



www.aerzte-ohne-grenzen.de

JAHRES BERICHT 2016

CHARTA	UMSCHLAG
EDITORIAL	4
Dr. Volker Westerbarkey und Florian Westphal über die Arbeit von ÄRZTE OHNE GRENZEN zu Flucht und Vertreibung	
EINSATZLÄNDER	8
WER WAR WO?	10

KRISEN IM FOKUS

NORDOSTEN NIGERIAS	13
Jedes fünfte Kind in Lebensgefahr	
JEMEN / SYRIEN	16
„Beenden Sie diese Angriffe“	
FLÜCHTLINGSLAGER IN TANSANIA	18
Kein Platz zum Leben	
IMPFSTOFFE	21
Teuer und unfair	

STRUKTUR KONTROLLE STRATEGIE

STRUKTUR UND GOVERNANCE	23
KONTROLLE UND RISIKOMANAGEMENT	26
VISION UND STRATEGIE	28

AM BEISPIEL ERKLÄRT

WIRKUNGSKONTROLLE	31
Kriterien für die Öffnung und Schließung von Projekten	
AFGHANISTAN	32
Hilfe im Konfliktgebiet	
D. R. KONGO	34
Mobiles Team gegen die Schlafkrankheit	
SAMBIA	35
Impfkampagne gegen Cholera	
HAITI	36
Hilfe nach Hurrikan Matthew	

PROJEKTFINANZIERUNG

ALLE AUS DEUTSCHLAND IM JAHR 2016 MITFINANZIERTEN PROJEKTE	39
---	-----------

ZAHLEN KONKRET

EINNAHMEN UND AUSGABEN 2016	56
JAHRESABSCHLUSS 2016	60
LAGEBERICHT	66
VIELEN DANK	74

DIE CHARTA VON ÄRZTE OHNE GRENZEN

ÄRZTE OHNE GRENZEN ist eine private internationale Organisation. Die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Ärzte und Pflegekräfte, in unseren Projekten sind aber auch Vertreter zahlreicher anderer Berufe tätig.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verpflichten sich auf folgende Grundsätze:

- ÄRZTE OHNE GRENZEN hilft Menschen in Not, Opfern von natürlich verursachten oder von Menschen geschaffenen Katastrophen sowie von bewaffneten Konflikten, ohne Diskriminierung und ungeachtet ihrer ethnischen Herkunft, religiösen oder politischen Überzeugung.
- Im Namen der universellen medizinischen Ethik und des Rechts auf humanitäre Hilfe arbeitet ÄRZTE OHNE GRENZEN neutral und unparteilich und fordert völlige und ungehinderte Freiheit bei der Ausübung seiner Tätigkeit.
- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN verpflichten sich, die ethischen Grundsätze ihres Berufsstandes zu respektieren und völlige Unabhängigkeit von jeglicher politischen, wirtschaftlichen oder religiösen Macht zu bewahren.
- Als Freiwillige sind sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN der Risiken und Gefahren ihrer Einsätze bewusst und haben nicht das Recht, für sich und ihre Angehörigen Entschädigungen zu verlangen, außer denjenigen, die ÄRZTE OHNE GRENZEN zu leisten imstande ist.



JORDANIEN © Alessio Mamo / MSF

44



NIGERIA © Aurelie Baumei

13



TANSANIA © Louise Annaud /MSF

18

INHALT



© MEN © Mohammed Sanabani /MSF

16

EDITORIAL

Im Juni 2016 beschloss das internationale Netzwerk von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, keine Gelder mehr bei der Europäischen Union und ihren Mitgliedstaaten zu beantragen. Dr. Volker Westerbarkey, Vorstandsvorsitzender der deutschen Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, und Geschäftsführer Florian Westphal erläutern die Motive für diese Entscheidung. Sie reflektieren die Bedeutung der Hilfe für Flüchtlinge und sprechen über die besonderen Herausforderungen im Jahr 2016.



Wie kam es zu dieser Entscheidung, zukünftig keine EU-Gelder mehr zu beantragen?

VOLKER WESTERBARKEY: Wir haben diese Entscheidung getroffen, um gegen die Abschottungspolitik der EU zu protestieren. Auslöser war der EU-Türkei-Deal. Die europäischen Staaten verfolgen damit eine Politik, deren oberste Priorität es ist, die Fluchtwege nach Europa komplett zu verschließen. Gleichzeitig hat es die EU versäumt, sichere und legale Einreisemöglichkeiten für Menschen auf der Flucht zu schaffen. Wir können kein Geld mehr von Staaten annehmen, die es als politischen Erfolg verbuchen, wenn weniger Menschen über die Ägäis nach Griechenland kommen, während gleichzeitig klar ist, dass unvermindert Menschen vor brutaler Gewalt aus zerstörten Ländern fliehen müssen und Schutz benötigen.

FLORIAN WESTPHAL: Diese Menschen haben keine andere Wahl, als immer gefährlichere Wege einzuschlagen. Im Jahr 2016 sind mehr als 5.000 Menschen bei dem Versuch gestorben, das Mittelmeer zu überqueren. Dies nimmt die EU als Folge ihrer Politik bewusst in Kauf.

Das Abkommen betrifft auch Flüchtlinge, die in Griechenland ankommen. Wie sieht die Situation dort aus?

FLORIAN WESTPHAL: Unsere Mitarbeiter berichten von katastrophalen Zuständen. Denn alle Menschen, die es trotz der vielen Hindernisse geschafft haben bis nach Griechenland zu kommen, leben in völliger Ungewissheit über ihre Zukunft. Asylverfahren auf den griechischen Inseln

laufen extrem schleppend. Die Menschen dürfen nicht aufs Festland weiterreisen und leben teilweise bereits seit mehr als einem Jahr mit der ständigen Angst, in die Türkei abgeschoben zu werden. Die griechischen und europäischen Behörden tun nicht genug dafür, sie sicher unterzubringen. Selbst bei Schnee und starkem Wind haben sie zum Teil nur Sommerzelte zur Verfügung gestellt. Dieses Leben ohne Perspektive und unter unwürdigen Bedingungen hat für Menschen, die gerade einem Krieg entkommen sind und Angehörige verloren haben, schwere gesundheitliche Konsequenzen.

Auf der Insel Lesbos zum Beispiel haben unsere Psychologen 767 Beratungen abgehalten und nach dem Abkommen einen plötzlichen Anstieg an Symptomen von Angst und Depressionen sowie von Psychosen bei den Schutzsuchenden festgestellt. Auf der Insel Samos gab es allein im Januar 2017 zwölf registrierte Selbstmordversuche und etliche Selbstverletzungen.

Was wissen Sie über die Menschen, die es nicht schaffen, die europäischen Außengrenzen zu überwinden?

VOLKER WESTERBARKEY: Geht man weiter zurück auf den Fluchtrouten, dann wird die Situation der betroffenen Menschen oft immer schlimmer. Mehrere Nachbarländer Syriens haben ihre Grenzen für Menschen auf der Flucht geschlossen und aus Libyen können die meisten nur über das Mittelmeer entkommen. Schutzbedürftige sitzen deswegen an Orten fest, an denen sie nicht genug Hilfe bekommen. Oder noch schlimmer, an denen sie weiterer Gewalt, Missbrauch und Ausbeutung ausgesetzt sind.



MITTELMEER: Rettung von Flüchtlingen © Albert Masias/MSF

Das internationale Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN verzichtet mit der Entscheidung, keine EU-Gelder mehr zu nehmen, ab dem Jahr 2017 auf Finanzierungen in Höhe von rund 50 Millionen Euro jährlich. Wie wollen Sie dies ausgleichen?

VOLKER WESTERBARKEY: 92 Prozent der Finanzierung des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN verdanken wir bereits jetzt unseren 5,7 Millionen privaten Spenderinnen und Spendern weltweit. In Deutschland haben wir 2016 zum Beispiel 132,8 Millionen Euro durch private Spenden und Zuwendungen erhalten, lediglich vier Millionen Euro kamen vom Auswärtigen Amt. Trotzdem ist das viel Geld. Wir werden unseren Schritt weiterhin transparent nachvollziehbar kommunizieren und hoffen, so die Lücke durch zusätzliche private Spenden auszugleichen. Dank des hohen Anteils an privater Unterstützung sind wir unabhängig von allen politischen, wirtschaftlichen oder weltanschaulichen Interessen und können den Menschen dort helfen, wo die Hilfe am dringendsten benötigt wird.

Was können Sie für die Menschen konkret tun, die trotz der Gefahren versuchen, nach Europa zu fliehen?

FLORIAN WESTPHAL: Seit 2015 ist ÄRZTE OHNE GRENZEN auf dem Mittelmeer im Einsatz: Auf derzeit zwei Schiffen retten Teams aus Ärzten, Logistikern und anderen Experten Menschen vor dem Ertrinken und leisten an Bord erste medizinische und psychologische Hilfe. Im Jahr 2016 haben wir mehr als 30.000 Menschen in Seenot geholfen.

Wir helfen zudem Flüchtlingen in Griechenland, Serbien und anderen europäischen Ländern.

Setzt sich ÄRZTE OHNE GRENZEN für offene Grenzen nach Europa ein?

VOLKER WESTERBARKEY: Das ist nicht unsere Forderung! Wir fordern, dass Menschen, die Schutz vor Gewalt, Verfolgung und Hunger suchen, diesen bekommen. Wir fordern auch, dass sie auf der Flucht keinen zusätzlichen Gefahren oder krank machenden Bedingungen ausgesetzt werden. Es ist Aufgabe der politisch Verantwortlichen, hier eine menschenwürdige Lösung zu finden und umzusetzen.

FLORIAN WESTPHAL: Grundlage für unser Engagement ist der Kontakt mit den Menschen und das Leid, das wir sehen und von dem uns die Menschen berichten. Wir haben zum Beispiel mit mehr als 100 Flüchtlingen aus Eritrea gesprochen und waren geschockt über das Ausmaß an Gewalt, das diesen Menschen widerfahren ist, unter anderem durch Folter und Vergewaltigungen. Zuerst in ihrem Heimatland und dann in massiver Form auf dem Fluchtweg. 90 Prozent der Eritreer, die es trotz dieser Hindernisse irgendwie nach Europa schaffen, bekommen Asyl oder eine andere Art legalen Schutzes. Mit einem legalen Einreiseweg könnte viel Leid vermieden werden.

Wäre es nicht sinnvoller, den Menschen in ihren Herkunftsländern zu helfen, so dass sie gar nicht fliehen müssen?



UGANDA: ÄRZTE OHNE GRENZEN verteilt Hilfsgüter an Flüchtlinge aus dem Südsudan. © Yann Libessart

FLORIAN WESTPHAL: Unsere Hilfe orientiert sich allein an den Bedürfnissen der Menschen und das unabhängig davon, ob sie fliehen müssen oder nicht. Allerdings ist für viele Menschen die Flucht der einzige Weg, um sich vor Verfolgung und Krieg in Sicherheit zu bringen. Humanitäre Hilfe schützt Menschen nicht vor Bombardierungen oder gezielter Verfolgung. ÄRZTE OHNE GRENZEN versorgt Flüchtlinge und Vertriebene weltweit, z.B. in Pakistan, im Südsudan und in Tansania (mehr dazu lesen Sie auf den Seiten 18–20). Wir helfen Männern, Frauen und Kindern, die während der Flucht Hilfe benötigen. Zum Beispiel in Libyen. In dem Bürgerkriegsland werden viele schutzlose Menschen auf der Flucht willkürlich festgehalten, erpresst und gefoltert. Teilweise bekommen sie nur einen Liter Wasser pro Tag und werden zur Arbeit gezwungen ohne je einen Lohn zu erhalten. Medizinische Hilfe ist dringend nötig. Doch vor allem benötigen diese Menschen Zuflucht in einem sicheren Land. Sie haben keine andere Wahl, als aus Libyen zu fliehen.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN helfen weltweit Menschen, die fliehen mussten. Hierzulande meinen viele, dass die meisten Flüchtlinge nach Europa wollen. Wie ist ihre Erfahrung?

FLORIAN WESTPHAL: Aus vielen Gesprächen wissen wir, dass die meisten Menschen ihrer Heimat möglichst nah bleiben wollen. Die größte Hoffnung ist immer, nach Hause zurückzukehren. Die Flüchtlinge, die nach Europa kommen oder hierher wollen, sind absolut in der

Minderzahl. Weltweit waren laut UN-Statistiken im Jahr 2015 rund 65 Millionen Menschen gezwungen, ihre Wohnorte zu verlassen. Sechs Prozent davon lebten in Europa. Die allermeisten suchten Schutz im eigenen Land. Der zweitgrößte Anteil floh in ein Nachbarland.

Wo benötigen Menschen auf der Flucht besonders dringend Hilfe?

VOLKER WESTERBARKEY: In Kriegsgebieten oder instabilen Regionen, in denen die Zivilbevölkerung immer wieder gewaltsam angegriffen wird, brauchen die Menschen besonders dringend Hilfe. Viele Familien fliehen aus ihren Dörfern auf ihre Felder oder in eine Nachbarregion. Sie wollen schnell zurückkehren können, weil zum Beispiel die Ernte ansteht und damit ihre Lebensgrundlage in Gefahr ist. Es kommt aber auch vor, dass Grenzen geschlossen werden oder dass die Wege zu gefährlich sind und die Menschen deshalb nicht in ein anderes sichereres Land fliehen können. Diese intern Vertriebenen sind häufig auf sich allein gestellt und für Hilfsorganisationen schwer erreichbar.

FLORIAN WESTPHAL: Im Nordosten Nigerias zum Beispiel sitzen die Menschen teilweise nur wenige Kilometer von ihren Häusern in einer ausgeweglosen Situation fest. Kämpfe zwischen islamistischen Gruppen und dem Militär bedrohen das Leben der Zivilbevölkerung und machen viele Wege unpassierbar. Wenn sie kann, flieht die Bevölkerung aus den Dörfern in die Städte. Doch dort fehlt es an



GRIECHENLAND: Auf der Insel Lesbos leben Flüchtlinge auch im Winter in Sommerzelten. © Ihab Abassi/MSF

allem: Nahrung, Wasser und medizinischer Versorgung. Unsere Teams leisten unter schwierigen Bedingungen Hilfe, denn die Kämpfe bedrohen dort alle (mehr dazu lesen Sie auf den Seiten 13–15).

War die weltweite Hilfe für Menschen auf der Flucht Ihre wichtigste Aufgabe im vergangenen Jahr?

VOLKER WESTERBARKEY: Sie ist sicherlich eine der zentralen Aufgaben, auch was die politische Dimension angeht. An den Außengrenzen Europas zeigt sich besonders deutlich, wie wenig die Prinzipien der humanitären Hilfe in den vergangenen Jahren respektiert wurden: Die EU verknüpft ihre Hilfe für Flüchtlinge in der Türkei mit ihrer politischen Forderung, dass Ankara es den Menschen unmöglich macht, nach Griechenland zu fliehen. Hier wird humanitäre Hilfe für politische Ziele missbraucht.

Was sind die größten Herausforderungen bei der Hilfe für Menschen auf der Flucht?

FLORIAN WESTPHAL: Besonders schwierig wird es, wenn wir nicht alle Menschen erreichen, die dringend Hilfe benötigen. Im Südsudan, in Syrien oder im Jemen reicht unsere Hilfe nicht aus, selbst wenn sie bereits umfangreich ist. In Kriegs- und Bürgerkriegsregionen sind uns aufgrund der Sicherheitsrisiken Grenzen gesetzt. Vor allem in Syrien können wir leider nur einen Bruchteil dessen leisten, was benötigt wird. Auch das Ausmaß der Bedürfnisse ist zum Teil ein Problem. Im Jemen benötigen

nach UN-Schätzungen bis zu zwei Drittel der Bevölkerung humanitäre Hilfe. Das können wir auch als große Hilfsorganisation nicht leisten (mehr dazu lesen Sie auf den Seiten 16–17).

Gibt es mehr Bedarf an medizinischer Nothilfe als in den Jahren zuvor?

VOLKER WESTERBARKEY: 2016 war ein Jahr, in dem es eine Anhäufung von humanitären Krisen mit unvorstellbarem Ausmaß gab, und leider müssen wir davon ausgehen, dass es im Jahr 2017 noch kritischer wird. Derzeit sehen wir zum Beispiel die Auswirkungen von jahrelangen Kriegen, von Gewalt und Vertreibung in Ostafrika, vor allem in Somalia und im Südsudan. Die Zahl der mangelernährten und kranken Kinder ist noch erschreckend gestiegen. Wir werden mit weiteren Hilfsprojekten darauf reagieren, auch weil weiterhin viele Menschen gezwungen sind, aus ihrer Heimat zu fliehen. Es werden also auch in naher Zukunft mehr Menschen auf Schutz, Solidarität und Unterstützung angewiesen sein.

EINSATZLÄNDER



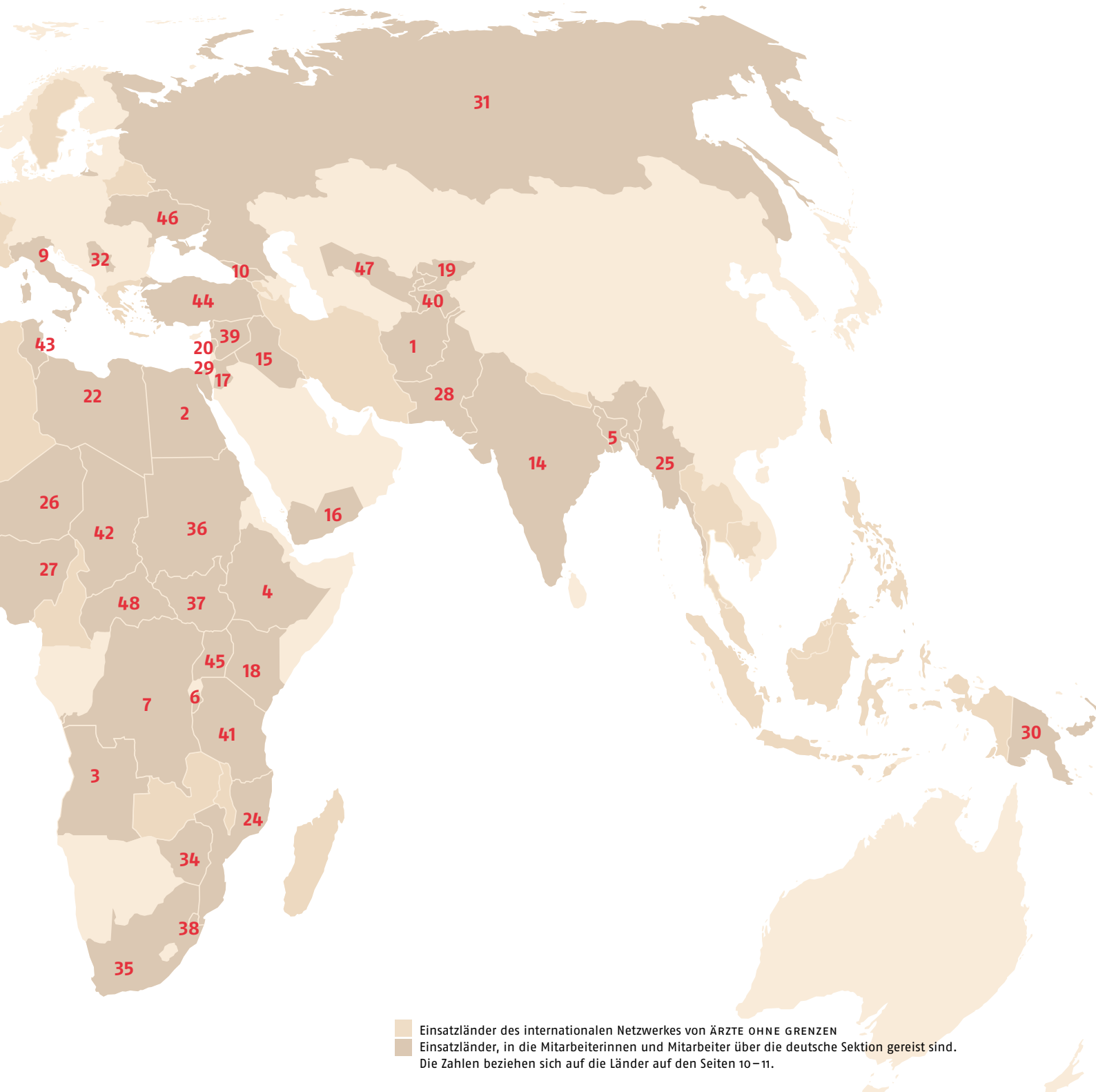
NIGERIA: Fiona Bay © Aurelie Baumei



ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK:
Felix Machleidt © MSF



NIGERIA: Theresa Berthold © Haruna Garba



AFGHANISTAN: Franziska Noll © MSF



INDIEN: Miguel de Sousa Mendes © MSF



MITTELMEER: Heidi Anguria © MSF

WER WAR WO?

Die Teams des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** arbeiten in rund 70 Ländern. 2016 besetzten insgesamt 301 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in Deutschland leben oder über das deutsche Büro ausgereist sind, 406 Projektstellen des internationalen Netzwerkes.

1 AFGHANISTAN Gudrun Adams, Ärztin · Katrin Bauermees, Krankenschwester · Theresa Berthold, Administratorin · Steffen Bürk, Krankenpfleger · Nataliia Cheban, logistische Teamleiterin · Kanya Götsch, Gynäkologin · Angelika Herb, Landeskoordinatorin · Franziska Noll, Ärztin · Christa Puhl, Logistikerin · Peter Schumacher, stellvertretender Logistikkoordinator · Jens Tews, Logistiker · Teresa Wichlas, Gynäkologin · Vitalii Zaikovskii, Anästhesist · Anne Zentgraf, Laborantin · Hanna Zmuda (2 x), Administratorin

2 ÄGYPTEN Senka Stojanovic, Ärztin

3 ANGOLA Lucia Junk, Ärztin

4 ÄTHIOPIEN Marcelo Bustamante, Gynäkologe · Waltraud Gebhard, Krankenschwester · Wencke Petersen, Logistikerin · Jorge Rojas Mahecha, Logistiker · Kirsten Schmidt-Hellerau, Ärztin · Nadja Tariverdian, Ärztin · Brian Watt, Projektkoordinator

5 BANGLADESCH Giorgio Carrato, Finanzkoordinator · Erkin Chinasylova, medizinische Teamleiterin · Thomas Cronen, Arzt · Elisabeth Groß, Projektkoordinatorin · Jens Ruschke, Finanzkoordinator

6 BURUNDI Robert Angerer, Chirurg · Hannes Pietschmann, Chirurg

7 DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO Jaume Alba Iborra, Logistiker · Elisabeth Albig, Ärztin · Nicola Bennett, stellvertretende Landeskoordinatorin · Astrid Bodendieck, Ärztin · Carla Böhme, Chirurgin · Alfhild Böhringer, Projektkoordinatorin · Hartmut Brandenburg, Anästhesist · Elisabeth Brandt, logistische Teamleiterin · Anita Chatterjee, Administratorin · Abiol Deng, Referent für humanitäre Angelegenheiten · Sonja Denjean, Ärztin · Susanne Diedrich, Logistikerin · Tomislav Dunderovic, Projektkoordinator · Katarzyna Gieryn, Ärztin · Philipp Gresse, Logistiker · Annina Haid, Logistikerin · Ines Hake, medizinische Koordinatorin · Benjamin Jonas, Logistiker · Bernd Kessler, Chirurg · Susanne Kraemer, Logistikerin · Ingo Kurzweil, technischer Teamleiter · Hans-Jörg Lang, Arzt · Reinhard Lehmann, Arzt · Judith Lindert, Ärztin · Elisabeth Lipsewers, Landeskoordinatorin · Rosa-Maria Mallard, Krankenschwester · Katrin Mielck, Projektkoordinatorin · Zsófia Molnar, Ärztin · Jochen Mues, Logistiker · Siw Müller, Personalkoordinatorin · Dorothea Müller, Hebamme · Miranda Ndula, Laborantin · Kathleen Nicolaus, Logistikerin · Wencke Petersen (2 x), Logistikerin · François Redon (2 x), Logistiker · Nadia Safar, Ärztin · Katharina Schuster, Ärztin · Mariel Selzer, Ärztin · Johanna Senft, Personalkoordinatorin · Ioana Silly, Apothekerin · Philip Steffens, Arzt · Oksana Stolnikova, psychosoziale Beraterin · Tobias Theilacker (2 x),

Logistiker/Administrator · Jacques Tshiang Tshiananga, Epidemiologe · Simone Vollmer, Laborantin · Gabriele von Wahlert, Ärztin · Lea Wende, Wasser- und Sanitätsfachkraft · Henrike Zellmann, psychosoziale Beraterin · Jürg Zimmermann, Logistiker

8 ELFENBEINKÜSTE Michael Petry, regionaler technischer Teamleiter

9 FLÜCHTLINGE IN EUROPA Amy Neumann-Volmer, Ärztin (Frankreich) · Darina Finsterer, Administratorin (Griechenland) · Jochen Ganter (2 x), Projektkoordinator / Krankenpfleger (Griechenland) · Maike Lorenzen, logistische Teamleiterin (Griechenland) · Elmar Mehring, Arzt (Griechenland) · Afsana Rezaie, Logistikerin (Griechenland) · Christine Schanze, Krankenschwester (Griechenland) · Meik Schöpping, Logistiker (Griechenland) · Claudia Weidenbrück, medizinische Teamleiterin (Griechenland) · Anja Batrice, Ärztin (Italien) · Peter Brindle, Logistikkoordinator (Italien)

10 GEORGIEN Erhard Koller, Gesundheitsberater

11 GUINEA Sebastian Albus, Arzt

12 GUINEA-BISSAU José Mácio Cavalcante de Sousa, Logistiker

13 HAITI Elisabeth Brandt, Logistikerin · Karl Breuer, Administrator · Ulrike Buchholz, Anästhesistin · Judith Emmerich, Chirurgin · Doreen Geissler, Administratorin · Carina Haslach, Administratorin · Susanne Jörg, Gesundheitsberaterin · Steffen Klammer, Anästhesist · Florian Schulze, Administrator · Katharina Schuster, Ärztin · Bianca Vogel, Ärztin · Lea Wende, Wasser- und Sanitätsfachkraft

14 INDIEN Friederike Andernach, psychosoziale Beraterin · Joseph Duku, Administrator · Verena Hanf-land, Ärztin · Magdalena Michalska, Ärztin · Sabine Nidermajer (2 x), Projektkoordinatorin · Miguel de Sousa Mendes, Arzt · Susanne Stein, Projektkoordinatorin · Nicole Wolf, Ärztin

15 IRAK Peter Brindle, Logistikkoordinator · Fabian Erwig, Administrator · Jutta Gerber, medizinische Teamleiterin · Katarzyna Gieryn, Ärztin · Dirk Hackel, Administrator · Christa Helmke, Hebamme · Wolfgang Kaiser, Landeskoordinator · Janina Marienfeld, Ärztin · Luise Petersen, Ärztin · Anke Raber, medizinische Koordinatorin · Eva Raith-Ruder, psychosoziale Beraterin · Joachim Tisch, Logistikkoordinator

16 JEMEN Haled Al Hashimi, Logistikkoordinator · Steffen Bernard, Anästhesist · Hartmut Brandenburg, Anästhesist · Stefanie Brockt, Anästhesistin · Iwona

Bugala, Finanzkoordinatorin · Tomislav Dunderovic, Logistikkoordinator · Juliane Fürst, Logistikerin · Hans-Jürgen Gerber, Anästhesist · Jens Gutmann (2 x), Flugkoordinator · Martin Hofmeister, Chirurg · Andreas Karden, Logistikkoordinator · Daniel Mouqué, Landeskoordinator · Franz Josef Müller, Chirurg · Frauke Ossig, Projektkoordinatorin · Hannes Pietschmann, Chirurg · Immanuel Pompe (2 x), Flugkoordinator · Senka Stojanovic, Ärztin · Michael Winter, Chirurg · Aleksander Wroblewski, Chirurg

17 JORDANIE Michael Bader, Logistikkoordinator · Anja Braune, Projektkoordinatorin · Steffen Bürk, Krankenpfleger · Erkin Chinasylova, medizinische Teamleiterin · Michael Fendler, Chirurg · Eva-Victoria Guha, Krankenschwester · Christian Heck, Chirurg · Monika Hillebrand, Anästhesistin · Marcel Lenke, Logistiker · Felix Machleidt, Arzt · Jürgen Müller-Färber, Chirurg · Kathrin Osterziel, psychosoziale Beraterin · Jürgen Popp, Logistikkoordinator · Christa Puhl, Administratorin · Laura Puts, Administratorin · Manuela Rehr, Epidemiologin · Peter Rinker (2 x), Projektkoordinator · Jorge Rojas Mahecha, Logistiker · Birgit Schönharting, Physiotherapeutin · Wubshet Tulu Tumsa, Administrator · Bettina Weitz, Landeskoordinatorin

18 KENIA Marjam Esmail, Ärztin · Juliane Fürst, Logistikerin · Berna Gürer, Ärztin · Daniel von Rége, Landeskoordinator · Clemens Stehl, Arzt · Marion Thimm, Gesundheitsberaterin · Simone Wählt, Krankenschwester

19 KIRGISTAN Waldemar Mischutin, Logistiker

20 LIBANON Alissa Hein, Logistikerin · Wiebke Kötting, Ärztin · Marion Thimm, psychosoziale Beraterin

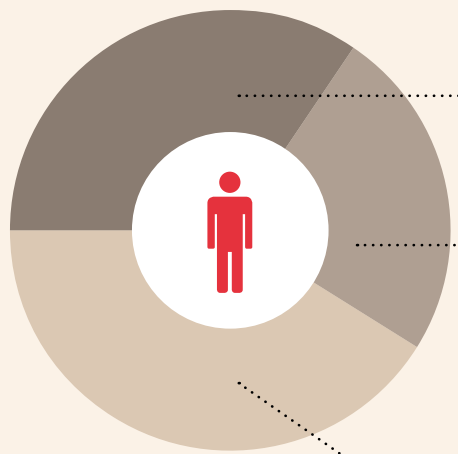
21 LIBERIA Petra Becker, Landeskoordinatorin · Andreas Engel, Apotheker · Ann-Kathrin Schmidt, Ärztin

22 LIBYEN Jutta Bachman (2 x), medizinische Koordinatorin · Julia Dedynska, Administratorin · Darina Finsterer, Administratorin · Wolfgang Kaiser, Projektkoordinator · Vytis Kondreckas, Apotheker · Tankred Stöbe, Projektkoordinator

23 MEXIKO Fernando Galvan, Projektkoordinator

24 MOSAMBIK Raphaela Marinho Leitao Da Cunha, Ärztin · Corinna Schmitt, Administratorin

25 MYANMAR Jutta Bachmann, medizinische Koordinatorin · Sophia Buvelot, stellvertretende Personalkoordinatorin · Jana Maier-Hein, Ärztin · Jens Raab, Administrator · Johanna Senft (2 x), Personalkoordinatorin · Claudia Stephan, stellvertretende Landeskoordinatorin · Mona Tamannai, Ärztin



34,7 %
ÄRZTINNEN / ÄRZTE

24,4 %
PFLEGEPERSONAL
UND ANDERE
MEDIZINISCHE BERUFE

40,9 %
ANDERE BERUFE

26 NIGER Hans-Jörg Lang, Arzt

27 NIGERIA Fiona Bay, Krankenschwester · Carolin Bechtel, Krankenschwester · Robert Behnisch, Wasser- und Sanitätsfachkraft · Theresa Berthold, Administratorin · Hartmut Brandenburg, Anästhesist · Elisabeth Brandt, Administratorin · Erkin Chinasylova, medizinische Teamleiterin · Jörg Fimpeler, Anästhesist · Darina Finsterer, Administratorin · Andreas Groß, Administrator · Paul Holzweber, Administrator · Marcel Lenke, Administrator · Maike Lorenzen, logistische Teamleiterin · Eric Mitjans Serveto, Logistiker · Frauke Ossig, Landeskoordinatorin · Jens Rabbels (2 x), Chirurg · Zeeshan Saeed, Apotheker · Manuel Schleiser, Arzt · Isabel Schneider, Anästhesistin · Josefin Schreckenberger, Krankenschwester · Aleksander Wroblewski, Chirurg

28 PAKISTAN Moritz Beitzten, Logistiker · Julia Dedynska, Administratorin · Claudia Evers, Landeskoordinatorin · Monika Häupler, psychosoziale Beraterin · Gesa Heierberg, Gynäkologin · Barbara Heßel, Personal Koordinatorin · Monika Lottmann, Krankenschwester · Ricarda Redeker, Personalmanagerin · Doris Stobbe, Krankenschwester · Ingo Störmer, Anästhesist · Manfred Wolf, Administrator

29 PALÄSTINENSISCHE AUTONOMIEGEBIETE Steven Frisch, Logistiker · Christiane Lagrave-Jürgens, Anästhesistin · Michael Nosseir, Anästhesist

30 PAPUA-NEUGUINEA Yvonne Albrecht, medizinische Teamleiterin · Malte Garbade, Logistiker · Alissa Hein, Logistikerin · Angelika Herb, Landeskoordinatorin · Henrike Meyer, Chirurgin · Bettina Pöpping, Laborantin

31 RUSSISCHE FÖDERATION Ralf Göres, Ärztin · Ewald Stals, Landeskoordinator

32 SERBIEN Stefan Cordes, Projektkoordinator · Jean-Daniel Dias, Logistiker

33 SIERRA LEONE Christiane Boecker, Ärztin · Silvia Funke, Epidemiologin · Waltraud Gebhard, Krankenschwester · Andreas Groß, Logistiker · Justyna Jablonska, Personal Koordinatorin · Carolin Ohler, Krankenschwester · Claudia Stephan, Landeskoordinatorin · Daniela Steuermann, Krankenschwester

34 SIMBABWE Philipp Frisch, Referent für humanitäre Angelegenheiten

35 SÜDAFRIKA Nadia Safar, Ärztin · Sandra Sedlmaier-Ouattara, medizinische Teamleiterin

36 SUDAN Bettina Weitz, Landeskoordinatorin

37 SÜDSUDAN Otasowie Akhionbare, Koordinator Wasser und Sanitär · Melanie Allen, Krankenschwester · Paul Althammer, Krankenpfleger · Rosa Amu, Ärztin · Heidi Anguria (2 x), Krankenschwester · Anja Batrice, Ärztin · Fiona Bay, Krankenschwester · Robert Behnisch, Wasser- und Sanitätsfachkraft · Luise Berger, Logistikerin · Iwona Bugala, Administratorin · Veit Busam, Chirurg · Sonja Denjean, Ärztin · Tomislav Dunderovic, Projektkoordinator · Anja Engel, Logistikkordinatorin · Fabian Erwig, Administrator · Gordon Finkbeiner, Finanzkoordinator · Gordon Finkbeiner (2 x), Projektkoordinator / Administrator · Marianne Flindt, Anästhesistin · Richard Cece Gbamou, stellvertretender Logistikkordinator · Elisabeth Groß, Projektkoordinatorin · Patricia Günther, Hebamme · Meike Hartstein, Ärztin · Stefanie Heckenberger, Krankenschwester · Matthias Heukäufer, Arzt · Martin Hofmeister, Chirurg · Stefanie Hofstetter, Hebamme · Johanna Hünig, Hebamme · Jacqueline Hupfer, Ärztin · Julia Jung, Gesundheitsberaterin · Lysann Kaiser, Krankenschwester · Aline Kleemann, Logistikerin · Sabine Christa Koch, Hebamme · Michael Krick, Elektriker · Dominika Kubicka, Apothekerin · Ulrich Kuch, Epidemiologe · Beate Lange, Anästhesistin · Henrike Meyer, Chirurgin · Eric Mitjans Serveto, Logistiker · Sara Montag, Ärztin · Dieter Mühl-Benninghaus, Chirurg · Frauke Ossig, Projektkoordinatorin · Immanuel Pompe, Logistiker · Jürgen Popp, Logistiker · Pamela Rosales, Finanzkoordinatorin · Wilfried Ross, Logistiker · Mariana Rossi Campos, Personal Koordinatorin · Bruce Russell, Projektkoordinator · Zeeshan Saeed, Apotheker · Peter Schumacher, Logistiker · Gisela Skrobek-Engel, Krankenschwester · Daniela Steuermann, Krankenschwester · Johanna Stöppler, Gesundheitsberaterin · Igor Ullrich, stellvertretender Finanzkoordinator · Dirk Vogel, Logistiker · Klaus Volmer, Arzt · Alexander Wessel, Krankenpfleger · Jürg Zimmermann, Administrator

38 SWASILAND Inga Meyer, Ärztin

39 SYRIEN Katrin Hitzler, Krankenschwester · Elisabeth-Christina Rolfes, medizinische Teamleiterin · Jens Tews, Administrator

40 TADSCHIKISTAN Lisa Beyer, stellvertretende Finanzkoordinatorin · Monika Meinhard, Projektkoordinatorin

41 TANSANIA Gudrun Adams, Ärztin · Michael Arnegger, Arzt · Stefan Cordes, Administrator · Tanja Gargulla, Administratorin · Dana Krause, Landeskoordinatorin · Luise Petersen, medizinische Teamleiterin · Simone Schaum, Administratorin · Carla Schwanfelder, Ärztin · Mona Tamannaï, Ärztin

42 TSCHAD Haled Al Hashimi, Logistikkordinator · Ulrich Dittmer, Anästhesist · Martin Frank, Gynäkologe · Felix Machleidt, Arzt · Andreas Mischkin, Logistiker · Ulrike Müller, Ärztin · Elisabeth-Christina Rolfes, medizinische Teamleiterin · Veronika Siebenkotten-Branca, Gynäkologin · Simone Vollmer, Laborantin · Beate Zapf, Ärztin

43 TUNESIEN Nazek Raouf, Ärztin

44 TÜRKEI Peter Heikamp, Logistikkordinator · Vytis Kondreckas, Apotheker · Magda Qandil, Referentin für humanitäre Angelegenheiten · Christine Roloff, Personal Koordinatorin

45 UGANDA Josefin Schreckenberger, Projektkoordinatorin

46 UKRAINE Anneli Droste (2 x), psychosoziale Beraterin

47 USBEKISTAN Agnieszka Kicun, Logistikerin · Olga Kondakova, Ärztin · Mansa Mbenga (2 x), Arzt / medizinischer Koordinator · Susan Meier, Ärztin · Kathrin Osterziel, psychosoziale Beraterin · Leonardo Palumbo, Referent für humanitäre Angelegenheiten · Bettina Pöpping, medizinische Teamleiterin · Dorothea Zoska, Apothekerin

48 ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK Elisabeth Albig, Ärztin · Jennifer Bock, Logistikerin · Alfhild Böhringer (2 x), Logistikerin/Projektkoordinatorin · Miriam Böttcher, Ärztin · Bernd von Cube, Chirurg · Johannes Daniel, Anästhesist · Iris Dvorak, Ärztin · Anja Engel, Logistikkordinatorin · Darina Finsterer, Administratorin · Felix Gärtner, Logistikkordinator · Jutta Gerber, Krankenschwester · Silvia Ghiani (2 x), Administratorin · Cordula Häffner (2 x), Krankenschwester · Gesa Heierberg, Gynäkologin · Stefanie Hofstetter (2 x), Hebamme · Holger Hornauf, Logistiker · Klaus Konstantin, Anästhesist · Cordelia Krajewski, Anästhesistin · Christiane Lagrave-Jürgens, Anästhesistin · Anna Luczynska, Epidemiologin · Felix Machleidt, Arzt · Inga Meyer, Ärztin · Didier Mukama, Logistiker · Amadeus von der Oelsnitz, Krankenpfleger · Denise de Quervain (2 x), Personal Koordinatorin / Administratorin · Anna Schiller, Ärztin · Doris Stobbe, Krankenschwester · Lydia Stockmanns, Krankenschwester

NOTEINSÄTZE (VERSCHIEDENE LÄNDER) Jenny Dörnermann (2 x), Projektkoordinatorin · Nazek Raouf, Projektkoordinatorin · Anja Wolz, Landeskoordinatorin · Dana Krause, Landeskoordinatorin

KRISEN IM FOKUS



NORDOSTEN NIGERIAS: JEDES FÜNFTE KIND IN LEBENSGEFAHR

Im umkämpften Bundesstaat Borno warteten die Menschen über Monate auf Hilfe. Als Teams von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** endlich dorthin gelangen konnten, waren sie entsetzt über das Ausmaß der Not.

