem Ökumenischen Rat der Kirchen, dem Lutherischen Weltbund und den regionalen ökumenischen Räten zusammen.

Zur Stärkung der ökumenischen Zusammenarbeit und um international ein größeres Gewicht zu erlangen, haben sich 2007 insgesamt 55 Kirchen und kirchliche Entwicklungsorganisationen aus 157 Ländern zu ACT Development zusammengeschlossen. ACT steht für Action by Churches Together. Neben dem Evangelischen Entwicklungsdienst und „Brot für die Welt“ beteiligen sich viele ihrer Partnerorganisationen an ACT Development. Dies betrifft nicht nur die Partner aus dem Süden und dem Osten, sondern auch die anderen protestantischen Hilfswerke.

Der EED kooperiert eng mit den Hilfswerken der katholischen Kirche in Deutschland. Zusammen mit der Deutschen Kommission Justitia et Pax trägt er die Gemeinsame Konferenz Kirche und Entwicklung (GKKE). Er ist Mitglied im Verband Protestantischer Entwicklungsorganisationen in Europa (APRODEV) und im Verband Entwicklungspolitik deutscher Nichtregierungsorganisationen (VENRO), dessen Vorsitzende Dr. Claudia Warning vom Evangelischen Entwicklungsdienst ist.

Statistik Woher die Mittel kommen



Der Evangelische Entwicklungsdienst setzt Kirchensteuermittel, staatliche Zuschüsse und Spendenmittel ein. Er beachtet dabei die Prinzipien guter Haushaltserschaft. Mit seinem Arbeitsbericht legt der EED Rechenschaft über die Mittelverwendung ab. Im Jahr 2007 umfasst der Haushalt 150,8 Mio. Euro. Gegenüber dem Vorjahr ist dies ein Zuwachs um 3,7 Mio. Euro beziehungsweise 2,5 Prozent.

Die evangelischen Kirchen zahlen 2007 für den Evangelischen Entwicklungsdienst 44,2 Mio. Euro. Davon verwendet der EED 43,5 Mio. Euro. Die verbleibenden Mittel stehen ihm 2008 für Neubewilligungen zur Verfügung.

Der Staat stellt über die Evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe 95,7 Mio. Euro aus dem Kirchentitel des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung zur Verfügung. Zusätzlich erhält der EED knapp 2,0 Mio. Euro von der Europäischen Union sowie für das Programm

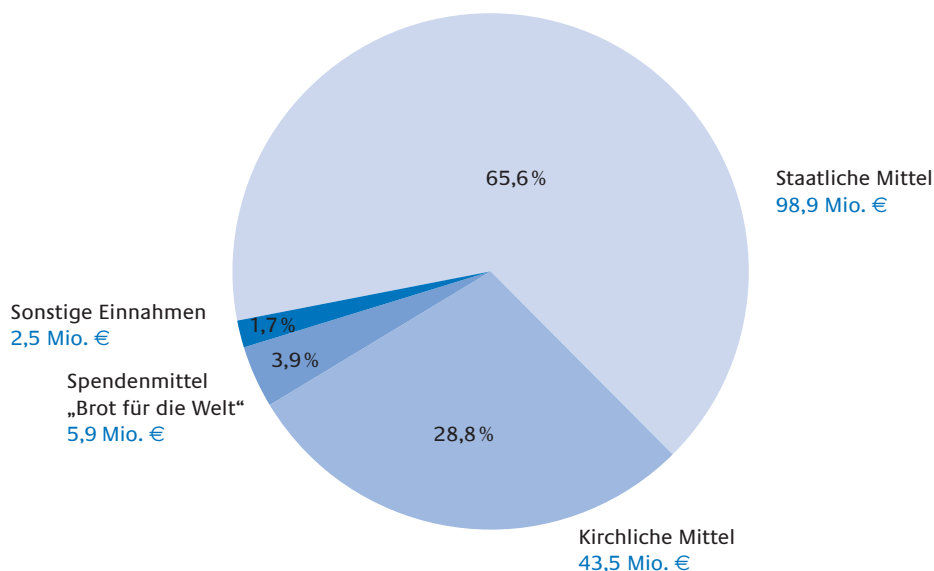
Ziviler Friedensdienst weitere 1,2 Mio. Euro vom BMZ. Damit stehen ihm staatliche Mittel in Höhe von 98,9 Mio. Euro zur Verfügung.

Die Aktion „Brot für die Welt“ wirbt in Gemeinden, Kirchen und Öffentlichkeit um Spenden. Von „Brot für die Welt“ erhält der EED 5,9 Mio. Euro zur Kofinanzierung staatlich finanzierter Projekte und der Fachkräftevermittlung.

An sonstigen Einnahmen erzielt der EED aus Projekten und Leistungen 2,5 Mio. Euro, die aus systematischen Gründen in diesem Arbeitsbericht erstmals ausgewiesen werden.