Im Juni 2016 erlaubte es die Sicherheitslage einem Team von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** erstmals seit langer Zeit, für einige Stunden in die Stadt Bama im nigerianischen Bundesstaat Borno zu fahren. Auf einem Krankenhausesgelände hatten dort 24.000 Menschen Zuflucht gefunden. Unser medizinisches Team wollte herausfinden, ob die Menschen Hilfe benötigten, und untersuchte 800 der insgesamt 1.500 Kinder, die dort lebten. Das Ergebnis war schockierend: 19 Prozent der Kinder waren so schwer mangelernährt, dass ihr Leben unmittelbar in Gefahr war. Auf dem Friedhof in der Nähe der Notunterkunft zählte unser Team zudem 480 Kindergräber aus dem vergangenen Jahr. Die Landeskoordinatorin von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, Ghada Hatim, berichtete nach dem Besuch: „Schon bevor wir nach Bama fahren konnten, wussten wir, dass die Situation vor Ort extrem kritisch ist. In den Augen der Menschen, die wir behandelten, konnte man ihre Traumata sehen und erahnen, welche Schrecken sie überlebt hatten.“

BRUTALE GEWALT GEGEN ZIVILBEVÖLKERUNG

Der Konflikt, vor dem die Menschen in Bama und vielen anderen Orten im Nordosten Nigerias auf der Flucht sind, begann 2009. Damals kam es erstmals zu Anschlägen durch Boko Haram und zu Zusammenstößen zwischen der bewaffneten Gruppe und der nigerianischen Armee. Ab 2011 griff Boko Haram auch vermehrt die Zivilbevölkerung mit brutaler Gewalt an. Bis 2014 erlangte die Gruppe die Kontrolle über weite Teile des Bundesstaates Borno. Im Jahr darauf verstärkte die nigerianische Armee den Kampf gegen Boko Haram und drängte die Gruppe zurück. Dabei wurden immer wieder ganze Ortschaften verwüstet und niedergebrannt. Insgesamt hat der Konflikt bisher mindestens 20.000 Menschen das Leben gekostet und mehr als 2,6 Millionen Menschen zur Flucht gezwungen. Diese suchen vor allem Schutz in den größeren Städten von Borno und in der Hauptstadt des Bundesstaates, Maiduguri.

Doch auch in den provisorischen Unterkünften in den Städten sind die Menschen nicht sicher. So wurde im Januar 2017 bei einem Luftangriff der nigerianischen Armee ein Vertriebenenlager in der Stadt Rann getroffen. Der Angriff sollte Armeeingaben zufolge Stellungen von Boko Haram gelten, tötete und verletzte jedoch Hunderte Zivilisten. Erst drei Tage zuvor war ein Team von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** nach Rann gelangt und hatte begonnen, die Menschen in dem Vertriebenenlager mit einer mobilen Klinik zu versorgen. Direkt nach dem Angriff behandelten unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter allein 150 Verwundete, unter ihnen viele Frauen und Kinder.



Teams von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gelang es im Verlauf der Sommermonate 2016, weitere Orte im Nordosten Nigerias aufzusuchen. Überall bot sich ein ähnliches Bild. Ausgezehnte, schwache Menschen, die umgehend Nahrungsmittel, Wasser und medizinische Versorgung benötigten. Durch den Konflikt waren auch mehr als 40 Prozent der Gesundheitseinrichtungen in der Region zerstört worden. Wo es möglich war, hat **ÄRZTE OHNE GRENZEN** daher die Projekte im Bundesstaat Borno aufgebaut. Insgesamt waren wir 2016 in elf verschiedenen Orten im Einsatz.

In Maiduguri, Damboa, Gwoza, Monguno, Benisheikh und Pulka unterhielten wir unter anderem therapeutische Ernährungszentren für mangelernährte Kinder und leisteten ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung. In den Orten Banki, Ngala, Rann und Dikwa impften wir zudem Kinder gegen Masern und Pneumokokken und behandelten Kranke und Verletzte.

MENSCHEN FLIEHEN IN ÜBERFÜLLTE STÄDTE

Unterdessen fliehen auch im Jahr 2017 weiterhin täglich Menschen aus den abgelegenen Dörfern in die Städte, wodurch die Lage in zahlreichen Orten immer schwieriger wird. In Städten wie Pulka, in denen die Ressourcen schon vor der Ankunft der Vertriebenen knapp waren, haben sich die Einwohnerzahlen um mehr als ein Drittel erhöht. Viele Vertriebene besitzen nur noch die Kleidung, die sie am Körper tragen. Die Lager bestehen aus einfachen Zelten, die nur wenig Schutz vor Hitze und Staub bieten. Die Menschen leben beengt, ohne Zugang zu funktionierenden sanitären Anlagen. Aufgrund der Unsicherheit für die Zivilbevölkerung können die Menschen die Städte nicht

Der elf Monate alte Abdul ist schwer mangelernährt. Seine Familie floh in die Stadt zu Verwandten, die ebenfalls nicht genug zu Essen haben.
© Aurelie Baumel/MSF

verlassen, und die Felder liegen brach. Dadurch gibt es weder Arbeit noch Ernten, und die Nahrungsmittelpreise haben sich innerhalb eines Jahres verdoppelt. Somit sind die meisten Vertriebenen auf umfassende humanitäre Hilfe angewiesen. Im Sommer 2016 war **ÄRZTE OHNE GRENZEN** eine der wenigen Hilfsorganisationen vor Ort. Unsere Teams mussten daher auch Nahrungsmittel verteilen, in verschiedenen Vertriebenenlagern täglich Zehntausende Liter Wasser zur Verfügung stellen, Latrinen und Brunnen bauen oder alte wieder instandsetzen.

Inzwischen hat sich durch die Verstärkung der Aktivitäten nationaler und internationaler Hilfsorganisationen die humanitäre Lage in einigen Teilen des Bundesstaates Borno leicht verbessert. Der Bedarf an humanitärer und medizinischer Nothilfe bleibt jedoch hoch, und wir befürchten, dass sich die Lage wieder verschlechtert, je länger die karge letzte Ernte zurückliegt. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** will seine Aktivitäten in Nigeria und in den Nachbarstaaten Tschad, Kamerun und Niger ausbauen, auf die sich der in Nigeria entstandene Konflikt ebenfalls ausgeweitet hat. Unterdessen leben weiterhin Tausende Menschen in Orten, die auf Grund der prekären Sicherheitslage von der Außenwelt und damit auch von humanitärer Hilfe abgeschnitten sind.



Im Bama-Camp leben rund 10.000 Vertriebene in provisorischen Unterkünften. In der Schlange warten viele von ihnen auf eine medizinische Untersuchung.
© Claire Magone / MSF

ÄRZTE OHNE GRENZEN verteilt in Ngala Seife und Moskitonetze, damit sich die Menschen vor Krankheiten schützen können. 78.000 Vertriebene haben hier Schutz gesucht.
© Sylvain Cherkaoui / COSMOS

JEMEN: Ein Luftangriff zerstörte das einzige Krankenhaus in der Stadt Abs. 19 Menschen starben. Ein Mitarbeiter sammelt unversehrt gebliebene Medikamente und medizinisches Material ein. © Rawan Shaif

JEMEN / SYRIEN: „BEENDEN SIE DIESE ANGRIFFE“

Immer wieder erleben unsere Kolleginnen und Kollegen, wie Kriegsparteien Krankenhäuser angreifen. Trotz der Gefahren helfen wir den Menschen – und bezeugen vor der Welt diese Völkerrechtsverletzungen.

Vier Luftschläge innerhalb weniger Minuten trafen am 27. April 2016 das von ÄRZTE OHNE GRENZEN unterstützte Al-Kuds-Krankenhaus und seine Umgebung im Osten der syrischen Stadt Aleppo. Augenzeugen berichteten, dass 55 Menschen starben, darunter vier medizinische Mitarbeiter des Krankenhauses und ein Kinderarzt, einer der letzten verbliebenen Kinderärzte der Region. Die Notaufnahme und das Labor wurden komplett zerstört.

„Jedes Mal, wenn ein Krankenhaus zerstört wird, geht eine weitere lebenswichtige Einrichtung für die Menschen verloren“, sagte Dr. Silvia Dallatomasina, medizinische Leiterin von ÄRZTE OHNE GRENZEN in Syrien. Tatsächlich nehmen die Angriffe auf medizinische Einrichtungen in dem Land zu. Alleine die von uns unterstützten Kliniken wurden im Laufe des vergangenen Jahres 71 Mal attackiert.

600 GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN NICHT MEHR FUNKTIONSFÄHIG

Dramatisch ist die Lage auch im Jemen: Die Konfliktparteien greifen immer wieder zivile Gebiete und Kliniken an. Am 15. August 2016 zerstörte eine Fliegerbombe das von uns unterstützte Krankenhaus von Abs im Nordwesten des Jemen. 19 Menschen kamen dabei ums Leben. Weil die

Gefahr weiterer Angriffe zu groß war, mussten wir unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus sechs Kliniken im Norden des Landes zurückziehen. Medizinisches Personal wurde an mehreren Orten bedroht, angegriffen und verfolgt. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation sind 600 Gesundheitseinrichtungen im Jemen wegen Zerstörung oder Mangel an Personal und Material nicht mehr funktionsfähig.

In der Stadt Tais im Südwesten des Landes zum Beispiel gibt es für 600.000 Bewohnerinnen und Bewohner nur noch sechs Krankenhäuser, und auch diese funktionieren nur bedingt. Immer wieder kommt es zu Engpässen – an Antibiotika, Narkosemitteln und Transfusionen. 2016 verlief die Front mitten durch die Stadt, und keine der Kriegsparteien schien bemüht, zivile Opfer zu vermeiden. ÄRZTE OHNE GRENZEN hat seit Mai 2015 in Tais mehr als 10.700 Kriegsverletzte behandelt. „Wir hören erschütternde Geschichten von unseren Patienten und Kollegen. Eine Mutter von drei Kindern wurde von Schüssen getötet, als sie Wasser schöpfte. Eine sechsköpfige Familie starb im Schlaf, weil ihr Haus bei einem Luftangriff getroffen wurde. Diese Vorfälle sind nur ein kleiner Teil dessen, was hier täglich geschieht“, sagt Will Turner, Landeskoordinator von ÄRZTE OHNE GRENZEN im Jemen.

Die medizinischen Bedürfnisse der Menschen in dem kriegszerrütteten Land gehen weit über die Versorgung von Gewaltverletzungen hinaus. Unsere Teams leisten deswegen auch Basisgesundheitsversorgung, impfen die Menschen, begleiten Geburten, behandeln Mangelernährung und unterstützen die Versorgung von chronisch Kranken.



KEUCHHUSTEN TAUCHT VERMEHRT AUF

„Sehr besorgniserregend ist, dass vermeidbare ansteckende Krankheiten wie Keuchhusten wieder vermehrt auftauchen“, sagt die Krankenschwester von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, Candelaria Lanusse, „denn durch den nahezu vollständigen Zusammenbruch des Gesundheitssystems ist die Durchimpfungsrate stark gesunken.“ Und auch die Behandlung chronischer Krankheiten wie Diabetes können die Gesundheitsbehörden nicht aufrechterhalten.

ÄRZTE OHNE GRENZEN kann im Jemen nicht annähernd die Hilfe leisten, die gebraucht wird. Und so ist es auch in Syrien: In den von der Regierung kontrollierten Gebieten haben wir bis heute keine Genehmigung zu helfen. Aus den vom sogenannten Islamischen Staat kontrollierten Gebieten mussten wir uns aufgrund des Mangels an Sicherheitsgarantien im Jahr 2014 zurückziehen. Heute betreiben wir vier medizinische Einrichtungen in Syrien, zudem unterstützen wir 150 medizinische Einrichtungen aus der Ferne mit Medikamenten, Geld und Wissen.

Auch Materialtransporte sind im Kriegsgebiet schwierig. In Ost-Aleppo gingen in allen Krankenhäusern die Materialbestände aus. Wir konnten zuletzt im August 2016 einen Transport mit medizinischem Material in die Stadt bringen. „Angesichts der Komplettbelagerung, der intensiven Bombardierung und der Angriffe auf humanitäre Konvois war dies nicht mehr möglich“, sagte unser Projektverantwortlicher Xisco Villalonga im September. Ende 2016 nahmen Regierungstruppen Ost-Aleppo ein. Seitdem können wir dort nicht mehr aktiv sein.

ANGRIFFE WERDEN HERUNTERGESPIELT

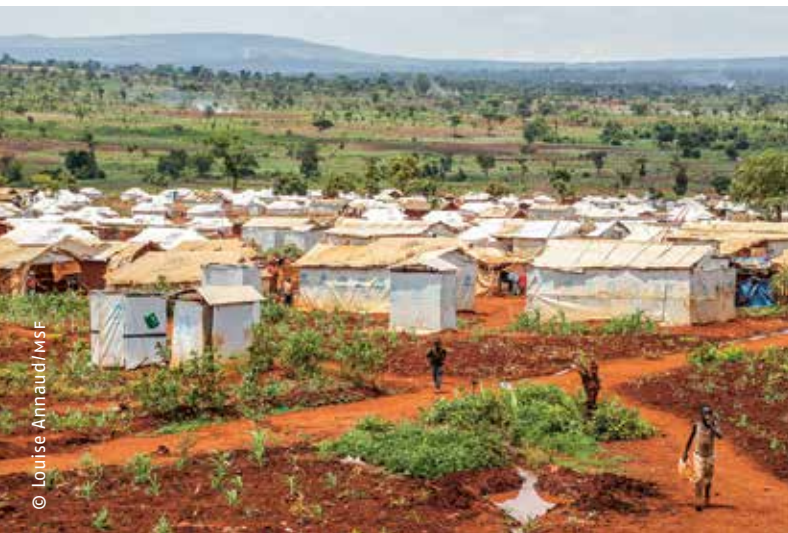
Häufig bleibt uns nur, die Angriffe auf medizinische und humanitäre Einrichtungen öffentlich anzuprangern. Zwei Mal haben wir im Jahr 2016 die Staatengemeinschaft vor dem Sicherheitsrat der Vereinten Nationen aufgefordert, die tödlichen Angriffe zu stoppen, das humanitäre Völkerrecht einzuhalten und den Schutz unparteilicher Gesundheitsversorgung in Konfliktgebieten zu gewährleisten. Gemeinsam mit dem Internationalen Komitee vom Roten Kreuz haben wir eine Resolution unterstützt, die unter anderem verlangt, dass Angriffe auf die Zivilbevölkerung und medizinische Einrichtungen unabhängig untersucht werden müssen.

Dieser Resolution 2286 stimmte der UN-Sicherheitsrat im Mai 2016 zwar zu – doch in den Konfliktgebieten hat sich seitdem nichts geändert. Dabei sind vier der fünf ständigen Mitglieder im Sicherheitsrat in die Konflikte in Syrien und im Jemen verwickelt. Stattdessen beobachten wir immer wieder, dass die Angriffe auf medizinische Einrichtungen heruntergespielt und als Versehen oder Fehler bezeichnet werden.

„Beenden Sie die Angriffe auf Krankenhäuser, auf Gesundheitspersonal und Patienten. Die Straffreiheit muss ein Ende haben. Nur politischer Druck und Rechenschaftspflicht können das bewirken“, sagte Dr. Joanne Liu, internationale Präsidentin von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, vor dem UN-Sicherheitsrat. Die Resolution 2286 muss endlich in die Tat umgesetzt werden – denn wenn nicht danach gehandelt wird, bleibt die Resolution für die Menschen sinnlos.

FLÜCHTLINGSLAGER IN TANSANIA: KEIN PLATZ ZUM LEBEN

Täglich kommen Hunderte Flüchtlinge aus Burundi über die Grenze nach Tansania. Sie suchen Schutz vor der Gewalt in ihrem Land. In drei bereits überfüllten Lagern sind die Lebensumstände extrem schwierig. Die Menschen benötigen vielseitige Hilfe.



© Louise Annaud/MSF



© Ikram N'gadi

ZWEI FAMILIEN TEILEN SICH EIN ZELT

Seit Mai 2015 fliehen Menschen aus Burundi nach Tansania. Zunächst diente das bereits bestehende Lager Nyarugusu als Anlaufstelle. Weil Nyarugusu jedoch schnell überfüllt war, wurden nach einigen Monaten rund 120 Kilometer entfernt die zusätzlichen Lager Nduta und Mtendeli eröffnet. Etwa 290.000 Flüchtlinge leben inzwischen in den drei Camps. Auch Nduta erreichte bereits im November 2016 die Grenzen seiner Kapazität. Derzeit leben in Nduta doppelt so viele Menschen wie vorgesehen. Deshalb müssen sich zwei Familien ein Zelt teilen.

TAGELANGES WARTEN AUF EINE UNTERKUNFT

Jeden Tag kommen bis zu tausend Flüchtlinge in den Lagern an. Oft warten sie mehrere Tage auf ihre Registrierung und darauf, dass ihnen ein Zelt zugewiesen wird. In der Zwischenzeit schlafen sie in Sammelunterkünften. Teams von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** untersuchen alle Neuankömmlinge bereits während der Wartezeit in den Empfangszentren. Die 30-jährige Ester zum Beispiel erreichte das Zentrum mit einer Schusswunde im Bein. Sie musste in ihrem Dorf in Burundi die Ermordung ihrer Familie mit ansehen und konnte trotz ihrer Verletzung fliehen.



© Louise Annaud / MSF



© Louise Annaud / MSF



© Louise Annaud / MSF

MANGELERNÄHRUNG WEIT VERBREITET

Die Menschen in den Lagern erhalten Nahrung in der Regel von anderen internationalen Nothilfe-Organisationen. Diese sind jedoch häufig unterfinanziert. Wenn Kinder zu wenig Nahrung bekommen, hat das besonders schnell Auswirkungen auf ihre Körper – oft mit bleibenden Folgen. Unsere Teams behandeln akut mangelernährte Kinder in einer Ernährungsstation in Nduta und geben therapeutische Fertignahrung an Kinder aus, die noch nicht zu schwach zum Essen sind. Für Mangelernährte sind auch andere Krankheiten wie zum Beispiel Cholera besonders gefährlich. Daher bietet ÄRZTE OHNE GRENZEN unter anderem Cholera-Impfungen in den Lagern an (großes Bild oben).

MALARIA-VORSORGE UND -BEHANDLUNG NÖTIG

Besonders während der Regenzeit ab November sind Moskitos ein großes Problem, denn sie verbreiten Malaria. Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN hängen deshalb Moskitofallen auf, verteilen Netze für die Nacht und testen Patientinnen und Patienten. Im Jahr 2016 behandelten unsere Teams etwa 46.260 Fälle von Malaria. Schwer kranke Patientinnen und Patienten behandeln wir bei Bedarf stationär in unserem Krankenhaus mit 110 Betten in Nduta. Unsere Gesundheitsberaterinnen und -berater erklären den Menschen außerdem, wie sie Krankheiten erkennen und vermeiden können.



© Louise Annaud/MSF



© Louise Annaud/MSF

KINDER SIND BESONDERS BETROFFEN

Im Jahr 2016 stieg mit der Zahl der Schutzsuchenden auch die Zahl der Geburten in Nduta stark an, auf etwa zwölf am Tag. Um die Mütter- und Kindersterblichkeit zu verringern, begleiten wir Mütter bei der Schwangerschaft und Geburt. Vor- und Nachsorgeuntersuchungen helfen, Problemfälle rechtzeitig zu erkennen. Die Mütter erhalten zusätzlich Vitamine. Trotz solcher Hilfsangebote ist die Kindersterblichkeit nach wie vor außergewöhnlich hoch. Eltern bringen ihre Kinder auffallend selten in die Gesundheitsstationen. Seit Mitte 2016 untersuchen unsere Gesundheitsberater, warum wir zum Beispiel während der Malaria-Saison verhältnismäßig wenige junge Patientinnen und Patienten sehen.

WASSER IST EIN KNAPPES GUT

In den drei Monaten Regenzeit, in denen dieses Bild entstanden ist, gibt es in den Lagern genügend Wasser. Sobald die Trockenzeit beginnt, erschöpft sich jedoch auch das Grundwasser schnell. Wassermangel bedeutet nicht nur wenig Trinkwasser, sondern vor allem auch weniger Möglichkeiten zur Hygiene. Durchfallerkrankungen wie Cholera verbreiten sich in engen Wohnsituationen extrem schnell. Aus diesem Grund kann die Überfüllung bestehender Lager in der Kigoma-Region Tansanias absehbar zu einem großen Problem für die Schutzsuchenden werden.

Es gibt wenige Anzeichen dafür, dass der Konflikt in Burundi in naher Zukunft an Intensität verlieren wird. Deshalb gehen wir davon aus, dass weiterhin Menschen vor der Gewalt in ihrem eigenen Land fliehen werden. Unsere Aktivitäten im Lager Mtendeli haben wir Mitte des Jahres 2016 an eine andere Organisation übergeben. In den Lagern Nyarugusu und Nduta wird ÄRZTE OHNE GRENZEN auch im Jahr 2017 medizinische Hilfe leisten.



NEW YORK: Unterstützerinnen und Unterstützer von ÄRZTE OHNE GRENZEN überbringen dem Pharmakonzern Pfizer 400.000 Unterschriften.
© Edwin Torres

IMPFSTOFFE: TEUER UND UNFAIR

Fast eine Million Kinder sterben jährlich an Lungenentzündung. Eine Impfung könnte viele Leben retten. Doch 75 Prozent aller Kinder weltweit bleiben ohne Schutz.

Sommer 2016, ein Flüchtlingslager in Griechenland: ÄRZTE OHNE GRENZEN ist mit einem Team vor Ort, um etwa 5.000 Kinder gegen Pneumokokken zu impfen. Die Impfung soll das Risiko senken, an Lungenentzündung zu erkranken. In vielen Ländern, aus denen die Kinder in unserem Projekt kommen, wird nicht routinemäßig gegen Pneumokokken geimpft. Etwa 75 Prozent aller Kinder weltweit haben keinen Schutz. Dabei ist Lungenentzündung eine der häufigsten Todesursachen bei Kindern unter fünf Jahren.

Für Pneumokokken-Impfstoffe, die auch bei Kleinkindern einsetzbar sind, gibt es nur zwei Hersteller: Pfizer und GlaxoSmithKline (GSK). Diese beiden Firmen können die Preise quasi bestimmen. Das führt dazu, dass der Impfstoff für viele Menschen zu teuer ist, zumal die Preise in ärmeren Ländern sogar höher sein können als in reicheren Ländern.

Pfizers Impfstoff, den unsere Teams in Griechenland verwendet haben, kostete uns in den örtlichen Apotheken 60 Euro pro Dosis. In Marokko beispielsweise kostete die gleiche Dosis im Jahr 2014 umgerechnet ca. 46 Euro, in Frankreich 42 Euro. Für eine vollständige Immunisierung sind drei Dosen pro Kind notwendig. Die Preise sind nicht nur unfair, sondern für die staatliche Gesundheitsversorgung vieler Länder auch viel zu hoch, um die Impfstoffe flächendeckend einzusetzen.

Um dies zu ändern, forderte die Medikamentenkampagne von ÄRZTE OHNE GRENZEN mit einer öffentlichen Kampagne eine Preissenkung. Unter dem Motto „A Fair Shot – Bezahlbarer Impfstoff für jedes Kind“ informierten wir die Öffentlichkeit über die unfairen Preise von Pfizer und GSK und sammelten weltweit rund 400.000 Unterschriften, etwa 22.000 kamen aus Deutschland. Sie sollten Pfizer und GSK zu einer Preissenkung auf 4,60 Euro (5 US-Dollar) für alle drei Dosen in ärmeren Ländern bewegen. Nach Auswertung öffentlich zugänglicher Informationen über die Herstellungskosten halten wir diesen Preis für realistisch.

Im April 2016 übergaben wir die Unterschriften in New York an Pfizer und GSK. Im Herbst lenkten beide Firmen schließlich ein: Sowohl GSK als auch Pfizer kündigten Preissenkungen an – allerdings nur für humanitäre Organisationen in Krisengebieten und nur auf knapp neun Euro pro Kind. Wie die genaue Umsetzung aussehen wird, ist noch unklar.

Diese eingeschränkten Preissenkungen sind ein wichtiger erster Schritt. Am eigentlichen Problem ändern sie allerdings nur wenig: Viele ärmere Länder können die Kosten für die Impfstoffe weiterhin nicht aufbringen. So bleiben Millionen Menschen ohne Schutz. Humanitäre Organisationen können diese Lücke allein nicht schließen.

Die Medikamentenkampagne von ÄRZTE OHNE GRENZEN setzt sich weiterhin dafür ein, dass Pfizer und GSK die angekündigten Preissenkungen für ihre Impfstoffe gegen Pneumokokken auch in die Tat umsetzen und darüber hinaus die Preise auf 4,60 Euro pro Kind für alle ärmeren Länder senken.

STRUKTUR KONTROLLE STRATEGIE



STRUKTUR UND GOVERNANCE

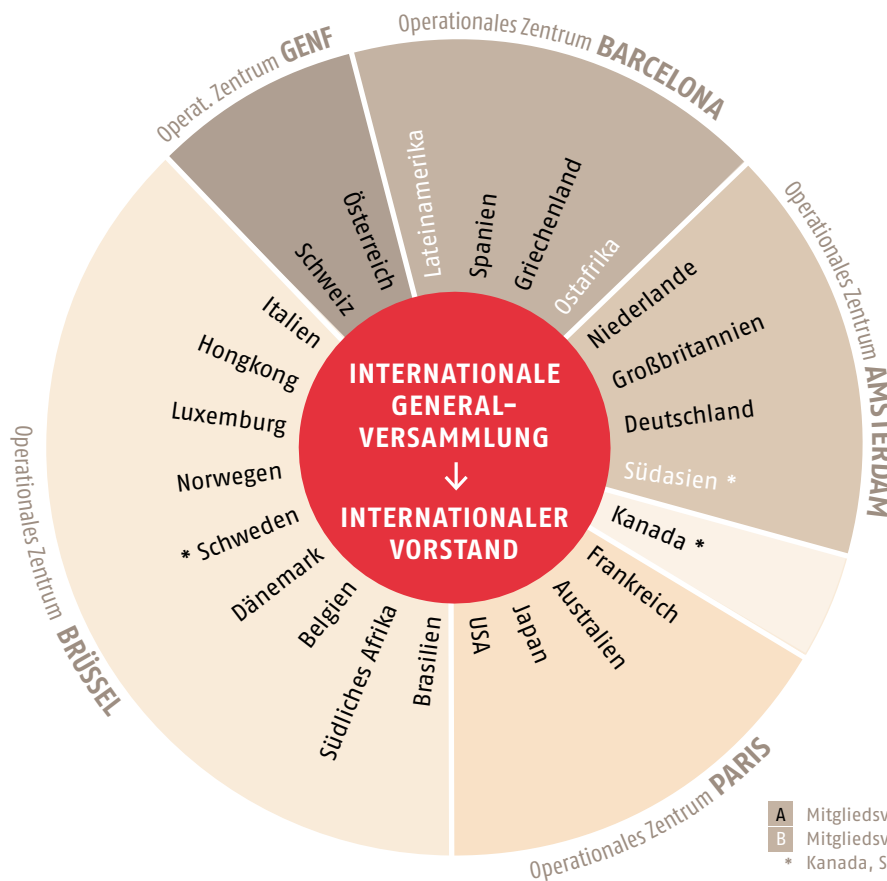
Die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** wurde 1993 als gemeinnütziger Verein gegründet. Als Teil des internationalen Netzwerkes verfolgt sie das Ziel, Menschen in Not ungeachtet ihrer ethnischen Herkunft oder ihrer religiösen oder politischen Überzeugung medizinisch zu helfen und zugleich öffentlich auf ihre Lage aufmerksam zu machen. Das Netzwerk von **ÄRZTE OHNE GRENZEN / Médecins Sans Frontières** leistet in etwa 70 Ländern weltweit humanitäre Hilfe und setzt sich aus 24 Mitgliedsverbänden zusammen. 21 von ihnen tragen als Sektionen die Verantwortung für die Steuerung des Netzwerkes.

DIE DEUTSCHE SEKTION

Die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** beteiligt sich an den Hilfseinsätzen des internationalen Netzwerkes auf vielfältige Weise: Sie rekrutiert qualifiziertes Personal, wirbt Spenden ein und informiert die Öffentlichkeit über die Aktivitäten der Organisation. Darüber hinaus ist die Sektion für die Projektbetreuung in derzeit zehn Einsatzländern zuständig sowie für ein länderübergreifendes mobiles medizinisches Team zur Behandlung der Schlafkrankheit.

Das höchste Organ des Vereins ist die Mitgliederversammlung der 550 ordentlichen Mitglieder. Darüber hinaus zählt der Verein 7.966 Fördermitglieder ohne Antrags- und Stimmrecht. Die Mitgliederversammlung tagt einmal jährlich. Sie wählt und entlastet den Vorstand, nimmt den Jahresbericht des Vorstands entgegen und kann zudem Änderungen der Vereinssatzung beschließen. Der Vorstand tagt mindestens sechsmal pro Jahr. Er ist für die strategische Ausrichtung des Vereins und die Umsetzung der Satzung von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** zuständig. Der Vorstand nimmt das Jahresbudget an, erstellt den Jahresbericht und entscheidet über die Aufnahme und den Ausschluss von Vereinsmitgliedern. Zur Koordination und Steuerung der laufenden Geschäfte bestellt er eine hauptamtliche Geschäftsführung. Diese stellt gemeinsam mit den Abteilungsleiterinnen und Abteilungsleitern die Jahresplanung inklusive Budget und Personalplanung auf, setzt diese um und berichtet regelmäßig an den Vorstand. Die Mitgliederversammlung wählt auch den Aufsichtsrat. Dieser berät und überwacht den Vorstand bei der Leitung des Vereins und muss in alle Entscheidungen von grundlegender Bedeutung eingebunden werden. Sitz der deutschen Sektion ist Berlin, mit einer Zweigstelle in Bonn und jeweils kleinen Büros in Hamburg und Köln für regionale Standortwerbung. Im Jahr 2016 arbeiteten in insgesamt sechs Abteilungen durchschnittlich 81 Voll- und 40 Teilzeitangestellte, außerdem 55 Studierende.

DAS INTERNATIONALE NETZWERK VON ÄRZTE OHNE GRENZEN



DAS OPERATIONALE ZENTRUM AMSTERDAM (OCA)

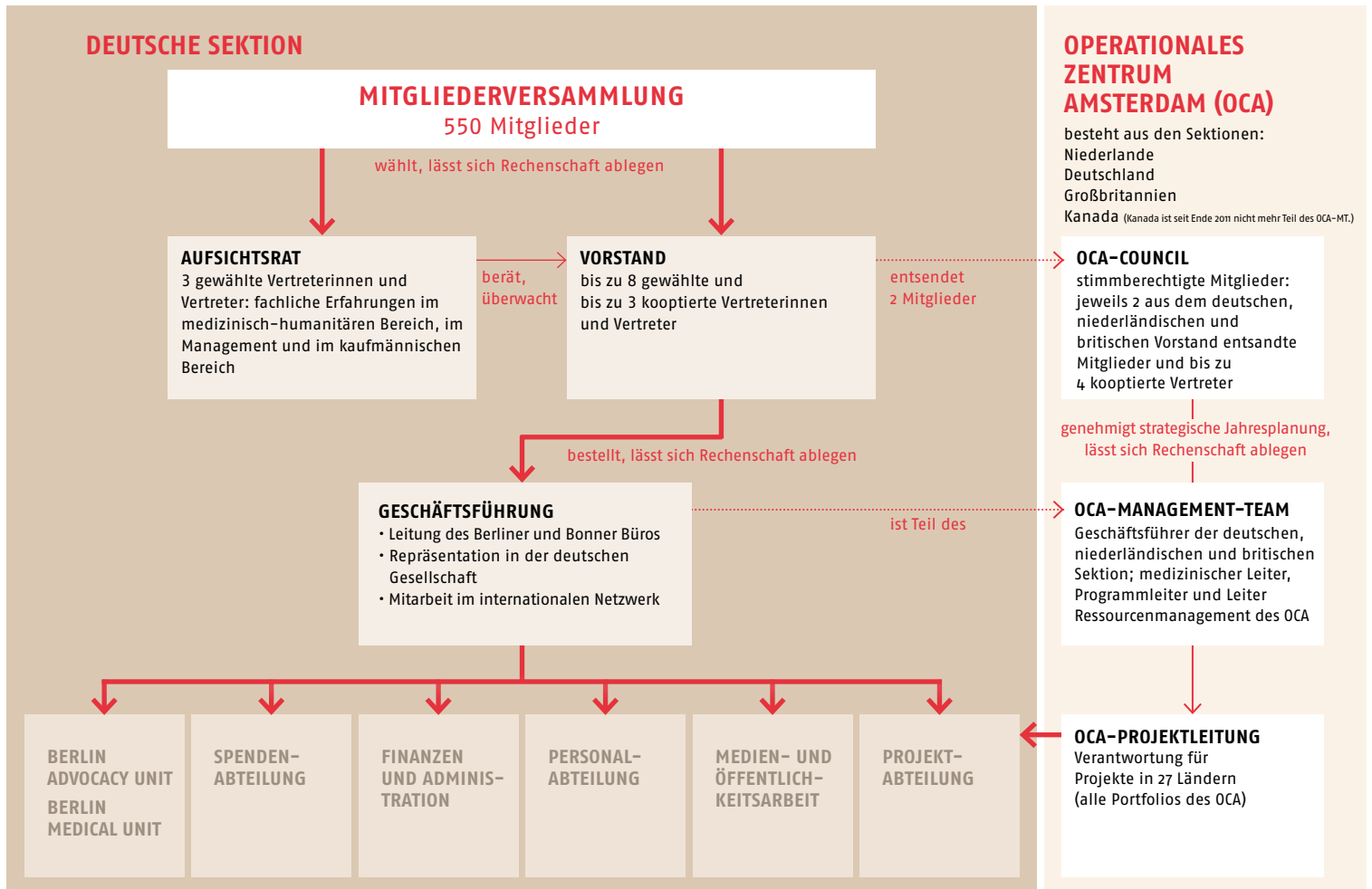
Die deutsche Sektion ist Teil des operationalen Zentrums Amsterdam (Operational Centre Amsterdam, OCA). Das OCA ist eines von fünf operationalen Zentren, in denen die Sektionen des internationalen Netzwerkes zusammenarbeiten (siehe Grafik). Im Rahmen dieser operationalen Zentren treffen jeweils mehrere Sektionen gemeinsam Projektentscheidungen und schließen Finanzierungsverträge ab. Das OCA wird durch die deutsche, britische und niederländische Sektion gebildet. Die kanadische und die schwedische Sektion haben einen beratenden Status im OCA. Als Beobachter gehört der Mitgliedsverband Südasien dazu. Die Sektionen des OCA tragen für die Hilfsprojekte gemeinsame Verantwortung und teilen die hierfür vorgesehenen Ressourcen. Grundlage dieser Zusammenarbeit ist neben der detaillierten jährlichen Projektplanung der OCA-Strategieplan. Dieser legt jeweils für vier Jahre die medizinische Ausrichtung der Arbeit vor Ort fest und leitet daraus Ziele für Finanzierung, Personal, Logistik und Kommunikation ab. Im Jahr 2016 steuerte das OCA Projekte in 27 Ländern.

Die Zusammenarbeit im OCA wird auf drei Ebenen durch gemeinsame Gremien mit Vertretern der Sektionen koordiniert (siehe Grafik Seite 25). Die Beschlüsse dieser Gremien sind für den deutschen, britischen und niederländischen Vorstand sowie für die jeweilige Geschäftsführung bindend:

- **Strategie:** Höchstes Gremium des OCA ist der OCA-Council. Dieser ist für strategische Fragen, für die Qualität der Projekte und das Risikomanagement verantwortlich. Der Council genehmigt den OCA-Strategieplan, den OCA-Jahresplan sowie das operative Budget und überwacht die Umsetzung.
- **Projektverantwortung:** Das exekutive Gremium ist das OCA-Management-Team. Dieses entwickelt die strategische und operative Planung, setzt diese um, passt sie an und berichtet regelmäßig an den OCA-Council. Entschieden wird unter anderem über Öffnung und Schließung sowie Umfang und Schwerpunkt von Projekten, neue Behandlungsmethoden und Sicherheitsstrategien.
- **Projektsteuerung:** Die OCA-Projektleitung in Amsterdam ist verantwortlich für alle Projekte, die von den Projekt-Abteilungen in Amsterdam und Berlin gesteuert werden. Die medizinische „Manson-Unit“ in London unterstützt die Projektarbeit bezüglich medizinischer Fragestellungen und Forschung.

DIE DEUTSCHE SEKTION UND ANDERE OPERATIONALE ZENTREN

Über das OCA hinaus ist die deutsche Sektion Partner des Operationalen Zentrums Genf (OCG) und entsendet einen stimmberechtigten Vertreter in dessen höchstes Organ, den OCG-Congress. Zudem beteiligt sie sich auch an Projekten von anderen operationalen Zentren, indem sie diese finanziell und personell unterstützt.



FINANZIERUNG DER PROJEKTE

Die operationalen Zentren koordinieren die Finanzierung der Hilfsprojekte des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**. Rechtliche Grundlage für die Projektfinanzierung sind Verträge zwischen den OCs und den Sektionen. Diese basieren auf den Projektplanungen der OCs sowie den finanziellen Prognosen der einzelnen Sektionen. Jeweils zu Beginn des Folgejahres wird über die Mittelverwendung Rechenschaft abgelegt. Die deutsche Sektion verteilt die finanziellen Ressourcen im Jahr 2016 an Projekte von allen fünf operationalen Zentren und an das internationale Büro in Genf:

• OC Amsterdam:	80,0 Mio €	67 %
• OC Genf:	23,1 Mio €	20 %
• OC Brüssel:	12,2 Mio €	10 %
• OC Paris:	1,6 Mio €	1 %
• OC Barcelona:	1,5 Mio €	1 %
• Internationales Büro in Genf:	0,8 Mio €	1 %

DIE INTERNATIONALE ZUSAMMENARBEIT

ÄRZTE OHNE GRENZEN ist ein weltweites Netzwerk aus 24 nationalen bzw. regionalen Mitgliedsverbänden. Diese sind durch eine gemeinsame Charta verbunden. 21 von ihnen, darunter auch **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Deutschland, tragen als Sektionen die Verantwortung für die Steuerung und Finanzierung der Nothilfeprojekte. Das höchste Organ des Netzwerkes ist die internationale Generalversammlung (International General Assembly, IGA). Sie besteht aus je zwei Vertretern der 24 Mitgliedsverbände sowie der internationalen Präsidentin Dr. Joanne Liu und tagt einmal jährlich. Die IGA legt die Vision und die übergeordnete Strategie von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** fest. Zudem stellt sie sicher, dass die Grundwerte der Organisation gewahrt werden. Die Beschlüsse der IGA sind für die Mitgliedsverbände weitgehend verbindlich. Die IGA wählt sechs Mitglieder aus den Mitgliedsverbänden in den internationalen Vorstand, dem darüber hinaus die fünf Präsidentinnen und Präsidenten der operationalen Zentren sowie die internationale Präsidentin angehören. Der internationale Vorstand stellt sicher, dass Entscheidungen der IGA umgesetzt werden und überwacht die ausführenden Organe. Zur Koordination und Unterstützung der Zusammenarbeit im Netzwerk gibt es in Genf das internationale Büro, das vom internationalen Generalsekretär Jérôme Oberreit geleitet wird. Es ist auch Sitz der internationalen Präsidentin.

Weitere Informationen zu Vorstand und Geschäftsführung der deutschen Sektion finden Sie auf der Seite 64.

KONTROLLE UND RISIKOMANAGEMENT

KONTROLLE IN DEN PROJEKTEN

Um den satzungsgemäßen und transparenten Einsatz der finanziellen Mittel sicherzustellen, hat ÄRZTE OHNE GRENZEN ein umfassendes Kontrollsystem etabliert: In jedem Einsatzland arbeiten Finanzkoordinatorinnen und -koordinatoren, die die Verwendung der Mittel überwachen und die Buchhaltung zur Prüfung an die Projektcontroller der operationalen Zentren schicken.

Zentraler Bestandteil des Kontrollsystems von ÄRZTE OHNE GRENZEN sind Beschaffungsrichtlinien und Unterschriftenregeln, denen das Vier-Augen-Prinzip zugrunde liegt. Für Bestellungen ab einem Schwellenwert – abhängig vom Einsatzgebiet – von 500 bis 2.000 Euro, sind Angebotsvergleiche bzw. Ausschreibungen erforderlich.

Eine Antikorrupsionsrichtlinie und ein Verhaltenskodex, der von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterschrieben wird, sollen u. a. sicherstellen, dass es nicht zu Bestechung kommt. Ebenso ist das Vorgehen im Fall von Verlusten, Diebstahl oder Betrug geregelt, wozu auch die Möglichkeit gehört, inkorrektes Verhalten zu melden („Whistleblowing“). Die Einhaltung der Richtlinien wird regelmäßig überprüft.

Zweimal im Jahr werden anhand von Projektberichten und Budgetauswertungen die vergangenen Monate evaluiert und mögliche Anpassungen vorgenommen. Jeweils im Februar erfolgt eine umfangreiche Soll-Ist-Analyse des gesamten Vorjahres. Darüber gibt es regelmäßig Sach- und Finanzprüfungen in den Projekten: Eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie externe Beraterinnen und

Berater prüfen neben der korrekten Mittelverwendung auch die Qualität der Arbeit sowie das Management der Projekte und geben Empfehlungen zur Verbesserung ab. Außerdem gibt es im Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN einen Prüfungs- und Risikoausschuss, der ausreichende Kontroll- und Risikoüberwachungsstandards sicherstellt.

Um einen korrekten und effizienten Mitteleinsatz in den Projekten sicherzustellen, reicht ÄRZTE OHNE GRENZEN in der Regel keine finanziellen Mittel an andere projekt-durchführende Organisationen weiter, sondern führt alle Projekte in eigener Verantwortung durch. Ein umfangreiches Regelwerk stellt dabei auch die Einhaltung unserer medizinischen Standards sicher.

KONTROLLE AM STANDORT DEUTSCHLAND

Auch am Standort Deutschland gelten eine Beschaffungsrichtlinie sowie Unterschriftenregeln auf Grundlage des Vier-Augen-Prinzips. Hier unterliegen die Ausgaben einer ständigen Kontrolle anhand von Auftragsvergabebüchern.

Um auf Einnahmeschwankungen frühzeitig reagieren zu können, werden die Spendeneinnahmen täglich ermittelt und monatlich analysiert. Ferner wird die Effizienz der Fundraising-Instrumente regelmäßig überprüft und angepasst, um die Kosten für die Spendenwerbung so gering wie möglich zu halten.

Der Aufsichtsrat berät und überwacht den Vorstand bei der Leitung des Vereins insbesondere in Bezug auf das Jahresbudget, die regelmäßige Plan-Ist-Kontrolle und das Risikomanagement. Der deutsche Jahresabschluss von ÄRZTE



OHNE GRENZEN wird von einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft geprüft, die regelmäßig wechselt. Entsprechend der Leitlinien des Siegels des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen (DZI) findet auch eine Prüfung der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung (§ 53 Haushaltsgrundsatzgesetz) statt. Die Verwendung der öffentlichen Fördermittel wird außerdem vom Auswärtigen Amt bzw. dem Bundesverwaltungsamt geprüft. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Vorstands- und Aufsichtsratsmitglieder unterschreiben eine Richtlinie, die Interessenkonflikte bei der Ausführung ihrer Tätigkeiten transparent machen bzw. verhindern soll.

Eine Richtlinie für Unternehmensspenden verhindert unter anderem, dass ÄRZTE OHNE GRENZEN Spenden von Unternehmen annimmt, deren Tätigkeit den Prinzipien der Arbeit widerspricht, so z. B. von Rüstungsunternehmen oder Pharmakonzernen. Darüber hinaus verfügt ÄRZTE OHNE GRENZEN über das TQE-FR-Zertifikat des TÜV Thüringen im Bereich Spendergewinnung und -betreuung. Das TÜV-Siegel bescheinigt, dass die Arbeitsabläufe in der Spendenabteilung effektiv strukturiert und dokumentiert sind sowie laufend optimiert werden. TQE-FR steht für Total Quality Excellence for Fundraising und ist ein Managementsystem speziell für Spenden sammelnde Organisationen.

ÄRZTE OHNE GRENZEN hat auch 2016 das DZI-Spendensiegel erhalten. Dieses bescheinigt eine leistungsfähige und transparente Arbeit, eine nachprüfbare, sparsame und satzungsgemäße Verwendung der Mittel sowie eine

wahre, eindeutige und sachliche Berichterstattung und Werbung. Zudem bescheinigt es wirksame Kontroll- und Aufsichtsstrukturen.

RISIKOMANAGEMENT

ÄRZTE OHNE GRENZEN führt ein Risikoinventar, in dem die wichtigsten organisatorischen, operativen und finanziellen Risiken nach Bereichen aufgeführt sowie adäquate Maßnahmen zur Risikosteuerung und -kontrolle festgehalten werden. Das Risikoinventar der deutschen Sektion basiert auf einem Risikomanagement, das vom internationalen Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN entwickelt wurde und sich am internationalen Standard ISO 31000 orientiert. Ziel ist neben einem internationalen Risikomanagement eine genauere Bestimmung der für die Risikoabdeckung notwendigen finanziellen Reserven. Am Standort Deutschland aktualisiert das Management-Team das Risikoinventar zwei Mal im Jahr und diskutiert dies mit dem Vorstand und dem Aufsichtsrat.

ÄRZTE OHNE GRENZEN arbeitet in vielen Krisen- und Kriegsgebieten, in denen die Sicherheitslage angespannt ist. In jedem Einsatzland reglementieren Sicherheitsrichtlinien das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Landeskoordinatorinnen und -koordinatoren überwachen deren Einhaltung und passen sie laufend an die aktuelle Situation an. Im Falle von Krisensituationen, wie beispielsweise der Entführung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, regeln Protokolle das genaue Vorgehen der Verantwortlichen. Dies beinhaltet immer auch die Einberufung von Krisenteams.



VISION UND STRATEGIE

Die Arbeit der deutschen Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** orientiert sich an Grundsätzen und Strategien auf drei Ebenen: den Leitsätzen und strategischen Prioritäten der deutschen Sektion, dem strategischen Plan des operativen Zentrums Amsterdam (OCA) sowie den Grundsätzen und Vereinbarungen des internationalen Netzwerkes.

LEITSÄTZE DER DEUTSCHEN SEKTION

ÄRZTE OHNE GRENZEN trägt dazu bei, medizinische Hilfe für Menschen in Not zu leisten und ihr Leid zu lindern – ungeachtet ihrer ethnischen Herkunft, politischen und religiösen Überzeugungen sowie ihres Geschlechts. Die Hilfe orientiert sich allein an den Bedürfnissen der Notleidenden. Wir gehen davon aus, dass auch in Zukunft humanitäre Hilfe in großem Umfang benötigt wird.

ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland verpflichtet sich, einen substantiellen Beitrag zum wachsenden internationalen Netzwerk von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** zu leisten. Jenseits von nationalen Interessen wollen wir durch eine effiziente Koordination der Aktivitäten sowie durch die Nutzung von Synergien und medizinischen Innovationen auf die Bedürfnisse der Menschen in Not möglichst effektiv reagieren.

ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland leistet einen wachsenden finanziellen und personellen Beitrag zur Hilfe für Menschen in Not. Gleichzeitig berichten wir über die Lage der Menschen in unseren Projekten (Témoignage) und stärken das Verständnis für humanitäre Prinzipien in Deutschland.

Näheres zu den Vereinbarungen und Zielen finden Sie auf:
www.aerzte-ohne-grenzen.de/vision-und-strategie

TUBERKULOSE-FORSCHUNG: WIR MÜSSEN LÜCKEN SCHLIESSEN



Seit mehr als 30 Jahren behandeln wir Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose (TB) – derzeit in 24 Ländern. Trotz dieser Erfahrung sterben auch in unseren Projekten Menschen an TB, weil für schwere Formen der Krankheit Medikamente fehlen. Um das zu ändern, hat ÄRZTE OHNE GRENZEN die Forschung zu vernachlässigten Krankheiten wie TB in ihren Strategieplan aufgenommen. Marco Alves, Koordinator der Medikamentenkampagne in Deutschland, erklärt, wie wir dieses strategische Vorhaben in praktische Hilfe umsetzen.

Herr Alves, ÄRZTE OHNE GRENZEN ist eine Nothilfeorganisation. Das bedeutet schnelle, direkte Hilfe. Warum investiert sie dennoch in langwierige Forschung zu Tuberkulose?

Wir tun das, weil kaum jemand die notwendige Forschung betreibt. Die kommerzielle Pharmaindustrie hat wenig Interesse, neue Medikamente und Diagnostika für TB zu entwickeln und zu testen. Dabei ist TB die Infektionskrankheit mit den meisten Toten weltweit. Nach neuesten Zahlen sterben pro Jahr etwa 1,8 Millionen Menschen daran, zum Beispiel weil ihre Krankheit nicht diagnostiziert wird oder weil keine Behandlungsmöglichkeiten existieren. Etwa 250.000 Menschen sterben an resistenter Tuberkulose. Dies sind Formen der Krankheit, gegen die gängige Medikamente nicht mehr wirken. Trotzdem gibt es kaum neue Medikamente, deren Wirksamkeit zudem nicht genügend erforscht ist.

Was bedeutet das konkret für die Projekte von ÄRZTE OHNE GRENZEN?

Wir können resistente TB behandeln, doch das dauert bis zu zwei Jahre und ist mit starken Nebenwirkungen wie Übelkeit, Nierenschäden und Hörverlust verbunden. Die Chancen auf Heilung liegen bei nur etwa 50 Prozent. Es gibt neue Wirkstoffe, die ersten Anzeichen nach weniger Nebenwirkungen haben und schneller Ergebnisse liefern. Doch diese müssen in Kombination mit anderen Mitteln verabreicht werden. Wir wissen noch sehr wenig darüber, in welchen Kombinationen die neuen Wirkstoffe funktionieren. Dazu gab es bisher kaum Forschung.

Woher kommt das Desinteresse der Pharmaindustrie an der Forschung zu vernachlässigten Krankheiten wie TB?

Die Firmen erwarten keine hohen Gewinne. Tuberkulose-Patientinnen und -Patienten leben oft in ärmeren

Ländern und haben kein Geld für teure Medikamente. Weil sich viele Pharmafirmen nicht primär an den Bedürfnissen der Menschen orientieren, sondern vor allem am Profit interessiert sind, forschen sie nicht zu TB. Die öffentliche Hand gleicht diese Lücke nicht ausreichend aus. Deshalb hat ÄRZTE OHNE GRENZEN die Forschungsförderung zu vernachlässigten und armutsassoziierten Krankheiten wie TB in ihre Strategie aufgenommen.

Wie setzt ÄRZTE OHNE GRENZEN diese Strategie praktisch um?

In Ländern wie Usbekistan und Georgien sind wir in klinische Studien involviert, um die neuen Medikamente in Kombinationen zu testen. Eine solche Studie hat im Mai 2016 dazu beigetragen, dass eine Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Behandlung von resistenter Tuberkulose von 24 auf neun Monate gesenkt wurde. Bei unseren derzeitigen Studien kooperieren wir mit der London School of Hygiene and Tropical Medicine und der Harvard Medical School. Gleichzeitig ist ÄRZTE OHNE GRENZEN Gründungsmitglied und Unterstützer des „3P Projects“, einem innovativen Projekt zur Forschungsförderung. Es umfasst Push-, Pull- und Pool-Mechanismen, also das Anstoßen von Forschung durch finanzielle Förderung, die Belohnung von Resultaten mit Forschungsprämien und das Teilen von Forschungsdaten und geistigen Eigentumsrechten mit anderen Forschungseinrichtungen und Firmen. Anstatt einzelne Medikamente zu testen, soll das Projekt eine Zusammenstellung von Wirkstoffen erforschen, die es schafft, alle Formen von TB innerhalb eines Monats erfolgreich zu behandeln. Das würde die Behandlung besonders von resistenter Tuberkulose revolutionieren.

Was müsste passieren, damit solches Engagement von ÄRZTE OHNE GRENZEN überflüssig wird?

Um Tuberkulose zu bekämpfen, brauchen wir nicht nur gut erforschte Medikamente, sondern auch günstigere und leichter einsetzbare Tests zur Diagnose und einen wirksamen Impfstoff. Davon sind wir weit entfernt. Initiativen wie das „3P Project“ sind wichtig, können aber nur ein Anfang sein. Ein Umdenken in der Politik ist nötig. Medizinische Forschung muss sich am Bedarf der Menschen und nicht am Profit orientieren. Wenn Firmen das nicht leisten, muss die öffentliche Hand eingreifen.

AM BEISPIEL ERKLÄRT





SÜDSUDAN: Das Projekt in Bentiu wird per Flugzeug mit neuem Material beliefert. Der Transport über die Straße ist zu gefährlich.
© Rogier Jaarsma

WIRKUNGSKONTROLLE

KRITERIEN FÜR DIE ÖFFNUNG UND SCHLISSUNG VON PROJEKTEN

KRITERIEN FÜR DIE PROJEKTÖFFNUNG

Das Ziel von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ist es, in Krisensituationen schnell und professionell auf die medizinischen Bedürfnisse der Bevölkerung zu reagieren. Je nach Kontext sind diese Bedürfnisse sehr unterschiedlich. Vor jedem Hilfseinsatz sammelt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** daher Daten zu Art und Umfang des Bedarfs an medizinischer Nothilfe in einer Region. Anhand klar festgelegter Indikatoren treffen die Verantwortlichen daraufhin die Entscheidung, ob ein Nothilfeinsatz stattfinden soll. In Regionen mit bewaffneten Konflikten oder bei Naturkatastrophen beobachten wir zum Beispiel die Sterblichkeitsrate, ob Krankheiten vermehrt auftreten oder ob besonders viele Kinder mangelernährt sind. Bei der Bekämpfung von Epidemien und vernachlässigten Krankheiten geht es u. a. um die Zahl der Neuerkrankungen (Inzidenz) und darum, wie viele Menschen einer Bevölkerungsgruppe erkrankt sind (Prävalenz). Ergibt die Analyse, dass die Situation einen Einsatz von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** notwendig macht, werden anhand der Indikatoren die Projektziele und -strategien definiert.

WIRKUNGSBEOBACHTUNG WÄHREND DER PROJEKTLAUFZEIT

Ob und wie diese Ziele erreicht werden und wie groß die Wirkung des Projekts ist, wird während der gesamten Projektlaufzeit überwacht. Ein- bis zweimal im Jahr evaluieren die Projektverantwortlichen die Zielerreichung der Projekte mit einer Vielzahl standardisierter Indikatoren wie z. B. der Zahl der Krankheitsfälle oder der durch-

geführten Impfungen. Anhand der Ergebnisse werden die Projektpläne gegebenenfalls angepasst. Wichtig ist dabei vor allem, dass sich die Aktivitäten an den tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten orientieren. Die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** arbeitet darüber hinaus an der Entwicklung und der Implementierung eines Konzepts, mit dem die medizinische Qualität der Projekte im gesamten Netzwerk nachhaltig verbessert werden kann. Eine zentrale und sektionsübergreifende Evaluierungseinheit in Wien untersucht zudem regelmäßig Projekte auf ihre Wirksamkeit.

KRITERIEN FÜR DIE PROJEKTSCHLISSUNG

Wenn es keinen Bedarf an medizinischer Nothilfe mehr gibt, kann ein Projekt geschlossen beziehungsweise an andere Akteure übergeben werden. Dies ist der Fall, wenn zum Beispiel nach einem Krankheitsausbruch die Zahl der Neuinfizierten auf ein niedriges Niveau zurückgegangen ist. Bei Konflikten oder nach Naturkatastrophen kommt es darauf an, ob sich die Situation soweit beruhigt hat, dass zum Beispiel Flüchtlinge oder Vertriebene nach Hause zurückkehren können. Die Stabilisierung der Lage kann auch dazu führen, dass andere Organisationen oder die örtlichen Gesundheitseinrichtungen die Arbeit übernehmen und den Bedarf an medizinischer Hilfe decken können. Eine anhaltende politische Instabilität oder chronische Krisen können die Übergabe erschweren und ein Projekt auf längere Zeit notwendig machen. Auf den folgenden sechs Seiten werden vier Projekte vorgestellt, die exemplarisch für die Arbeit von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** stehen.

AFGHANISTAN

■ Kabul

● Laschkar Gah

Im Vorraum eines Operationssaals des Boost-Krankenhauses warten Patientinnen und Patienten auf ihre Operationen.

© Kadir Van Lohuizen/Noor



PROJEKTBEISPIEL

AFGHANISTAN

Hilfe im Konfliktgebiet

Das Boost-Krankenhaus in Laschkar Gah ist eine der größten Einrichtungen, die ÄRZTE OHNE GRENZEN weltweit betreibt.

© Kadir Van Lohuizen/Noor

7.554.512 €

davon unter anderem

3.598.331 € Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

1.610.009 € Medizinisches Material

715.515 € Logistik und Transport

Finanziert durch das internationale Netzwerk – Anteil der deutschen Sektion siehe Seite 40

AUSGANGSLAGE

Seit Jahrzehnten bestimmen Kämpfe und Anschläge das Leben in Afghanistan. Dies gilt auch für die Region Helmand im Südwesten des Landes und ihre Hauptstadt Laschkar Gah. Die Gewalt dort hat im Juli 2016 noch einmal deutlich zugenommen – die Kämpfe reichten bis in die Außenbezirke. Im Sommer kamen bis zu 30.000 Vertriebene in die Stadt. Weite Teile der Region werden von nicht-staatlichen Gruppen kontrolliert. Vor allem außerhalb der größeren Städte gibt es oft keine Gesundheitseinrichtungen. Die Landbevölkerung muss lange Strecken durch teilweise umkämpftes Gebiet zurücklegen, um Hilfe zu bekommen. Das Ergebnis ist, dass viele Patientinnen und Patienten, darunter auch schwangere Frauen, oft zu spät im Krankenhaus ankommen. Dies erhöht das Risiko von Komplikationen.

ZIELE

In der Region Helmand sollen mehr Menschen medizinische Hilfe erhalten, indem von Laschkar Gah aus die medizinische Versorgung der Region gesichert wird. Die allgemein hohe Sterblichkeit, besonders aber die Kinder- und Müttersterblichkeit, soll reduziert werden. Die örtlichen Gesundheitseinrichtungen sollen auf Kämpfe mit vielen Verletzten vorbereitet sein.



AKTIVITÄTEN

Im Jahr 2016 unterstützten wir in Laschkar Gah das Boost-Krankenhaus der afghanischen Gesundheitsböden in den Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie, in einer Kinderstation, der Notfallmedizin und einer Entbindungsstation. Unser Team behandelte insgesamt 85.320 Patientinnen und Patienten ambulant und 11.603 weitere stationär. Das chirurgische Team tätigte 2.088 größere Eingriffe, davon waren 82 Prozent Notfalloperationen. 10.572 Mütter unterstützten wir bei der Entbindung. In 3.517 Konsultationen berieten unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Menschen bei der Familienplanung. 184 Patientinnen und Patienten behandelten wir gegen Tuberkulose, 2.431 wegen Mangelernährung. Nach den Kämpfen im Sommer 2016 wurde ein Notfallprotokoll eingeführt und zusätzliches Verbandsmaterial gelagert, um im Fall erneuter Kämpfe schnell viele Verwundete versorgen zu können. Im Oktober konnten wir dank dieser Vorbereitung zum Beispiel 34 Patientinnen und Patienten auf einmal versorgen.

SCHWIERIGKEITEN

Die Front zwischen kämpfenden Gruppen verlief nur wenige Kilometer vom Krankenhaus entfernt, in der Region gab es permanent Bombardierungen und Schusswechsel. Dies führte zu einer sehr angespannten Arbeitssituation im Krankenhaus. Zudem erlebten unsere Teams, dass bis zu 30 Prozent weniger Patientinnen und Patienten ins Krankenhaus kamen, wenn im Umland gekämpft wurde. Diejenigen, die sich trotz der Gefahr auf den Weg machten, wurden häufig von Straßenblockaden oder Gefechten aufgehalten. Schwerverletzte und Schwerkranke kamen dadurch bisweilen zu spät, um noch behandelt zu werden. Die Sterberate im Krankenhaus stieg daher im Vergleich zum Vorjahr an.

Aufgrund der angespannten Sicherheitslage mussten wir zudem die Zahl unserer internationalen Mitarbeiter um mehr als die Hälfte reduzieren, um das verkleinerte Team im Notfall in Sicherheit bringen zu können. Auch war es schwierig, internationale Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Arbeit in Helmand zu gewinnen. Nur dank unserer afghanischen Kolleginnen und Kollegen konnten wir die medizinischen Aktivitäten aufrechterhalten.

AUSBLICK

Unser Team wird auch künftig die medizinische Versorgung der Menschen in der Region Helmand im Boost-Krankenhaus unterstützen. Schwerpunkte unserer Arbeit werden im Jahr 2017 wieder die Notfallmedizin und Mutter-Kind-Versorgung sein, mit einem besonderen Fokus auf Geburtshilfe und Intensivmedizin für Kleinkinder.

D. R. KONGO

Mobiles Team gegen die Schlafkrankheit



Sämtliches Material für die Untersuchung und Behandlung der Schlafkrankheit muss über schmale Wege in die Dörfer transportiert werden. © MSF

D. R. KONGO
Kinshasa

1.332.796 €

davon unter anderem

589.500 € Mitarbeiterinnen
und Mitarbeiter

130.758 € Medizinisches Material

373.819 € Logistik und Transport

Finanziert durch das internationale Netzwerk –
Anteil der deutschen Sektion siehe Seite 42

AUSGANGSLAGE

Die Afrikanische Schlafkrankheit wird durch den Biss der Tsetsefliege von einem Menschen zum anderen übertragen. Unbehandelt verläuft die Schlafkrankheit fast immer tödlich. In den vergangenen Jahren sind die Fallzahlen in fast allen Ländern Afrikas zurückgegangen. Die Demokratische Republik (D. R.) Kongo meldet als einziges Land weltweit noch etwa 1.000 neue Fälle im Jahr, die meisten davon in entlegenen ländlichen Gebieten im Osten des Landes. Aufgrund der jahrelangen Konflikte gibt es dort kaum Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung. Viele Erkrankte werden weder diagnostiziert noch behandelt. Auch Krankheiten wie Malaria sind deshalb weit verbreitet.

ZIELE

Die Menschen, die bereits an der Afrikanischen Schlafkrankheit erkrankt sind, sollen auch in entlegenen Gebieten diagnostiziert und behandelt werden, damit weniger Menschen an der Krankheit sterben. Zudem soll damit eine weitere Ausbreitung der Krankheit verhindert werden. Es soll herausgefunden werden, wo die Krankheit noch vergleichsweise häufig auftritt.

AKTIVITÄTEN

Das Team von ÄRZTE OHNE GRENZEN bereiste im Jahr 2016 vor allem die Region Maniema im Nordosten der D. R. Kongo. Durchschnittlich 41 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter testeten insgesamt 18.156 Menschen. 32 Patientinnen und Patienten wurden mit positivem Befund behandelt. Schwer kranke Patienten brachte das Team in Krankenhäuser, die zum Teil weit entfernt lagen. Das

Team testete zudem 15.155 Menschen auf Malaria und behandelte 11.903 mit positivem Befund. Wir nutzten unsere Präsenz in den Dörfern auch, um die Menschen während eines Cholera-Ausbruchs darüber zu informieren, wie sie eine Infektion vermeiden können.

SCHWIERIGKEITEN

Viele Ortschaften konnten wir nur über schmale Pfade per Motorrad oder über den Wasserweg per Boot erreichen. Damit musste alles notwendige Material zur Diagnose und Therapie der Schlafkrankheit transportiert werden, inklusive der Kühlboxen für die Medikamente. Für eine sichere Diagnose führte das Team ein mit einer Kamera ausgestattetes Mikroskop mit. Die damit aufgenommenen Bilder schickte es an Experten in Amsterdam, die Erreger im Blut erkennen und ihre Diagnose zurückmelden konnten. Die gängige Behandlungsmethode für Schlafkrankheit dauert sieben Tage und beinhaltet tägliche Injektionen. Mit einer schnelleren und tablettenbasierten Therapie könnten wir mehr Patienten in kürzerer Zeit behandeln.

AUSBLICK

Auch 2017 werden wir das Projekt in der D. R. Kongo fortsetzen. Wenn unsere Teams keine weiteren Fälle vorfinden, werden sie ihre Arbeit auf andere Regionen der D. R. Kongo verlagern, in denen wir eine hohe Zahl der Erkrankungen an Afrikanischer Schlafkrankheit vermuten.

PROJEKTBEISPIEL

SAMBIA

Impfkampagne gegen Cholera

● Maniema

SAMBIA

■ Lusaka

Schluckimpfung gegen Cholera im Stadtteil Kanyama in der Hauptstadt Lusaka.
© Laurence Hoenig/MSF

AUSGANGSLAGE

Cholera ist ein wiederkehrendes Gesundheitsproblem in Sambias Hauptstadt Lusaka, mit mehr als 26.000 Fällen und 860 Toten im Zeitraum von 2003 bis 2011. Nach fünf Jahren ohne größere Ausbrüche lösten steigende Fallzahlen im Februar 2016 erneut Angst vor einer großen Epidemie aus. Besonders bedroht waren die dicht besiedelten Außenbezirke der Stadt, in denen rund 1,2 Millionen Menschen unter einfachsten Bedingungen ohne ausreichend sauberes Wasser und sichere Abwasserentsorgung leben. Die spät einsetzende Regenzeit überschwemmte Wege und Plätze mit Wasser, das sich mit Fäkalien mischte und in die Trinkwasserquellen der Menschen gelangte. Unter solchen Bedingungen verbreitet sich Cholera schnell. Da bereits seit Jahren kaum Fälle aufgetreten waren und Cholera-Impfungen nicht verwendet wurden, war die Bevölkerung nicht ausreichend gegen die Krankheit immunisiert.

ZIELE

Die weitere Ausbreitung von Cholera in der Region sollte gestoppt und die Bevölkerung vor Infektionen geschützt werden.

AKTIVITÄTEN

Im April organisierten wir eine groß angelegte Kampagne, um gemeinsam mit dem sambischen Gesundheitsministerium und der Weltgesundheitsorganisation in Lusaka und Umgebung insgesamt 423.774 Menschen gegen Cholera zu impfen. In den Bezirken Kanyama, Bauleni, George und Chawama arbeiteten 53 Teams insgesamt 17 Tage lang. Die Teams setzten sich aus acht internationalen Mitarbei-

621.363 €

davon unter anderem

148.069 € Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

69.027 € Medizinisches Material

192.632 € Logistik und Transport

Finanziert durch das internationale Netzwerk - Anteil der deutschen Sektion siehe Seite 48



terinnen und Mitarbeitern von ÄRZTE OHNE GRENZEN, 60 Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums sowie 1.135 Freiwilligen aus Lusaka zusammen. Sie verabreichten Schluckimpfungen und informierten die Bevölkerung über die Bedeutung der Immunisierung, um möglichst viele Menschen zu erreichen. Gleichzeitig wurde in einer Studie die Wirksamkeit von nur einer Impfstoffdosis anstelle der üblichen zwei Dosen untersucht.

SCHWIERIGKEITEN

Ein Hauptproblem der schnellen Antwort auf die Cholera-Epidemie innerhalb weniger Wochen war die weltweite Knappheit an Impfstoffen. Es wurde entschieden, statt der üblichen zwei Dosen nur eine Dosis pro Person zu verwenden. Dies bedeutete zwar einen verminderten Langzeitschutz, gleichzeitig konnten so mit dem vorhandenen Impfstoff innerhalb kurzer Zeit aber doppelt so viele Menschen geschützt werden. Wie bei vielen Impfkampagnen in städtischer Umgebung war es nicht einfach, die erwachsene Bevölkerung zu erreichen. Freiwillige Mitarbeiter warben auf den Straßen dafür, sich impfen zu lassen.

AUSBLICK

Direkt im Anschluss an unsere Impfkampagne gingen die Fallzahlen zurück. Im Juni konnte die Epidemie offiziell für beendet erklärt werden. Die Kampagne war als kurzfristiger Einsatz angelegt und endete somit nach den abschließenden Tests der Wirksamkeit der Impfung im Juli. Es sind keine weiteren Aktivitäten geplant.

HAITI



In Roche-à-Bateau, im Südwesten Haitis, zerstörte der Hurrikan viele Wohnhäuser. © Andrew McConnell/Panos Pictures

Das Dorf Nan Sevre konnte unser Team nur per Hubschrauber erreichen. Eine Krankenpflegerin behandelt eine verletzte Patientin. © Joffrey Monnier/MSF

PROJEKTBEISPIEL

HAITI

Hilfe nach Hurrikan Matthew

AUSGANGSLAGE

Am 3. und 4. Oktober traf ein Hurrikan mit Windgeschwindigkeiten bis zu 230 Kilometer pro Stunde Haiti und zerstörte Häuser, Felder und Infrastruktur. Mehr als 500 Menschen starben nach Angaben der haitianischen Behörden, rund 1,4 Millionen Menschen waren auf Hilfe angewiesen. Besonders betroffen waren die Menschen in den Regionen Grand'Anse, Nippes und Sud im Südwesten des Landes. Zahlreiche Ortschaften waren nicht mehr über den Landweg zu erreichen. Viele medizinische Einrichtungen wurden zerstört. Bereits vor der Naturkatastrophe war die medizinische Versorgung in den betroffenen Regionen unzureichend. Nach dem Sturm fehlten zudem sauberes Trinkwasser und Nahrung, große Teile der Ernte waren zerstört. Heftige Regenfälle hatten die Flüsse über die Ufer treten lassen, das Hochwasser erhöhte die Gefahr einer schnellen Verbreitung von Cholera. Die Mehrheit der Menschen in den betroffenen Regionen ist arm, ÄRZTE OHNE GRENZEN ist seit vielen Jahren mit mehreren Projekten im Land aktiv.

ZIELE

ÄRZTE OHNE GRENZEN stellt sicher, dass alle Menschen, die von den Folgen des Hurrikans betroffen sind, möglichst schnell medizinische Hilfe bekommen und mit überlebensnotwendigen Gütern versorgt werden. Die schnelle Verbreitung von Cholera soll durch geeignete Maßnahmen weitgehend eingedämmt werden.

AKTIVITÄTEN

Bereits am 5. Oktober, einen Tag nach dem Hurrikan, begann ein Team von ÄRZTE OHNE GRENZEN in den zerstörten Gebieten die Lage zu erkunden und dabei erste Verletzte zu behandeln. Am 8. Oktober startete ÄRZTE OHNE GRENZEN die Unterstützung eines Krankenhauses in der Stadt Jérémie, in dem bis zum Jahresende 450 Patienten behandelt wurden. Mobile Teams reisten in Dörfer, deren Bewohner noch keine Hilfe erhalten hatten. Wo die Straßen noch befahrbar waren, reisten sie per Auto. Manche Orte waren nur per Boot, mit dem Hubschrauber oder zu Fuß erreichbar.

Die Teams verteilten Hilfsgüter sowie Material zum Bau von Unterkünften und versorgten insgesamt 17.537 Patientinnen und Patienten. Darunter waren 2.700 Kinder mit Verdacht auf Mangelernährung. Sehr häufig traten Durchfall- oder Atemwegserkrankungen auf. Die häufigsten Verletzungen waren infizierte Wunden und Knochenbrüche.

In den Städten Port-à-Piment und Baradère richteten wir Cholera-Behandlungszentren ein, in denen wir 478 Cholera-Patienten versorgten. Um eine weitere Ansteckung zu verhindern, setzten die Teams 26 Brunnen instand und brachten insgesamt mehr als zehn Millionen Liter sauberes Trinkwasser auf Lastwagen zu den Menschen. Sie bauten Latrinen und verteilten Hygieneartikel. Gleichzeitig unterstützten wir die Gesundheitsbehörden darin, im betroffenen Gebiet an schwer zugänglichen Orten 13.800 Menschen gegen Cholera zu impfen.



7.266.373 €

davon unter anderem

757.978 € Mitarbeiterinnen
und Mitarbeiter

451.673 € Medizinisches Material

3.863.175 € Logistik und Transport

Finanziert durch das internationale Netzwerk –
Anteil der deutschen Sektion siehe Seiten 44

SCHWIERIGKEITEN

Die Verteilung von Hilfsgütern zum Bau von Behelfsunterkünften kam nur langsam voran und war zum Ende des Jahres noch nicht abgeschlossen. Der Transport stellte eine enorme Herausforderung dar, insbesondere an Orte in den Bergen, die nicht über Straßen zu erreichen waren. Güter und Hilfspersonal konnten nur per Hubschrauber zu den Menschen gebracht werden. Schlechtes Wetter verhinderte jedoch viele Flüge. Die einzige Alternative war, die Hilfe zu Fuß und auf Eseln zu den Menschen zu bringen. So kam es zu Verzögerungen, die bei der Bevölkerung zu Frustrationen führten. Unsere Teams mussten sich daher die Zeit nehmen, den jeweiligen Bewohnern die Situation zu erklären. Erst danach konnten sie mit der Verteilung der Hilfsgüter beginnen.

Die Gefahr eines Cholera-Ausbruchs war zum Ende des Jahres noch nicht gebannt.

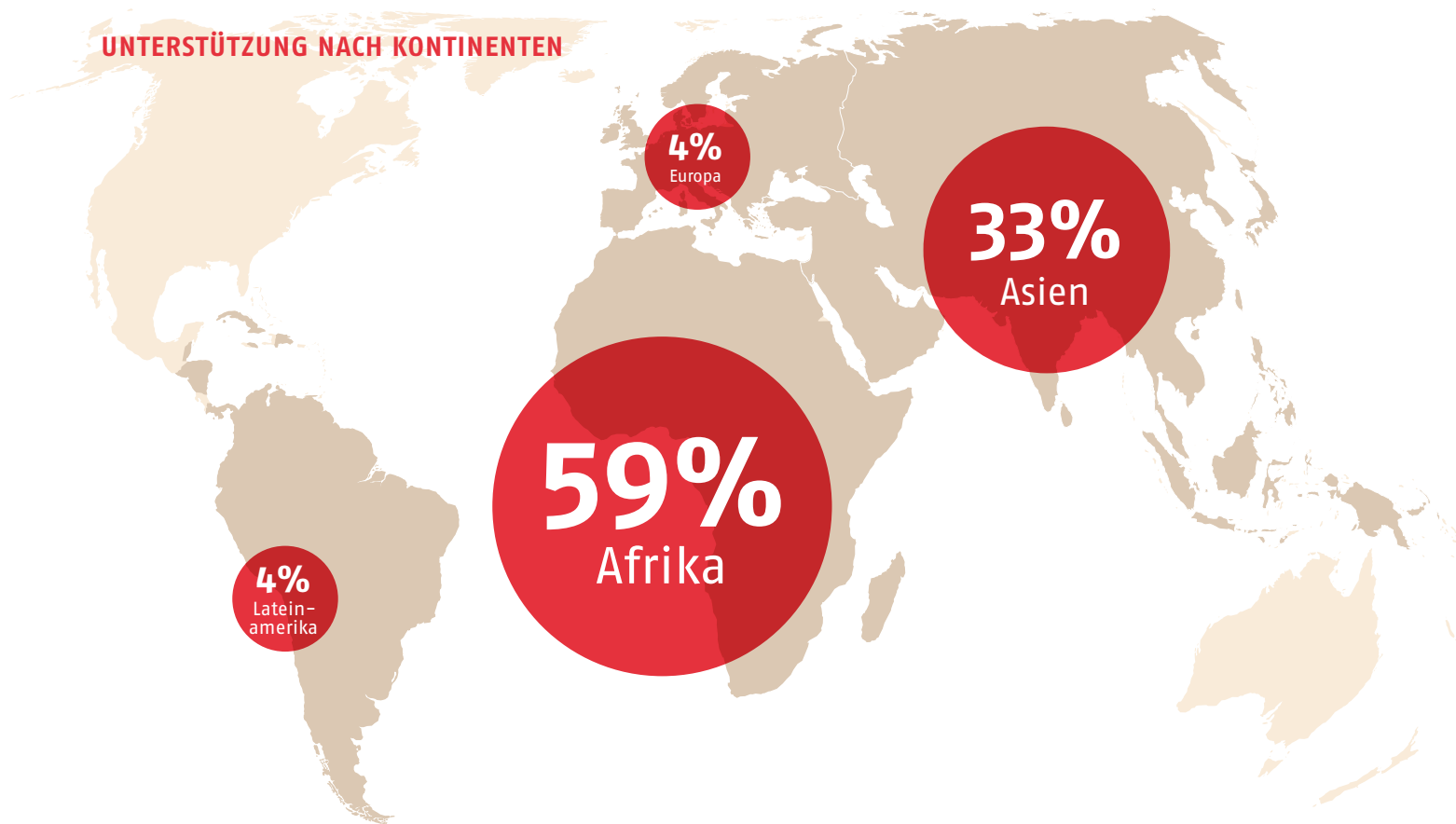
AUSBLICK

Im Januar und Februar 2017 haben wir die Verteilung der Hilfsgüter zum Bau von Behelfsunterkünften für insgesamt 9.530 Familien abgeschlossen. Zudem wird ein längerfristiges Projekt zur Verbesserung der sanitären Anlagen in Port-à-Piment starten. Damit soll die Ausbreitung von Krankheiten verhindert werden, die auf schmutziges Wasser zurückzuführen sind.

PROJEKT- FINANZIERUNG 2016



UNTERSTÜTZUNG NACH KONTINENTEN



ÜBERBLICK DER AKTIVITÄTEN

Auf den folgenden Seiten geben wir einen Überblick über die Aktivitäten von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, die wir als deutsche Sektion im Jahr 2016 mitfinanziert haben. Dies sind nicht alle Projekte der internationalen Organisation **ÄRZTE OHNE GRENZEN**. Einen vollständigen Überblick der Arbeit des internationalen Netzwerkes und der Gesamtkosten finden Sie im „International Activity Report“ auf www.msf.org.

AFGHANISTAN:
In der Orthopädie des Boost-Krankenhauses in Laschkar Gah behandeln wir auch Kinder.
© Kadir Van Lohuizen/Noor



ÄTHIOPIEN: In der Grenzregion zu Somalia impfen wir somalische Flüchtlinge. © MSF



BANGLADESCH: In einem Krankenhaus in Kutupalong versorgt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Flüchtlinge und die lokale Bevölkerung. © Alva White/MSF

LAND Ausgangslage

Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte

AFGHANISTAN

Die schwierige Sicherheitslage im Land beeinträchtigt die Gesundheitsversorgung. So gibt es in der umkämpften Provinz Helmand kaum funktionsfähige medizinische Einrichtungen. In Kabul kommt es aufgrund der rasch wachsenden Bevölkerung zu Engpässen in der Gesundheitsversorgung.

Kabul

Helmand

Kabul

ÄTHIOPIEN

In den Grenzregionen des Landes leben Hunderttausende Flüchtlinge aus Eritrea, Somalia und dem Südsudan, die vor der Gewalt in ihren Ländern geflohen sind. Sie benötigen medizinische und psychologische Hilfe. In der Region rund um Abdurafi im Norden des Landes leben Erntehelfer unter prekären Bedingungen, ohne Schutz vor Fliegen, die die Tropenkrankheit Kala-Azar übertragen. Viele Patienten sind zudem HIV-infiziert und an Tuberkulose erkrankt. Mangelernährung ist verbreitet.

Addis Abeba

Amhara / Abdurafi

Gambella / Kule

Gambella / Pugnido

Somali / Warder

Tigray

BANGLADESCH

Im Süden des Landes leben Flüchtlinge aus Myanmar unter prekären Bedingungen und ohne Gesundheitsversorgung.

Kutupalong

BURUNDI

Malaria ist die häufigste Todesursache in Burundi, vor allem bei kleinen Kindern. Die Zahl der Erkrankungen ist in den letzten Jahren noch angestiegen.