Finanzquellen 2007

Insgesamt 150,8 Mio. Euro



Zahlungen 2007 der Landeskirchen für den Evangelischen Entwicklungsdienst

Landeskirche	in 1.000 €
Anhalt	10
Baden	4.171
Bayern	1.538
Berlin-Brandenburg-Oberlausitz	350
Braunschweig	1.055
Bremen	360
Hannover	5.140
Hessen und Nassau	4.182
Kurhessen-Waldeck	1.264
Lippe	244
Mecklenburg	23
Nordelbien	4.612
Oldenburg	340
Pfalz	1.234
Pommern	5
Reformierte Kirche	26
Rheinland	6.329
Kirchenprovinz Sachsen	150
Sachsen, Landeskirche	126
Schaumburg-Lippe	16
Thüringen	125
Westfalen	5.000
Württemberg	7.455
Sonderhaushalt Evangelische Militärseelsorge	465
Gesamt	44.219

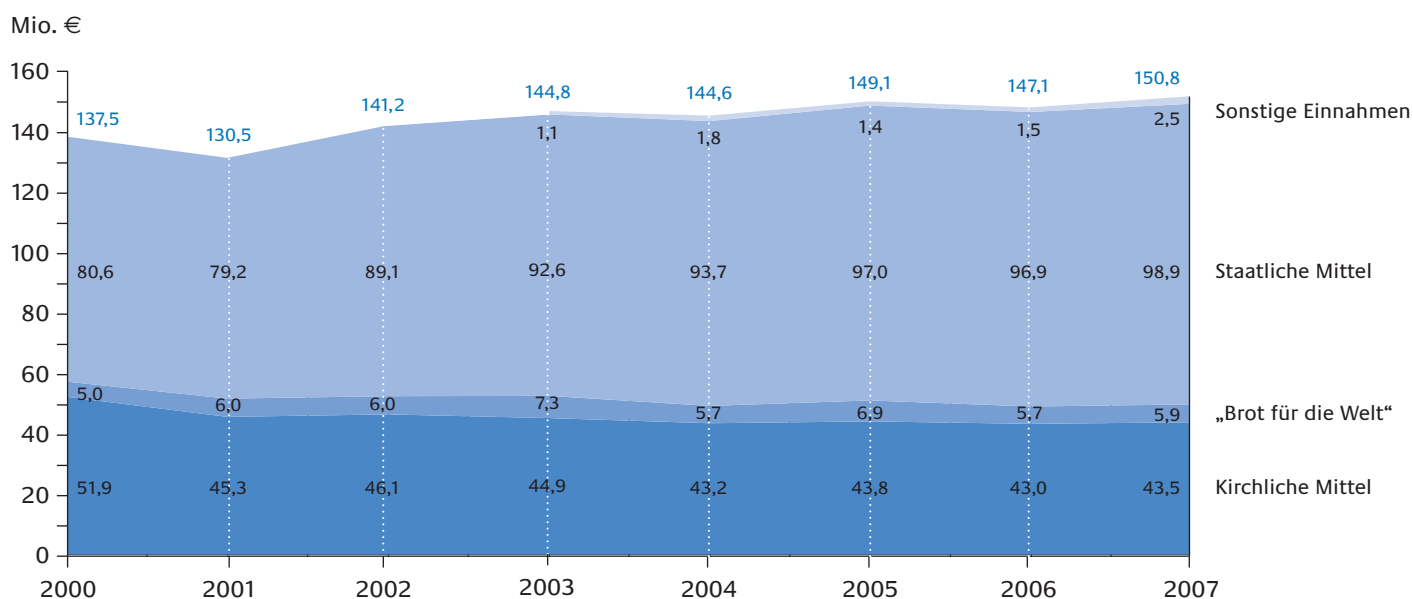
Gemeinschaftsaufgabe der Kirchen

2007 bringen die evangelischen Landeskirchen und die Militärseelsorge aus Kirchensteuern 44.219.364,67 Euro für den Entwicklungsdienst auf. Gegenüber dem Vorjahr ist dies ein Anstieg um 2.776.774,48 Euro beziehungsweise um 6,7 Prozent.

Der Anteil der Aufwendungen für den Entwicklungsdienst liegt 2007 bei 1,06 Prozent des Kirchensteueraufkommens und ist damit leicht gesunken. Im Vorjahr betrug der Anteil 1,08 Prozent.

Die Beiträge der Landeskirchen unterliegen der Beschlussfassung der landeskirchlichen Synoden und werden dem EED über das Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) zur Verfügung gestellt. Der Finanzbeirat und die Kirchenkonferenz der EKD prüfen zurzeit, eine Umlage für den Entwicklungsdienst einzuführen, wie es die Synode der EKD im November 2006 beschlossen hat.

Finanzquellen 2000-2007



Anmerkung: Aus systematischen Gründen werden die sonstigen Einnahmen erstmalig dargestellt.

Statistik Wohin die Mittel fließen



Im Kalenderjahr 2007 stehen dem EED 150,8 Mio. Euro zur Verfügung. Den größten Teil verwendet er für das internationale Programm (74,1 Prozent) und das Personalprogramm (11,6 Prozent). Regional ist Afrika mit 26,6 Prozent der Schwerpunkt. Nach Asien fließen 21,5 Prozent und nach Lateinamerika 10,8 Prozent der Mittel. Für das Programm in Deutschland setzt der EED 4,2 Prozent sowie für die Programme in eigener Trägerschaft und Evaluierung 2,1 Prozent seiner Mittel ein.

Übersicht 2007

78 Länder in der Förderung

2.055 laufende Projekte
764 neue Projekte
190 Fachkräfte (31. 12. 2007)
102 Stipendien (31. 12. 2007)

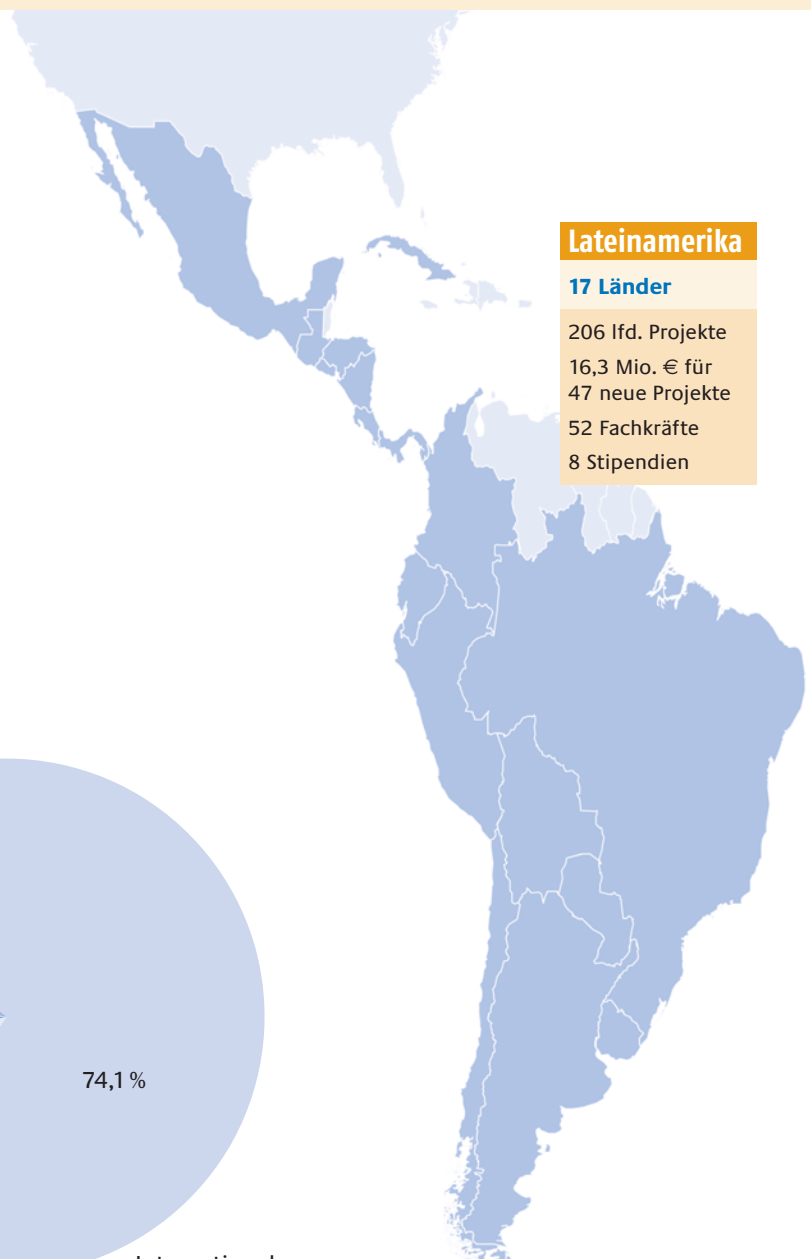
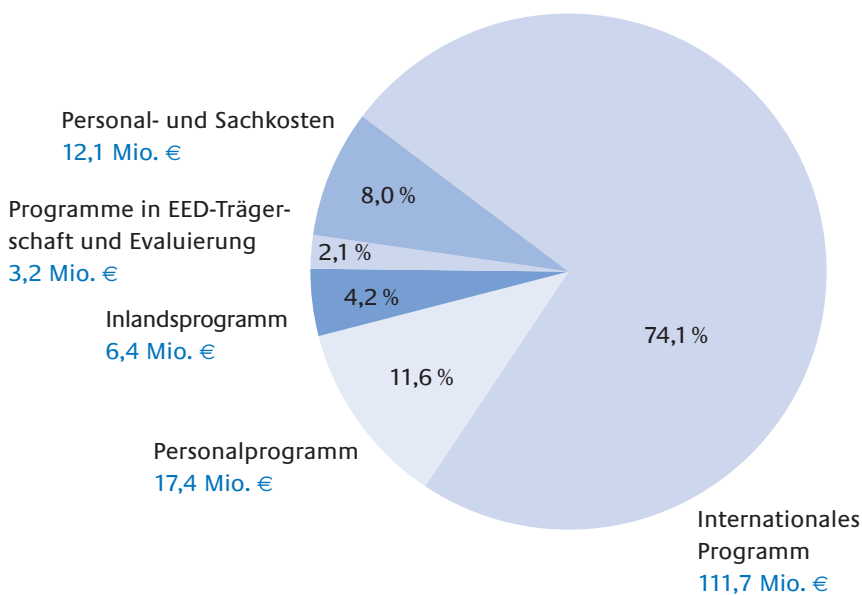
Lateinamerika