Kayanza



Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Zahlen zu Patientinnen, Patienten und Behandlungen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in €
Koordination der Projekte		500.000
Unterstützung eines Krankenhauses in Laschkar Gah: Notaufnahme, Chirurgie, Pädiatrie, Geburtshilfe, ambulante und stationäre Versorgung (lesen Sie dazu auch die Seiten 32/33)	85.320 ambulante Konsultationen, 11.603 stationäre Behandlungen, 2.088 Operationen, 31.467 Schwangerenberatungen, 10.572 Geburten, 2.431 mangelernährte Patienten	3.000.000
Unterstützung eines Krankenhauses: Notaufnahme, Geburtshilfe, Chirurgie, ambulante und stationäre medizinische Versorgung	96.126 Konsultationen, 11.718 Masern-Impfungen, 18.972 Geburten, 1.369 Operationen	1.050.000
Koordination der Projekte		500.000
Behandlung der Tropenkrankheit Kala-Azar, psychologische Hilfe	750 stationäre Behandlungen, 633 psychologische Einzelgespräche	1.000.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung von Flüchtlingen aus dem Südsudan, Behandlung von schwer mangelernährten Patienten	244.388 ambulante Konsultationen, davon 71.045 Malaria-Patienten, 2.105 stationäre Behandlungen, 10.889 Schwangerenberatungen, 1.269 Geburten, 814 mangelernährte Patienten	1.500.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung von Flüchtlingen aus dem Südsudan	63.485 ambulante Konsultationen, davon 16.204 Malaria-Patienten, 526 stationäre Behandlungen, 223 Schwangerenberatungen, 40 Geburten	2.000.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	22.414 ambulante Konsultationen, 1.092 stationäre Behandlungen, 134 Operationen, 4.630 Schwangerenberatungen, 580 Geburten, 140 TB-Patienten, 960 mangelernährte Patienten	1.000.000
Psychologische und psychiatrische Hilfe für Flüchtlinge, ambulante medizinische Versorgung	2.110 ambulante Konsultationen, 1.325 stationäre Behandlungen, 2.909 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	1.000.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung in einem Flüchtlingslager	89.954 ambulante Konsultationen, 2.491 stationäre Behandlungen, 15.194 Schwangerenberatungen, 979 Geburten, davon 138 Kaiserschnitte, 4.559 psychologische Einzelgespräche, 103 Erstversorgungen nach einer Vergewaltigung	500.000
Vorbereitung von Aktivitäten zur Diagnose und Behandlung von Malaria, die durch administrative Schwierigkeiten zeitlich stark verzögert wurden		150.000

D. R. KONGO: Die pädiatrische Abteilung im Projekt in Nord-Kivu © Gwenn Dubourthoumieu



D. R. KONGO: Das mobile Team zur Behandlung der Schlafkrankheit ist auf dem Weg in ein abgelegenes Dorf. © MSF

FLÜCHTLINGE IN EUROPA: In Griechenland kampieren Flüchtlinge am Stadtrand von Athen. © Sara Prestianni



LAND
Ausgangslage

Von der deutschen
Sektion mitfinanzierte
Projekte

DEMOKRATISCHE
REPUBLIK KONGO

Die Gesundheitsversorgung ist in weiten Teilen des Landes völlig unzureichend: Die Bevölkerung hat vielerorts keinen Zugang zu medizinischen Einrichtungen. Die seit vielen Jahren anhaltenden Konflikte, vor allem in den östlichen Provinzen Nord- und Süd-Kivu sowie in der Provinz Orientale, führen immer wieder zu gewaltsamen Vertreibungen sowie zur Zerstörung und Plünderung der medizinischen Infrastruktur. Die Menschen dort bleiben sich selbst überlassen oder sind abhängig von ausländischen Hilfsorganisationen, die jedoch aufgrund der Größe des Landes und der unsicheren Lage auch keine flächendeckende medizinische Hilfe zur Verfügung stellen können. Die staatlichen Gesundheitseinrichtungen sind zudem weder personell noch finanziell in der Lage, landesweit auf den Ausbruch von Epidemien wie Malaria, Masern oder Cholera zu reagieren. Hinzu kommt, dass viele Menschen in entlegenen Gebieten leben, in denen es weder Gesundheitszentren noch Krankenhäuser gibt. Um medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, müssen sie meist tagelange Fußmärsche in Kauf nehmen, da die Wege für Fahrzeuge oft nicht passierbar sind. In der Provinz Katanga hat sich die Sicherheitslage verbessert. Es mangelt dort vor allem an basismedizinischer Hilfe, gleichzeitig benötigen Krankenhäuser Unterstützung für die stationäre Versorgung.

Katanga / Lubumbashi

Katanga / Shamwana

Katanga / Tanganyika

Haut Uélé / Pawa

Ituri / Boga

Ituri / Gety

Ituri / Mambasa

Maniema / Kasongo

Nord-Kivu / Goma

Nord-Kivu / Mweso

Nord-Kivu / Masisi

Nord-Kivu / Walikale

Süd-Kivu / Bukavu

Süd-Kivu / Baraka

Süd-Kivu / Kimbi-Lulinge

DEUTSCHLAND

Viele geflüchtete Menschen sind durch Erlebnisse in ihren Heimatländern und auf der Flucht traumatisiert. In den Aufnahmezentren fehlt es an einem flächendeckenden niedrigschwelligen Angebot zur psychologischen Hilfe.

Berlin / Schweinfurt

ECUADOR

Nach einem schweren Erdbeben benötigen die Überlebenden Hilfe.

Quito

FLÜCHTLINGE IN EUROPA

Aufgrund der zunehmenden Abschottung der Europäischen Union gegenüber Flüchtlingen sind die Fluchtwege gefährlicher geworden. Viele Menschen sterben beim Versuch, das Mittelmeer zu überqueren. Die Aufnahmebedingungen für geflüchtete Menschen in den Ankunftsstaaten sind schlechter geworden. Medizinische und psychologische Hilfe sind dringend nötig.

Griechenland / Athen

Griechenland / Athen

Italien / Mittelmeer auf dem Schiff Aquarius

Italien / Mittelmeer auf dem Schiff Bourbon Argos

Serbien / Preševo

Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Zahlen zu Patientinnen, Patienten und Behandlungen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in €
Koordination der Projekte		500.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung (bis August)	47.586 ambulante Konsultationen, davon 26.254 Malaria-Patienten, 875 stationäre Behandlungen, 189 Operationen, 4.719 Schwangerenberatungen, 910 Geburten, 766 psychologische Einzelgespräche	500.000
Ambulante und stationäre Behandlung akut mangelernährter Kinder	8.547 pädiatrische Behandlungen, 2.023 stationär behandelte mangelernährte Kinder, 6.772 ambulant versorgte mangelernährte Kinder	2.160.000
Behandlung von Malaria	51.882 Malaria-Patienten	1.800.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	2.717 ambulante Konsultationen, 1.199 Notaufnahmen, 640 Geburten, 4.882 Schwangerenberatungen	360.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	4.807 stationäre Behandlungen, 2.202 pädiatrische Behandlungen, 2.115 Notaufnahmen, 257 Behandlungen nach sexueller Gewalt	**250.000
Medizinische Versorgung von Überlebenden sexueller Gewalt	1.107 Behandlungen nach sexueller Gewalt, 11.914 Patienten mit sexuell übertragbaren Krankheiten	900.000
Diagnose und Behandlung der Schlafkrankheit (lesen Sie dazu auch die Seite 34)	18.156 Untersuchungen auf Schlafkrankheit, Behandlung von 32 positiv getesteten Patienten	500.000
Koordination der Projekte		1.700.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	276.434 ambulante Konsultationen, davon 132.533 Malaria-Patienten, 8.862 stationäre Behandlungen, 1.166 Operationen, 20.906 Schwangerenberatungen, 6.254 Geburten, 764 Behandlungen von Überlebenden sexueller Gewalt, 359 HIV-Patienten, 632 TB-Patienten, 13.217 psychologische Einzel- und Gruppengespräche, 5.749 mangelernährte Patienten	2.400.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	mehr als 100.000 ambulante Konsultationen, rund 12.000 stationäre Behandlungen, rund 3.000 Geburten, rund 3.000 Operationen	500.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	134.719 ambulante Konsultationen, davon 62.171 Malaria-Patienten, 5.311 stationäre Behandlungen, 342 Operationen, 6.642 Schwangerenberatungen, 268 Behandlungen nach sexueller Gewalt, 1.061 psychologische Einzel- und Gruppengespräche, 1.846 mangelernährte Patienten	500.000
Koordination der Projekte		500.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	457.468 ambulante Konsultationen, davon 263.131 Malaria-Patienten, 17.066 stationäre Behandlungen, 820 Operationen, 21.469 Schwangerenberatungen, 8.251 Geburten, 510 HIV-Patienten, 339 TB-Patienten, 2.141 mangelernährte Patienten	2.000.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	198.142 ambulante Konsultationen, davon 131.322 Malaria-Patienten, 3.886 stationäre Behandlungen, 324 Operationen, 13.369 Schwangerenberatungen, 2.840 Geburten, 384 HIV-Patienten, 373 TB-Patienten, 1.456 mangelernährte Patienten	1.000.000
Vorbereitung des Projektes zur psychosozialen Beratung von Flüchtlingen		50.000
Koordination der Projekte und Notfallreaktion		6.000
Koordination der Projekte		900.000
Ambulante medizinische Versorgung für Menschen auf der Flucht (April bis Dezember)	2.030 Konsultationen, davon 437 Schwangerenberatungen, Impfungen für 5.285 Kinder, 325 psychologische Beratungen	180.000
Rettung und medizinische Notversorgung von Bootsflüchtlingen, Verteilung von Hilfsgütern	rund 6.000 Menschen aus Seenot gerettet, rund 1.500 Konsultationen	212.925
Rettung und medizinische Notversorgung von Bootsflüchtlingen, psychologische Hilfe (Mai bis November)	10.415 Menschen aus Seenot gerettet, 1.670 medizinische Konsultationen	450.000
Ambulante medizinische Versorgung für Menschen auf der Flucht (Januar bis Juni)	26.249 Konsultationen, 1.082 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	100.000

INDIEN: Eine mobile Klinik zu Besuch in einem Dorf in Chhattisgarh © MSF



JORDANIEN: Nach einem Autounfall wird ein junges Mädchen in Amman am Kopf operiert. © Chris Huby

IRAK: Im Vertriebenenlager Chanakin bietet ÄRZTE OHNE GRENZEN psychosoziale Hilfe an. © Ton Koene



LAND Ausgangslage	Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte
HAITI Das Gesundheitssystem ist völlig unzureichend. Staatliche medizinische Einrichtungen sind finanziell und personell schlecht ausgestattet. Die Mütter- und Säuglingssterblichkeit ist hoch. Nach einem Hurrikan im Oktober bekamen Menschen in abgelegenen Gegenden kaum Hilfe. Aufgrund der schlechten Versorgung mit sauberem Trinkwasser gibt es immer wieder Fälle von Cholera.	Grand-Anse, Sud, Nippes
	Port-au-Prince / Martissant
	Port-au-Prince
HONDURAS Die Gewaltkriminalität im Land ist hoch. Überlebende von sexueller und anderer Gewalt benötigen medizinische und psychologische Hilfe.	Tegucigalpa, Comavagüela
INDIEN In einigen Bundesstaaten ist die Gesundheitsversorgung unzureichend. In Konfliktgebieten benötigen Vertriebene und die örtliche Bevölkerung sowohl medizinische als auch psychologische Hilfe.	Chhattisgarh
	Kaschmir
IRAK Die instabile politische und wirtschaftliche Lage im Land sowie die anhaltenden Kämpfe schwächen das Gesundheitssystem. Davon sind sowohl die Einheimischen als auch Flüchtlinge und Vertriebene betroffen.	Sulaimanija
	Chanakin
	Sulaimanija
JEMEN Bewaffnete Kämpfe in vielen Landesteilen führen zu immensm Leid unter der ohnehin armen Zivilbevölkerung. Auch medizinische Einrichtungen und Helfer werden angegriffen. Viele Krankenhäuser sind zerstört oder nicht voll funktionsfähig. Es mangelt an Personal, Medikamenten und Ausstattung. Die schwierige Sicherheitslage erschwert zudem die Unterstützung durch Hilfsorganisationen.	Aden
	al-Dhale
	al-Mahwit, Hadscha, Sanaa
	Ibb (Stadt)
	Ibb (Provinz) / al-Kaida (Stadt)
	Tais
JORDANIEN Hunderttausende Menschen sind aus dem benachbarten Syrien nach Jordanien geflohen. Allein im Lager Saatari im Norden des Landes leben nach UN-Angaben rund 80.000 Flüchtlinge. Das Gesundheitssystem ist mit der Versorgung dieser Menschen überfordert. In Syrien können viele Verletzte und Kranke aufgrund der Kämpfe nicht behandelt werden und benötigen Hilfe in dem Nachbarland.	Amman
	Irbid
	Ramtha
	Ruwaschid
	Saatari
KAMERUN Im Nordosten des Landes leben Zehntausende nigerianische Flüchtlinge und kamerunische Vertriebene. Das Gesundheitssystem in der Region kann diese Menschen nicht ausreichend versorgen.	Maroua, Minawao, Mora
KENIA Hunderttausende somalische Flüchtlinge leben seit vielen Jahren im Nordosten des Landes unter prekären Bedingungen in Lagern. Sie sind auf humanitäre Hilfe angewiesen.	Dagahaley
	Likoni

Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Zahlen zu Patientinnen, Patienten und Behandlungen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in €
Medizinische Nothilfe und Verteilung von Hilfsgütern nach Hurrikan Matthew (ab Oktober) (lesen Sie dazu auch die Seiten 36/37)	13.047 ambulante Konsultationen, 450 stationäre Behandlungen, 457 Cholera-Patienten, 13.769 Cholera-Impfungen	650.000
Medizinische Versorgung in einem Notaufnahmезentrum	52.340 Notaufnahmen, 2.743 Cholera-Patienten	1.024.045
Geburtsnothilfe und Versorgung von Neugeborenen in einem Krankenhaus	2.563 stationäre Behandlungen, 2.409 Operationen, 5.594 Geburten, 3.555 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	2.500.000
Medizinische und psychologische Behandlung in einem urbanen Armenviertel	1.612 Konsultationen von Überlebenden sexueller Gewalt, 1.830 psychologische Gespräche	45.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	20.364 ambulante Konsultationen, 1.348 stationäre Behandlungen, 5.419 Schwangerenberatungen, 309 Geburten	400.000
Psychologische Hilfe	3.222 psychologische Einzelgespräche	100.000
Koordination der Projekte		500.000
Versorgung von Schwangeren und chronisch Kranken, psychologische Hilfe	1.311 Schwangerenberatungen, 3.682 psychologische Einzel- und Gruppengespräche, mehr als 800 Konsultationen bei chronischen Krankheiten	750.000
ambulante und stationäre medizinische Versorgung, psychologische Hilfe (ab September)	rund 10.000 ambulante Konsultationen, rund 300 stationäre Behandlungen, 62 psychologische Einzelgespräche	750.000
Koordination der Projekte		1.000.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung mit Notaufnahme und Chirurgie	436.928 ambulante Konsultationen, 3.416 stationäre Behandlungen, 1.300 Operationen, 2.837 Schwangerenberatungen, 913 mangelernährte Patienten	2.500.000
Belieferung von Dialyse-Zentren	240 Tonnen Dialyse-Material	1.000.000
Notaufnahme, Chirurgie, stationäre Versorgung	6.081 Notaufnahmen, 2.117 Operationen, 1.563 stationäre Behandlungen	1.350.000
Notaufnahme	41.225 Notaufnahmen	1.271.552
Notaufnahme und Behandlung von Verletzten, medizinische Versorgung von Frauen und Kindern	51.302 ambulante Konsultationen, 2.534 stationäre Behandlungen, 409 Operationen, 21.776 Schwangerenberatungen, 4.100 Geburten, 2.285 mangelernährte Patienten	4.500.000
Koordination der Projekte		500.000
Medizinische Versorgung chronisch kranker Patienten, psychologische Hilfe (ab September)	19.138 ambulante Konsultationen, 5.436 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	1.000.000
Notaufnahme und Chirurgie für Kriegsverletzte aus Syrien, psychologische Hilfe	735 Operationen, 1.239 psychologische Einzelgespräche	1.500.000
Ambulante medizinische Versorgung für Flüchtlinge, psychologische Hilfe	2.816 ambulante Konsultationen, 471 Schwangerenberatungen	500.000
Ambulante medizinische Versorgung für Flüchtlinge, postoperative Versorgung, psychologische Hilfe	734 ambulante Konsultationen, 126 stationäre Behandlungen, 1.283 psychologische Einzelgespräche	500.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung für Flüchtlinge und Vertriebene	115.170 ambulante Konsultationen, 620 stationäre Behandlungen, 737 Operationen, 4.158 pädiatrische Behandlungen, stationäre Behandlung von 2.461 mangelernährten Patienten, ambulante Behandlung von 4.203 mangelernährten Patienten	2.250.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung von überwiegend somalischen Flüchtlingen	162.653 ambulante Konsultationen, 9.137 stationäre Behandlungen, 3.019 Geburten	1.800.000
Geburtshilfe und Schwangerenberatung	2.027 Schwangerenberatungen, 1.473 Geburten, 312 Geburtsnotfälle	450.000



LIBANON: Wenige Kilometer von der syrischen Grenze entfernt begleitet **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Mütter bei der Entbindung.
© Joosarang Lee/MSF

MYANMAR: Untersuchung einer Schwangeren im Bundesstaat Rakhine © Aye Pyae Sone/MSF



NIGER: In einem Krankenhaus behandeln die Teams schwer mangelernährte Kinder, die gleichzeitig an Malaria erkrankt sind. Viele schweben in Lebensgefahr und benötigen intensive stationäre Betreuung.
© Louise Annaud/MSF

LAND Ausgangslage	Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte
<p>LIBANON In Beirut leben Tausende palästinensische und syrische Flüchtlinge in einem Lager und benötigen medizinische Hilfe.</p>	Beirut
<p>LIBYEN Aufgrund der instabilen Lage funktioniert das Gesundheitssystem nur lückenhaft.</p>	Tripolis
<p>MALAYSIA Tausende Flüchtlinge aus Myanmar leben im Land und benötigen Unterstützung.</p>	Penang
<p>MAURETANIEN Tausende Flüchtlinge aus Mali leben unter prekären Bedingungen in Lagern.</p>	Bassikounou
	Bassikounou
<p>MEXIKO Tamaulipas gehört zu den Bundesstaaten, die stark von Gewalt geprägt sind. Die Krankenhäuser sind mit der Aufnahme von Notfällen überlastet.</p>	Tamaulipas / Reynosa
<p>MOSAMBIK Viele Menschen sind mit HIV infiziert und gleichzeitig an einer resistenten Form der Tuberkulose erkrankt.</p>	Maputo
<p>MYANMAR In einigen Bundesländern ist die medizinische Versorgung für Menschen mit HIV und resistenten Formen der Tuberkulose (TB) ungenügend. Insbesondere die Therapie resistenter TB ist aufwendig und kostenintensiv. Auch die allgemeine Gesundheitsversorgung ist teilweise unzureichend, vor allem für Schwangere und chronisch kranke Menschen.</p>	Rangun
	Kachin
	Rakhine
	Rangun
	Shan
	Wa, Lin Haw, Pang Yang
<p>NEPAL Die Nothilfeaktivitäten nach den verheerenden Erdbeben im Jahr 2015 konnten beendet werden.</p>	Sanga
<p>NIGER Der Süden des Landes ist seit Jahren durch eine anhaltend schwierige Wirtschaftslage, wiederkehrende Dürreperioden und zunehmende Unsicherheit geprägt. Dadurch kommt es zu Nahrungsmittelknappheit. Viele Kinder leiden an chronischer Mangelernährung und schweben in akuter Lebensgefahr. Zudem ist die medizinische Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen unzureichend.</p>	Tahoua, Madaoua
	Zinder / Dungas
	Zinder / Magaria
<p>NIGERIA Im Nordosten des Landes fliehen Tausende Menschen vor den gewalttätigen Übergriffen bewaffneter Gruppen. Besonders Schwangere und Kinder benötigen medizinische Hilfe. In zwei Bundesstaaten im Nordwesten des Landes ist aufgrund des Goldabbaus die Bleikonzentration in der Umwelt an manchen Stellen sehr hoch. Vor allem Kinder unter fünf Jahren leiden unter Bleivergiftung. Aufgrund der schlechten Gesundheitsversorgung und großer Armut sind zudem viele Kinder an Malaria erkrankt und leiden unter Mangelernährung (lesen Sie dazu auch die Seiten 13–15).</p>	Sokoto
	Damboa
	Jahun, Miga
	Maiduguri
	Zamfara

Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Zahlen zu Patientinnen, Patienten und Behandlungen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in €
Medizinische Basisversorgung von Flüchtlingen	54.462 ambulante Konsultationen, 24.802 Schwangerenberatungen, 2.298 Geburten, Überweisung von 3.809 Geburtsnotfällen und 575 Neugeborenen an andere Kliniken	50.000
Basisgesundheitsversorgung (ab Mai)	7.145 ambulante Konsultationen	200.000
Koordination der Projekte		100.000
Koordination der Projekte		707.331
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung für malische Flüchtlinge	176.670 ambulante Konsultationen, 1.174 stationäre Behandlungen, 1.692 Geburten, 362 Operationen	2.200.000
Medizinische Unterstützung einer Notaufnahme	54.747 ambulante Konsultationen	45.000
Medizinische Behandlung von HIV und resistenter TB	2.348 HIV-Patienten, 165 TB-Patienten	720.000
Koordination der Projekte		500.000
Medizinische Behandlung von HIV- und TB-Patienten	11.020 HIV-Patienten, Geburtsbegleitung für 214 HIV-positive Frauen, 458 TB-Patienten, 1.883 ambulante Konsultationen, 1.780 psychologische Einzelgespräche	750.000
Ambulante medizinische Behandlung von HIV-Patienten	44.758 ambulante Konsultationen, 5.205 Schwangerenberatungen, 429 HIV-Patienten	750.000
Medizinische Behandlung von HIV- und TB-Patienten	16.869 HIV-Patienten, Geburtsbegleitung für 113 HIV-positive Frauen, 330 TB-Patienten	1.000.000
Medizinische Behandlung von HIV- und TB-Patienten	798 ambulante Konsultationen, 4.628 HIV-Patienten, 144 TB-Patienten	500.000
Ambulante medizinische Versorgung	9.059 ambulante Konsultationen, 207 Schwangerenberatungen, 357 chronisch kranke Patienten	450.000
Abwicklung der Nothilfeaktivitäten		15.000
Behandlung von Mangelernährung, Geburtshilfe, medizinische Versorgung von Neugeborenen	85.147 ambulante Konsultationen, 16.574 ambulante Behandlungen von mangelernährten Kindern, stationäre Behandlung von 4.813 mangelernährten Kindern, 2.765 Geburtshilfe-Aufnahmen, 1.778 Geburten	**1.500.000
Stationäre pädiatrische Versorgung, Behandlung von mangelernährten Kindern	3.885 stationäre Behandlungen, 5.355 Geburten	900.000
Ambulante und stationäre pädiatrische Versorgung, Behandlung von mangelernährten Kindern	Ambulante Behandlung von 12.645 mangelernährten Kindern, stationäre Behandlung von 6.807 mangelernährten Kindern, 32.542 Malaria-Patienten	2.500.200
Koordination der Projekte und Notfallreaktion		1.000.000
Basisgesundheitsversorgung für Vertriebene, ambulante und stationäre Behandlung von mangelernährten Patienten	45.485 ambulante Konsultationen, davon 15.657 Malaria-Patienten, 549 stationäre Behandlungen, 3.128 Schwangerenberatungen, 1.545 mangelernährte Patienten	700.000
Geburtsnothilfe, Operation von Geburtsfisteln (ab April)	7.965 Geburtshilfe-Aufnahmen, Behandlung von 963 Säuglingen, 234 Operationen von Geburtsfisteln	**1.000.000
Bereitstellung von Trinkwasser und Sanitäranlagen für Vertriebene (ab Oktober)		300.000
Behandlung von Kinderkrankheiten und schwerer Bleivergiftung bei Kindern, Reaktion auf Epidemien	6.949 ambulante Konsultationen, davon 2.569 Malaria-Patienten, 5.505 stationäre Behandlungen, 4.049 mangelernährte Patienten	500.000

PAKISTAN: In Dera Murad Jamali versorgt ÄRZTE OHNE GRENZEN schwer mangelernährte Kinder. © Sara Farid



SAMBIA: Nach der Cholera-Impfung bekommen die Kinder eine Bestätigungskarte. © Laurence Hoenig/MSF



SWASILAND: Im Krankenhaus in Matsapha diagnostizieren wir TB und behandeln Erkrankte. © Alexis Huguet/MSF

LAND
Ausgangslage

Von der deutschen
Sektion mitfinanzierte
Projekte

PAKISTAN

In vielen Landesteilen kommt es immer wieder zu gewaltsamen Auseinandersetzungen. In der Grenzregion zu Afghanistan leiden vor allem Frauen und Kinder unter der schlechten medizinischen Versorgung. Mangelernährung gefährdet in einigen Regionen die Gesundheit und das Leben vieler Kinder.

Dera Murad Dschamali

Quetta

PAPUA-NEUGUINEA

Häusliche und sexuelle Gewalt ist im Land weit verbreitet.

Tari

RUSSISCHE FÖDERATION

In Tschetschenien breiten sich schwer zu behandelnde resistente Formen von Tuberkulose aus.

Moskau

Grosny

SAMBIA

Im Februar kam es zu einer schweren Cholera-Epidemie in der Hauptstadt (lesen Sie dazu auch die Seite 35).

Lusaka

SIERRA LEONE

Nach der Ebola-Epidemie ist das ohnehin labile Gesundheitssystem noch nicht wieder voll funktionsfähig. Insbesondere Frauen und Kinder benötigen mehr medizinische Versorgung.

Freetown

Tonkolili

SIMBABWE

Das Gesundheitssystem ist nicht in der Lage, resistente Formen von Tuberkulose zu behandeln und die zweite Therapielinie bei HIV sicherzustellen. Psychisch Kranke werden nicht adäquat versorgt.

Harare

Harare

Harare

SUDAN

Im Bundesstaat al-Gedaref ist die Tropenkrankheit Kala-Azar endemisch.

al-Gedaref

SÜDSUDAN

In großen Teilen des Landes kämpfen seit Ende 2013 Regierungstruppen und bewaffnete Gruppen gegeneinander. Auch die Zivilbevölkerung wird gezielt angegriffen. Immer wieder plündern bewaffnete Kämpfer medizinische Einrichtungen und bedrohen Patienten und Personal. Hunderttausende Menschen suchen in anderen Landesteilen oder in UN-Lagern Schutz und benötigen medizinische Nothilfe, Nahrung, Trinkwasser und Unterkünfte. Das Gesundheitssystem war bereits vor den aktuellen Konflikten unzureichend und ist in vielen Teilen völlig zusammengebrochen. Es kommt zum Ausbruch von Epidemien, viele mangelernährte Kinder benötigen medizinische Hilfe. Die Sicherheitsprobleme erschweren jedoch die humanitäre Hilfe. Vielerorts ist die Hilfe nur per Flugzeug möglich.

Juba

Agok

Bentiu

UN-Schutzzone in Bentiu

Landesweit

Lankien

Unity / Leer, Thonyor

Pibor

SWASILAND

HIV und Tuberkulose (TB) verursachen die meisten Krankheits- und Todesfälle in dem Land. Gleichzeitig fehlen medizinische Fachkräfte und Medikamente zur Behandlung dieser Krankheiten. Schwer zu behandelnde resistente Formen der TB breiten sich weiter aus. Es mangelt zudem an basismedizinischer Versorgung.

Manzini

Matsapha

Moeni und Mankayane

Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Zahlen zu Patientinnen, Patienten und Behandlungen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in €
Stationäre Mutter-Kind-Versorgung, Behandlung von Mangelernährung	821 stationäre Behandlungen, 2.267 Schwangerenberatungen, 11.474 mangelernährte Patienten	500.000
Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Versorgung, Behandlung von Mangelernährung, psychologische Hilfe	39.527 ambulante Konsultationen, 800 stationäre Behandlungen, 4.721 Schwangerenberatungen, 4.989 Geburten, 2.385 mangelernährte Patienten, 2.555 Kala-Azar-Patienten, 3.370 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	1.000.000
Medizinische Hilfe für Gewaltopfer (Aktivitäten Ende März an die Gesundheitsbehörden übergeben)	2.577 ambulante Konsultationen, 130 Operationen	100.000
Koordination der Projekte		500.000
Diagnose und Behandlung von resistenter TB, psychologische Hilfe	35 TB-Patienten, 3.343 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	750.000
Impfkampagne gegen Cholera	Impfung von 423.774 Menschen	45.000
Koordination der Projekte		500.000
Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Versorgung	21.180 ambulante Konsultationen, davon 12.141 Malaria-Patienten, 2.996 stationäre Behandlungen, 6.245 Schwangerenberatungen, 1.457 Geburten, 81 Erstbehandlungen nach Vergewaltigungen	1.000.000
Koordination der Projekte		750.000
Behandlung von HIV und TB	10.624 HIV-Patienten, 586 TB-Patienten	2.000.000
Stationäre Versorgung psychiatrischer Patienten, psychologische Hilfe	611 stationäre Behandlungen, 1.770 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	750.000
Behandlung von Kala-Azar-Patienten	545 Kala-Azar-Patienten	180.000
Koordination der Projekte		2.000.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	42.536 ambulante Konsultationen, 9.925 stationäre Behandlungen	900.000
Basisgesundheitsversorgung für die lokale Bevölkerung	48.914 ambulante Konsultationen, davon 21.238 Malaria-Patienten, 3.371 Schwangerenberatungen, 141 Geburten	500.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung für Vertriebene	40.181 ambulante Konsultationen, davon 9.764 Malaria-Patienten, 4.330 stationäre Behandlungen, 403 Operationen, 427 Geburten, 103 HIV-Patienten, 265 TB-Patienten, 1.176 mangelernährte Patienten	500.000
Transport von Mitarbeitern, Patienten und Medikamenten per Flugzeug		2.000.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	116.944 ambulante Konsultationen, davon 29.539 Malaria-Patienten, 1.572 stationäre Behandlungen, 156 Operationen, 8.771 Schwangerenberatungen, 401 Geburten, 374 TB-Patienten, 1.068 mangelernährte Patienten	500.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	53.399 ambulante Konsultationen, 432 stationäre Behandlungen, 1.538 Schwangerenberatungen, 3.237 mangelernährte Patienten	500.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	66.156 ambulante Konsultationen und Notaufnahmen, 813 stationäre Behandlungen, 9.486 Schwangerenberatungen, 326 Geburten	**750.000
Koordination der Projekte		500.000
Basisgesundheitsversorgung, Diagnose und Behandlung von HIV und TB	28.721 ambulante Konsultationen, 2.984 Schwangerenberatungen, 4.924 HIV-Patienten, 327 TB-Patienten	500.000
Diagnose und Behandlung von herkömmlicher und resistenter TB	409 TB-Patienten, 296 stationäre Behandlungen	950.000

LAND
Ausgangslage

Von der deutschen
Sektion mitfinanzierte
Projekte



SYRIEN: Beim Angriff auf dieses Krankenhaus in Ost-Aleppo kam ein Arzt ums Leben. Das Gebäude wurde notdürftig mit Sandsäcken repariert. © Karam Almasri

TANSANIA: Flüchtlinge aus Burundi kommen häufig zu Fuß bis in die Flüchtlingslager. Unsere Teams versorgen sie gleich nach ihrer Ankunft. © Ikram N'gadi



TSCHAD: Gesundheitsaufklärung für Flüchtlinge aus der Zentralafrikanischen Republik
© Sara Creta/MSF

SYRIEN

Rund sieben Millionen Syrer sind im Land vertrieben und etwa viereinhalb Millionen Menschen in die Nachbarländer geflohen. Krankenhäuser werden gezielt angegriffen. Viele medizinische Einrichtungen im Land sind zerstört, es fehlt an medizinischem Personal und Material. Wegen des Krieges ist humanitäre Hilfe vielerorts nicht möglich.

Grenzregion Türkei / Syrien / Irak

Provinz Dara

TADSCHIKISTAN

Viele Menschen sind an Tuberkulose (TB) erkrankt. Die schwer zu behandelnden resistenten TB-Formen nehmen weiterhin zu. Das Gesundheitssystem vernachlässigt vor allem die Diagnose und Behandlung von an TB erkrankten Kindern. Auch HIV-positive Kinder benötigen Hilfe.

Duschanbe

Kulob

TANSANIA

Das politisch relativ stabile Land benötigt Hilfe bei der medizinischen Versorgung von rund 300.000 Flüchtlingen aus den Nachbarländern Burundi und Demokratische Republik Kongo.

Mtendeli

Nduta

Nyarugusu

TSCHAD

Die Gesundheitsversorgung in dem armen Land ist unzureichend. Konflikte und Nahrungsmittelengpässe führen zu weit verbreiteter Mangelernährung. Die Kinder- und Müttersterblichkeit ist sehr hoch. Viele Menschen leben zudem mit HIV oder sind mit Malaria oder Hepatitis E infiziert und erhalten keine angemessene Hilfe.

N'Djamena

Abéché

Am Timam

Am Timam

Baga Sola

Bokoro

Moissala

TÜRKEI

Das nördliche Nachbarland Syriens ist Ausgangspunkt für die Unterstützung medizinischer Einrichtungen in Syrien. Zudem benötigen syrische Flüchtlinge in der Türkei psychologische Hilfe.

Şanlıurfa

Hatay

Şanlıurfa

UGANDA

Das Land ist Trainingsstandort für Fachkräfte aus den benachbarten Projektländern.

Kampala

Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Zahlen zu Patientinnen, Patienten und Behandlungen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in €
Unterstützung von Gesundheitseinrichtungen	120.271 ambulante Konsultationen, 3.447 stationäre Behandlungen, 77 Operationen, 7.368 Schwangerenberatungen, 2.650 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	2.000.000
Unterstützung von Gesundheitseinrichtungen	35.239 ambulante Konsultationen, 2.992 stationäre Behandlungen, 4.522 Operationen, 194 Schwangerenberatungen, 648 Geburten	1.000.000
Diagnose und Behandlung von TB bei Kindern und Familienangehörigen	139 TB-Patienten begannen eine Behandlung, 208 wurden diagnostiziert (Patienten, die wir nicht selbst behandelten, wurden in einer staatlichen Gesundheitseinrichtung behandelt).	500.000
Diagnose und Behandlung von HIV bei Kindern und Familienangehörigen	76 HIV-Patienten	500.000
Wasser- und Sanitärversorgung in einem Flüchtlingslager (Februar bis September)	Bohrung von 11 Bohrlöchern, Bereitstellung von 17 Litern Trinkwasser pro Person und Tag für rund 50.000 Flüchtlinge	500.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung und Geburtshilfe in einem Flüchtlingslager	186.346 ambulante Konsultationen, 8.230 stationäre Behandlungen, 3.005 Geburten, 392 HIV-Patienten	900.000
Ambulante medizinische Versorgung, Notaufnahme, psychologische Hilfe und Behandlung mangelernährter Patienten in einem Flüchtlingslager	64.452 ambulante Konsultationen, davon 46.383 Malaria-Patienten, 288 stationäre Behandlungen, 24.548 psychologische Einzel- und Gruppengespräche, 1.847 Notaufnahmen, 175 mangelernährte Patienten	900.000
Koordination der Projekte und Notfallreaktion auf Hepatitis-E-Ausbruch		1.250.000
Chirurgische Versorgung in einem Krankenhaus und begleitende psychosoziale Hilfe (bis Juli)	499 Operationen, 225 Beratungsgespräche	500.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Regionalkrankenhaus und in Gesundheitszentren	30.691 ambulante Konsultationen, davon 7.950 Malaria-Patienten, 2.651 stationäre Behandlungen, 10.379 Schwangerenberatungen, 2.470 Geburten, 331 HIV-Patienten, 4.412 mangelernährte Patienten, 896 Patienten bekamen Nahrungsmittelergänzung	1.500.000
Diagnose und Behandlung von Hepatitis E	523 Patienten mit Symptomen von Hepatitis E	750.000
Basisgesundheitsversorgung, Schwangerenberatung	81.143 ambulante Konsultationen, 57.439 Schwangerenberatungen, 9.636 Routineimpfungen bei Kindern, 3.075 psychologische Einzel- und Gruppengespräche, 1.818 mangelernährte Kinder	450.000
Diagnose und Behandlung von Kindern mit schwerer Mangelernährung, ambulante medizinische Versorgung von Kindern	16.554 ambulante Konsultationen, davon 8.151 Malaria-Patienten, 11.920 mangelernährte Patienten	1.500.000
Behandlung von Malaria	116.058 Kinder mit saisonaler Malaria-Chemoprävention behandelt, 2.248 stationäre Malaria-Behandlungen	**550.000
Koordination der Projekte und Notfallreaktion für Syrien		1.000.000
Unterstützung von medizinischen Einrichtungen in Syrien	In syrischen Gesundheitseinrichtungen: 1.132.781 ambulante Konsultationen, 84.802 stationäre Behandlungen, 112.431 Operationen, 8.594 Geburten	600.000
Psychologische Hilfe für syrische Flüchtlinge	1.410 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	500.000
Logistiktraining	29 Trainings mit 506 Teilnehmenden	18.000

UKRAINE: In den Räumen eines Kindergartens leistet ÄRZTE OHNE GRENZEN psychologische Hilfe.
© Maurice Ressel

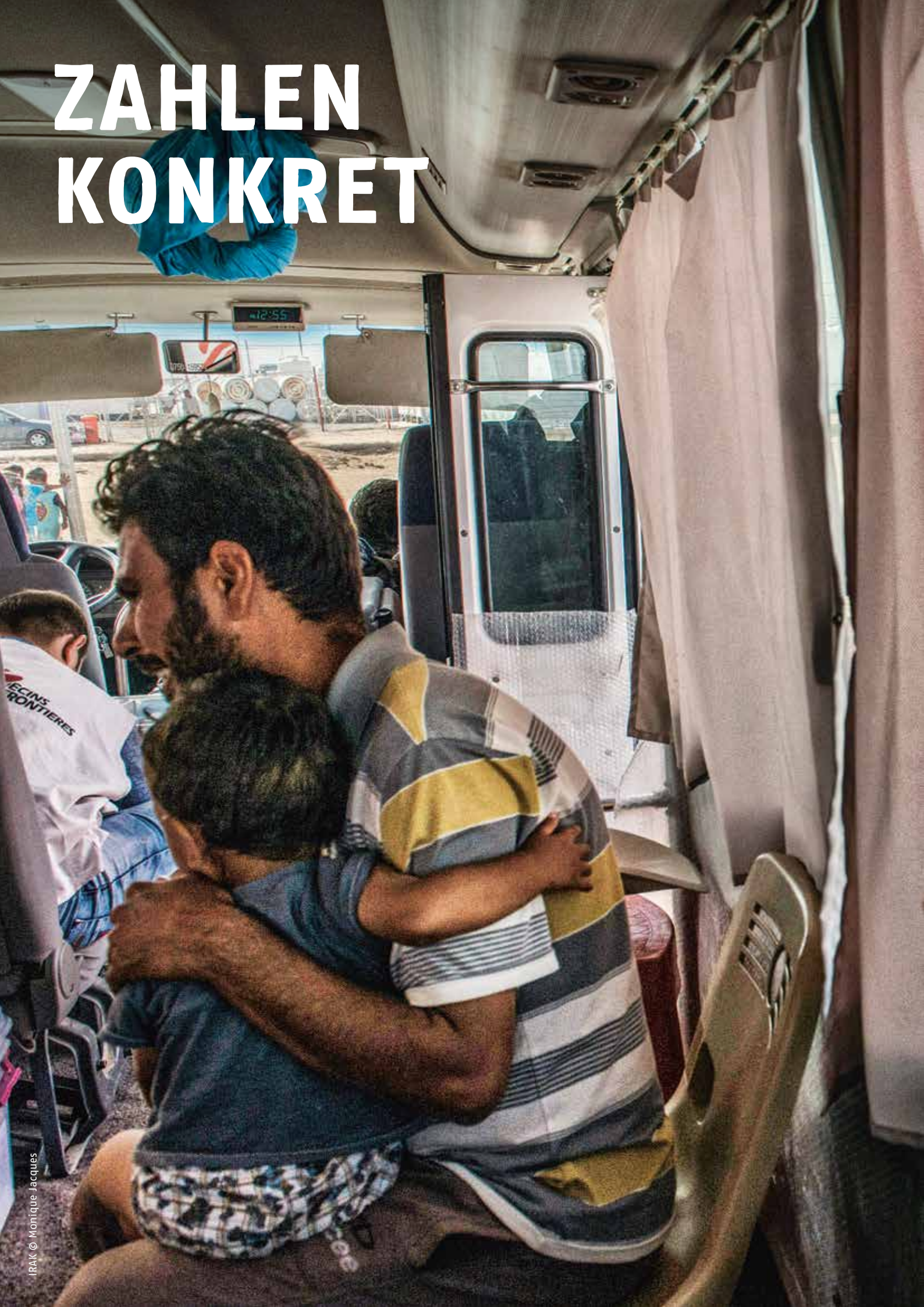


ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK: Während einer Impfkampagne untersucht die Mitarbeiterin alle Kinder auf Mangelernährung. © MSF

LAND Ausgangslage	Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte
<p>UKRAINE Das Gesundheitssystem ist durch den anhaltenden Konflikt geschwächt. Gleichzeitig steigt die Zahl der Menschen, die an resistenten Formen der Tuberkulose erkranken.</p>	<p>Donezk, Dnepropetrovsk</p>
<p>USBEKISTAN Das schwache Gesundheitssystem und die Armut beschleunigen die Ausbreitung von HIV und Tuberkulose (TB), einschließlich resistenter TB-Formen.</p>	<p>Karakalpakstan Taschkent</p>
<p>WEISSRUSSLAND In Weißrussland sind resistente Formen von Tuberkulose in den Gefängnissen verbreitet.</p>	<p>Minsk</p>
<p>ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK Trotz relativ friedlicher Präsidentschafts- und Parlamentswahlen zu Jahresbeginn nimmt die Gewalt in den nördlichen Provinzen des Landes seit Mitte April wieder zu. Darunter leidet vor allem die Zivilbevölkerung. Viele Dörfer werden geplündert und niedergebrannt. Die Bewohner fliehen in andere Landesteile oder in die Wälder. Gleichzeitig ist das Gesundheitssystem weitgehend zusammengebrochen, viele Menschen haben keinen Zugang zu medizinischer Hilfe. Das ist vor allem für Frauen und Kinder gefährlich. Viele Menschen sterben an vermeidbaren und behandelbaren Krankheiten wie Malaria, Atemwegsinfektionen oder Durchfall.</p>	<p>Bangui Bogouila Bossangoa Ouaka Zémio</p>
<p>INITIATIVE FÜR MEDIKAMENTE GEGEN VERNACHLÄSSIGTE KRANKHEITEN (DNDI) Die Non-Profit-Organisation entwickelt bedarfsgerechte Medikamente gegen Krankheiten, an denen vor allem Menschen in ärmeren Ländern leiden. ÄRZTE OHNE GRENZEN ist Mitglied im Vorstand der Initiative.</p>	
<p>MEDIKAMENTENKAMPAGNE Die Medikamentenkampagne von ÄRZTE OHNE GRENZEN setzt sich für einen verbesserten Zugang zu lebensnotwendigen Impfstoffen, Diagnostika und Medikamenten für Menschen in ärmeren Ländern ein.</p>	