17 Länder

206 lfd. Projekte
16,3 Mio. € für
47 neue Projekte
52 Fachkräfte
8 Stipendien

Ausgaben 2007

Insgesamt 150,8 Mio. Euro



Deutschland

Inlandsprogramm

601 lfd. Projekte
6,4 Mio. € für
451 neue Projekte
12 Fachkräfte

Südosteuropa/ Kaukasus

8 Länder

60 lfd. Projekte
4,3 Mio. € für
16 neue Projekte
3 Fachkräfte
1 Stipendium

Naher Osten

5 Länder

68 lfd. Projekte
3,9 Mio. € für
14 neue Projekte
8 Fachkräfte
3 Stipendien

Afrika

29 Länder

494 lfd. Projekte
40,1 Mio. € für
118 neue Projekte
83 Fachkräfte
58 Stipendien

Asien

18 Länder

375 lfd. Projekte
32,4 Mio. € für
89 neue Projekte
32 Fachkräfte
32 Stipendien

Kontinentübergreifend

Weltweites Programm, Personalprogramm, Programme in EED-Trägerschaft und Evaluierung

251 lfd. Projekte
35,3 Mio. € für
29 neue Projekte

■ Länder mit EED-Förderung (zusätzlich fördert der EED Projekte auf Fidschi)

Internationale Projektförderung 2007				
Sektor	Anzahl der Projekte	Mio. €	%	
Integrierte ländliche Entwicklung und städtische Entwicklung	66	37,7	33,8	
Stärkung der Zivilgesellschaft	69	29,2	26,1	
Menschenrechte, Frieden, Demokratie	39	9,3	8,3	
Bildung	43	11,8	10,6	
Gesundheit	25	8,2	7,3	
Landwirtschaft, Kleingewerbe, Kleinkredit	39	11,8	10,6	
Medien und Kommunikation	5	0,9	0,8	
Wiederaufbau, Katastrophenvorsorge	-	-	-	
Umwelt und Wasser	9	1,5	1,3	
Infrastruktur und soziale Dienste	8	1,3	1,2	
Gesamt	303	111,7	100,0	

Internationales Programm

Für das internationale Programm wendet der EED 74,1 Prozent seiner Mittel (111,7 Mio. Euro) auf.

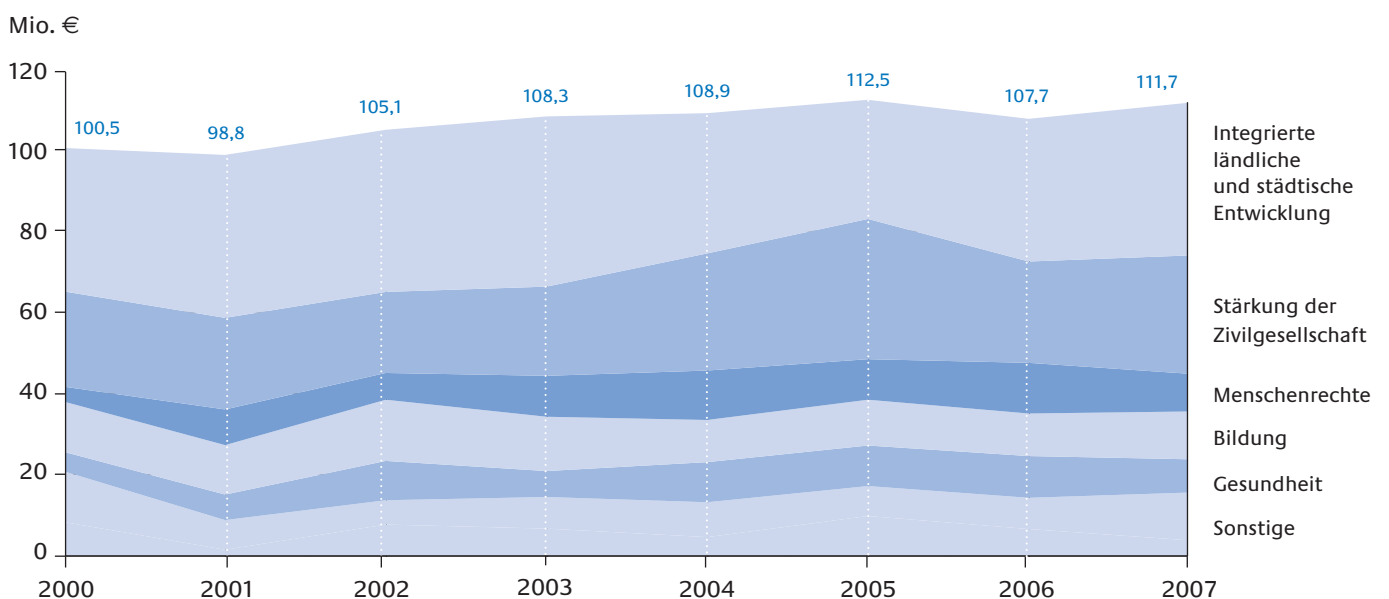
Internationale Projektförderung

Der EED finanziert Entwicklungsvorhaben von Partnerorganisationen und führt selbst keine eigenen Projekte in Entwicklungsländern durch. 2007 bewilligt er 303 Projekte mit einem Fördervolumen von 111,7 Mio. Euro. In der Regel werden die Zuschüsse für einen Zeitraum von drei Jahren gewährt. Am 31. Dezember 2007 laufen 1.454 internationale Projekte in 73 Ländern.

Mit 37,7 Mio. Euro nehmen die 66 integrierten Projekte den Hauptteil der Förderung ein. Mit ihnen begegnet der EED den wirtschaftlichen, ökologischen und sozialen Problemen von Menschen, die in Armut leben. Ansatzpunkte derartiger sektorübergreifender Projekte sind in der Regel Landwirtschaft und Gemeinwesenentwicklung. Ebenfalls längerfristig angelegt sind die 69 Projekte zur Stärkung der Zivilgesellschaft.

Analphabetismus und mangelnde Bildung sind in vielen Entwicklungsländern ein großes Problem. Hier gilt es vor allem, Mädchen zu einer Perspektive für ein eigenverantwortliches Leben zu verhelfen. 2007 fördert der EED 43 Bildungsprojekte mit 11,8 Mio. Euro. 8,2 Mio. Euro bewilligt er für 25 Projekte, um dem Recht auf Gesundheit Geltung zu verschaffen.

Internationale Projektförderung 2000–2007



Fachberatung

Der EED unterstützt seine Partner durch Beratung. 2007 werden vom EED 1.205 Beratungstage erbracht und 31 Seminare für Partner durchgeführt. Er arbeitet mit 21 lokalen Beratungsdiensten zusammen. Im Berichtsjahr organisiert er 34 Kurzzeit-Beratungen, vor allem in Afrika, mit den Schwerpunkten Organisationsentwicklung, Handwerksförderung und Gesundheit.

Fachberatung 2007		
Arbeitsbereich	Beratungstage	%
Stärkung lokaler Beratungskapazitäten	359	29,8
EED-Verbindungsstellen	154	12,8
Organisationsentwicklung	192	15,9
Management und Finanzen	10	0,8
Institutionelle Nachhaltigkeit	18	1,5
Katastrophenvorsorge	5	0,4
Partizipation	84	7,0
Gender	28	2,3
Ad hoc-Aufgaben	49	4,1
Beratungsmanagement	306	25,4
Gesamt	1.205	100,0

Verbindungsstellen

2007 hat der EED in Gaborone eine Verbindungsstelle für Simbabwe und Botswana eröffnet, die von Henrike Berger geleitet wird. Sie führt den Partnerdialog und bearbeitet die Projekte aus beiden Ländern. Mit der Einrichtung der Verbindungsstelle werden mehrere miteinander verbundene Ziele verfolgt:

- Weiterentwicklung der Kooperationsformen mit den Partnern,
- Bearbeitung wichtiger entwicklungs-politischer Themen,
- Stärkung der Zivilgesellschaft in Simbabwe durch die Zusammenarbeit mit Organisationen innerhalb und außerhalb Simbawwes,
- Überprüfung der Wirkung der Projektarbeit im Dialog mit den Partnern und damit Verbesserung der strategischen Steuerung des EED-Programms,
- enge Kooperation mit den Büros ökumenischer und staatlicher multilateraler Partner.