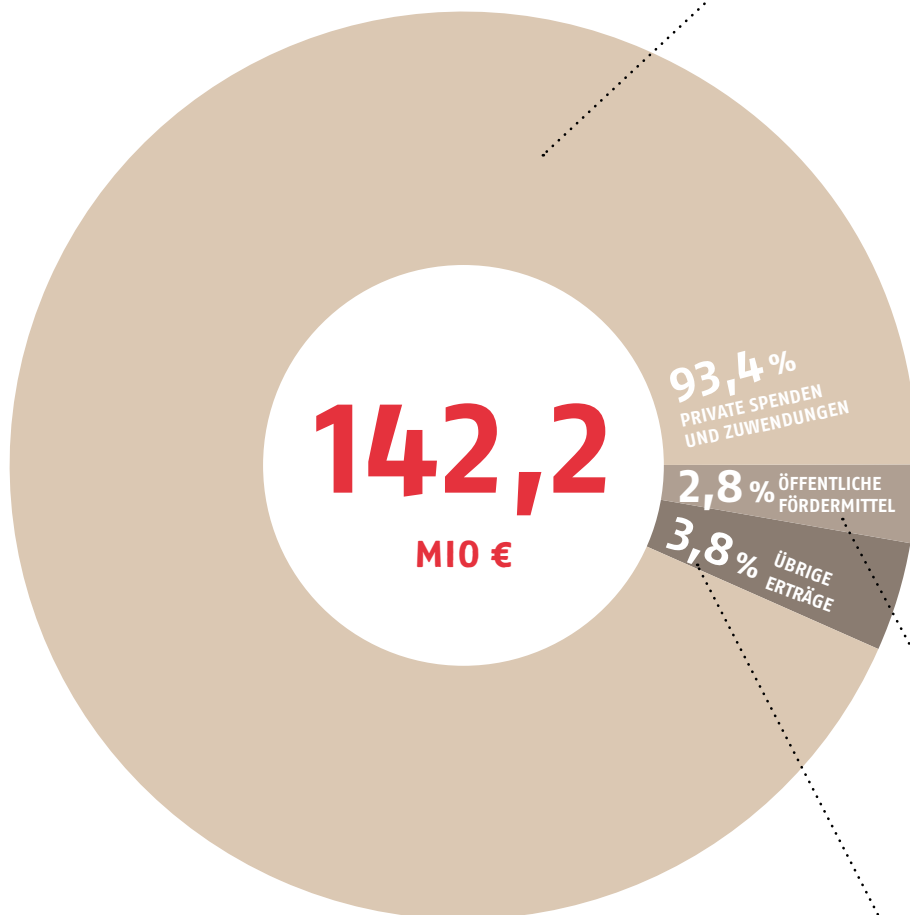
Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Zahlen zu Patientinnen, Patienten und Behandlungen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in €
Diagnose und Behandlung von resistenter TB	19 Patienten mit resistenter TB	685.000
Behandlung von TB	1.806 TB-Patienten	2.500.000
Behandlung von HIV	483 HIV-Patienten	500.000
Behandlung von resistenter TB	20 TB-Patienten	750.000
Koordination der Projekte		1.000.000
Ambulante medizinische Versorgung in mehreren Gesundheitszentren	68.774 ambulante Konsultationen, davon 48.619 Malaria-Patienten, 3.411 Schwangerenberatungen, 697 Geburten, 470 mangelernährte Patienten	300.000
Ambulante und stationäre medizinische Behandlung in einem Krankenhaus sowie Unterstützung von Gesundheitszentren	105.043 ambulante Konsultationen, davon 84.572 Malaria-Patienten, 5.092 stationäre Behandlungen, 940 Operationen, 6.009 Schwangerenberatungen, 1.823 Geburten, 1.862 psychologische Einzel- und Gruppengespräche, 1.247 mangelernährte Patienten	1.500.000
Ambulante medizinische Versorgung durch die Unterstützung von Gesundheitszentren und mobilen Kliniken	34.963 ambulante Konsultationen, davon 23.541 Malaria-Patienten, 377 stationäre Behandlungen, 2.824 Schwangerenberatungen, 328 mangelernährte Patienten, 492 Patienten bekamen Nahrungsmittelergänzung	1.200.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung, Behandlung von HIV- und TB-Patienten	46.378 ambulante Konsultationen, davon 30.044 Malaria-Patienten, 1.326 stationäre Behandlungen, 2.459 Schwangerenberatungen, 561 Geburten, 1.196 HIV-Patienten, 39 TB-Patienten	1.000.000
30 Projekte, darunter: Entwicklung eines oralen Medikaments gegen die Schlafkrankheit und eines Wirkstoffes gegen Kala-Azar, Studie zur Behandlung von Hepatitis C, Start der „Global Antibiotic R&D Partnership“ (GARD)		356.400
Kampagne zur Senkung der Preise für Pneumokokken-Impfstoffe für Kinder, Startförderung des 3P-Projekts zur Entwicklung neuer Tuberkulose-Behandlungsregime, Verhandlungen mit Pharmaindustrie und Politikern zu Themen wie der Senkung der Preise von Hepatitis-C-Medikamenten, der Bekämpfung von antimikrobiellen Resistenzen und der Produktion von Antisera gegen Schlangengifte		452.989

ZAHLEN KONKRET





EINNAHMEN 2016



PRIVATE SPENDEN UND ZUWENDUNGEN

132,8 MIO €

↑ 16,2 MIO € / VERGLEICH ZU 2015

102,4 MIO €

Bestandsspender: Spender, die zum wiederholten Mal gespendet haben

10,6 MIO € Neuspender

19,8 MIO €
Sonstige private Zuwendungen

Spenden, Mitgliedsbeiträge, Erbschaften und Bußgelder von Privatpersonen, Zuwendungen von Stiftungen und Firmen sowie Einnahmen aus Firmenkooperationen

ÖFFENTLICHE FÖRDERMITTEL

4,0 MIO €

↑ 0,1 MIO € / VERGLEICH ZU 2015

Die öffentlichen Fördermittel stammen zu 100 % aus der Finanzierung des Auswärtigen Amtes.

ÜBRIGE ERTRÄGE

5,4 MIO €

↑ 0,8 MIO € / VERGLEICH ZU 2015

Die übrigen Erträge sind vor allem Einnahmen aus Kostenerstattungen.

PRIVATE SPENDEN UND ZUWENDUNGEN

Im Jahr 2016 konnte ÄRZTE OHNE GRENZEN Einnahmen von insgesamt 142,2 Millionen Euro erzielen. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Einnahmen damit um 17,1 Millionen Euro. Die privaten Spenden und Zuwendungen waren im Jahr 2016 höher als erwartet und lagen mit 132,8 Millionen Euro um 16,2 Millionen Euro über dem Ergebnis des Jahres 2015. Dies führen wir unter anderem auf die weiterhin hohe Präsenz von ÄRZTE OHNE GRENZEN in den Medien zurück. Zudem sehen wir das Wachstum der Einnahmen als Ergebnis höherer Ausgaben für Spenden-

werbung und -verwaltung. 587.891 Spenderinnen und Spender unterstützten im Jahr 2016 in Deutschland die Arbeit von ÄRZTE OHNE GRENZEN, 48.890 mehr als im Vorjahr.

ZWECKGEBUNDENE SPENDEN

Der Anteil der zweckgebundenen Spenden an den privaten Spenden und Zuwendungen betrug drei Prozent. Frei verfügbare Spenden eröffnen uns die Möglichkeit, die finanziellen Mittel dort einzusetzen, wo die Not am größten ist.

SPENDERINNEN UND SPENDER 2016



197.342

Dauerspender,
davon

31.692

Neuspender

390.549

Einzelspender,
davon

94.551

Neuspender

587.891

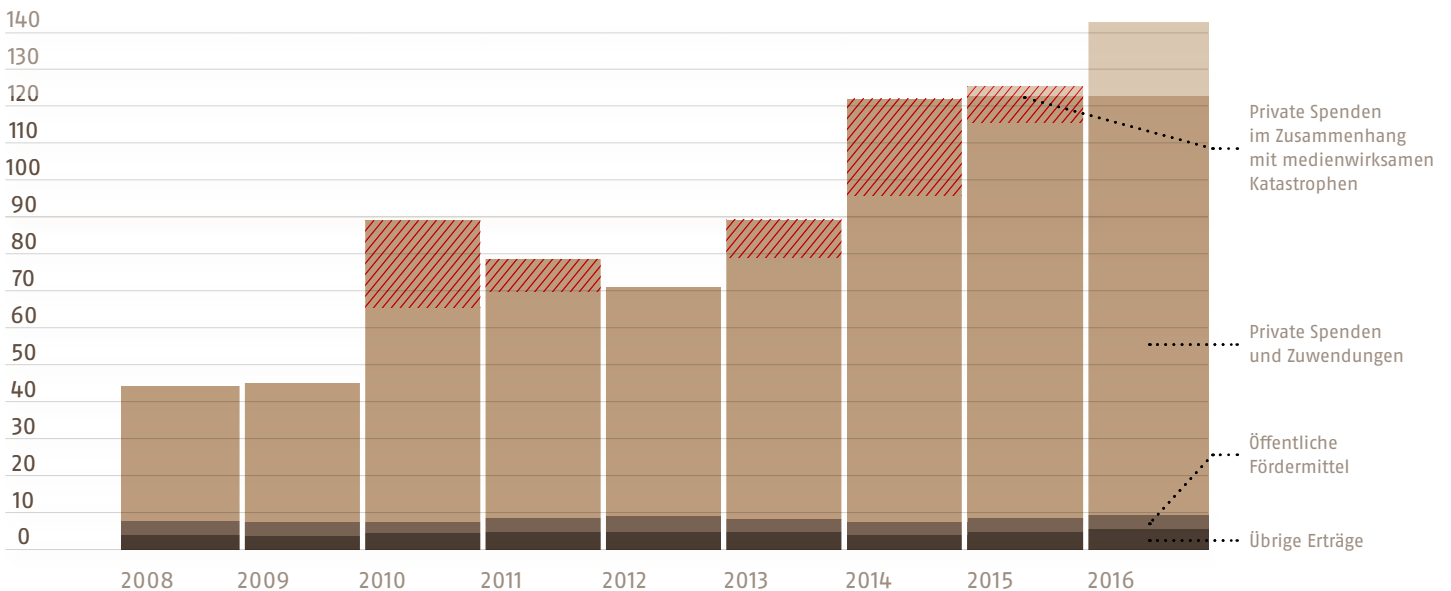
Spender



entspricht
10.000 Spenderinnen
und Spendern

EINNAHMENENTWICKLUNG 2008 – 2016

MIO €



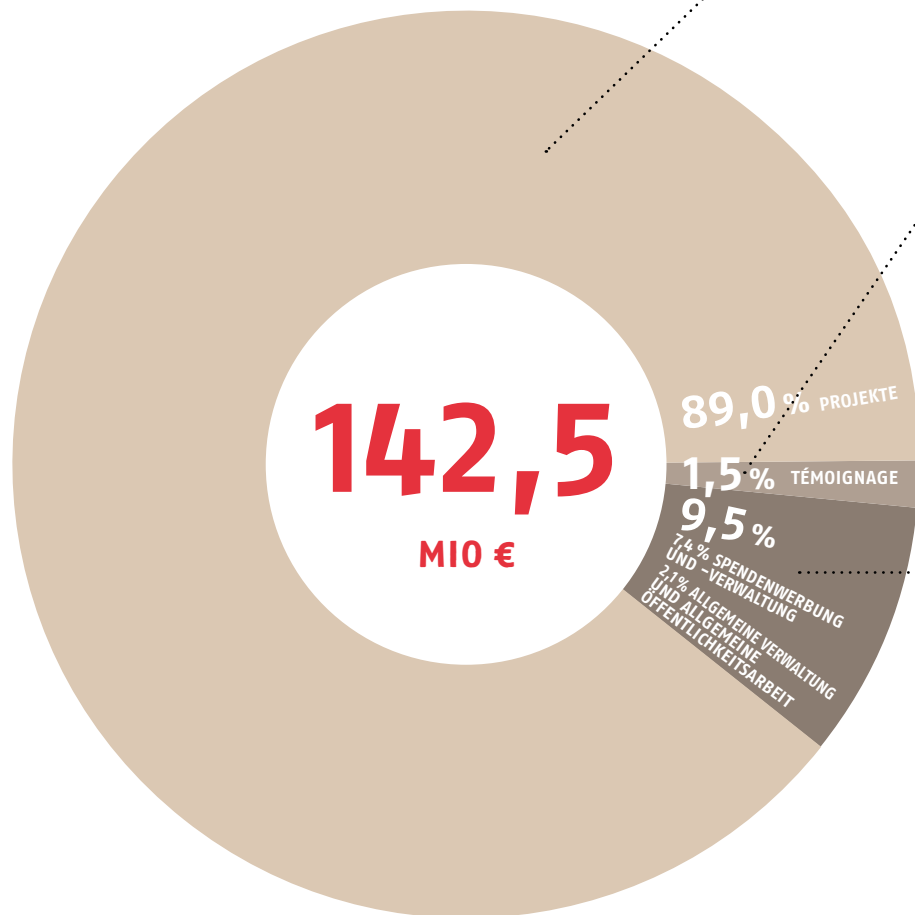
MEDIENWIRKSAME KATASTROPHEN

Naturkatastrophen oder Epidemien, über die die Medien ausführlich berichten und bei denen viele Menschen innerhalb kurzer Zeit Hilfe benötigen, generieren häufig eine stark erhöhte Spendenbereitschaft. Im Jahr 2016 gab es zwar viele Krisen, aber keine Katastrophe, der ein hohes Spendenaufkommen direkt zugeordnet werden konnte.

ÖFFENTLICHE FÖRDERMITTEL

Das Auswärtige Amt unterstützte die Arbeit von ÄRZTE OHNE GRENZEN im Jahr 2016 mit insgesamt 4,0 Millionen Euro. Das Geld ging erneut ausschließlich an Projekte in Afrika – in die Demokratische Republik Kongo, in den Niger, nach Nigeria, in den Südsudan und in den Tschad. Im Juni 2016 hat das internationale Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN entschieden, keine Gelder mehr bei der EU oder deren Mitgliedsstaaten zu beantragen. Dieser Anteil entfällt daher ab dem Jahr 2017.

AUSGABEN 2016



PROJEKTE

126,8 MIO €

↑ 1,6 MIO € / VERGLEICH ZU 2015

Das Geld ging in Nothilfeprojekte in mehr als 43 Ländern und finanzierte dort die medizinische Hilfe mit. Mitfinanziert wurde auch die Steuerung und Betreuung der Projekte sowie die Förderung und Implementierung von neuen, wirksameren und bezahlbaren Medikamenten.

TÉMOIGNAGE

2,1 MIO €

↓ 0,2 MIO € / VERGLEICH ZU 2015

Témoignage bedeutet Zeugnis ablegen. Das Berichten über die Situation der Menschen in den Projektländern gehört zu den satzungsgemäßen Aufgaben von ÄRZTE OHNE GRENZEN.

VERWALTUNG, ALLGEMEINE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT, SPENDENWERBUNG

13,6 MIO €

↑ 0,9 MIO € / VERGLEICH ZU 2015

SPENDENWERBUNG
UND -VERWALTUNG

4,9 MIO €

Betreuung von Bestandsspendern: Spender, die zum wiederholten Mal gespendet haben

3,7 MIO €

Gewinnung von Neuspendern

2,0 MIO €

Ausgaben für sonstige private Zuwendungen

1,3 MIO €

Internationales Büro in Genf

0,4 MIO €

Geschäftsführung, Vorstand, Aufsichtsrat, Mitgliederbetreuung

0,4 MIO €

Rechnungs- und Finanzwesen, Controlling, Wirtschaftsprüfung

0,9 MIO €

Sonstiges

ALLGEMEINE VERWALTUNG
UND ALLGEMEINE
ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

AUSGABEN FÜR PROJEKTARBEIT

Insgesamt verwendete die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** 128,9 Millionen Euro für satzungsgemäße Aufgaben. Das entspricht 90,5 Prozent aller Ausgaben des Jahres 2016. 126,8 Millionen Euro flossen in die medizinische Nothilfe in mehr als 43 Ländern sowie in Projekte entlang der Flüchtlingsrouten nach und in Europa. In der Projektfinanzierung sind auch Anteile für die Steuerung und Betreuung der Projekte sowie die Medikamentenkampagne enthalten.

Die größten Summen gingen jeweils in Länder mit lang anhaltenden Krisen wie die Demokratische Republik Kongo, den Jemen und den Südsudan. 2,1 Millionen Euro wurden für *Témoignage* aufgewendet.

Die Gesamtsumme der Ausgaben ist im Jahr 2016 um 0,3 Millionen Euro höher als die gesamten Einnahmen. Die Differenz glichen wir aus den Rücklagen aus. In den vergangenen Jahren kam es vor, dass die Einnahmen aufgrund von Ereignissen mit großer medialer Präsenz unerwartet hoch waren, und wir diese Mittel nicht im selben Jahr verbrauchen konnten.

SPENDENWERBUNG UND SPENDENVERWALTUNG

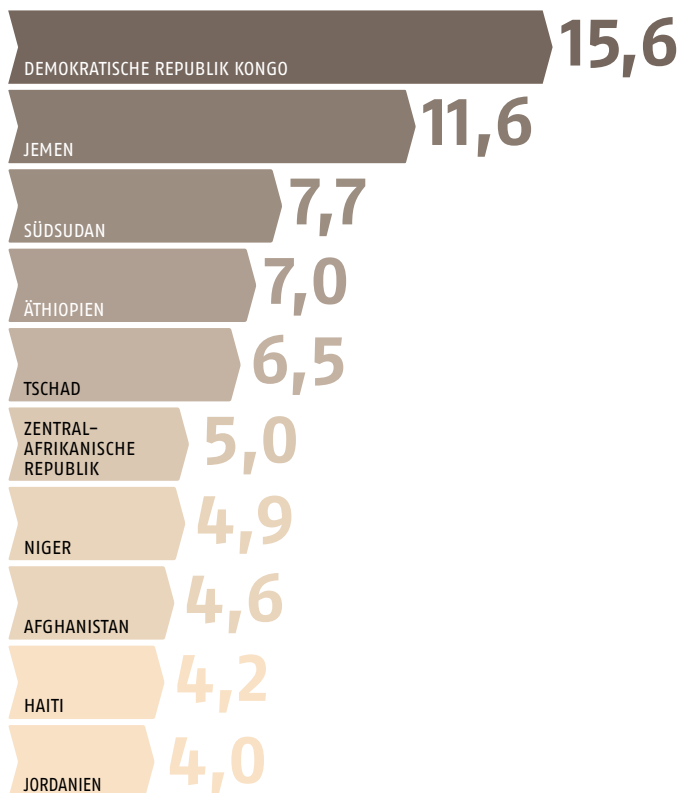
In der Spendenabteilung betreuen wir unsere Spenderinnen und Spender, indem wir sie über die Arbeit von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** informieren und um weitere Spenden bitten. Dies geschieht vor allem mit dem Spendermagazin *AKUT*, das dreimal im Jahr erscheint. Die Hälfte der Kosten für das Magazin wird dem Bereich *Témoignage* zugerechnet. Außerdem werben wir neue Spenderinnen und Spender, die die medizinische Nothilfe von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** unterstützen. Dies geschieht unter anderem durch Briefe und Standwerbung auf der Straße.

Für die Spendenwerbung und -verwaltung wurden im Jahr 2016 10,6 Millionen Euro ausgegeben, 0,8 Millionen Euro mehr als im Vorjahr. Der Anteil der Ausgaben für Spendenwerbung und -verwaltung an den Gesamtausgaben betrug 7,4 Prozent und liegt somit um 0,4 Prozentpunkte über dem Anteil im Jahr 2015. Um auch zukünftig den wachsenden Bedürfnissen nach medizinischer Hilfe in den weltweiten Krisenregionen gerecht werden zu können, haben wir es uns zum Ziel gesetzt, die Einnahmen in den kommenden Jahren weiter zu steigern. Um dies zu erreichen, hat **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Deutschland mehr Mittel für die Gewinnung neuer und die Bindung bestehender Spenderinnen und Spender eingesetzt. Es bleibt grundsätzlich unser Anliegen, die Ausgaben der Spendenabteilung so gering wie möglich zu halten.

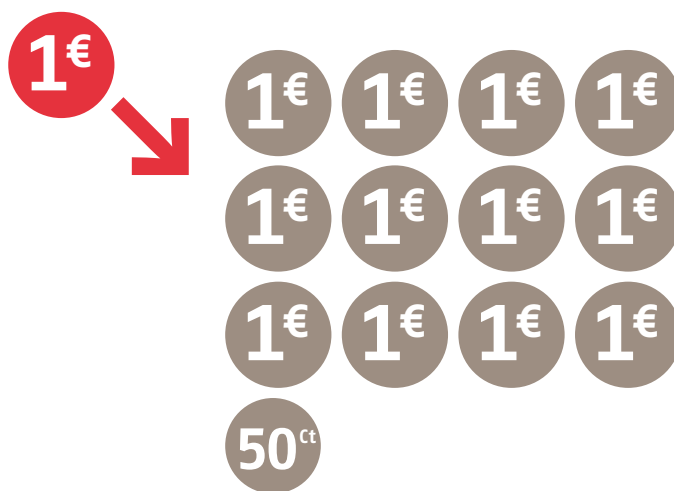
ALLGEMEINE VERWALTUNG UND ALLGEMEINE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Der Anteil der Ausgaben für allgemeine Öffentlichkeitsarbeit und Verwaltung betrug 2,1 Prozent. 3,0 Millionen Euro wurden für die Personal- und Finanzverwaltung, den Vorstand, die Geschäftsführung, Teile des Internetauftritts und des Jahresberichts sowie für das Sekretariat aufgewendet. Inbegriffen sind dabei auch die anteiligen Kosten für das internationale Büro des Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Genf.

PROJEKTFINANZIERUNG DURCH DIE DEUTSCHE SEKTION – NACH LÄNDERN (TOP 10 IN MIO €)



FÜR JEDEN IN DER SPENDENWERBUNG UND -VERWALTUNG AUSGEGEBENEN EURO HAT **ÄRZTE OHNE GRENZEN 12,50 EURO SPENDEN EINGENOMMEN.**



JAHRESABSCHLUSS 2016

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (MSF) – ÄRZTE OHNE GRENZEN, DEUTSCHE SEKTION E.V., BERLIN

BILANZ ZUM 31. DEZEMBER 2016

AKTIVA	31.12.2016 EUR	31.12.2015 EUR
A. ANLAGEVERMÖGEN		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände		
Entgeltlich erworbene Software	637.225,10	791.566,68
II. Sachanlagen		
Büro- und Geschäftsausstattung	298.825,41	259.342,84
	936.050,51	1.050.909,52
B. UMLAUFVERMÖGEN		
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände		
1. Forderungen gegen andere MSF-Büros	1.355.782,68	4.724.598,49
2. Forderungen aus Erbschaften	2.350.716,81	1.095.218,42
3. Übrige Forderungen	314.215,15	95.176,38
	4.020.714,64	5.914.993,29
II. Wertpapiere		
Sonstige Wertpapiere	3,72	87.859,95
III. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten	21.276.088,88	15.591.015,24
	25.296.807,24	21.593.868,48
C. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN	110.212,40	153.113,35
	26.343.070,15	22.797.891,35

PASSIVA	31.12.2016 EUR	31.12.2015 EUR
A. RÜCKLAGEN		
Freie Rücklage		
Vortrag zum 1. Januar	7.799.308,85	11.917.162,11
Einstellungen	0,00	0,00
Entnahmen	311.637,41	4.117.853,26
Stand am 31. Dezember	7.487.671,44	7.799.308,85
B. NOCH NICHT VERBRAUCHTE SPENDENMITTEL		
1. Noch nicht satzungsgemäß verw. Spenden	0,00	0,00
2. Noch nicht satzungsgemäß verw. Erbschaften	2.350.716,81	1.095.218,42
	2.350.716,81	1.095.218,42
C. RÜCKSTELLUNGEN		
Sonstige Rückstellungen	460.000,00	490.000,00
D. VERBINDLICHKEITEN		
1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	468.400,37	432.625,25
2. Verbindlichkeiten gegenüber anderen MSF-Büros	15.530.766,78	12.925.501,36
3. Sonstige Verbindlichkeiten	45.514,75	55.237,47
	16.044.681,90	13.413.364,08
	26.343.070,15	22.797.891,35

ANHANG FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2016

BILANZIERUNGS- UND BEWERTUNGSGRUNDSÄTZE

Der Jahresabschluss des Vereins wurde aufgestellt unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung und in entsprechender Anwendung der Vorschriften der §§ 242 bis 256a und §§ 264 bis 288 des Handelsgesetzbuches (HGB), in Anlehnung an die Empfehlungen des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen (DZI), sowie – soweit nach deutschem Recht möglich – gemäß den Regelungen für die Aufstellung des gemeinsamen internationalen Jahresabschlusses des Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN (MSF Generally Accepted Accounting Principles, kurz: „MSF-GAAP“). Zudem wurde die Stellungnahme zur Rechnungslegung des Instituts der Wirtschaftsprüfer zu Besonderheiten der Rechnungslegung Spenden sammelnder Organisationen (IDW RS HFA 21) beachtet.

Für die Aufstellung des Jahresabschlusses zum 31. Dezember 2016 waren mit Ausnahme der Ausweisänderungen in der Gewinn- und Verlustrechnung im Zusammenhang mit der erstmaligen Anwendung der Vorschriften nach dem Bilanzrichtlinien-Umsetzungsgesetz (BilRUG) unverändert die folgenden Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden maßgebend.

Die **Immateriellen Vermögensgegenstände** des Anlagevermögens werden, soweit sie gegen Entgelt erworben wurden, zu Anschaffungskosten abzüglich Abschreibungen aktiviert. Die planmäßige Abschreibung für abnutzbare immaterielle Vermögensgegenstände erfolgt linear unter Zugrundelegung einer Nutzungsdauer von drei Jahren bzw. für die Fundraising-Datenbank von zehn Jahren.

Die **Sachanlagen** sind zu Anschaffungskosten abzüglich Abschreibungen bewertet. Die planmäßigen Abschreibungen für abnutzbare Vermögensgegenstände des Sachanlagevermögens erfolgen linear unter Zugrundelegung der betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer. Entsprechend den MSF-GAAP beträgt die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer der Büroeinrichtung fünf Jahre. Vermögensgegenstände, deren Anschaffungskosten ohne Umsatzsteuer EUR 410,00 nicht überschreiten und die zu einer selbstständigen Nutzung fähig sind, werden im Jahr der Anschaffung sofort als Aufwand geltend gemacht.

Sachspenden werden zu dem am Tag der Spende beizulegenden Zeitwert bewertet. Die **Forderungen und sonstigen Ver-**

mögensgegenstände sind unter Beachtung des strengen Niederstwertprinzips grundsätzlich zum Nominalwert angesetzt.

Forderungen aus Erbschaften werden aktiviert, sofern zum Bilanzstichtag ein rechtlicher Anspruch vorliegt und die Forderung aus der entsprechenden Erbschaft bis zum Zeitpunkt der Aufstellung des Jahresabschlusses beglichen wurde bzw. deren Wert eindeutig feststeht. Für Erbschaften, die noch nicht vereinnahmt wurden und deren Wert bis zur Aufstellung des Jahresabschlusses noch nicht eindeutig feststeht, wird ein Erinnerungswert von EUR 1,00 eingestellt.

Die **Wertpapiere** des Umlaufvermögens sind zu dem niedrigeren Wert aus den Anschaffungskosten und dem beizulegenden Wert zum Bilanzstichtag angesetzt. Der **Kassenbestand** und die **Guthaben bei Kreditinstituten** werden zum Nennwert bewertet. Fremdwährungsbestände werden zum Devisenkassamittelkurs am Abschlussstichtag umgerechnet.

Als aktiver **Rechnungsabgrenzungsposten** sind Ausgaben vor dem Bilanzstichtag ausgewiesen, soweit sie Aufwand für eine bestimmte Zeit nach diesem Tag darstellen.

Die **Freie Rücklage** wurde und wird aus erwirtschafteten Überschüssen gebildet. Sie dient dazu, die Kosten am Standort Deutschland abzusichern und damit vorübergehende Einnahmeschwankungen auszugleichen.

Unter den **Noch nicht verbrauchten Spendenmitteln** werden Spenden und Erbschaften ohne Rückzahlungsverpflichtung ausgewiesen, die zum Bilanzstichtag noch nicht verwendet wurden.

Die **Rückstellungen** sind in Höhe ihrer voraussichtlichen Inanspruchnahme mit dem Erfüllungsbetrag angesetzt und tragen den erkennbaren Risiken und ungewissen Verbindlichkeiten Rechnung. Zukünftige Preis- und Kostensteigerungen werden berücksichtigt, sofern ausreichende objektive Hinweise für deren Eintritt vorliegen. Rückstellungen mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr werden gemäß § 253 Abs. 2 Satz 1 HGB mit dem ihrer Restlaufzeit entsprechenden durchschnittlichen Marktzinssatz der vergangenen sieben Geschäftsjahre abgezinst.

Die **Verbindlichkeiten** sind zu ihrem Erfüllungsbetrag angesetzt.

ERLÄUTERUNGEN ZUR BILANZ

Die Entwicklung des **Anlagevermögens** ist im Anlagespiegel auf Seite 62 f. dargestellt. Die **Zugänge** resultieren im Wesentlichen aus dem Ersatz und der Erweiterung von Computer-Hardware.

Die **Forderungen gegen andere MSF-Büros** resultieren im Wesentlichen aus der Weiterbelastung von Personalkosten und dem sonstigen laufenden Rechnungsverkehr (TEUR 1.002) sowie aus Ansprüchen aus Projektmitteln für 2016 (TEUR 353).

Die **Forderungen aus Erbschaften** betreffen Erbschaftsansprüche, die bis zur Aufstellung des Jahresabschlusses auf den Konten des Vereins gutgeschrieben wurden bzw. deren Wert bei Aufstellung des Jahresabschlusses eindeutig feststand (TEUR 2.351).

Die **Übrigen Forderungen** enthalten im Wesentlichen Forderungen gegen die **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Stiftung, München, (TEUR 160), geleistete Vorauszahlungen für Anzeigenschaltungen an die Google Germany GmbH, Hamburg, (TEUR 110) sowie Forderungen gegen Lieferanten (TEUR 38). Unter den **Wertpapieren** des Umlaufvermögens werden Wertpapiere ausgewiesen,

die uns im Rahmen von Erbschaften übertragen wurden und deren Veräußerung beabsichtigt ist.

Alle Forderungen und sonstigen Vermögensgegenstände sind wie im Vorjahr innerhalb eines Jahres fällig.

Der aktive **Rechnungsabgrenzungsposten** beinhaltet TEUR 33 abgegrenzte Aufwendungen für Jahresabonnements im Bereich des öffentlichen Personennahverkehrs, TEUR 27 Beitragsanteile für Versicherungen, TEUR 12 Vorauszahlungen für Raummieten für Seminare, TEUR 12 Wartungsvorauszahlungen sowie TEUR 26 sonstige Vorauszahlungen.

Die **Rücklagen** haben sich um den Jahresfehlbetrag 2016 in Höhe von TEUR 312 verringert.

Der Posten **Noch nicht satzungsgemäß verwendete Erbschaften** umfasst zum 31. Dezember 2016 noch nicht verbrauchte Erbschaften, für die zum Bilanzstichtag ein rechtlicher Anspruch vorlag und die zwischen Bilanzstichtag und Aufstellung des Jahresabschlusses zugeflossen sind bzw. deren Wert bei Aufstellung des Jahresabschlusses feststand (TEUR 2.351). Der

setzungsgemäße Verbrauch dieser Mittel ist für das Jahr 2017 geplant. Die unter dem Posten **Noch nicht satzungsgemäß verwendete Erbschaften** zum Vorjahresstichtag ausgewiesenen noch nicht verbrauchten Erbschaften (TEUR 1.095) wurden im Jahr 2016 vollständig verbraucht.

Die **Sonstigen Rückstellungen** betreffen im Wesentlichen die Rückstellung für ausstehenden Urlaub (TEUR 204), Rückstellungen für ausstehende Rechnungen (TEUR 152) sowie für die Schwerbehindertenausgleichsabgabe (TEUR 50).

Die **Verbindlichkeiten gegenüber anderen MSF-Büros** betreffen im Wesentlichen Projektaufwendungen und Weiterberechnungen von Kosten, die Anfang 2017 bezahlt wurden.

Unter den **Sonstigen Verbindlichkeiten** werden Verbindlichkeiten gegenüber Mitarbeitern und Mitgliedern des Vorstandes (TEUR 16), gegenüber der **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Stiftung (TEUR 16) sowie erhaltene Kautionen (TEUR 13) ausgewiesen. Ferner bestehen Verbindlichkeiten im Rahmen der sozialen Sicherheit in Höhe von TEUR 1 (Vorjahr TEUR 2).

Die **Verbindlichkeiten** sind wie im Vorjahr sämtlich innerhalb eines Jahres fällig.

Es bestehen **wirtschaftlich maßgebliche, langfristige Verpflichtungen** aus dem Mietvertrag für das Büro in Berlin. Der Vertrag endet zum 31. März 2022 und verlängert sich dann jeweils um ein Jahr, falls nicht spätestens zwölf Monate vor Ablauf der Mietzeit eine der Parteien des Mietvertrages der Verlängerung widerspricht. Die jährliche Verpflichtung beträgt derzeit TEUR 361.

Darüber hinaus bestehen de facto langfristige Verpflichtungen im Rahmen des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** für die Beiträge zum internationalen Büro in Genf, zur Medikamentenkampagne und zur **DRUGS FOR NEGLECTED DISEASES INITIATIVE (DNDi)**. Die dafür entstehenden Kosten werden im Verhältnis der privaten Spendeneinnahmen auf die einzelnen Sektionen umgelegt. Im Jahr 2016 betrug der Kostenanteil der deutschen Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** insgesamt TEUR 2.124 (davon für das internationale Büro in Genf TEUR 1.314).

GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG FÜR 2016

	2016 EUR	2015 EUR
1. Spenden und Zuwendungen		
a) Spenden (im Geschäftsjahr zugeflossene Spenden)	120.374.663,31	104.612.286,05
+ Verbrauch in Vorjahren zugeflossener Spenden	0,00	11.000.000,00
- noch nicht verbrauchter Spendenzufluss d. Geschäftsj.	0,00	0,00
= Ertrag aus Spendenverbrauch des Geschäftsjahres	120.374.663,31	115.612.286,05
b) Bußgelder	2.392.275,61	2.499.371,36
c) Mitgliedsbeiträge	13.764,00	12.826,00
d) Erbschaften	9.607.305,70	8.938.787,68
e) Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln	4.050.000,12	3.850.000,00
	136.438.008,74	130.913.271,09
2. Umsatzerlöse	5.424.559,32	0,00
3. Sonstige betriebliche Erträge	358.906,52	5.157.714,77
4. Projektaufwand	-119.163.568,12	-118.380.325,00
5. Materialaufwand Aufwendungen für bezogene Leistungen	-446.145,26	0,00
6. Personalaufwand		
a) Gehälter	-9.911.629,15	-8.978.010,51
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung davon für Altersversorgung EUR 79.432,40 (Vorjahr: EUR 74.469,48)	-1.999.772,01	-1.763.258,91
	-11.911.401,16	-10.741.269,42
7. Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	-383.515,07	-391.864,12
8. Sonstige betriebliche Aufwendungen	-10.633.550,35	-10.700.670,10
9. Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	5.067,97	25.289,52
10. Jahresfehlbetrag	-311.637,41	-4.117.853,26
11. Einstellungen in die Freie Rücklage	0,00	0,00
12. Entnahmen aus der Freien Rücklage	311.637,41	4.117.853,26
13. Bilanzergebnis	0,00	0,00

ERLÄUTERUNGEN ZUR GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG

Die Gewinn- und Verlustrechnung wurde analog zu § 275 Abs. 2 HGB gegliedert.

Zur weiteren Erläuterung der Gewinn- und Verlustrechnung werden die Erträge und Aufwendungen nach Sparten und Funktionen dargestellt (Seite 65). Basis hierfür ist die steuerliche Untergliederung gemäß Abgabenordnung sowie die Gliederung gemäß MSF-GAAP.

Die **Spenden und Zuwendungen** in Höhe von TEUR 136.438 resultieren aus zweckgebundenen und freien Spenden, Bußgeldern, Mitgliedsbeiträgen, Erbschaften und Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln. Zweckgebundene private Spenden und Zuwendungen werden zum Zeitpunkt der Mittelverwendung im Regelfall pauschal mit 10 % Verwaltungs- und Werbeausgaben belastet, um sicherzustellen, dass diese Kosten nicht ausschließlich aus freien Spenden finanziert werden.

Von den Spenden und Zuwendungen entfallen TEUR 4.047 (Vorjahr TEUR 5.298) auf private zweckgebundene Spenden und Zuwendungen nach Abzug der 10 % für Verwaltungs- und Werbungskosten sowie TEUR 4.050 auf zweckgebundene Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln (Vorjahr TEUR 3.850).

Die öffentlichen Fördermittel des Auswärtigen Amtes sind für die medizinische Not- und Hilfe in fünf Projekten in fünf afrikanischen Ländern bestimmt (siehe Seite 62).

Der Ausweis der **Umsatzerlöse** betrifft im Wesentlichen die Erstattung von Personal- und Sachkosten (TEUR 5.017) durch andere Sektionen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**. Projektmitarbeiter, die in Deutschland rekrutiert werden, werden in Projekten des gesamten Netzwerkes eingesetzt, auch wenn diese durch andere Sektionen gesteuert werden. Ferner werden unter den Umsatzerlösen Erträge aus Kooperati-

onen (TEUR 357) sowie Mieteinnahmen aus Untermietverhältnissen (TEUR 50) ausgewiesen.

Der Ausweis von Umsatzerlösen ergibt sich erstmalig infolge der Anwendung des Bilanzrichtlinie-Umsetzungsgesetzes (BilRUG). Für das Vorjahr hätten sich unter Anwendung des BilRUG Umsatzerlöse in Höhe von TEUR 4.964 ergeben.

Die **Sonstigen betrieblichen Erträge** (TEUR 359) enthalten u. a. Erträge aus Sachbezugswerten (TEUR 95) und der Auflösung von Rückstellungen (TEUR 77).

Im Vorjahr wurden unter den Sonstigen betrieblichen Erträgen auch die Erstattung von Personal- und Sachkosten (TEUR 4.460) durch andere Sektionen, Erträge aus Kooperationen (TEUR 495) und Untermietverhältnissen (TEUR 9) ausgewiesen, die im Jahr 2016 wegen der erstmaligen Anwendung des BilRUG unter den Umsatzerlösen auszuweisen sind. Für das Vorjahr hätten sich unter Anwendung des BilRUG Sonstige betriebliche Erträge in Höhe von TEUR 194 ergeben.

Die Sonstigen betrieblichen Erträge enthalten periodenfremde Erträge aus der Auflösung von Rückstellungen in Höhe von TEUR 77.

Für den **Projektaufwand** wurden im Berichtsjahr Verträge über die Finanzierung mit anderen Sektionen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** geschlossen.

Der Projektaufwand verteilt sich im Geschäftsjahr 2016 auf die in der Übersicht auf Seite 62 dargestellten Länder. Neben der Gesamtsumme des Projektaufwandes werden dort jeweils die verwendeten freien und zweckgebundenen Mittel angegeben.

Mit den Sektionen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in der Schweiz und in Belgien wurde eine Mitfinanzierung für Projektbe-

PROJEKTAUFWENDUNGEN

	Freie Mittel EUR	Zweckgebundene Mittel EUR	Summe EUR
AFRIKA			
1 Äthiopien	6.832.817,12	167.182,88	7.000.000,00
2 Burundi	134.892,48	15.107,52	150.000,00
3 Demokratische Republik Kongo	15.309.096,54	260.903,46	15.570.000,00
4 Kamerun	2.249.820,00	180,00	2.250.000,00
5 Kenia	2.237.198,26	12.801,74	2.250.000,00
6 Libyen	199.793,00	207,00	200.000,00
7 Mauretanien	2.906.458,00	873,00	2.907.331,00
8 Mosambik	719.924,40	75,60	720.000,00
9 Niger	3.397.708,80	1.502.491,20	4.900.200,00
10 Nigeria	1.884.070,87	1.615.929,13	3.500.000,00
11 Sambia	44.842,50	157,50	45.000,00
12 Sierra Leone	1.483.505,54	16.494,46	1.500.000,00
13 Simbabwe	3.497.975,00	2.025,00	3.500.000,00
14 Sudan	147.878,37	32.121,63	180.000,00
15 Südsudan	6.812.595,74	837.404,38	7.650.000,12
16 Swasiland	1.949.379,00	621,00	1.950.000,00
17 Tansania	1.891.603,60	408.396,40	2.300.000,00
18 Tschad	5.932.990,00	567.010,00	6.500.000,00
19 Uganda	16.785,00	1.215,00	18.000,00
20 Zentralafrikanische Republik	4.417.127,33	582.872,67	5.000.000,00
ASIEN			
21 Afghanistan	4.542.651,20	7.348,80	4.550.000,00
22 Bangladesch	499.752,50	247,50	500.000,00
23 Indien	497.824,70	2.175,30	500.000,00
24 Irak	1.992.195,53	7.804,47	2.000.000,00
25 Jemen	11.450.580,19	170.971,81	11.621.552,00
26 Jordanien	3.991.007,85	8.992,15	4.000.000,00
27 Libanon	45.081,50	4.918,50	50.000,00
28 Malaysia	99.522,91	477,09	100.000,00
29 Myanmar	3.942.811,68	7.188,32	3.950.000,00
30 Nepal	2.431,50	12.568,50	15.000,00
31 Pakistan	1.491.792,00	8.208,00	1.500.000,00
32 Papua-Neuguinea	99.190,00	810,00	100.000,00
33 Syrien	2.029.955,09	970.044,91	3.000.000,00
34 Tadschikistan	848.350,00	151.650,00	1.000.000,00
35 Türkei	2.099.464,50	535,50	2.100.000,00
36 Usbekistan	3.000.000,00	0,00	3.000.000,00
LATEINAMERIKA			
37 Ecuador	395,38	5.604,62	6.000,00
38 Haiti	3.823.724,30	350.320,70	4.174.045,00
39 Honduras	42.655,50	2.344,50	45.000,00
40 Mexiko	44.609,08	390,92	45.000,00
EUROPA			
41 Deutschland	50.000,00	0,00	50.000,00
42 Flüchtlinge in Europa	1.484.883,78	358.041,22	1.842.925,00
43 Russische Föderation	1.999.784,00	216,00	2.000.000,00
44 Ukraine	683.627,50	1.372,50	685.000,00
SONSTIGE			
45 Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi)	356.400,00	0,00	356.400,00
46 Medikamentenkampagne	452.629,00	360,00	452.989,00
47 Projektbetreuungskosten	3.429.126,00	0,00	3.429.126,00
SUMME	111.066.907,24	8.096.660,88	119.163.568,12

Öffentliche Fördermittel

In den zweckgebundenen Mitteln sind enthalten:

- 3* EUR 250.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 9 EUR 1.500.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 10 EUR 1.000.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 15 EUR 750.000,12 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 18 EUR 550.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes

Zweckpräzisierungen

In den zweckgebundenen Mitteln sind u.a. enthalten:

- 1 EUR 117.871,88 Afrika; EUR 526,50 Afrika und andere; EUR 144,00 Afrika inst. Spenden
- 5 EUR 1.233,00 Horn von Afrika; EUR 2.826,00 Ostafrika; EUR 891,00 Horn von Afrika und andere; EUR 288,00 Krise Somalia und andere
- 11 EUR 67,50 Südliches Afrika
- 12 EUR 6.860,27 Ebola 2014; EUR 2.692,49 Westafrika
- 13 EUR 432,00 Südafrika und andere
- 16 EUR 324,00 Malawi und andere
- 26 EUR 3.438,00 Nahost; EUR 396,00 Palästina und andere
- 28 EUR 270,00 Indonesien und andere
- 29 EUR 4.005,00 Asien; EUR 198,00 Japan und andere; EUR 45,00 Philippinen und andere
- 38 EUR 180,00 Hurrikanopfer
- 39 EUR 904,50 Südamerika; EUR 216,00 Peru und andere

Zweckumwidmungen

(bei Zweckbindungen für Länder, in denen wir nicht tätig sind oder in denen die Projekte ausfinanziert waren; hierzu verweisen wir auf unsere Ausführungen zu den Projektaufwendungen auf Seite 63)

In den zweckgebundenen Mitteln sind u. a. enthalten:

- 3 EUR 1.080,00 Angola; EUR 90,00 Republik Kongo; EUR 45,00 Ruanda
- 5 EUR 2.245,64 Somalia
- 6 EUR 108,00 Algerien
- 7 EUR 873,00 Mali
- 11 EUR 90,00 Namibia
- 12 EUR 180,00 Guinea; EUR 630,00 Liberia; EUR 187,20 Senegal
- 13 EUR 945,00 Südafrika
- 16 EUR 297,00 Malawi
- 21 EUR 540,00 Iran
- 22 EUR 36,00 Brunei
- 23 EUR 54,00 Sri Lanka
- 26 EUR 945,00 Palästina
- 28 EUR 207,09 Indonesien
- 29 EUR 216,00 China; EUR 270,00 Japan; EUR 406,80 Kambodscha; EUR 99,02 Südostasien; EUR 162,00 Philippinen; EUR 18,00 Philippinen Taifun November 2013; EUR 180,00 Thailand; EUR 225,00 Vietnam
- 33 EUR 90,00 Kurdistan
- 38 EUR 2.019,60 Italien (Erdbeben)
- 39 EUR 630,00 Bolivien; EUR 180,00 Guatemala

* Die Ziffern beziehen sich auf die Nummerierung in der tabellarischen Übersicht zu den Projektaufwendungen und geben an, welchem Land die Zuwendung bzw. Spende zugerechnet wird.

ENTWICKLUNG DES ANLAGEVERMÖGENS IM GESCHÄFTSJAHR 2016

	ANSCHAFFUNGS- UND HERSTELLUNGSKOSTEN				KUMULIERTE	
	01.01.2016 EUR	Zugänge EUR	Abgänge EUR	31.12.2016 EUR	01.01.2016 EUR	Zugänge EUR
I. Immaterielle Vermögensgegenstände						
1. Entgeltlich erworbene Software	1.628.937,01	81.990,53	13.244,30	1.697.683,24	837.370,33	236.094,07
II. Sachanlagen						
1. Büroausstattung	393.405,94	70.458,71	24.650,58	439.214,07	288.188,36	59.134,85
2. Geschäftsausstattung	547.515,75	119.662,58	166.327,08	500.851,25	393.390,49	88.286,15
	940.921,69	190.121,29	190.977,66	940.065,32	681.578,85	147.421,00
	2.569.858,70	272.111,82	204.221,96	2.637.748,56	1.518.949,18	383.515,07

treuungskosten vereinbart, die in den Büros in Genf und in Brüssel anfallen. Diese beträgt insgesamt TEUR 3.429 und ist in der Spartenrechnung unter den Projektbetreuungskosten ausgewiesen.

Im Jahr 2016 vereinnahmte die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** als Ertrag zweckgebundene Spenden und Zuwendungen von privaten und öffentlichen Gebern in Höhe von TEUR 8.097. Das entspricht 5,9 % der gesamten als Ertrag erfassten Spenden und Zuwendungen sowie 6,8 % der gesamten Projektaufwendungen. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ist bestrebt, der Zweckbindung von Spenden so weit wie möglich zu entsprechen. Es kommt jedoch in Ausnahmefällen vor, dass zweckgebundene Spenden für Länder eingehen, in denen keine Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** tätig ist oder in denen die Projekte bereits ausfinanziert sind. Der Finanzierungsstatus einzelner Projekte lässt sich oft erst am Jahresende konkret ermitteln, da während des Jahres teilweise kontinuierlich zweckgebundene Spenden eingehen.

Zeigt diese Gesamtermittlung am Jahresende, dass eine oder mehrere zweckgebundene Spenden mit einem speziellen Stichwort eingegangen sind, die nicht dem Zweck entsprechend eingesetzt werden konnten, behandelt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** diese Fälle wie folgt:

- Beträgt die Summe der Spenden mit einem gemeinsamen Spendenzweck weniger als TEUR 1 und kann diese Summe nicht unmittelbar zweckentsprechend eingesetzt werden, verwendet **ÄRZTE OHNE GRENZEN** die Spenden für einen Zweck, der dem ursprünglichen Spenderwillen möglichst nahe kommt. Eine direkte Kontaktaufnahme mit den Spendern findet aufgrund der Verpflichtung zur sparsamen Mittelverwendung nicht statt.
- Beträgt die Summe der Spenden mit einem gemeinsamen Spendenzweck zwischen TEUR 1 und TEUR 5 und kann diese Summe nicht unmittelbar zweckentsprechend verwendet werden, so bemüht sich **ÄRZTE OHNE GRENZEN** zunächst, eine Verwendung zu finden, die dem ursprünglichen Spenderwillen möglichst nahe

kommt. Ist dies nicht möglich, wird ab einer Einzelspende von EUR 100,00 aktiv Kontakt mit den Spendern aufgenommen und das weitere Verfahren abgestimmt (Freigabe, Umwidmung oder Rückerstattung der Spende).

- Beträgt die Summe der Spenden mit einem gemeinsamen Spendenzweck mehr als TEUR 5 und kann diese Summe nicht unmittelbar zweckentsprechend verwendet werden, wird ab einer Einzelspende von EUR 100,00 i. d. R. aktiv Kontakt mit den Spendern aufgenommen und das weitere Verfahren abgestimmt (Freigabe, Umwidmung oder Rückerstattung der Spende).
- Im Fall einer Krise oder Katastrophe mit großer medialer Aufmerksamkeit liegt die zweckgebundene Spendensumme in der Regel deutlich höher als insgesamt TEUR 5. Falls in dieser Situation keine zweckentsprechende Verwendung im aktuellen Jahr erfolgen kann, weicht **ÄRZTE OHNE GRENZEN** von der genannten Standardregelung ab und führt bereits vor Ablauf des Jahres mögliche Freigaben und Umwidmungen durch bzw. versucht im Folgejahr, die

Spenden unmittelbar zweckentsprechend einzusetzen. Die Vorgehensweise wird dem jeweiligen Ereignis angepasst. Weiterhin gehen teilweise Spenden ein, deren Zweckbindung eine gewisse Wahlmöglichkeit offen lässt. In diesen Fällen führt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** eine Zweckpräzisierung durch.

In jedem der oben genannten Fälle wird über die Vorgehensweise im Jahresbericht informiert. Sollte eine Spenderin oder ein Spender mit der von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** durchgeführten Umwidmung nicht einverstanden sein, erhält sie oder er das Geld zurück.

Die Fußnoten zur Tabelle auf Seite 62 weisen auf Umwidmungen, Zweckpräzierungen und öffentliche Fördermittel hin. Unter den **Materialaufwendungen** werden Sachkosten für andere Sektionen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** (TEUR 396) und die für die Untermietverhältnisse bezogenen Leistungen (TEUR 50), einschließlich Mietzahlungen, ausgewiesen. Für das Vorjahr ergäbe sich unter Anwendung des BilRUG ein Materialaufwand von TEUR 376.

KOSTENRECHNUNG

Alle Erträge und Aufwendungen werden Kostenstellen zugerechnet. Die Auswertung dieser Kostenrechnung auf Seite 65 zeigt zum einen die Aufteilung gemäß der steuerlichen Vier-Sparten-Rechnung in den ideellen Bereich, die Vermögensverwaltung und den wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb. Ein Zweckbetrieb bestand im Geschäftsjahr nicht.

Zum anderen wird der ideelle Bereich entsprechend der satzungsgemäßen Aktivitäten in Projekte und Témoinage sowie in Spendenverwaltung und -werbung und allgemeine Verwaltung/allgemeine Öffentlichkeitsarbeit unterteilt. Témoinage, das Berichten über die Situation der Menschen, denen durch die Projekte von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** geholfen wird, gehört zu den satzungsgemäßen Aufgaben von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**.

Aufgrund der Anforderungen der MSF-GAAP wird zwischen direkten und indirekten Kosten unterschieden. Direkte Kosten werden direkt einer Kostenstelle zugerechnet. Indirekte Kosten werden entsprechend der

Anzahl der jeweiligen Mitarbeiter auf Kostenstellen verteilt. Die Personalkosten werden entsprechend einem Schlüssel, der die Gehaltsstruktur berücksichtigt, ebenfalls auf die Kostenstellen verteilt. Die Kosten der Informationstechnologie und des Sekretariats werden anteilig auf die übrigen Kostenstellen verteilt.

Die Aufwendungen für die Abteilungsleitung Personal und die Abteilungsleitung Medien- und Öffentlichkeitsarbeit werden insgesamt den Kosten der allgemeinen Verwaltung/allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit zugerechnet.

Im Jahr 2016 wurden die MSF-GAAP überarbeitet und eine teilweise Neuverteilung von Kosten vorgenommen. Die Aufwendungen für den Internetauftritt werden nunmehr entsprechend dem Personalschlüssel den Sparten zugerechnet (Vorjahr: 50 % Témoinage und 50 % allgemeine Verwaltung/allgemeine Öffentlichkeitsarbeit).

Die Kosten für die Zeitschrift „Akut“ werden zu 50 % bei der Spendenverwaltung und -werbung und zu 50 % bei Témoinage

ausgewiesen (Vorjahr: 75 % Spendenverwaltung und -werbung und 25 % Témoinage). Die Kosten für Informationsschreiben an Spender werden vollständig der Spendenverwaltung und -werbung zugeordnet (Vorjahr: 75 % Spendenverwaltung und -werbung und 25 % Témoinage). Die Kosten des Jahresberichts werden der allgemeinen Verwaltung/allgemeinen Öffent-

lichkeitsarbeit zugewiesen (Vorjahr: 50 % Témoinage und 50 % allgemeine Verwaltung/allgemeine Öffentlichkeitsarbeit). Der Anteil der Verwaltungs- und Werbekosten an den Gesamtkosten betrug demnach 9,5 % (Vorjahr: 9,1 %). Unter Berücksichtigung der bis zum Jahr 2015 angewendeten Kostenverteilung ergäbe sich für das Jahr 2016 ein Anteil der Verwaltungs- und Werbekosten an den Gesamtkosten von 9,4 %.

Die **Gesamtaufwendungen** im Geschäftsjahr 2016 entfielen auf:

	EUR	%
Projekte und Aufwendungen für Projektmitarbeiter	119.942.145,77	84,1
Projektbetreuung	6.492.340,54	4,6
Témoinage	2.114.505,30	1,5
Sonstige Programme (DNDi)	356.400,00	0,3
Summe satzungsgemäße Aufwendungen	128.905.391,61	90,5
Spendenverwaltung und -werbung	10.576.184,54	7,4
Allgemeine Verwaltung/allg. Öffentlichkeitsarbeit	3.006.774,17	2,1
Summe Verwaltungs- und Werbekosten	13.582.958,71	9,5
Aufwand der Vermögensverwaltung	49.829,64	0,0
	142.538.179,96	100,0

SONSTIGE ANGABEN

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** untergliedert sich in die folgenden sechs Abteilungen: Geschäftsführung, Finanzen und allgemeine Verwaltung, Medien- und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Abteilungen für Personal, Projekte und Spenden. Die durchschnittliche Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (ermittelt nach § 267 HGB) am Standort Deutschland betrug im Geschäftsjahr 2016 (in Klammern Vorjahresangabe):

Vollzeitbeschäftigte	81	(79)
Teilzeitbeschäftigte	40	(37)
Studierende	55	(50)

Die durchschnittliche Anzahl der Projektmitarbeiter auf Grundlage von Vollzeitjahresstellen betrug 89 (Vorjahr 101). Die Kosten für die Projektmitarbeiter wurden von der deutschen Sektion an andere Sektionen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** weiterberechnet. Des Weiteren waren im

Geschäftsjahr 2016 durchschnittlich 10 (Vorjahr 6) Praktikantinnen und Praktikanten und 4 (Vorjahr 4) ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** tätig.

Vereinsregister und Satzung

Die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** wurde mit Satzung vom 9. Juni 1993 gegründet und ist ein eingetragener Verein. Die Satzung wurde zuletzt geändert am 17. Mai 2014. Die Eintragung der Satzungsänderung in das Vereinsregister erfolgte am 18. September 2014.

Der Verein hat seinen satzungsgemäßen Sitz in Berlin und ist dort beim Amtsgericht Charlottenburg im Vereinsregister unter der Nr. 21575 seit dem 17. April 2002 eingetragen. Geschäftsjahr des Vereins ist das Kalenderjahr.

Organe des Vereins

Gemäß § 7 der Satzung sind die Organe des Vereins die Mitgliederversammlung, der Vorstand und der Aufsichtsrat.

a) Mitgliederversammlung

Das oberste Organ ist die Mitgliederversammlung, die gemäß § 8 der Satzung insbesondere zuständig ist für die:

- Entgegennahme des Jahresberichts des Vorstands sowie die Entlastung des Vorstands
 - Entgegennahme des Jahresberichts des Aufsichtsrats sowie die Entlastung des Aufsichtsrats
 - Wahl und Abberufung der Mitglieder des Vorstands und des Aufsichtsrats
 - Beschlussfassung über die Vergütung von Vorstandsmitgliedern
 - Festsetzung der Rahmenbedingungen für die Vergütung der Vorstandstätigkeit
 - Beschlussfassung über Änderung der Satzung und über die Auflösung des Vereins
 - Entscheidungen über Widersprüche gegen Beschlüsse des Vorstands über einen Vereinsabschluss bzw. einen abgelehnten Aufnahmeantrag.
- Mindestens einmal im Jahr findet eine ordentliche Mitgliederversammlung statt.

ABSCHREIBUNGEN

Abgänge EUR	BUCHWERTE		
	31.12.2016 EUR	31.12.2016 EUR	31.12.2015 EUR
13.006,26	1.060.458,14	637.225,10	791.566,68
24.170,28	323.152,93	116.061,14	105.217,58
163.589,66	318.086,98	182.764,27	154.125,26
187.759,94	641.239,91	298.825,41	259.342,84
200.766,20	1.701.698,05	936.050,51	1.050.909,52

b) Vorstand

Der Vorstand ist für alle Angelegenheiten des Vereins zuständig, soweit sie nicht gesetzlich oder durch die Satzung der Mitgliederversammlung oder dem Aufsichtsrat zugewiesen sind. Er hat nach § 13 der Satzung insbesondere folgende Aufgaben:

- Entwicklung der strategischen Ausrichtung des Vereins auf Basis der MSF-Satzung
- Annahme des Jahresbudgets und Aufstellung von Richtlinien über die Verwendung der Spenden
- Feststellung des Jahresabschlusses
- Sicherstellung eines angemessenen Risikomanagements und Risikocontrollings im Verein sowie der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen und der vereinsinternen Richtlinien
- Erstellung eines Jahresberichts
- Beschlussfassung über die Aufnahme, Streichung und den Ausschluss von Mitgliedern
- Vorbereitung und Einberufung der Mitgliederversammlung, Aufstellung der Tagesordnung sowie Ausführung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung. Ferner ist der Vorstand verantwortlich für die Umsetzung der Satzung in langfristige Programmpäne für ÄRZTE OHNE GRENZEN.

Gemäß § 11 der Satzung besteht der Vorstand aus dem/der Vorsitzenden, dem/der stellvertretenden Vorsitzenden, dem/der Schatzmeister/in, dem/der Schriftführer/in und bis zu sieben weiteren Mitgliedern. Alle Genannten müssen ordentliche Mitglieder des Vereins sein. Bis zu drei Vorstandsmitglieder können aufgrund ihrer besonderen Qualifikation oder aus dem internationalen Netzwerk für eine Amtsperiode von zwei Jahren kooptiert werden. Die anderen Mitglieder des Vorstands werden nach § 12 der Satzung für eine erste Amtsperiode von drei Jahren gewählt; jede weitere Amtsperiode beträgt zwei Jahre.

Dem Vorstand gehören bzw. gehörten 2016 an:

Dr. med. Volker Westerbarkey, Berlin, Arzt – Vorsitzender
Dr. med. Maximilian Gertler, Berlin, Arzt – stellvertretender Vorsitzender
Andreas Brüchle, Zürich / Schweiz, Manager, kooptiert – Schatzmeister
Klaus Konstantin, Braunschweig, Arzt – Schriftführer
Dr. med. Kai Braker, Berlin, Arzt
Andreas Bründer, Hamburg, Geschäftsführer (im Vorstand seit April 2016)
Michel Farkas, Amsterdam / Niederlande, Manager, kooptiert
Katja Hilgenstock, Ulm, Ärztin
Ulrich Holtz, Tutzing, Unternehmensberater (im Vorstand seit Januar 2016; kooptiert)
Dr. med. Anja Junker, Berlin, Ärztin
Dr. med. Jantina Mandelkow, Berlin, Ärztin (im Vorstand bis August 2016)
Amadeus von der Oelsnitz, Hamburg, Krankenpfleger (im Vorstand seit November 2016, kooptiert)

Der Verein wird gemäß § 26 BGB rechtsverbindlich durch zwei Mitglieder des Vorstands gemeinsam vertreten. Vorstandsmitglieder dürfen für ihre Tätigkeit eine angemessene Vergütung erhalten.

Im Rahmen einer Honorarvereinbarung erhält der Vorsitzende des Vorstands von ÄRZTE OHNE GRENZEN eine Vergütung in Höhe von EUR 233,00 pro Tag für Tätigkeiten, die über den Rahmen der allge-

meinen Vorstandstätigkeiten hinausgehen. Das maximale jährliche Honorar ist limitiert auf EUR 24.232,00 und betrug für 2016 EUR 24.231,96. Alle weiteren Vorstandsmitglieder sind ehrenamtlich tätig und erhalten außer reinen Kostenerstattungen, wie z. B. Reisekostenerstattungen, keine Aufwandsentschädigungen.

c) Aufsichtsrat

Aufgabe des Aufsichtsrats ist es, den Vorstand bei der Leitung des Vereins regelmäßig zu beraten und zu überwachen. Er ist in Entscheidungen von grundlegender Bedeutung für den Verein einzubinden. Er hat nach § 17 der Satzung insbesondere folgende Aufgaben:

- Beratung und Überwachung des Vorstands
- Beratung bei der strategischen Ausrichtung des Vereins auf Basis der Satzung
- Beratung des Jahresbudgets
- Regelmäßige Kontrolle, z. B. durch Plan-Ist-Vergleich und laufende Berichterstattung des Vorstands über wesentliche Ereignisse
- Bestellung des Jahresabschlussprüfers
- Beratung bei besonderen Geschäften, hierzu zählen beispielsweise grundlegende Änderungen in Auftritt und Image von ÄRZTE OHNE GRENZEN sowie der Kauf oder Verkauf von Immobilien
- Beratung bei wesentlichen Abweichungen vom Jahresbudget
- Eingehung und Aufhebung von Verträgen mit Vorstandsmitgliedern unter Beachtung von Rahmenbedingungen, die von der Mitgliederversammlung gemäß § 8 Abs. 4 der Satzung festgesetzt werden.

Der Vorstand informiert den Aufsichtsrat über die strategische Ausrichtung des Vereins und erörtert mit ihm in regelmäßigen Abständen den Stand der Strategieumsetzung. Der Aufsichtsrat legt der Mitgliederversammlung einen Bericht über seine Beurteilung der satzungs- und ordnungsgemäßen Tätigkeit des Vorstands vor. Der Aufsichtsrat besteht aus drei Personen. Ihm gehörten 2016 bzw. gehören an:

Dr. med. Stefan Krieger, Aachen, Arzt – Vorsitzender
Rudolf Gallist, München, Privatier – stellv. Vorsitzender
Dirk Kühn, Solingen, Manager – Schriftführer (im Aufsichtsrat bis Mai 2016)
Rudolf Krämmer, Rosenheim, Wirtschaftsprüfer – Schriftführer (im Aufsichtsrat seit Mai 2016)

Die Amtsperiode beträgt drei Jahre. Die Mitglieder des Aufsichtsrats sind ehrenamtlich tätig.

d) Geschäftsführung

Nach § 15 der Satzung kann der Vorstand zur Koordinierung und Steuerung der laufenden Geschäfte des Vereins eine hauptamtliche Geschäftsführung bestellen. Diese ist für die ordnungsgemäße Führung der Geschäfte verantwortlich, insbesondere für:

- Aufstellung und Umsetzung der Jahresplanung sowie die Erarbeitung und Durchführung von Konzepten zur Verwirklichung der Satzungszwecke
- Führung der hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (inkl. Abschluss und Kündigung von Arbeitsverträgen), ausgenommen Angelegenheiten betreffend die Vergütung von Mitgliedern des Vorstands
- Berichts-, Kontroll- und Rechnungswesen

• Bereitstellung erforderlicher Arbeitshilfen für Vorstand, Mitglieder und Aufsichtsrat.

Im Rahmen der Erledigung dieser Geschäfte ist der/die Geschäftsführer/in zur Vertretung des Vereins berechtigt. Zur Erleichterung der Geschäftsführungstätigkeit kann der Vorstand den/die Geschäftsführer/in durch einstimmigen Beschluss zum besonderen Vertreter im Sinne des § 30 BGB bestellen. In diesem Falle ist der/die Geschäftsführer/in als solcher im Vereinsregister einzutragen.

Seit dem 15. Juni 2014 ist Herr Florian Westphal, Berlin, Geschäftsführer als besonderer Vertreter im Sinne des § 30 BGB bestellt. Im Jahr 2016 erhielt der Geschäftsführer von ÄRZTE OHNE GRENZEN ein Bruttogehalt in Höhe von EUR 92.713,92 (inklusive 13. Monatsgehalt).

Honorar des Abschlussprüfers

Das im Aufwand des Geschäftsjahres 2016 enthaltene Honorar des Abschlussprüfers beträgt EUR 26.200,00 und entfiel auf Prüfungsleistungen.

Vergütungsstruktur

In der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN werden neun Gehaltsgruppen unterschieden. Jede Position wird auf der Grundlage verschiedener Kriterien (z. B. Grad der Verantwortung, geforderte Kompetenzen) einer Gehaltsgruppe zugeordnet. Innerhalb einer Gehaltsgruppe gibt es zudem 13 Gehaltsstufen, die die jeweilige Berufserfahrung bzw. Organisationszugehörigkeit reflektieren. Es werden 13 Monatsgehälter gezahlt. Die Vergütungen in den Gehaltsgruppen auf Monatsbasis betragen im Jahr 2016 brutto:

Gruppe	Position	von EUR	bis EUR
1	z. B. Hilfskräfte	2.240	3.192
2	z. B. Assistenten	2.440	3.477
3	z. B. Referenten	2.660	3.790
4	z. B. Referenten	2.900	4.131
5	z. B. Koordinatoren	3.138	4.471
6	z. B. Koordinatoren	3.421	4.875
7	Abteilungsleiter	3.729	5.313
8	Leiter Projektmanagement	4.064	5.791
9	Geschäftsführer	5.157	7.349

Die drei höchsten Jahresgesamtbezüge betragen im Jahr 2016 brutto:

Geschäftsführer
EUR 92.713,92
Medizinischer Leiter Projektmanagement
EUR 82.796,92
Leiter Projektmanagement
EUR 17.161,42

Mitgliedschaft

Nach § 4 der Satzung besteht der Verein aus ordentlichen und fördernden Mitgliedern.

Ordentliche Mitglieder können nur natürliche volljährige Personen werden, die bereits als Projekt- oder Büromitarbeiter für ÄRZTE OHNE GRENZEN tätig waren. Ein Anspruch auf Aufnahme besteht nicht. Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand. Der Vorstand hat abweichend davon die Möglichkeit, Mitglieder aufgrund besonderer Qualifikation aufzunehmen, deren Anteil jedoch höchstens 5 % der Gesamtmitgliederzahl betragen darf. Die Mitgliederversammlung entscheidet über Widersprüche gegen Beschlüsse des Vorstands über einen Vereinsausschluss bzw. einen abgelehnten Aufnahmeantrag.

Fördernde Mitglieder sind natürliche und juristische Personen, die den Vereinszweck vor allem durch die Zahlung eines jährlichen Förderbeitrags unterstützen.

Steuerliche Verhältnisse

ÄRZTE OHNE GRENZEN wird unter der Steuernummer 27/672/52443 beim Finanzamt für Körperschaften I in Berlin geführt. Mit vorläufigem Bescheid vom 11. Dezember 2015 wurde dem Verein die Freistellung von der Körperschaft- und Gewerbesteuer für das Kalenderjahr 2014 erteilt, da der Verein ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke gemäß §§ 51 ff. Abgabenordnung verfolgt. Gleichzeitig berechtigt uns dieser Bescheid, für insgesamt fünf Jahre Zuwendungsbestätigungen für Spenden und Mitgliedsbeiträge auszustellen.

Nahe stehende ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung, München

ÄRZTE OHNE GRENZEN verfügt über maßgeblichen Einfluss bei der rechtlich selbstständigen ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung. Die Stiftung dient der Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens, der Förderung von Projekten der humanitären Hilfe und der Förderung der Bildung und Erziehung auf dem Gebiet der weltweiten humanitären Hilfe. Sie verfolgt ausschließlich gemeinnützige Zwecke. Die Organe der Stiftung sind der Stiftungsrat und der Stiftungsvorstand. Der Stiftungsrat besteht aus drei Personen, die vom Vorstand des Vereins ÄRZTE OHNE GRENZEN berufen werden. Der Stiftungsrat bestimmt den Stiftungsvorstand. Am 31. Dezember 2016 betrug das Stiftingskapital TEUR 3.947. Darin enthalten sind Zustiftungen des Geschäftsjahres 2016 in Höhe von TEUR 687. Die Erträge beliefen sich 2016 auf TEUR 242. Das Jahresergebnis lag bei TEUR -11. Ferner besteht zum 31. Dezember 2016 ein Treuhandvermögen

in Höhe von TEUR 1.532 aus unselbständigen, nicht rechtsfähigen Stiftungen, die von der ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung treuhänderisch verwaltet werden. Hauptaktivität der ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung war 2016 die Organisation und Förderung des XVIII. Humanitären Kongresses mit rund 770 Teilnehmern. Ferner stellte die ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN Mittel für die Förderung eines Projekts in der Zentralafrikanischen Republik (TEUR 160) zur Verfügung. Die Stiftung beschäftigt keine Mitarbeiter, die Organe sind ehrenamtlich tätig.

Nachtragsbericht

Zwischen dem Bilanzstichtag 31. Dezember 2016 und dem Zeitpunkt der Aufstellung des Jahresabschlusses sind keine wesentlichen Ereignisse eingetreten.

Berlin, 13. April 2017

Médecins Sans Frontières (MSF) – ÄRZTE OHNE GRENZEN, Deutsche Sektion e. V.

Volker Westerbarkey, Vorstand
Anja Junker, Vorstand
Florian Westphal, Geschäftsführung

ZUORDNUNG DER ERTRÄGE UND AUFWENDUNGEN DES GESCHÄFTSJAHRES 2016 NACH SPARTEN UND FUNKTIONEN

	Summe										Wirtschaftl. Geschäftsbetr.													
	EUR	Erträge	Projekte und Projektmitarbeiter	Projektbetreuung	Témoignage	Sonstige Programme	Spendenverwaltung und -werbung	Allg. Verwaltung/allg. Öffentlichkeitsarbeit	Summe	Vermögensverwaltung		EUR												
Spenden und Zuwendungen																								
a) Spenden	120.374.663,31	120.374.663,31												120.374.663,31										
b) Bußgelder	2.392.275,61	2.392.275,61												2.392.275,61										
c) Mitgliedsbeiträge	13.764,00	13.764,00												13.764,00										
d) Erbschaften	9.607.305,70	9.607.305,70												9.607.305,70										
e) Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln	4.050.000,12	4.050.000,12												4.050.000,12										
	136.438.008,74	136.438.008,74												136.438.008,74										
Umsatzerlöse	5.424.559,32		5.017.092,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.017.092,02	407.373,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	93,37		
Sonstige betriebliche Erträge	358.906,52		0,00	54.613,77	94.842,26	0,00	0,00	107.819,93	101.630,56	0,00	0,00	0,00	0,00	358.906,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Projektaufwand	-119.163.568,12		-114.925.053,75	-3.429.125,37	-452.989,00	-356.400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-119.163.568,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Materialaufwand	-446.145,26		-396.315,62	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-396.315,62	-49.829,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Personalaufwand																								
a) Gehälter	-9.911.629,15		-3.890.713,35	-1.925.327,22	-656.318,12									-9.911.629,15										
b) Soziale Abgaben	-1.999.772,01		-730.063,05	-406.018,84	-138.406,35									-1.999.772,01										
	-11.911.401,16		-4.620.776,40	-2.331.346,06	-794.724,47	-2.331.346,06	0,00	-3.215.962,62	-948.591,61	-11.911.401,16	0,00	0,00	0,00	-11.911.401,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Abschreibungen	-383.515,07		0,00	-125.034,81	-44.308,74	0,00	0,00	-166.030,61	-48.140,91	-383.515,07	0,00	0,00	0,00	-383.515,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Sonstige betriebliche Aufwendungen																								
a) Reisekosten	-667.457,01		0,00	-156.200,54	-91.558,21									-667.457,01										
b) Fremdleistungen	-1.934.966,33		0,00	-95.578,93	-177.304,68									-1.934.966,33										
c) Porto und Telefon	-2.432.993,96		0,00	-30.179,02	-227.840,56									-2.432.993,96										
d) Publikationen	-63.845,73		0,00	-143,79	-13.401,32									-63.845,73										
e) Information und Werbung	-2.815.652,88		0,00	-544,80	-150.878,55									-2.815.652,88										
f) Bürokosten	-1.017.592,31		0,00	-284.556,18	-139.125,14									-1.017.592,31										
g) Nebenkosten des Geldverkehrs	-100.775,94		0,00	-4,96	0,00									-100.775,94										
h) Sonstiges	-1.600.266,19		0,00	-39.626,08	-22.374,63									-1.600.266,19										
	-10.633.550,35		0,00	-606.834,30	-822.483,09	-356.400,00	0,00	-7.194.191,31	-2.010.041,65	-10.633.550,35	0,00	0,00	0,00	-10.633.550,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Zinserträge	5.067,97		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.067,97	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Ergebnis	-311.637,41	136.438.008,74	-114.925.053,75	-6.437.726,77	-2.019.663,04	-356.400,00	-10.468.364,61	-2.905.143,61	-2.905.143,61	-674.343,04	362.612,26	93,37	93,37	-311.637,41	136.438.008,74	-114.925.053,75	-6.437.726,77	-2.019.663,04	-356.400,00	-10.468.364,61	-2.905.143,61	-674.343,04	362.612,26	93,37

LAGEBERICHT FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2016

I. GRUNDLAGEN DER ORGANISATION

ÄRZTE OHNE GRENZEN ist eine internationale private medizinische Nothilfeorganisation. Das internationale Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN setzt sich aus 24 Mitgliedsverbänden zusammen, die eine gemeinsame Strategie festlegen. Davon tragen 21 als sogenannte Sektionen die Verantwortung für die Steuerung des Netzwerkes. Médecins Sans Frontières (MSF) – ÄRZTE OHNE GRENZEN, Deutsche Sektion e. V. wurde 1993 als deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN gegründet.

In fünf sogenannten operationalen Zentren tragen jeweils mehrere Sektionen gemeinsam Projektverantwortung. Ziel ist die umfassende Verankerung von Projektaktivitäten in allen Sektionen durch Dezentralisierung und effiziente Arbeitsteilung.

Unter dem Namen „Operational Centre Amsterdam“ arbeiten die Sektionen in den Niederlanden, Deutschland und Großbritannien zusammen. Die deutsche Sektion beteiligt sich am Operational Centre

Amsterdam durch das Management von Projekten im Tschad, in der Zentralafrikanischen Republik, in Simbabwe, in Swasiland, in Usbekistan, in Tadschikistan, in der Russischen Föderation, in Weißrussland, bis 2016 in Papua-Neuguinea sowie seit 2016 in Äthiopien. Zudem ist die Projektteilung für ein mobiles Schlafkrankheitsprojekt in Zentralafrika und seit Anfang 2017 für ein kleines Projekt in Deutschland zum Thema „Psychische Gesundheit von Geflüchteten“ verantwortlich.

Im Rahmen einer Partnerschaft unterstützt die „Berlin Medical Unit“ die chirurgischen Projekte des Operational Centres Genf sowie medizinische Qualitätsinitiativen der Operational Centres Amsterdam und Genf. Es ist geplant, 2017 eine Niederlassung der deutschen Sektion in Moskau zu etablieren, mit dem Ziel, den Austausch zu humanitären medizinischen Fragen mit der Regierung und anderen interessierten Akteuren zu vertiefen.

Darüber hinaus betreibt die deutsche Sektion Fundraising zur Finanzierung von Projekten verschiedener operationaler Zentren, rekrutiert Projektmitarbeiter, berichtet im Rahmen von Témoignage und allgemeiner Öffentlichkeitsarbeit über die Projekte des gesamten Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN und betreibt Lobbyarbeit (Advocacy) für den Zugang zu bezahlbaren Medikamenten sowie für die humanitäre Hilfe und die Einhaltung der humanitären Prinzipien. Témoignage steht für das Berichten über die Situation der Menschen, denen durch die Projekte von ÄRZTE OHNE GRENZEN geholfen wird, und gehört zu den satzungsgemäßen Aufgaben von ÄRZTE OHNE GRENZEN.

Die Finanzierung erfolgt durch private Spenden und Zuwendungen und nur in sehr geringem Umfang durch öffentliche Fördermittel und Erträge der Vermögensverwaltung. Mitte 2016 trafen wir gemeinsam mit dem internationalen Netzwerk

von ÄRZTE OHNE GRENZEN die Entscheidung, keine öffentlichen Fördermittel von der Europäischen Union und deren Mitgliedstaaten mehr anzunehmen. Dies geschah aus Protest gegen die Abschottungspolitik der EU und ihren Umgang mit Menschen auf der Flucht.

Der Sitz der deutschen Sektion ist in Berlin. In Bonn gibt es eine Zweigstelle, die für Fortbildungen für Projektmitarbeiter zuständig ist und die Personalrekrutierung unterstützt. In Hamburg und seit 2016 auch in Köln gibt es kleine Büros für regionale Standortwerbung.

Die Ziele und die Strategie von ÄRZTE OHNE GRENZEN in Deutschland sind in einem strategischen Plan für die Jahre 2016 bis 2019 festgelegt. Unsere Arbeit in den Bereichen Projektbetreuung, Projektpersonal, Öffentlichkeitsarbeit und Advocacy richtet sich zusätzlich nach dem Strategieplan des Operational Centres Amsterdam für die Jahre 2015 bis 2019.

II. WIRTSCHAFTSBERICHT UND RECHNUNGSLEGUNG

1. Wirtschaftslage

Die ursprünglich für 2016 geplanten Einnahmen der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN von EUR 121,0 Mio. aus privaten Spenden, Zuwendungen und der Vermögensverwaltung sind mit tatsächlichen Einnahmen von insgesamt EUR 132,8 Mio. um zehn Prozent übertroffen worden. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen Zuwachs der Einnahmen von EUR 16,2 Mio. Wesentlichen Einfluss auf diese positive Entwicklung hat die weiterhin anhaltende mediale Präsenz und die daraus folgende hohe Bekanntheit von ÄRZTE OHNE GRENZEN. Die Medien berichteten vor allem über unsere Hilfe für die Menschen auf der Flucht auf ihrem Weg nach Europa sowie über unsere Aktivitäten in Syrien und den Nachbarländern. Der Hurrikan in Haiti sorgte für eine kurzzeitige mediale Aufmerksamkeit im Oktober. Der Umfang der Spendeneingänge mit Zweckbindung betrug EUR 4,0 Mio. und somit nur 3 Prozent unserer gesamten Einnahmen. Wir führen dies auf transparente Aussagen zum Spendenbedarf und den Verzicht auf aktive zweckgebundene Spendenwerbung zurück. Die zweckgebundenen Spenden kamen vor allem von Spontanspendern und einigen Großspendern. Wesentlich zum positiven Gesamtergebnis trugen die Einnahmen von Dauerspendern und Großspendern bei, die im Vergleich zum Vorjahr um 19 Prozent bzw. um fast 24 Prozent weiter gestiegen sind. Dies ist das Ergebnis unserer Strategie, diesen beiden Zielgruppen eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Sämtliche Spenden, die wir im Laufe des Jahres erhalten haben, konnten – abzüglich der Kosten am Standort Deutschland – im Jahr 2016 in den Projekten des weltweiten Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN verwendet werden. Wichtigste Träger des langfristigen Wachstums unserer Organisation blieben unsere Dauerspender, deren Anzahl wir bis zum Jahresende von 172.000 auf mehr als 197.000 steigern konnten. Dazu gehören mehr als 2.700 Ärztinnen und Ärzte, die sich dauerhaft in unserem Partner-

arzt-Programm „Ärzte für Ärzte“ engagieren. Unser neues Firmen-Programm startete ebenfalls erfolgreich im Jahr 2016. Bis zum Jahresende konnten wir 56 „Partner-Unternehmen“ als Unterstützer unserer Arbeit gewinnen. Die Ausgaben für Spendenverwaltung und -werbung sind 2016 gegenüber dem Vorjahr von EUR 9,8 Mio. um 8,2 Prozent auf EUR 10,6 Mio. gestiegen. Investiert haben wir vor allem in den Bereichen Dauerspender, Großspender und Legatmarketing. Im Jahr 2016 wurden die „MSF Generally Accepted Accounting Principles“ (MSF-GAAP) dahingegen geändert, dass u.a. Mailings zur Spenderwerbung und Spenderinformation nun zu 100 Prozent zu den Fundraising-Ausgaben gezählt werden; dies bewirkte eine Erhöhung der ausgewiesenen Fundraising-Ausgaben um EUR 0,3 Mio., während die Ausgaben für Témoignage gleichzeitig entlastet wurden. Unabhängig von der Zuordnung haben wir jedoch für Mailings weniger ausgegeben als im Vorjahr.