In der Pilotphase sind vier Verbindungsstellen geplant. Als weitere Standorte sind Äthiopien, Costa Rica und Papua-Neuguinea vorgesehen.

Programme in EED-Trägerschaft und Evaluierung

Im Jahr 2007 hat der EED 10 Programme in eigener Trägerschaft durchgeführt. Darunter fallen die Evaluierung von Projekten, Workshops zur Stärkung der Partnerstrukturen sowie Sonderprogramme zu Themenschwerpunkten wie Wasserversorgung in Indien und Friedensförderung in Israel/Palästina. Der EED strukturiert und organisiert Evaluierungen und wertet sie aus, um sein Programm zu qualifizieren und aus Erfahrungen zu lernen. Ein weiteres Programm ist die Beteiligung des EED an dem gemeinsamen Arbeitsvorhaben von Nichtregierungsorganisationen und BMZ zu Frieden und Entwicklung (FRIENT).

Fachkräfte 2007				
Vermittlung	Laufende Verträge am 31.12.2007			Gesamt- abschlüsse 2007
	Männer	Frauen	gesamt	
Fachkräfte; Entwicklungshelfer/innen	61	65	126	48
Ziviler Friedensdienst	5	12	17	13
Reintegrationsvermittlungen	18	6	24	9
Wahl- und Menschenrechtsbeobachtung	4	3	7	20
Berater/innen auf Zeit	2	2	4	1
EED-Fachkräfte	90	88	178	91
Missionswerke	28	21	49	21
Diakonie Katastrophenhilfe	4	2	6	3
Kindernothilfe	4	0	4	0
Peace Brigades International	26	54	80	94
Kooperationen (Amtshilfe)	62	77	139	118
Verträge für Rückkehrer/innen	1	2	3	2
Ökumenische Dienste in Deutschland	1	2	3	0
Berater/innen auf Zeit	4	2	6	0
Inland	6	6	12	2
Begleitung für Fachkräfte in belastenden Situationen	6	16	22	11
Fort- und Weiterbildung	-	-	-	39
Gesamt	164	187	351	261

Personalprogramm

Für das Personalprogramm setzt der EED 17,4 Mio. Euro ein. Dies entspricht 11,6 Prozent des Haushalts.

Fachkräfte

Am Jahresende sind insgesamt 178 EED-Fachkräfte (90 Männer und 88 Frauen) bei Partnerorganisationen tätig. Die Verträge werden von der Dienste in Übersee gGmbH abgeschlossen.

Im Rahmen des Zivilen Friedensdienstes unterstützen 17 EED-Fachkräfte die Versöhnung in Konfliktregionen, betreuen traumatisierte Bevölkerungsgruppen und tragen zur langfristigen Sicherung des Friedens bei. 24 in Deutschland ausgebildete Fachkräfte aus Entwicklungsländern sind nach Abschluss ihres Studiums zur Berufsaufnahme an EED-Partnerorganisationen in ihren Heimatländern vermittelt (Reintegrationsvermittlungen). Im Rahmen von Kurzzeitvermittlungen beobachten am Ende des Jahres 7 Personen Wahlen und die Einhaltung der Menschenrechte, wobei der Ökumenische Friedensdienst in Palästina und Israel besonders zu nennen ist.

Der EED sichert 49 mit Entwicklungsaufgaben betraute Mitarbeitende der Missionswerke nach dem Entwicklungshelfergesetz ab und übernimmt zum Teil deren Finanzierung. Besondere Hervorhebung verdient die Zusammenarbeit mit der Diakonie Katastrophenhilfe. Zudem leistet er Amtshilfe für die Peace Brigades International.

Für ausreisende und rückkehrende Fachkräfte und ihre Familien bietet er Kurse und Seminare zur Orientierung und Vorbereitung an, an denen im Berichtsjahr 255 Erwachsene und 27 Kinder teilnehmen.

2007 werden 39 Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung von einheimischen Fachkräften gefördert.

Zusätzlich fördert der EED 2007 die Personalvermittlung von Eirene mit 0,4 Mio. Euro.

Stipendien 2007

	am 31.12.2007 im Programm			in 2007	
	Männer	Frauen	gesamt	begonnen	beendet
Akademisches Partnerschaftsprogramm	23	15	38	12	12
Programm für Kirchen und NRO	27	21	48	33	19
Programm für frei eingereiste Studierende	8	8	16	12	0
Gesamt	58	44	102	57	31

Nach Herkunftsregionen 2007

	am 31.12.2007 im Programm			in 2007	
	Männer	Frauen	gesamt	begonnen	beendet
Afrika	38	20	58	38	18
Asien	16	16	32	12	10
Lateinamerika	2	6	8	5	3
Naher Osten	2	1	3	2	0
Südosteuropa/Kaukasus	0	1	1	0	0
Gesamt	58	44	102	57	31

Stipendien

102 Nachwuchskräfte aus Entwicklungsländern (44 Frauen und 58 Männer) erhalten vom EED ein Stipendium für ein Aufbaustudium.