Der Verein ÄRZTE OHNE GRENZEN erhielt im Jahr 2016 Zuwendungen in Höhe von EUR 160.000 (2015: EUR 6.000) aus der ihm nahe stehenden ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung, die satzungsgemäß in Projekte von ÄRZTE OHNE GRENZEN flossen. Der außergewöhnlich hohe Betrag im Jahr 2016 war hauptsächlich auf den erstmaligen Verbrauch eines Teils einer von der Stiftung verwalteten Treuhandstiftung zurückzuführen. Die Erträge aus dem Kapital der Stiftung sind aufgrund niedriger Zinssätze weiter leicht zurückgegangen. Das Stiftungskapital hingegen stieg zum Jahresende durch mehrere Zustiftungen um EUR 0,7 Mio. auf EUR 3,9 Mio. an. Die Stiftung organisierte auch 2016 wieder den Humanitären Kongress und finanzierte ihn mit.

Die Zuwendungen aus öffentlichen Fördermitteln liegen im Jahr 2016 mit EUR 4,0 Mio. leicht über dem Niveau des Vorjahres. Alle öffentlichen Mittel kamen auch 2016 vom Auswärtigen Amt. Nach der Entscheidung, keine Mittel von der Europäischen Union und deren Mitgliedstaaten mehr anzunehmen, werden im Jahr 2017 keine öffentlichen Fördermittel eingehen.

2. Ertragslage

	2016		2015		Veränderung	
	TEUR	%	TEUR	%	TEUR	%
Mittelaufkommen	142.221	100,0	136.071	100,0	6.150	4,5
Mittelverwendung	-142.538	-100,2	-140.214	-103,0	-2.324	1,7
Betriebsergebnis	-317	-0,2	-4.143	-3,0	3.826	-92,3
Finanzergebnis	5	0,0	25	0,0	-20	-80,0
Jahresergebnis	-312	-0,2	-4.118	-3,0	3.806	92,4

Das **Mittelaufkommen** resultiert aus den vereinnahmten privaten Spenden und Zuwendungen (EUR 132,4 Mio.), den öffentlichen Zuwendungen (EUR 4,0 Mio.), den Umsatzerlösen (EUR 5,4 Mio.) und sonstigen betrieblichen Erträgen (EUR 0,4 Mio.). Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies einen Zuwachs des Mittelaufkommens um EUR 6,2 Mio. Im Mittelaufkommen des Vorjahres war der ertragswirksame Verbrauch von EUR 11,0 Mio. Spenden enthalten, die 2014 eingenommen, aber erst 2015 in den Projekten eingesetzt werden konnten. Ohne diesen Sondereffekt ergibt sich eine Steigerung des Mittelaufkommens um EUR 17,2 Mio. Aufgrund der erstmaligen Anwendung des Bilanzrichtlinie-Umsetzungsgesetzes (BilRUG) werden Umsatzerlöse ausgewiesen, die im Wesentlichen Erträge aus der Erstattung von Personal- und Sachkosten durch andere Sektionen enthalten.

Die **Mittelverwendung** besteht zum größten Teil aus Aufwendungen für Projekte des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN (EUR 119,2 Mio.). Die deutsche Sektion stellt diese Mittel auf Basis vertraglicher Vereinbarungen den jeweiligen projektverantwortlichen Sektionen zur Verfügung. Die Projektmittel konnten im Jahr 2016 um EUR 0,8 Mio. gesteigert werden. Das Wachstum der Mittelverwendung ist geringer als das Wachstum des Mittelaufkommens, weil im Jahr 2015 finanzielle Reserven redu-

ziert wurden und die dadurch frei gewordenen Mittel zusätzlich in die Projekte flossen.

Unter die Mittelverwendung fallen Personalaufwendungen in Höhe von EUR 11,9 Mio. Dies bedeutet einen Anstieg um EUR 1,2 Mio. Dieser resultierte aus der Erhöhung der Mitarbeiterzahl am Standort Deutschland und aus einer Angleichung der Gehaltsstrukturen der Projektmitarbeiter im Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN. Von den gesamten Aufwendungen für Personal entfallen EUR 4,6 Mio. auf Mitarbeiter, die für andere Sektionen tätig sind: Diese werden kostenneutral an andere Sektionen weiterbelastet.

Die Abschreibungen sind mit EUR 0,4 Mio. auf dem Niveau des Vorjahres geblieben. Die sonstigen betrieblichen Aufwendungen verblieben zwar nahezu auf Vorjahresniveau, jedoch sind durch erstmalige Anwendung des BilRUG EUR 0,4 Mio. als Materialaufwand ausgewiesen worden. Ohne die Anpassung durch das BilRUG wären die sonstigen betrieblichen Aufwendungen um EUR 0,3 Mio. auf EUR 11,0 Mio. gestiegen, was im Wesentlichen auf höhere Ausgaben im Bereich Fundraising zurückzuführen ist, von denen wir uns auch zukünftig höhere Spendeneinnahmen versprechen.

Das **Finanzergebnis** resultiert aus der Verzinsung vorhandener liquider Mittel und ist aufgrund des niedrigen Zinsniveaus weiterhin gering.

3. Finanzlage

	2016	2015	Veränderung	
	TEUR	TEUR	TEUR	%
Cashflow aus laufender Tätigkeit	5.957	-20.329	26.286	-129,3
Cashflow aus Investitionstätigkeit	-272	-303	31	-10,2
Cashflow	5.685	-20.632	26.317	-127,6
Finanzmittelbestand Periodenbeginn	15.591	36.223	-20.632	-57,0
Finanzmittelbestand Periodenende	21.276	15.591	5.685	36,5

Der Cashflow ist im Vergleich zum Vorjahr stark angestiegen. Im Vorjahr wurde zunächst der hohe Finanzmittelbestand des Jahres 2014 abgebaut, der aus hohen Spendeneinnahmen im Zusammenhang

mit der Ebola-Krise resultierte. Aufgrund unerwartet hoher Spendeneinnahmen in den letzten Tagen des Geschäftsjahres 2016 ist der Finanzmittelbestand weiter angestiegen.

4. Vermögenlage

	31.12.2016		31.12.2015		Veränderung	
	TEUR	%	TEUR	%	TEUR	%
VERMÖGEN						
Anlagevermögen	936	3,5	1.051	4,6	-115	-10,9
Kurzfristige Forderungen und Wertpapiere	4.021	15,3	6.003	26,3	-1.982	-33,0
Flüssige Mittel	21.276	80,8	15.591	68,4	5.685	36,5
Abgrenzungsposten	110	0,4	153	0,7	-43	-28,1
Summe	26.343	100,0	22.798	100,0	3.545	15,5
KAPITAL						
Rücklagen	7.487	28,5	7.799	34,2	-312	-4,0
Noch nicht verbrauchte Spendenmittel	2.351	8,9	1.095	4,8	1.256	114,7
Rückstellungen	460	1,7	490	2,2	-30	-6,1
Kurzfristige Verbindlichkeiten	16.045	60,9	13.414	58,8	2.631	19,6
Summe	26.343	100,0	22.798	100,0	3.545	15,5

5. Finanzielle und nichtfinanzielle Leistungsindikatoren

Zu den Zielen von ÄRZTE OHNE GRENZEN gehören das Projektmanagement, die Rekrutierung von Projektmitarbeitern sowie die Medien- und Öffentlichkeitsarbeit.

Zur besseren Überwachung der Ziele nutzen wir zusätzlich zu unseren finanziellen Kennzahlen weitere Leistungsindikatoren, die als wichtige Grundlage für die Steuerung der Geschäftstätigkeit der Organisation dienen. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die wichtigsten zur Steuerung verwendeten Kennzahlen.

Projektbetreuung

Im Jahr 2016 koordinierte die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN 21 Projekte in zehn Ländern (2015: 24 Projekte in neun Ländern) sowie ein mobiles Team zur Behandlung von Schlafkrankheit.

Im Tschad ist die medizinische Versorgung für die Bevölkerung nach wie vor unzureichend, es kommt immer wieder zu Epidemien. Zudem legen Streiks vielerorts Gesundheitseinrichtungen lahm. Besonders während solcher Streikphasen erhöhten sich die Patientenzahlen in unserem Projekt in Am Timan. Im Jahr 2016 führten die Teams insgesamt 30.691 ambulante Behandlungen (2015: 24.433) aus. Schlechte Ernten führten zu vermehrten Fällen von Mangelernährung bei Kindern. Unsere Teams behandelten 4.412 mangelernährte Kinder (2015: 2.522) und unterstützten ab Juni drei Gesundheitszentren in umlie-

genden Dörfern. Ab September reagierten sie auf einen Ausbruch von Hepatitis E und behandelten bis Jahresende 523 Patientinnen und Patienten, davon 45 stationär. Auch im Nothilfeprojekt für mangelernährte Kinder in Bokoro wurden 12.976 Kinder (2015: 4.152) behandelt. Um schwere Mangelernährung vorzubeugen, verteilten wir Nahrungsergänzungsmittel. Zum Schutz vor Malaria gaben wir Mückennetze aus, und um die Zahl der Durchfallerkrankungen zu reduzieren, reparierten wir Wasserpumpen. Das Projekt wurde wie geplant beendet.

Am Tschadsee kam es auch im Jahr 2016 wieder zu Anschlägen durch die Boko Haram. Wir unterstützten die Gesundheitsbehörden durch Schulungen für den Fall, dass viele Verletzte gleichzeitig versorgt werden müssen. Zudem stellten wir medizinisches Material für solche Notfälle bereit. Das chirurgische Projekt in Abéché zur Versorgung von Verletzten aus dem benachbarten Darfur wurde im Juli geschlossen. Die Zahl der Verletzten war stark zurückgegangen.

Die Lage in der Zentralafrikanischen Republik hatte sich zu Beginn des Jahres 2016 nach Neuwahlen zunächst stabilisiert, doch ab April eskalierten die Konflikte zwischen bewaffneten Gruppen und die zum Teil extreme Gewalt gegen die Zivilbevölkerung erneut. Der Mangel an qualifiziertem Gesundheitspersonal bleibt eine große Herausforderung. Aufgrund der schwierigen Sicherheitslage mussten wir die Arbeit in mobilen Kliniken und Außen-

Finanzmittel werden in Form von kurz- und mittelfristigen Termingeldern gehalten. In sehr geringem Umfang werden kurzfristig Wertpapiere gehalten, die aus Erbschaften stammen. Für Finanzanlagen gibt es eine Investitions-Richtlinie. Diese sieht vor, dass in risikobehaftete Anlageformen wie z. B. Aktien oder Derivate von ÄRZTE OHNE GRENZEN selbst nicht investiert wird. Bei der dem Verein nahe stehenden ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung werden in Ausnahmefällen im Rahmen von Treuhandstiftungen auch Aktien oder Aktienfonds gehalten. Vor der Anlage liquider Mittel

bei Bankinstituten prüfen wir so weit wie möglich diese auf ihre Bonität und darauf, ob sie das Geld nicht in Bereichen investieren oder mit solchen verbunden sind, die den Zielen von ÄRZTE OHNE GRENZEN widersprechen. Dazu gehören u. a. die Rüstungs-, Tabak- und Alkoholindustrie sowie die pharmazeutische Industrie. Zudem ist unser Grundsatz, Spendengelder möglichst direkt für die Arbeit in unseren Projekten einzusetzen. Notwendige Reserven müssen so angelegt werden, dass eine kurz- bis mittelfristige Nutzung der Gelder gewährleistet ist.

Das Anlagevermögen hat sich vor allem aufgrund von planmäßigen Abschreibungen auf unsere Fundraising-Datenbank und den Internetauftritt weiter verringert.

Der höhere Forderungsbestand des Vorjahres beruht im Wesentlichen auf Vorauszahlungen im Jahr 2015 an das Operational Centre Genf für 2016 (EUR 2,8 Mio.). Neben Forderungen aus der Weiterbelastung der Personalkosten von Projektmitarbeitern bestehen kurzfristige Forderungen aus Erbschaften. Die Forderungen aus Erbschaften sind Erbschaften, für die zum Bilanzstichtag ein rechtlicher Anspruch vorlag und die zwischen Bilanzstichtag und Aufstellung des Jahresabschlusses zugeflossen sind bzw. deren Wert bei Aufstellung des Jahresabschlusses eindeutig feststand (EUR 2,4 Mio.). Diese Erbschaften sind zum Bilanzstichtag noch nicht satzungsgemäß verwendet und unter dem Posten „Noch nicht verbrauchte Spendenmittel“ abgegrenzt worden (EUR 2,4 Mio.).

Die flüssigen Mittel sind zum Jahresende im Vergleich zum Vorjahr wegen hoher Spendeneinnahmen in den letzten Tagen des Geschäftsjahres 2016 angestiegen.

Die Gewinn- und Verlustrechnung weist einen Jahresfehlbetrag von EUR 0,3 Mio. aus, der durch eine Entnahme aus den Rücklagen gedeckt wird. Da in der Vergangenheit mehr Rücklagen gebildet wurden, als derzeit benötigt werden, reichen die übrigen Rücklagen weiterhin aus, finanzielle Risiken abzusichern.

Die Rückstellungen bleiben auf dem Vorjahresniveau. Dies sind insbesondere Rückstellungen, die aus Urlaubsansprüchen und ausstehenden Rechnungen resultieren.

Wie im Vorjahr bestehen zum Bilanzstichtag kurzfristige Verbindlichkeiten aufgrund noch ausstehender Zahlungen von Projektmitteln für 2016, die erst Anfang 2017 abgeflossen sind. Sie sind um EUR 2,6 Mio. höher als im Vorjahr.

posten an mehreren Orten aussetzen. So kam es in Bossangoa im Mai zu einem bewaffneten Überfall auf eines unserer Teams auf dem Weg zu einem Gesundheitsstützpunkt. Ein zentralafrikanischer Mitarbeiter wurde getötet. In der Folge sahen wir uns gezwungen, die Arbeit der mobilen Teams auszusetzen und die Unterstützung der Gesundheitsposten rund um Bossangoa auf die Versorgung mit Medikamenten zu beschränken. Unsere Teams unterstützten jedoch weiterhin das Krankenhaus in Bossangoa. Sie hielten 105.043 ambulante Konsultationen (2015: 137.533) ab, behandelten 84.572 Malaria-Patienten (2015: 105.992) und nahmen 940 größere chirurgische Eingriffe (2015: 711) vor. Die 2015 aufgebaute Intensivstation unterstützten wir auch 2016. Unsere Pläne, die Abteilung für Innere Medizin in dem Krankenhaus an die Gesundheitsbehörden zu übergeben, konnten wir nicht umsetzen, da sich keine Organisation zur Unterstützung der Behörden fand. Das Projekt in Boguila wurde aufgrund der anhaltend schlechten Sicherheitslage umstrukturiert und bietet nur noch ambulante Versorgung an (2016: 68.774 Konsultationen, 2015: 79.278). Die Teams behandelten 48.619 Malaria-Patienten (2015: 56.919) und verteilten Mückennetze zum Schutz vor Malaria.

Auch in der Region Ouaka eskalierte die Gewalt erneut ab April. Im Mai kam es zu einem bewaffneten Raubüberfall auf unser Büro. Wir mussten ambulante Aktivitäten in den Dörfern aussetzen, behandelten jedoch trotzdem Patienten in

34.963 ambulanten Konsultationen (2015: 63.654). Im Krankenhaus von Bambari begannen wir ab Oktober nach dem Rückzug einer anderen internationalen Hilfsorganisation, in der pädiatrischen Station einschließlich des Ernährungszentrums zu arbeiten. Ab Oktober behandelten die Teams dort 377 Patientinnen und Patienten stationär. Zudem stellten wir Material für die Versorgung von Wundverletzungen für den Operationsaal bereit.

In der entlegenen Region Haut Mbomo im Südosten des Landes unterstützten wir weiterhin das Krankenhaus in der Stadt Zémio. Die Konflikte zwischen dominierenden bewaffneten Gruppen wirken sich hier weniger aus als in anderen Landesteilen, allerdings sind hier bewaffnete Kämpfer aus der benachbarten Demokratischen Republik Kongo aktiv. Im Jahr 2016 nahm die Anzahl der bewaffneten Übergriffe zu, auch unsere Teams wurden mehrfach überfallen und beraubt. In Zémio nahmen wir 1.326 Patienten und Patientinnen (2015: 1.076) stationär auf und nahmen 46.378 ambulante Behandlungen (2015: 43.343) vor. Zudem behandelten wir 1.196 HIV-Patientinnen und Patienten (2015: 960) mit antiretroviralen Medikamenten. Davon waren 312 Neuaufnahmen (2015: 306). Wir unterstützten die Bildung von Selbsthilfegruppen unter den Patientinnen und Patienten, damit sie sich bei der Beschaffung der Medikamente abwechseln und gegenseitig Mut machen können. Die Unterstützung von Gesundheitsposten rund um Zémio mussten wir aufgrund der Sicherheitslage von Mai bis

Juli 2016 aussetzen. Ende des Jahres haben wir diese Aktivitäten ebenso wie die Unterstützung der ambulanten und stationären Bereiche des Krankenhauses an die Gesundheitsbehörden übergeben.

In **Äthiopien** hat die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in der ersten Jahreshälfte die Projektverantwortung für fünf bestehende Projekte übernommen. In den Grenzregionen des Landes leben Hunderttausende Flüchtlinge aus Eritrea, Somalia und dem Südsudan, die vor Gewalt in ihren Heimatländern geflohen sind.

In Spitzenzeiten kamen in der Grenzregion Gambella täglich bis zu 1.000 Menschen aus dem Südsudan nach Äthiopien, um hier Schutz zu suchen. Im August eröffneten wir ein zusätzliches Gesundheitszentrum in Pugnido, die Hilfe in den Lagern Kule, Tierkidi und Jewi wurde fortgesetzt. Die Teams führten insgesamt 307.873 ambulante Behandlungen aus, behandelten 87.249 Malaria-Patienten und begleiteten 1.309 Geburten. 2.105 Patienten wurden stationär behandelt.

Im Lager unweit von Pugnido bauten die Teams Latrinen, verteilten Wasserkanister und leisteten Hygiene-Aufklärung, um Krankheitsausbrüche vorzubeugen. Im Lager Kule errichteten die Teams nach einem Cholera-Ausbruch im Land ein Cholera-Behandlungszentrum.

In der Region Tigray suchen vor allem Flüchtlinge aus Eritrea Schutz. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** leistete medizinische Grundversorgung in zwei Flüchtlingslagern. Die Teams führten 2.110 Konsultationen aus und behandelten 1.325 Patienten stationär. Bei einem Cholera-Ausbruch errichteten sie zudem ein Cholera-Behandlungszentrum. Viele Flüchtlinge leiden zudem unter psychologischen Beschwerden. Die Teams führten 2.909 psychologische Einzel- und Gruppengespräche.

Die ostäthiopische Somali-Region grenzt an Somalia und zählt zu den ärmsten und am meisten vernachlässigten Regionen des Landes. Unsere Teams unterstützten ein Krankenhaus in der Stadt Wardher und Gesundheitszentren in umliegenden Dörfern. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ist die einzige internationale Hilfsorganisation vor Ort. Die Teams versorgten sowohl Flüchtlinge aus Somalia als auch die heimische Bevölkerung in der Region medizinisch. Sie begleiteten 580 Geburten, hielten 22.414 ambulante Konsultationen ab, nahmen 135 neue TB-Patienten auf und behandelten 960 mangelernährte Kinder. In der Region rund um Abdurafi im Norden des Landes arbeiten viele Erntehelfer, die unter prekären Bedingungen leben, ohne Schutz vor giftigen Schlangen oder Fliegen, welche die Tropenkrankheit Kala Azar übertragen. Viele Patienten in der Region sind zudem HIV-infiziert und an TB erkrankt. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** unterstützt die Behandlung von Kala Azar in Abdurafi seit 14 Jahren. Die Patientenzahlen sind seitdem stark zurückgegangen. Die Gefahren der Krankheit sind besser bekannt und die Behandlung konnte verbessert werden. 233 Kala-Azar-Patienten, die gleichzeitig TB hatten bzw. HIV-positiv waren, wurden behandelt. Die Abteilung für Innere Medizin im Krankenhaus von Abdurafi konnte im Oktober an die Gesundheitsbehörden übergeben werden.

Simbabwe gehört nach wie vor zu den Ländern, die weltweit am stärksten von HIV betroffen sind. In Epworth unterstützte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** weiterhin die

Gesundheitsbehörden bei der Behandlung von HIV-positiven Patientinnen und Patienten mit komplizierten Verläufen. Ein Fokus lag dabei auf Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Therapieunwirksam ist. Insgesamt starteten 1.454 Patientinnen und Patienten eine Therapie mit antiretroviralen Medikamenten. Zudem behandelten die Teams Patienten mit multiresistenter Tuberkulose (MDR-TB) sowie TB-krankte Kinder und Jugendliche. Im Jahr 2016 wurden 477 Patienten (2015: 423) neu aufgenommen, die sowohl TB hatten als auch HIV-positiv waren. In Harare, im Chikurubi-Gefängnis sowie in der psychiatrischen Station eines Krankenhauses, behandelten die Teams psychisch kranke Menschen. Bislang wurden viele Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht behandelt und im Gefängnis untergebracht. Unsere Teams unterstützten 13 Gesundheitszentren mit dem Ziel, die Kapazitäten in diesem Bereich so weit auszubauen, dass psychisch kranke Menschen zukünftig nicht mehr inhaftiert werden und stattdessen ambulant behandelt werden können.

Swasiland ist das Land mit der höchsten HIV-Infektionsrate weltweit. Auch der Anteil der Menschen, die sowohl mit HIV als auch mit Tuberkulose (TB) infiziert sind, ist sehr hoch. Ziel von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ist es, die Behandlung von HIV und TB zu verbessern. In Matsapha begannen 1.362 HIV-Patienten (2015: 1.304) eine Therapie mit antiretroviralen Medikamenten. In Matsapha und Mankayane wurden insgesamt 519 neue Patienten mit TB (2015: 481), davon 68 Patienten mit multiresistenter TB (MDR-TB) (2015: 82) aufgenommen. In Matsapha behandelten wir die MDR-TB-Patienten im Rahmen einer Studie mit einem neuen Medikament, das die Behandlungsdauer von 24 auf neun Monate verkürzt. Die ersten Ergebnisse waren sehr positiv. Auch auf Grundlage dieser Ergebnisse empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nun diese verkürzte Therapie in allen Ländern. In Momeni behandelten wir Patientinnen und Patienten mit MDR-TB und extrem resistenter Tuberkulose (XDR-TB). Hier konnten wir durch unseren Einsatz belegen, dass die Patienten auch ambulant erfolgreich behandelt werden können. Die Zahl der stationären Patienten konnte nun von durchschnittlich ca. 90 auf unter 20 reduziert werden.

In **Usbekistan** ist Tuberkulose (TB) weit verbreitet und **ÄRZTE OHNE GRENZEN** setzt sich nach wie vor dafür ein, deren Behandlung zu verbessern. Im Jahr 2016 haben wir eine klinische Studie in die Wege geleitet, in deren Rahmen wir TB-Patienten (herkömmliche und resistente Formen) mit einem noch nicht auf dem Markt befindlichen Medikament behandeln werden, das weniger toxisch ist und die Behandlung von 24 auf sechs Monate verkürzt. Die Vorbereitung für die Studie dauerte länger als geplant, sie umfasste Schulungen für Labormitarbeiter sowie diverse Antragsprozesse an die Ethikkommission und zur Einfuhr der Medikamente. In der Stadt Nukus haben wir Teile der umfassenden Behandlung von TB an die Behörden übergeben und uns auf die Studie konzentriert. In der Hauptstadt Taschkent unterstützte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** weiter die Behandlung von HIV-Patientinnen und Patienten und registrierte 842 neue Fälle (2015: 709). Der Schwerpunkt liegt auf komplizierten Fällen, die das Gesundheitsministerium aufnimmt und

	Plan 2017	Ist 2016	Ist 2015
FINANZIELLE INDIKATOREN			
Private Spendeneinnahmen und Zuwendungen zzgl. Einnahmen aus der Vermögensverwaltung (in Mio. EUR)	153,0	132,8	116,6
Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln (in Mio. EUR)	0,0	4,0	3,9
Kosten am Standort Deutschland (in Mio. EUR) ¹	23,8	19,2	18,2
Kosten für Spendenverwaltung und -werbung (in Mio. EUR) ²	13,3	10,6	9,8
Return on Investment (in EUR pro EUR) ^{2,3}	11,5	12,5	11,9
Social Mission-Anteil (in %) ^{2,4}	88,9	90,1	90,6
Verwaltungs- und Fundraising-Anteil (in %) ^{2,5}	11,1	9,9	9,4
Rücklagen (in Mio. EUR)	6,0	7,5	7,8
NICHTFINANZIELLE INDIKATOREN			
Personal			
Vermittelte Projekteinsätze ⁶	300	273	345
Anteil der Erstaussreisen (in %)	30	27	26
Nachbetreuungs-Anteil (in %) ⁷	80	70	74
Bindung von Projektmitarbeitern (zweiter Projekteinsatz innerhalb von drei Jahren nach der Erstaussreise, in %)	50,0	38,0	35,3
Durchschnittliche Projektzeit (ohne geplante Kurzzeiteinsätze, in Monaten)	6,0	5,8	5,9
Stellen am Standort Deutschland (auf Basis von Vollzeitstellen) ⁸	160	137	125
Öffentlichkeitsarbeit/Advocacy⁹			
Bruttoreichweite in den zielgruppenrelevanten Medien (in Mio.) ¹⁰	6.000	5.847	4.916
Besuche unserer Website (in Tausend pro Monat) ¹¹	80,0	86,7	86,7
Vermittelte Interviews mit deutschen Medien	320	348	430
Ungestützte Markenbekanntheit (in %) ¹²	33,3	33,3	36,7
Gestützte Markenbekanntheit (in %) ¹³	81,0	81,0	80,5
Image (auf einer Skala von 1 – 5) ¹⁴	4,3	4,3	4,3
Bruttoreichweite von Themen der Medikamentenkampagne in den zielgruppenrelevanten Medien (in Mio.)	100	109	238

¹ Alle Kosten (inkl. internationale Kostenbeteiligung an der Medikamentenkampagne) ohne Projektkosten und ohne Personalkosten für Projektmitarbeiter, die von anderen Sektionen erstattet werden

² Für die Jahre 2016 und 2017 basieren die Werte auf der neuen Kostenverteilung nach MSF GAAP; nach der bis 2015 geltenden Kostenverteilung der MSF GAAP ergäben sich für das Jahr 2016 Kosten für die Spendenverwaltung und -werbung von EUR 10,2 Mio., ein Return on Investment von 13,0, ein Social-Mission-Anteil von 90,3 % und ein Verwaltungs- und Fundraising-Anteil von 9,7%.

³ Verhältnis von privaten Spendeneinnahmen, Zuwendungen und Einnahmen aus Kooperationen zu Kosten der Spendenverwaltung und -werbung

⁴ Anteil der satzungsgemäßen Ausgaben an den Gesamtausgaben (ohne Personalkosten für Projektmitarbeiter, die von anderen Sektionen erstattet werden)

⁵ Anteil der nicht satzungsgemäßen Ausgaben (Verwaltungs- und Fundraisingkosten) an den Gesamtausgaben (ohne Personalkosten für Projektmitarbeiter, die von anderen Sektionen erstattet werden)

⁶ Unter deutschen Verträgen und Verträgen mit anderen Sektionen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**

⁷ Anteil der Projektmitarbeiter, die nach der Rückkehr aus den Projekten eine psychosoziale Nachbetreuung wahrnahmen

⁸ Einschließlich Standwerbung und studentischer Aushilfskräfte

⁹ Unter Advocacy ist die Lobbyarbeit für den Zugang zu bezahlbaren Medikamenten (Medikamentenkampagne) und für die humanitäre Hilfe und ihre Prinzipien zusammengefasst

¹⁰ Anzahl der erreichten Kontakte in zielgruppenrelevanten Medien, in denen **ÄRZTE OHNE GRENZEN** erwähnt wird

¹¹ Basierend auf Google Analytics

¹² Befragung durch TNS infratest nach Bekanntheit „medizinischer Nothilfeorganisationen“ ohne Vorgabe von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** als Antwortmöglichkeit

¹³ Befragung durch TNS infratest nach Bekanntheit „medizinischer Nothilfeorganisationen“ unter Vorgabe von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** als Antwortmöglichkeit

¹⁴ Befragung durch TNS-infratest nach elf Eigenschaften

an uns überweist. Im vergangenen Jahr konnten wir bewirken, dass die Behörden alle HIV-Patientinnen und Patienten nach der Diagnose beraten und ihnen von Anfang an psychosoziale Unterstützung anbieten. Dafür sensibilisierten wir staatliche Gesundheitsmitarbeiter in Schulungen und Supervisionen. Zudem haben

wir damit begonnen, alle HIV-Patienten auf weit verbreitete Hepatitis-C-Infektionen zu testen. Ist der Test positiv, muss ihre Therapie angepasst werden.

In **Tadschikistan** setzte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** sich nach wie vor dafür ein, Kindern mit Tuberkulose (TB) eine bessere

Diagnose, Behandlung und Versorgung zu ermöglichen. Im TB-Kinderkrankenhaus in Duschambe begannen im vergangenen Jahr 139 Kinder (2015: 123) eine Behandlung, von denen 50 eine Behandlung gegen multi-resistente TB bekamen. Zudem begannen die Teams, Patientinnen und Patienten mit extrem resistenter TB mit einem neu zugelassenen Medikament mit weniger Nebenwirkungen zu behandeln. In der Stadt Kulyab startete ÄRZTE OHNE GRENZEN ein Projekt zur Behandlung von Kindern mit HIV. Der Fokus liegt auf Kindern, deren Eltern nicht HIV-positiv sind. Ziel ist es, die Kinder umfassend zu behandeln und gleichzeitig zu untersuchen, wie sie sich mit dem Virus anstecken konnten. Dies soll dazu beitragen, die weitere Ausbreitung des Virus zu verhindern.

In der **Russischen Föderation** unterstützte ÄRZTE OHNE GRENZEN in Grosny weiterhin die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit extrem resistenten Formen von Tuberkulose (XDR-TB) sowie von TB-Erkrankten, die gleichzeitig an Diabetes leiden. Darüber hinaus boten wir nach wie vor psychologische Betreuung für Überlebende von Gewalt an, in insgesamt 181 Gruppen (2015: 373) und 3.162 Einzelsitzungen (2015: 4.701). In einer Vergleichsstudie untersuchten die Teams, ob Patienten sich besser von seelischem Leid erholen, wenn sie sofort medikamentös behandelt werden, oder wenn sie zunächst drei Monate lang psychosoziale Unterstützung erhalten. Die Ergebnisse der Studie sollen dazu beitragen, unsere psychologische Hilfe in konfliktgeprägten Regionen zu verbessern.

In **Weißrussland** unterstützte ÄRZTE OHNE GRENZEN nach wie vor die Behandlung von 20 Patientinnen und Patienten (2015: 12) mit multiresistenter Tuberkulose (MDR-TB) und extrem resistenter (XDR-TB) in Minsk. Der Anteil an resistenten Formen ist in dem Land hoch. Viele Patienten brechen die Therapie frühzeitig ab und werden von den Behörden in medizinische Einrichtungen zwangseingewiesen. Ein Großteil dieser Menschen ist alkoholkrank. Unsere dezentrale Behandlung soll eine Alternative zur Zwangseinweisung aufzeigen und gleichzeitig die TB-Behandlung für Alkoholranke verbessern. Die Ergebnisse des Projekts können auch anderen Ländern zugutekommen, in denen TB und Alkoholkrankheit weit verbreitet sind. Zudem haben die Teams in Minsk eine Studie zur Behandlung von TB mit einem neuen Medikament vorbereitet. Dieses ist weniger toxisch und verkürzt die Behandlung von 24 auf sechs Monate.

Das **mobile Schlafkrankheitsteam** testete im Jahr 2016 Patienten auf Schlafkrankheit in der abgelegenen Region Maniema im Osten der Demokratischen Republik Kongo. Dabei führten wir eine neue Strategie ein: Um gezielt Menschen zu testen, die aufgrund ihrer Wohnlage oder der Lage ihrer Felder gefährdet sind, testeten wir nicht mehr flächendeckend, sondern suchten gezielt Orte in Flussnähe auf. Hier kommt die Tsetsefliege, die die Krankheit überträgt, besonders häufig vor. 18.156 Menschen (2015: 29.313) wurden getestet, 32 sowohl ambulant als auch stationär behandelt. Aufgrund der hohen Malaria-Inzidenz in der Region testeten wir die Bevölkerung auch auf Malaria und behandelten die Erkrankten. Zudem unterstützte das Team die Gesundheitsbehörden bei einem Cholera-Ausbruch im Distrikt Kasongo.

In **Papua-Neuguinea** haben wir im März 2016 das letzte von der deutschen Sektion gesteuerte Projekt für Überlebende sexueller Gewalt an die Gesundheitsbehörden übergeben.

Im Rahmen einer Partnerschaft unterstützt die **Berlin Medical Unit (BeMU)** die chirurgischen Projekte des Operational Centres Genf (OCG) sowie medizinische Qualitätsinitiativen der Operational Centres Amsterdam und Genf. Die BeMU setzte 2016 ihre medizinisch-technische Beratung in den zwei klinischen Fachbereichen Anästhesie und Chirurgie fort und weitete sie im Bereich Notfall- und Intensivmedizin aus. Im Jahr 2016 reisten insgesamt 45 Chirurgen und 32 Anästhesisten in Projekte des OCG aus. Ziel ist es, mit möglichst allen ausreisenden Mitarbeitern dieser Spezialfächer jeweils ein Gespräch zur Vor- und Nachbereitung ihres Einsatzes zu führen. Es fanden insgesamt sieben Projektbesuche 2016 statt, bei denen bestehende und neue chirurgische Projekte in Jemen, Jordanien, Südsudan, Kamerun und Irak fachspezifisch unterstützt wurden. Mit den Fachkollegen der anderen Operational Centres des Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN arbeiteten wir gemeinsam an der Erstellung und Aktualisierung von chirurgischen und anästhesiologischen Protokollen und Richtlinien. Im Fokus stand dabei 2016 die antibiotische Therapie vor und nach operativen Eingriffen. Die Fertigstellung dieser aktualisierten Richtlinien ist für 2017 geplant.

Über die Bereiche Chirurgie und Anästhesie hinaus arbeitet die Berlin Medical Unit an der nachhaltigen Verbesserung der medizinischen Qualität der Projekte von ÄRZTE OHNE GRENZEN weltweit. Dafür arbeiteten wir weiter an Konzepten und an Indikatoren zur Überprüfung der medizinischen Prozesse. In einem Projekt in der Zentralafrikanischen Republik testeten wir Module für das Qualitätsmanagement in Krankenhäusern.

Personal

Im Jahr 2016 organisierte die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN insgesamt 273 Ausreisen (2015: 345) in Projekte weltweit. 90 Ausreisen erfolgten in den Südsudan, die Demokratische Republik Kongo und in die Zentralafrikanische Republik. Die Zahl ging im Vergleich zum Vorjahr stark zurück. Das liegt unter anderem an der ungewöhnlich hohen Zahl an Ausreisen im Jahr 2015 aufgrund des Ebola-Einsatzes. Dazu kommt, dass im Jahr 2016 etliche Ausreisen aufgrund von Visa-Problemen nicht realisiert werden konnten. Einige Einsatzländer stellen nur eingeschränkt Visa für ausländische Fachkräfte aus. Ein weiterer Faktor ist die Umsetzung der Personalstrategie für die Jahre 2016–2019. Diese sieht vor, die Einsatzdauer zu verlängern und häufige Wechsel zu reduzieren, um so mehr erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Projekten zu halten. Die Strategie hat zudem das Ziel, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu wiederholten Ausreisen zu motivieren. Die Implementierung dieser Strategie hat 2016 begonnen. Die Bindung von erfahrenen Mitarbeitern, die für Auslandseinsätze zur Verfügung stehen, wirkt sich häufig positiv auf die Qualität der Programme aus.

105 der von Deutschland ausgereisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren Ärztinnen und Ärzte, 65 kamen aus anderen medizinischen Berufen (z. B. Pflegepersonal und Hebammen) und 103 aus nicht-medizinischen Berufen (z. B. Logistiker, Finanz- und Personalkoordinatoren).

Um auf die Möglichkeit einer Mitarbeit in Projekten aufmerksam zu machen und um qualifizierte Personen anzusprechen, informierten wir mit elf Webinaren und 45 Informationsveranstaltungen insgesamt 3.810 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Im Jahr 2016 erhielt ÄRZTE OHNE GRENZEN 352 Bewerbungen für Projektstellen. 27 Prozent der Bewerber hatten ein erfolgreiches Bewerbungsgespräch und konnten in den Pool der Kandidaten für eine Erstaussreise aufgenommen werden.

Das Bonner Büro organisierte fünftägige Vorbereitungskurse für 351 neue Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter aus der ganzen Welt. ÄRZTE OHNE GRENZEN hat außerdem wie in den Vorjahren in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf einen internationalen chirurgischen Workshop organisiert, der 21 Chirurginnen und Chirurgen von ÄRZTE OHNE GRENZEN ein praktisches Training und einen professionellen Austausch ermöglichte. Im Jahr 2016 wurde eine neue Komponente der Geburtshilfe und Gynäkologie angeboten, die ebenfalls positiv aufgenommen wurde und von 12 Teilnehmern besucht war. Auch während ihrer Tätigkeit im Ausland werden die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter vom deutschen Büro von ÄRZTE OHNE GRENZEN aus unterstützt. Wir legen zudem großen Wert auf eine sorgsame Nachbereitung, um dabei möglichst viele Mitarbeiter für weitere Projekteinsätze und für die Öffentlichkeitsarbeit zu gewinnen.

Um die Qualität der Betreuung und die Zufriedenheit der Mitarbeiter in den Projekten zu evaluieren, wurden im September 2016 alle aktuell von Deutschland aus betreute Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingeladen, an einer Umfrage teilzunehmen. 84 Prozent der teilnehmenden Erstaussreisenden gaben an, sich im Rahmen des Bewerbungsprozesses gut bis sehr gut betreut gefühlt zu haben, während 78 Prozent der teilnehmenden erfahrenen Mitarbeiter angaben, mit ihrem Einsatz im Ausland zufrieden zu sein.

Öffentlichkeitsarbeit/Advocacy

ÄRZTE OHNE GRENZEN war in Deutschland im Jahr 2016 stark in den Medien präsent, vor allem mit Berichten über Menschen auf der Flucht und im Bürgerkriegsland Syrien sowie über Angriffe auf von uns geführte bzw. unterstützte Krankenhäuser in Syrien und Jemen. Von den 348 Interviews, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN 2016 für Print-, TV-, Hörfunk und Onlinemedien gaben, lassen sich weit mehr als die Hälfte (200) diesen drei Themenkomplexen (Menschen auf der Flucht, Syrien und Angriffe auf Krankenhäuser) zuordnen (2015: insgesamt 430 Interviews). Diese Themen sowie die Behandlung von und Forschung zu armutsassoziierten und vernachlässigten Krankheiten standen auch im Zentrum zahlreicher Gespräche mit politischen Entscheidungsträgern. Insgesamt wurde ÄRZTE OHNE GRENZEN 2016 in den für unsere Zielgruppen besonders relevanten Medien 10.733 Mal genannt (2015: 9.682). Dennoch ging der Bekanntheitsgrad von ÄRZTE OHNE GRENZEN leicht zurück auf 81 Prozent (gestützte Abfrage der Bekanntheit „gemeinnütziger Organisationen“ von TNS Infratest; im Jahr 2015: 84 Prozent). Angriffe auf medizinische Einrichtungen thematisierten wir auch im März in unserer Gesprächsreihe „Dialog ohne Grenzen“ sowie im April auf einer Konferenz mit rund hundert Vertreterinnen und Vertretern aus der humanitären Hilfe, Politik und Wissenschaft in Berlin.