Davon studieren 57 in Deutschland, 27 im europäischen Ausland und 18 in Entwicklungsländern. Die Mehrzahl der Stipendiatinnen und Stipendiaten kommt aus Afrika und Asien. Schwerpunktländer sind Indonesien, Demokratische Republik Kongo, Kamerun, Äthiopien, Tansania, China und Brasilien. 2007 schließen 31 Stipendiatinnen und Stipendiaten ihr Studium ab, 57 werden neu in die Förderung aufgenommen.

Mit dem akademischen Partnerschaftsprogramm fördert der EED die Personalentwicklung von Universitäten in kirchlicher Trägerschaft. 2007 schließen 12 Stipendiatinnen und Stipendiaten ihr Studium ab und kehren als Dozentinnen und Dozenten an ihre Heimatuniversitäten in Indonesien, Brasilien und der Demokratischen Republik Kongo zurück.

Der größte Anteil der Stipendiatinnen und Stipendiaten wird im Rahmen des Programms für Kirchen und Nichtregierungsorganisationen gefördert. Am Ende des Jahres studieren 27 Männer und 21 Frauen mit Unterstützung des EED. 2007 beginnen 33 Personen ihr Studium und 19 beenden es. Der größte Teil der ehemaligen Stipendiatinnen und Stipendiaten arbeitet heute mit leitenden Aufgaben in Kirchen, kirchlichen Einrichtungen und Nichtregierungsorganisationen.

Das Programm für frei eingereiste Studierende aus Entwicklungsländern ermöglicht dieser Personengruppe den Abschluss ihres Studiums in Deutschland. 2007 werden 12 Studierende (6 Frauen und 6 Männer) in dieses Programm aufgenommen.

Seit Beginn des Stipendienprogramms 1970 bis zum Jahresende 2007 haben insgesamt 1.260 Personen ein Stipendium erhalten. Der EED steht mit seinen Alumni im Kontakt und fördert ihren Austausch untereinander. Im Rahmen des Nachkontaktprogramms wird 2007 durch finanzielle Zuschüsse die Teilnahme von vier Alumni an Fachkongressen gefördert.

2007 fördert der EED die Stipendienprogramme des Ökumenischen Rats der Kirchen und des Lutherischen Weltbundes mit 1,4 Mio. Euro.

Inlandsprogramm 2007		
	Mio. €	%
Inlandsförderung		
Projektstellen	0,4	6,3
Studien- und Journalistenreisen	0,2	3,1
Seminare	0,5	7,8
Medienförderung	0,4	6,3
Aktionen, Kampagnen	0,2	3,1
Organisationsförderung/Jahresprogramme	1,2	18,8
Evangelischer Pressedienst (epd)	0,2	3,1
Zeitschrift EINS / welt-sichten	0,3	4,7
Personalförderung Inland und Ökumenische Dienste in Deutschland	0,7	10,9
Sonstige Förderungen (INKOTA, GKKE etc.)	0,5	7,8
Projekt-Bewilligungen gesamt	4,6	71,9
Ökumenisches Studienwerk	0,3	4,7
EED-eigene Programme für Öffentlichkeitsarbeit, Bildung und entwicklungspolitischen Dialog	1,5	23,4
Gesamt	6,4	100,0

Inlandsprogramm

2007 finanziert der EED Inlandsarbeit mit 6,4 Mio. Euro. Dies sind 4,2 Prozent des Haushalts.

Kirchengemeinden und Aktionsgruppen stellen 634 Förderanträge für entwicklungsbezogene Bildung und Publizistik an den EED, wovon 451 bewilligt werden (Vorjahr 469). Zum Jahresende sind 601 Projekte in der Förderung.

Ein Förderschwerpunkt sind ökumenische Studienreisen. Im Berichtsjahr werden 71 Süd-Nord-Begegnungen gefördert. Die meisten Reisen finden im Rahmen von Partnerschaften zwischen Gemeinden, Kirchenkreisen und Schulen statt. Sie ermöglichen einen direkten persönlichen Austausch und bieten die Gelegenheit zur Beschäftigung mit Entwicklungsproblemen in Nord und Süd.

Die vom EED geförderten Filme gibt das Evangelische Zentrum für entwicklungsbezogene Filmarbeit (EZEF) heraus. Sie können in den Evangelischen Medienzentralen entliehen werden.

Für eigene Programme der Öffentlichkeitsarbeit, Bildung und für den entwicklungspolitischen Dialog setzt der EED 1,5 Mio. Euro ein, um die Interessen seiner Partner zu vertreten.