Drei Ausgaben des Spendermagazins „Akut“ informierten über Projekte etwa in Tansania, Nigeria, Sierra Leone oder Tschad. Die durchschnittliche Auflage betrug 263.916 (2015: 264.533). Wir setzten unsere Strategie fort, Zielgruppen immer differenzierter anzusprechen: Ärzte mit „Akut med“, Firmenspender mit dem „Jahresbericht kompakt“ und Nutzer digitaler Medien mit 24 Newslettern. Der geänderten Mediennutzung trugen wir durch die Produktion von 40 Videos Rechnung und durch intensivere Präsenz in den sozialen Netzwerken. Wir steigerten die Zahl der Fans auf Facebook zum Jahresende auf 200.922 (2015: 172.356) und die Zahl der Twitter-Follower auf 21.420 (2015: 17.251).

Die Ausstellung „Im Einsatz mit ÄRZTE OHNE GRENZEN“ wurde in Lübeck, Köln, Frankfurt am Main und Ingolstadt an insgesamt 29 Tagen von rund 11.400 Menschen besucht (2015: 27 Ausstellungstage, 10.200 Besucher). Im Laufe des Jahres haben zurückgekehrte Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter die Öffentlichkeit auf 165 Veranstaltungen (2015: 126) über ihre Arbeit mit ÄRZTE OHNE GRENZEN informiert. Auf dem jährlich stattfindenden Humanitären Kongress diskutierten im Oktober rund 770 Teilnehmerinnen und Teilnehmer unter dem Titel „The Politics of Compassion“ die Spannungen zwischen humanitärer Hilfe und politischen Interessen. Dilemmata der humanitären Hilfe und Aspekte unserer Medikamentenkampagne thematisierten wir zudem in 18 Vorträgen. Jeweils bis zu 60 Personen besuchten sieben Werkstattgespräche. In Kooperation mit Caritas International und der Diakonie Katastrophenhilfe organisierten wir im April eine Konferenz zur Lage der humanitären Hilfe in Deutschland und veröffentlichten im Herbst die Studie „Herausforderung Humanitäre Hilfe – Politische Bedeutung und kritische Reflexion in Deutschland“.

Ein weiterer Schwerpunkt unserer Öffentlichkeitsarbeit und Advocacy war die Kampagne für preiswertere Impfstoffe, insbesondere gegen Pneumokokken. Mehr als 400.000 Menschen, darunter mehr als 22.000 aus Deutschland, unterzeichneten unsere weltweite Petition „A Fair Shot – Bezahlbarer Impfstoff für jedes Kind“, mit der wir die Pharmaunternehmen Pfizer und GlaxoSmithKline aufforderten, ihre Preise zu senken. Ende April übergaben wir den beiden Herstellern die Petition. Ende 2016 kündigten sie an, die Preise für Pneumokokken-Impfstoffe für humanitäre Organisationen auf ca. neun US-Dollar pro Kind zu senken.

Deutschland hat im Dezember 2016 die G20-Präsidentschaft übernommen und erstmals in der Geschichte der G20 werden Gesundheitsthemen beim Gipfeltreffen 2017 in Hamburg eine Rolle spielen. Wir setzten uns in Briefen, Gesprächen und Veranstaltungen wie dem „Dialog ohne Grenzen“ im November dafür ein, dass Themen wie antimikrobielle Resistenzen und die Reaktionsfähigkeit auf Gesundheitskrisen wie Ebola an prominenter Stelle auf der Tagesordnung stehen werden, und dass mehr öffentliche Mittel in die Erforschung von Krankheiten wie Tuberkulose investiert werden. Das Ende der Ebola-Epidemie in Westafrika und die unzureichenden Vorbereitungen auf künftige Gesundheitskrisen waren zudem Themen eines Workshops mit rund 50 Teilnehmenden im Juni 2016.

III. PROGNOSE-, CHANCEN- UND RISIKOBERICHT

1. Prognose

Nach dem erneut sehr einnahmestarken Jahr 2016 planen wir für 2017 mit Einnahmen aus privaten Spenden und Zuwendungen in Höhe von EUR 153,0 Mio. Dies entspricht einem Anstieg um EUR 20,2 Mio. (15 Prozent) und geht von einer weiteren Steigerung in allen Bereichen unserer Spendeneinnahmen aus. Katastrophen mit hoher medialer Aufmerksamkeit, bei denen wir erfahrungsgemäß zusätzliche Spenden erhalten, sind dabei mit einem Erfahrungswert berücksichtigt, wobei diese nicht vorhersehbar sind.

Ein Fokus unserer Aktivitäten im Jahr 2017 wird wieder auf der Bindung bestehender und der Gewinnung neuer Dauerspender liegen. Bei der Standwerbung werden wir die Erfassung der Daten durch den Einsatz von Tablets weiterentwickeln und damit die Gewinnung von Dauerspendern noch effizienter gestalten. Die im Jahr 2016 erfolgreich erprobte Standwerbung auf Kongressen und anderen Großveranstaltungen wird 2017 Bestandteil unserer Kampagnenmodelle. Eine Analyse und Revision unserer Kündigungs- und Rückgewinnungsprozesse mündete in einem Reaktivierungskonzept dessen Maßnahmen wir 2017 umsetzen werden.

Die Werbung von Partner-Unternehmen wird 2017 fortgesetzt und durch weitere Maßnahmen unterstützt. Ziel ist es, 125 Partner-Unternehmen zu gewinnen. Grundlage bleibt dabei unsere Richtlinie für Unternehmensspenden, die es uns untersagt, Gelder von Firmen anzunehmen, die in Branchen tätig sind, die den Zielen von ÄRZTE OHNE GRENZEN widersprechen oder einen Interessenskonflikt darstellen.

Insgesamt werden wir 2017 EUR 2,7 Mio. mehr für unsere Fundraising-Aktivitäten ausgeben als im Vorjahr, vor allem in den Bereichen Groß- und Firmenspenden sowie im Bereich Mailings. Ursache für Letzteres ist vor allem, dass die Gesamtzahl unserer Spender im Jahr 2016 noch einmal stark gestiegen ist.

Aufgrund der Entscheidung, keine öffentlichen Fördermittel der EU und ihrer Mitgliedsstaaten mehr anzunehmen, erwarten wir für 2017 keine Einnahmen aus diesem Bereich.

Für das Jahr 2017 planen wir, insgesamt EUR 125,1 Mio. für Projekte des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN aufzuwenden.

2. Chancen und Risiken

Durch das weitere Wachstum der Zahl unserer Spenderinnen und Spender von 538.840 auf 587.890 im Jahr 2016 sowie durch die weiterhin sehr hohe gestützte Markenbekanntheit von 81 Prozent sehen wir gute Voraussetzungen, unsere Spendeneinnahmen auch 2017 weiter deutlich zu steigern. Unsere große Bekanntheit werden wir auch in Zukunft dafür nutzen, im Rahmen unserer Öffentlichkeitsarbeit und Advocacy auf die vielfältigen weltweiten humanitären Notlagen hinzuweisen und den erleichterten Zugang zu bezahlbaren Impfstoffen, Diagnostika und Medikamenten einzufordern.

Um das Risiko von Einnahmeschwankungen zu minimieren, sind wir kontinuierlich bedacht, die Herkunft unserer Spenden zu diversifizieren. Etwa ein Drittel unserer privaten Einnahmen kommt derzeit aus dem Bereich Mailings, ein Viertel aus dem Bereich Dauerspender, 16 Prozent von Großspenden und 7 Prozent aus Erbschaften, sodass bereits eine gute Risikostreuung gegeben ist. Weiterhin sehen wir großes Wachstumspotenzial bei Onlinespenden, die im Jahr 2016 um mehr als 20 Prozent auf EUR 17,5 Mio. gestiegen sind.

Im Bereich der Spendenverwaltung gilt unser Augenmerk 2017 dem Update unserer Datenbank, das bis 2019 abgeschlossen sein soll. Die schnelle und qualitativ hochwertige Verarbeitung unserer Spenden und Spenderdaten ist eine wichtige Voraussetzung für eine effektive und effiziente Spendenwerbung.

Die Risiken des Spendenmarktes sehen wir vor allem in einem potenziellen Vertrauensverlust der Spender. Um das Vertrauen der Spender immer wieder zu rechtfertigen, legen wir an uns selbst besonders hohe Maßstäbe bezüglich unserer Transparenz zur Mittelverwendung an. Als erste Organisation in Deutschland hat ÄRZTE OHNE GRENZEN im Jahr 2016 den kompletten Prüfbericht des Deutschen Zentralinstituts für Soziale Fragen (DZI) der Öffentlichkeit auf der Website zugänglich gemacht. Wir verfügen über interne Einkaufs- und Ausgabenrichtlinien. Um die Qualität und kontinuierliche Verbesserung unserer Prozesse zu gewährleisten, lassen wir diese durch den TÜV Thüringen jährlich prüfen. Seit 2016 testen wir durch eigene Audits auch die Prozesse unsere Dienstleister. Erstmals wollen wir 2017 zusätzlich interne Prozesse im Fundraising-Bereich durch interne Audits überprüfen.

Wie in den Vorjahren haben wir für das Jahr 2017 die Finanzierungszusagen an die anderen Sektionen von ÄRZTE OHNE GRENZEN unter Vorbehalt einer entsprechenden Entwicklung der Einnahmen getroffen. Die Sektionen haben wiederum die allgemeine Inflation und steigende Personalkosten in den Projektländern eingeplant.

Im Operational Centre Amsterdam, das die meisten der von der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN mitfinanzierten Projekte steuert, ist darüber hinaus ein Teil des Budgets für 2017 (EUR 32,6 Mio. bzw. 13 Prozent des gesamten Projektbudgets) nicht speziellen Projekten zugewiesen, sondern steht kurzfristig für die Hilfe in akuten Krisen zur Verfügung. Die Budgets berücksichtigen auch, dass ÄRZTE OHNE GRENZEN Material wie z. B. speziell zusammengestellte Cholera-Kits, Impfstoffe, Medikamente, Infusionslösungen und logistisches Material zur Wasseraufbereitung sowie Zelte vorhalten muss. So können wir schnell und effektiv auf Naturkatastrophen, Epidemien oder die Bedürfnisse einer großen Zahl von Flüchtlingen reagieren. Eine enge internationale Zusammenarbeit stellt sicher, dass nationale und internationale Mitarbeiter schnell einsetzbar sind.

Die freie Rücklage betrug zum Bilanzstichtag EUR 7,5 Mio. und dient zur finanziellen Absicherung der Risiken am Standort Deutschland. Laut einer Risikoanalyse des gesamten Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN sind für die Absicherung der Risiken am Standort Deutschland etwa EUR 6,0 Mio. notwendig. Im Jahr 2017 werden wir daher die freie Rücklage weiterhin schrittweise reduzieren. Die für Projekte vorgesehenen Rücklagen werden entsprechend der Richtlinien aus dem Jahr 2015 nun vornehmlich in den Operational Centres vorgehalten. Unberührt von der Reduzierung der deutschen Rücklagen sichern die weiterhin im internationalen Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN gehaltenen Reserven also die Projektförderung bei möglichen Einnahmeausfällen ab. Zusätzlich besteht eine internationale Risiko-Streuung, sodass Einnahmeausfälle in einzelnen Sektionen von anderen Sektionen kompensiert werden können.

3. Plan 2017 und Folgejahre

Der im Folgenden dargestellte Plan für das Jahr 2017 wurde vom Vorstand der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN im Dezember 2016 verabschiedet sowie im Februar 2017 aufgrund der guten Ergebnisse im Jahr 2016 angepasst. Bereits im Oktober 2015 hat der Vorstand einen neuen strategischen Plan für 2016 bis 2019 für die deutsche Sektion verabschiedet. Dieser basiert unter anderem auf einer ausführlichen Anwerbe- und Bindungsstrategie für Projektmitarbeiter, einer neuen Fundraising-Strategie sowie dem Strategischen Plan des Operational Centre Amsterdam für die Jahre 2015 bis 2019. Im Rahmen einer Prognose-Planung besteht darüber hinaus eine Vereinbarung über die Finanzierung der Projekte innerhalb des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN für die Jahre 2017 bis 2021. Diese Prognose basiert im Wesentlichen auf der Fundraising-Strategie und sieht eine Steigerung der Einnahmen der deutschen Sektion bis 2021 auf voraussichtlich EUR 211,5 Mio. vor. Nach Abzug der Ausgaben am Standort Deutschland in Höhe von dann EUR 28,9 Mio., einschließlich EUR 7,6 Mio. für die satzungsgemäßen Ausgaben Projektbetreuung und Témoignage, sowie nach Abzug der Kosten der Projektbetreuung durch die Operational Centres (EUR 5,4 Mio.) verbleiben im Jahr 2021 voraussichtlich EUR 175,5 Mio. für die Projekte von ÄRZTE OHNE GRENZEN. EUR 1,7 Mio. werden für die Rücklagenbildung verwendet.

Projektbetreuung

Im Jahr 2017 wird die Projektabteilung der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN weiterhin Projekte im Tschad, in der Zentralafrikanischen Republik, in Äthiopien, Simbabwe, Swasiland, der Russischen Föderation, Weißrussland, Usbekistan und Tadschikistan steuern. Das mobile Schlafkrankheitsteam wird seine Arbeit 2017 in der Demokratischen Republik Kongo fortsetzen. Ein Pilotprojekt in Deutschland zur psychologischen Versorgung von geflüchteten Menschen in Kooperation mit dem Krankenhaus St. Joseph in Schweinfurt wurde im März mit ersten Patientinnen und Patienten begonnen. Das Ziel ist, dass das Krankenhaus die Arbeit ab Juli weiterführt.

Die Bevölkerung im Tschad wird auch im Jahr 2017 medizinische Hilfe benötigen. In Am Timan wollen wir uns darauf konzentrieren, die Kapazitäten der Gesundheitsbehörden durch Schulungen zu stärken. Zudem werden wir den gemeindebasierten Ansatz der Gesundheitsversorgung ausbauen und dafür rund 150 Gesundheitshelfer einstellen, welche die Bevölkerung über Krankheiten und den Zugang zu Gesundheitsversorgung informieren. Insbesondere für die Vorsorge und Behandlung von Malaria ist dies wichtig. Die Krankheit ist nach wie vor die Haupttodesursache von Kindern unter fünf Jahren im Land.

In der Zentralafrikanischen Republik ist davon auszugehen, dass die bewaffneten Konflikte auch 2017 anhalten und viele Menschen auf umfangreiche medizinische Hilfe angewiesen sein werden. In Zémio planen wir, die Geburtshilfe im Krankenhaus sowie alle Gesundheitsposten zur Behandlung von Malaria im Umkreis im Mai 2017 an die Behörden zu übergeben. Die Behandlung von HIV-Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit der Gründung von Selbsthilfegruppen planen wir in einem Pilot-Projekt bis mindestens Ende 2018 weiterhin zu unterstützen. Die Erfahrungen hieraus werden wir auch in Projekten in anderen instabilen Kontexten nutzen. Das Projekt in Boguila werden wir in das Projekt in Bossangoa integrieren. Zentralafrikanische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden weiterhin HIV-Patienten in Boguila ambulant versorgen und zudem eine medizinische Grundversorgung leisten, internationale Mitarbeiter in Bossangoa werden sie durch Training und Supervision unterstützen. In Bossangoa und Bambari werden wir weiter die Krankenhäuser unterstützen. In Bossangoa planen wir nach wie vor, die Abteilung für Innere Medizin an einen geeigneten Partner zu übergeben. Die Aktivitäten mit mobilen Kliniken in den Dörfern rund um Bossangoa werden wir wieder aufnehmen, sobald die Sicherheitslage es erlaubt. In der Zwischenzeit beliefern wir entlegene Gesundheitsposten weiter mit Medikamenten und Material. In Bambari unterstützt ÄRZTE OHNE GRENZEN seit Januar 2017 neben der pädiatrischen Station und dem Ernährungszentrum auch die chirurgische Abteilung und übernimmt Notfall-Operationen.

In Äthiopien werden wir die Projekte fortführen. In Gambella ist davon auszugehen, dass nach wie vor viele Menschen aus dem Südsudan hier Schutz suchen werden. In Tigray planen wir, die Geburtshilfe und die HIV-Behandlung an die Gesundheitsbehörden zu übergeben und dafür die psychologische und psychiatrische Hilfe auf weitere Flüchtlingslager auszuweiten. Im Krankenhaus der Stadt Wardher werden wir zunehmend Verantwortung an die Gesundheitsbehörden übergeben und dafür die ambulante Versorgung in entlegenen Dörfern der Region ausbauen. So möchten wir mehr Menschen erreichen, die bislang kaum Zugang zu medizinischer Hilfe hatten. In Abdurafi werden die Teams zusätzlich Patienten behandeln, die HIV-positiv und an Kala Azar erkrankt sind.

	Plan 2017		Ist 2016		Veränderung
	TEUR	in %	TEUR	in %	
Einnahmen					
Private Spenden, Zuwendungen und Vermögensverwaltung	153.000	96,5	132.795	93,4	20.205
Öffentliche Fördermittel	0	0,0	4.050	2,8	-4.050
Einnahmen Projektpersonal und Weiterberechnungen	5.200	3,3	5.017	3,5	183
Sonstiges	332	0,2	364	0,3	-32
	158.532	100,0	142.226	100,0	16.306
Ausgaben					
Ausgaben in den Projektländern	125.098	79,2	114.925	80,6	10.173
Projektbetreuung	7.909	5,0	6.492	4,6	1.417
Ausgaben Projektpersonal	5.200	3,3	5.017	3,5	183
Témoignage, sonstige Programmarbeit	2.770	1,8	2.471	1,8	299
Summe satzungsgemäße Ausgaben	140.977	89,3	128.905	90,5	12.072
Spendenverwaltung/-werbung	13.302	8,4	10.576	7,4	2.726
Allgemeine Verwaltung/ Allgemeine Öffentlichkeitsarbeit	3.742	2,4	3.007	2,1	735
Kosten der Vermögensverwaltung	0,0	0,0	50	0,0	-50
	158.021	100,0	142.538	100,0	15.483
Ergebnis	511		-312		823

In **Simbabwe** werden wir in Epworth weiterhin die Behandlung komplizierter Fälle von HIV und Tuberkulose unterstützen. Die psychiatrische Hilfe im Chikurubi-Gefängnis in Harare planen wir bis Ende des Jahres 2017 zu beenden. Bis dahin werden wir uns weiterhin dafür einsetzen, dass psychisch Kranke aus dem Gefängnis entlassen und angemessen durch die Gesundheitsbehörden behandelt werden.

In **Swasiland** werden wir in Moneni weiterhin Patientinnen und Patienten mit extrem resistenter Tuberkulose (XDR-TB) behandeln. Geplant ist zudem, die Behörden darin zu unterstützen, die verkürzte Therapie für Patienten mit multiresistenter Tuberkulose (MDR-TB) im ganzen Land umzusetzen. Die Arbeit in der Klinik in Matsapha haben wir am 1. April 2017 an eine andere internationale medizinische Hilfsorganisation übergeben. Die HIV-Infektionsraten in dem Land sind zwar nach wie vor hoch, die Anzahl der Neuinfektionen ist jedoch stabil. Die Zahl der TB-Infektionen ist rückgängig. Zudem sind die notwendigen Therapien heute günstiger.

In **Usbekistan** planen wir im Jahr 2017, im Rahmen der Studie die ersten Tuberkulose-Patienten mit den neuen Medikamenten zu behandeln. Zudem werden wir in der Hauptstadt Taschkent weiter die Behandlung von komplizierten HIV-Fällen unterstützen. HIV-Patientinnen und Patienten sollen zudem weiterhin auf Hepatitis C getestet werden, um ihre Therapie bei Bedarf anzupassen.

In **Tadschikistan** werden wir das Projekt für ein Tuberkulose erkrankte Kinder in der Hauptstadt Duschanbe fortführen.

Das Projekt in der Stadt Kulyab zur Behandlung von Kindern mit HIV planen wir auf eine weitere Gesundheitseinrichtung auszuweiten.

In der **Russischen Föderation** werden wir uns in Grosny auch im Jahr 2017 auf die Behandlung von extrem resistenter Tuberkulose (XDR-TB) konzentrieren. Gleichzeitig werden wir weiter die Behandlung von TB-Patienten verbessern, die auch an Diabetes leiden. Die psychologische Hilfe für Überlebende von Gewalt beendeten wir im April 2017. Das Projekt half den Menschen, die psychologischen Folgen der bewaffneten Auseinandersetzungen in ihrer Stadt zu bewältigen. Inzwischen hat sich die Lage stabilisiert.

In **Weißrussland** werden wir weiterhin die Behandlung von Patienten mit multiresistenter Tuberkulose (MDR-TB) und extrem resistenter Tuberkulose (XDR-TB) unterstützen und uns darum bemühen, Alternativmodelle zur bisher praktizierten Zwangseinweisung von TB-Patientinnen und -Patienten aufzuzeigen. Bei den Behörden werden wir uns weiterhin für die verbesserte Diagnose, Therapie und Versorgung aller TB-Patienten einsetzen.

Das **mobile Schlafkrankheitsteam** wird die gezielten Schlafkrankheitstests in der Demokratischen Republik Kongo in zwei weiteren Distrikten der Region Maniema fortsetzen. Weil die Region äußerst abgelegene und nicht bekannt ist, wie viele Menschen dort leben, ist der Einsatz zeitlich schwer planbar. Wenn die Teams alle Gefährdeten getestet haben, planen sie in zwei weiteren Regionen auf Schlafkrankheit zu testen. Die Inzidenzrate ist dort ähnlich hoch wie in Maniema.

Die medizinische Beratung in den Bereichen Chirurgie, Anästhesie und Notfallmedizin durch die Berlin Medical Unit (BeMU) hat im vergangenen Jahr noch an Bedeutung zugenommen, da zusätzliche chirurgische Notfallprojekte in Jemen, Kamerun und Irak aufgebaut wurden. Dadurch verdoppelte sich die Anzahl der zu betreuenden chirurgischen Projekte im Vergleich zum Jahr 2015. Dabei spielte besonders die akute Versorgung von Kriegsverletzten in Konfliktgebieten eine große Rolle. Das BeMU-Team war z. B. unmittelbar im Einsatz bei der Planung und dem kurzfristigen Aufbau eines chirurgischen Projekts bei Mossul im Irak.

Die Schwerpunkte im Jahr 2017 liegen weiterhin auf der Aktualisierung und Implementierung von Qualitätsstandards in der chirurgischen und notfallmedizinischen Versorgung sowie der weiteren Entwicklung von Trainingsprogrammen für das internationale und nationale medizinische Personal in den spezifischen Fachbereichen. Darüber hinaus soll 2017 das Konzept zur Verbesserung der medizinischen Qualität fertig gestellt werden und seine Einführung und gegebenenfalls seine Anpassung in weiteren Projekten getestet werden.

Personal

Im Jahr 2017 werden wir weiterhin daran arbeiten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu wiederholten Projekteinsätzen zu motivieren, die Einsatzdauer zu verlängern und eine gezielte Weiterentwicklung zu ermöglichen. Geplant ist, das Thema „Diversity Management“, das im internationalen Netzwerk von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** an Bedeutung gewonnen hat, auch in Deutschland zu stärken. Dafür sollen alle Verantwortlichen, die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter auswählen, schulen und betreuen, in diesem Bereich fortgebildet werden. Wir werden weiterhin daran arbeiten, die Betreuung unserer Mitarbeiter stetig zu verbessern und durch jährliche Umfragen Trends im Blick zu haben.

In der ursprünglichen Planung sahen wir vor, im Jahr 2017 300 Ausreisen von Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern zu ermöglichen. Inzwischen gehen wir jedoch davon aus, dass sich diese Zahl eher im Rahmen wie 2016 (270) bewegen wird. Zudem werden wir weiterhin die Vorbereitungsseminare für neue internationale Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter organisieren.

Für die Büromitarbeiter in Deutschland wollen wir 2017 unsere Aktivitäten im Bereich Personalentwicklung und Managementstruktur verbessern und ausbauen, um damit angemessen auf das weitere Wachstum der Organisation reagieren zu können. Dabei sollen insbesondere die Führungskräfte unterstützt werden, die Kompetenzen ihrer Mitarbeiter noch besser zu fördern.

Darüber hinaus wird die Personalabteilung in 2017 die für 2018 geplante Umstellung auf eine internationale Personaldatenbank des gesamten Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** vorbereiten.

Öffentlichkeitsarbeit/Advocacy

Unsere Öffentlichkeitsarbeit orientiert sich weiterhin an der Kommunikationsstrategie des internationalen Netzwerkes

von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** mit den Zielen, die Sichtbarkeit unserer humanitären medizinischen Arbeit zu erhöhen, die Akzeptanz der Organisation – vor allem in den Einsatzländern – zu steigern sowie die Einflussnahme auf internationale Akteure der humanitären Hilfe zu Gunsten der betroffenen Bevölkerung zu verbessern.

Wir gehen davon aus, dass auch 2017 Angriffe auf medizinische Einrichtungen sowie die weltweiten Flucht- und Migrationsbewegungen eine zentrale Rolle in Medien- und Öffentlichkeitsarbeit sowie Advocacy einnehmen werden. Die politische Bedeutung von humanitärer Hilfe in Kontexten von Flucht und Vertreibung diskutieren wir Mitte März auf einer Konferenz mit Vertreterinnen und Vertretern aus der humanitären Hilfe, Politik und Wissenschaft. Darüber hinaus werden wir die schwierige Lage von Menschen vor allem in Syrien, im Südsudan, in der Zentralafrikanischen Republik, in Nigeria und im Jemen thematisieren.

Ein weiterer Schwerpunkt unserer Arbeit wird die dringend benötigte Forschung zu und Entwicklung von Impfstoffen, Diagnostika und Medikamenten für vernachlässigte und armutsassoziierte Krankheiten sein, mit dem Fokus auf multiresistenter Tuberkulose. Wir haben im März 2017 zusammen mit Brot für die Welt, der BUKO-Pharmakampagne sowie der Deutschen Lepra- und Tuberkulosehilfe zum vierten Mal den Memento-Preis verliehen. Dieser zeichnet besonders engagierte Vertreterinnen und Vertreter aus Wissenschaft, Politik und Journalismus für ihre Arbeit zu vernachlässigten Krankheiten aus. Darüber hinaus werden wir weiter verfolgen, ob die Regierungen die beim G20-Gipfel unter deutscher Präsidentschaft zu beschließenden Maßnahmen umsetzen, insbesondere zu antimikrobiellen Resistenzen und der Vorbeugung und Reaktion auf Gesundheitskrisen wie Epidemien. Unsere Arbeit zu bezahlbaren Impfstoffen für Menschen in ärmeren Ländern werden wir fortsetzen. Die Bundestagswahl 2017 bietet einen besonderen Anlass, unsere Themen in den politischen Diskurs einzubringen.

Die Freiluft-Ausstellung „Im Einsatz mit **ÄRZTE OHNE GRENZEN**“ soll im Jahr 2017 wieder in vier Städten zu sehen sein und unsere Arbeit 11.000 Besuchern nahebringen. Mit weiteren Veranstaltungen wollen wir das Interesse für aktuelle Themen und Herausforderungen der humanitären Hilfe wecken. Dazu gehören der Humanitäre Kongress in Berlin und die Gesprächsreihe „Dialog ohne Grenzen“.

In der digitalen Kommunikation wollen wir 2017 unsere Präsenz in sozialen Netzwerken weiter intensivieren und haben uns zum Ziel gesetzt, die Zahl der Fans auf Facebook von 200.922 auf 225.000 und die der Follower bei Twitter von 21.420 auf 23.000 zu erhöhen. Die organische, nicht durch Werbung gestützte Beitragsreichweite bei Facebook wollen wir im Durchschnitt auf 70.000 und die Twitter-Impressions auf 340.000 steigern. Die Produktion von deutschsprachigen Videos wollen wir weiter verstärken. Zudem wollen wir grundsätzlich unsere Kommunikationsstrategie reflektieren und ein neues Konzept entwickeln.

IV. INTERNES KONTROLLSYSTEM (IKS) UND RISIKOMANAGEMENTSYSTEM

Zentraler Bestandteil des Kontrollsystems von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** sind Beschaffungsrichtlinien und Unterschriftenregeln, denen das Vier-Augen-Prinzip zugrunde liegt.

Mit einer detaillierten Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung werden sämtliche Aufwendungen und Erträge den einzelnen Sparten verursachungsgerecht zugerechnet. Die Kostenrechnung berücksichtigt bei der Zuordnung der Kosten nationale handels- und abgabenrechtliche Vorgaben sowie die internationalen Leitlinien des Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, die MSF-GAAP, und wird in Anlehnung an die Empfehlungen des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen (DZI) erstellt.

Darüber hinaus erlaubt die Kostenrechnung zeitnahe und tiefgehende Analysen über die aktuelle Finanzlage der Organisation. Wichtige Kennzahlen werden regelmäßig ermittelt und nachgehalten, wie z. B. der Anteil der Kosten der Spendenwerbung, der Anteil der Verwaltungskosten sowie der Projektanteil an den Gesamtkosten.

Speziell bei großen Budgets wie dem der Fundraising-Abteilung ist die monatliche Überprüfung der Ausgaben im Vergleich zum Budget von großer Wichtigkeit. Dabei werden bestellte Leistungen mit den geplanten Budgetposten und der Finanzbuchhaltung abgeglichen. Die Spendeneinnahmen werden täglich überwacht, um die Ergebnisse besser analysieren und gegebenenfalls notwendige Maßnahmen umgehend ergreifen zu können. Die 2015 erarbeitete Vier-Jahres-Strategie für die Fundraising-Abteilung für die Jahre 2016 bis 2019 dient als wichtiges Steuerungselement und ist inhaltlich mit der internationalen Finanzplanung und der internationalen Fundraising-Strategie abgestimmt.

Die Planung des nachfolgenden Geschäftsjahres, die Erstellung und Kontrolle der Budgets und die unterjährige Berichterstattung an den Vorstand sind wichtige Bestandteile des internen Steuerungssystems. Basierend auf dem Strategieplan wurden Ziele für den Jahresplan 2017 gesetzt, Maßnahmen und Strategien zur Zielerreichung erarbeitet

und ein detailliertes Budget auf Kostenstellenbasis erstellt und vom Vorstand verabschiedet. In monatlichen Management-Reports wird im jeweils laufenden Geschäftsjahr der Plan mit dem Ist-Zustand abgeglichen. Gleichzeitig werden die Einnahmen analysiert und eine aktualisierte Liquiditätsplanung erstellt.

Im Mai und September wird jeweils über die Aktivitäten der vergangenen vier Monate Bericht erstattet („4M“- und „8M“-Evaluierung). Im Rahmen des Evaluierungsprozesses wird der Stand der Zielerreichung festgehalten und analysiert. Außerdem enthält der Bericht einen Ausblick auf die Aktivitäten bis Jahresende. Eventuelle Änderungen gegenüber dem ursprünglichen Plan müssen vom Vorstand genehmigt werden. Im Februar erfolgt eine umfassende Soll-Ist-Analyse des vorangegangenen Jahres („12M“-Evaluierung).

In einem Risikoinventar werden die wichtigsten Risiken der Organisation nach Bereichen aufgeführt sowie adäquate Maßnahmen zur Risikosteuerung und -kontrolle festgehalten. Das Risikoinventar wird regelmäßig überprüft, Änderungen der Risikoeinschätzungen werden bewertet, notwendige Gegenmaßnahmen ergriffen und dokumentiert, und das Inventar wird gegebenenfalls um neue Risiken erweitert. Im Jahr 2014 wurde das Risikomanagement auf das im internationalen Netzwerk von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** entwickelte Risikomanagementsystem umgestellt, das auf dem internationalen Standard ISO 31000 basiert. Damit ist nun eine softwarebasierte Kalkulation der notwendigen finanziellen Reserven möglich.

Der Aufsichtsrat berät und überwacht den Vorstand bei der Leitung der deutschen Sektion, insbesondere in Bezug auf das Jahresbudget und die regelmäßige Kontrolle durch Plan-Ist-Vergleiche und die laufende Berichterstattung über wesentliche Ereignisse des Vereins. Seine Funktion dient einer klaren Trennung von Leitung und Aufsicht, um Interessenkonflikte zu vermeiden. Damit erfüllen wir national und international anerkannte Standards guter und verantwortungsvoller Organisationsführung.

Eine Rotationsrichtlinie stellt ein dynamisches und innovatives Management sicher. Sie sieht vor, dass Mitglieder des Management-Teams (Geschäftsführung und Abteilungsleitungen) ihren Posten maximal sechs Jahre ausüben dürfen.

ÄRZTE OHNE GRENZEN ist Träger des Siegels des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen (DZI). Dieses bescheinigt eine leistungsfähige und transparente Arbeit, eine nachprüfbar, sparsame und satzungsgemäße Verwendung der Mittel sowie eine wahre, eindeutige und sachliche Berichterstattung und Werbung. Im Bereich der Spendengewinnung und -verwaltung (Fundraising) wendet **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ein Qualitätsmanagement an. Dieses wird jährlich vom TÜV zertifiziert und stellt sicher, dass die mit dem Fundraising verbundenen Arbeitsprozesse den geforderten Qualitätsstandards entsprechen und laufend optimiert werden.

Zur Überwachung unserer Ausgaben für Verwaltung und Spendenwerbung errechnen und beobachten wir über die absoluten Kennzahlen hinaus auch das Verhältnis dieser Ausgaben zu den Gesamtausgaben (Verwaltungs- und Fundraising-Ratio). Ebenfalls regelmäßig erheben wir den Anteil der satzungsgemäßen Ausgaben an den Gesamtausgaben (Social-Mission-Anteil). Für die Berechnung dieser Kennzahlen gibt es Vorgaben im internationalen Netzwerk. Sie sollen die Angemessenheit der Ausgaben langfristig gewährleisten.

In den Projekten des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** arbeiten eigene internationale und vor Ort angestellte Mitarbeiter. In der Regel geben wir keine finanziellen Mittel an andere projektdurchführende Organisationen außerhalb des Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** weiter. In jedem Projektland gibt es mindestens einen Finanzkoordinator, der als Mitglied des Management-Teams vor Ort die Mittelverwendung nach den Vorgaben und Standards des Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** überwacht.

Zusätzlich werden inhaltliche und administrative Projekt-Evaluierungen (Audits) durchgeführt, teilweise durch die pro-

jektdurchführenden Sektionen selbst, teilweise durch andere Sektionen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**. In finanziell vertretbarem Umfang werden auch externe Wirtschaftsprüfer hinzugezogen.

Das internationale Netzwerk von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** veröffentlicht neben den nationalen Abschlüssen der 21 Sektionen sowie weiterer Einheiten (wie z. B. das internationale Büro in Genf, das Logistik-Zentrum in Frankreich oder die **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Stiftung in Deutschland) einen gemeinsamen, durch Wirtschaftsprüfer geprüften Jahresabschluss („Combined Accounts“). Die Überführung der nationalen Einzelabschlüsse in den gemeinsamen Abschluss erfolgt auf Basis eines komplexen Regelwerks (MSF-GAAP), das von allen Sektionen verbindlich angewendet wird. Durch die Zusammenführung der nach den MSF-GAAP angepassten Einzelabschlüsse werden durch die Eliminierung von wechselseitigen Forderungen und Verbindlichkeiten sowie Aufwendungen und Erträgen Effekte ausgeblendet, die auf Verrechnungen der Sektionen untereinander beruhen und zu Verzerrungen und Doppelerfassungen führen könnten. Der internationale Abschluss liefert ein klares Bild über die Leistungsfähigkeit der Gesamtorganisation und dient zusätzlich der transparenten Berichterstattung über die Arbeit des Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gegenüber der Öffentlichkeit. Der internationale Abschluss für das Jahr 2016 kann erst nach Vorliegen der weiteren Einheiten erstellt werden und liegt im Juni 2017 vor.

Berlin, 13. April 2017

Médecins Sans Frontières (MSF) –
ÄRZTE OHNE GRENZEN,
Deutsche Sektion e. V.

Der Vorstand und die Geschäftsführung

BESTÄTIGUNGSVERMERK

Médecins Sans Frontières (MSF) – ÄRZTE OHNE GRENZEN, Deutsche Sektion e. V. weist darauf hin, dass aus der Offenlegung des Bestätigungsvermerks keinerlei Verpflichtungen, Verantwortung, Haftung oder Sorgfaltspflichten von der Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft gegenüber Dritten begründet werden.



Bestätigungsvermerk

An den Médecins Sans Frontières (MSF) – Ärzte ohne Grenzen, Deutsche Sektion e. V.

Wir haben den Jahresabschluss - bestehend aus Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung sowie Anhang - unter Einbeziehung der Buchführung und den Lagebericht des Médecins Sans Frontières (MSF) - Ärzte ohne Grenzen, Deutsche Sektion e. V., Berlin, für das Geschäftsjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember 2016 geprüft. Die Buchführung und die Aufstellung von Jahresabschluss und Lagebericht nach den deutschen handelsrechtlichen Vorschriften liegen in der Verantwortung der gesetzlichen Vertreter des Vereins. Unsere Aufgabe ist es, auf der Grundlage der von uns durchgeführten Prüfung eine Beurteilung über den Jahresabschluss unter Einbeziehung der Buchführung und über den Lagebericht abzugeben.

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

Unsere Prüfung hat zu keinen Einwendungen geführt.

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

Berlin, 13. April 2017

Ernst & Young GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft


Seidel
Wirtschaftsprüfer


Weinberg
Wirtschaftsprüfer





VIELEN DANK

Liebe Unterstützerinnen und Unterstützer, ohne Ihre Spenden wäre unsere Arbeit nicht möglich. So haben Sie sich im Jahr 2016 engagiert:

- **587.891** Menschen haben an **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gespendet.
- **126.243** davon begrüßen wir als neue Unterstützerinnen und Unterstützer bei **ÄRZTE OHNE GRENZEN**.
- **1.241** Menschen haben ihre Geburtstage, Hochzeiten oder Jubiläen zugunsten von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gefeiert.
- **210** Stiftungen haben uns mit Zuwendungen bedacht.
- **676** Unterstützerinnen und Unterstützer haben Benefizveranstaltungen wie Läufe, Basare, Konzerte und Sammlungen für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** initiiert.
- **11.996** Firmen haben uns mit einer Spende unterstützt.
- **172** Menschen haben uns im Jahr 2016 mit einer Erbschaft bedacht.
- **670** Menschen haben im Namen eines Verstorbenen um Spenden für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gebeten.
- **1.412** Firmen haben an unserer Aktion „Unternehmen Weihnachtsspende“ teilgenommen.

IMPRESSUM

Redaktion: Sabine Rietz, Malte Mühle
Bildredaktion: Verena Kühne
Verantwortlich: Annette Dörrfuß

Mitarbeit: Valeska Cordier,
Corinna Ditscheid, Katja Carson,
Petra Meyer, Mathias Wagner,
Volker Westerbarkey, Florian Westphal

Layout: Moniteurs, Berlin
Druck: ruksaldruck, Berlin
Litho: highlevel, Berlin
Auflage: 7.200
Gedruckt auf RecyStar Polar,
100% Altpapier, chlorfrei, mit dem
blauen Umweltengel ausgezeichnet

Redaktionsschluss: 20.5.2017

Titelbild:

MITTELMEER: An Bord des
Rettungsschiffes Dignity 1 trägt ein
Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN
ein junges Mädchen in die
kleine Klinik des Schiffes.
© Mohammad Ghannam/MSF

Rückseitenfoto:

ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK:
Mit einem Theaterstück klärt ein
Team auf dem Marktplatz von Popoto
über unsere Impfkampagne auf.
© Pierre-Yves Bernard/MSF



www.aerzte-ohne-grenzen.de



www.aerzte-ohne-grenzen.de



www.aerzte-ohne-grenzen.de

SPENDENKONTO
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00
BIC: BFSWDE33XXX



JEMEN: Ins Leben zurück nach einer Amputation in Aden © Malak Shahrer/MSF

SPENDENKONTO
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00
BIC: BFSWDE33XXX



IRAK: Sanitätsanlagen im Flüchtlingscamp Alwand 1 im Nordirak © Ton Koene

SPENDENKONTO
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00
BIC: BFSWDE33XXX



ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK: Krankentransport per Flugzeug © Christophe Da Silva/Hans Lucas



SPENDENKONTO
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00
BIC: BFSWDE33XXX

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.
Am Köllnischen Park 1, 10179 Berlin
Tel. 030 700 130-0
Fax 030 700 130-340
office@berlin.msf.org

Deutsche Website: www.aerzte-ohne-grenzen.de
Internationale Website: www.msf.org