Personal- und Sachkosten

Der EED wendet 2007 für die Programmkoordination und Projektbearbeitung 12,1 Mio. Euro an Personal- und Sachkosten auf. Daraus werden überwiegend unbefristete Personalstellen finanziert, die für die Prüfung, Begleitung und Auswertung der Projekte, die Vermittlung von Entwicklungsfachkräften, die Bearbeitung von Stipendienanträgen und die Inlandsarbeit des EED tätig sind. Der Anteil am Haushalt beträgt 8,0 Prozent.

Die in diesem Bericht veröffentlichten Zahlen sind aus unserer Finanzbuchhaltung und Statistik entwickelt worden. Zum Redaktionsschluss werden die Jahresabschlüsse per 31. Dezember 2007 von der BDO Deutsche Warentreuhand Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft geprüft, die die Abschlüsse der Vorjahre mit uneingeschränkten Testaten versehen hat.

Mitglieder des Evangelischen Entwicklungsdienstes

Evangelische Landeskirche Anhalts
Friedrichstraße 22-24
06844 Dessau

Evangelische Landeskirche in Baden
Blumenstraße 1-7
76133 Karlsruhe

Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern
Meiserstraße 11/13
80333 München

Evangelische Kirche Berlin-Brandenburg-
schlesische Oberlausitz
Georgenkirchstraße 69/70
10249 Berlin

Evangelisch-lutherische Landeskirche
in Braunschweig
Dietrich-Bonhoeffer-Straße 1
38300 Wolfenbüttel

Bremische Evangelische Kirche
Franzuseck 2-4
28199 Bremen

Evangelisch-lutherische Landeskirche Hannovers
Rote Reihe 6
30169 Hannover

Evangelische Kirche in Hessen und Nassau
Paulusplatz 1
64285 Darmstadt

Evangelische Kirche von Kurhessen-Waldeck
Wilhelmshöher Allee 330
34131 Kassel

Lippische Landeskirche
Leopoldstraße 27
32756 Detmold

Evangelisch-Lutherische Landeskirche
Mecklenburgs
Münzstraße 8
19055 Schwerin

Nordelbische Evangelisch-Lutherische Kirche
Dänische Straße 21-35
24103 Kiel

Evangelisch-Lutherische Kirche in Oldenburg
Philosophenweg 1
26121 Oldenburg

Evangelische Kirche der Pfalz
Domplatz 5
67346 Speyer

Pommersche Evangelische Kirche
Bahnhofstraße 35/36
17489 Greifswald

Evangelisch-reformierte Kirche
Saarstraße 6
26789 Leer

Evangelische Kirche im Rheinland
Hans-Böckler-Straße 7
40476 Düsseldorf

Evangelische Kirche der Kirchenprovinz Sachsen
Am Dom 2
39104 Magdeburg

Evangelisch-Lutherische Landeskirche Sachsens
Lukasstraße 6
01069 Dresden

Evangelisch-Lutherische Landeskirche
Schaumburg-Lippe
Herderstraße 27
31675 Bückeburg

Evangelisch-Lutherische Kirche in Thüringen
Dr.-Moritz-Mitzenheim-Straße 2a
99817 Eisenach

Evangelische Kirche von Westfalen
Altstädter Kirchplatz 5
33602 Bielefeld

Evangelische Landeskirche in Württemberg
Gänsheidestraße 4
70184 Stuttgart

Evangelisch-methodistische Kirche in Deutschland
Wilhelm-Leuschner-Straße 8
60329 Frankfurt / Main

Bund Evangelisch-Freikirchlicher Gemeinden
in Deutschland
Johann-Gerhard-Oncken-Straße 7
14641 Wustermark

Katholisches Bistum der Alt-Katholiken
in Deutschland
Gregor-Mendel-Straße 28
53115 Bonn

Selbständige Evangelisch-Lutherische Kirche
Schopenhauerstraße 7
30625 Hannover

Vereinigung Evangelischer Freikirchen
Wilhelm-Leuschner-Straße 8
60329 Frankfurt / Main

Evangelisches Missionswerk in Deutschland e.V.
Normannenweg 17-21
20537 Hamburg

Evangelische Kirche in Deutschland
Herrenhäuser Straße 12
30419 Hannover

Frieden und Gerechtigkeit suchen

Schöpfung bewahren

Voneinander lernen



Gesundheit und Entwicklung

Wo Zugang zu bezahlbaren und guten Gesundheitsleistungen gewährt wird, ist Krankheit kein Armutsrisiko mehr. Die Kirchen fordern deshalb, dass die Regierungen genügend Mittel für Gesundheitsdienste bereitstellen.

Evangelischer Entwicklungsdienst
Ulrich-von-Hassell-Straße 76
53123 Bonn
Telefon: (02 28) 81 01-0
Telefax: (02 28) 81 01-160
eed@eed.de