



JAHRES BERICHT 2014

WER WAR WO?

Im Jahr 2014 arbeiteten die Teams des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in mehr als 60 Ländern. Über die deutsche Sektion waren insgesamt 302 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie Ärzte und Ärztinnen, Krankenschwestern und -pfleger, Logistikerinnen und Logistiker in den Einsatzländern tätig.

1 AFGHANISTAN

Sufyan Abu Obead / Chirurg, Hartmut Brandenburg / Anästhesist, Sabine Dorn / Krankenschwester, Aline Falkenstein / Anästhesistin, Jens Hahn / Arzt, Christoph Hey / Logistikkoodinator, Steffen Hillebrand / Arzt, Christiane Jungermann / Krankenschwester, Wolfgang Kaiser / Medizinischer Koordinator, Klaus Konstantin / Anästhesist, Michael Krick / Logistiker, Henrike Meyer / Chirurgin, Carolin Möhrke / Ärztin, Roberta Rehnig / Anästhesistin, Clemens Stahl / Arzt

2 ÄGYPTEN

Maria Akriditou / Psychosoziale Beraterin

3 AMERIKANISCH-SAMOA

Anja Wolz / Projektteamleiterin

4 ARMENIEN

Petra Becker / Projektteamleiterin

5 ÄTHIOPIEN

Steffen Bürk / Krankenpfleger, Anja Engel / Logistikkoodinatorin, Leonardo Figueroa Ibacache / Logistiker, Caroline Jenkel / Ärztin, Jorge Rojas Mahecha / Logistiker, Kathleen Nikolaus / Logistikerin, George Papa / Logistiker, Christa Puhl / Logistikerin, Chris Ringtho / Logistiker, Lucia Ringtho / Landeskoordinatorin, Josef Schreckenberger / Krankenschwester, Philip Steffens / Arzt, Mona Tamannai / Ärztin, Jens Tews / Logistiker, Anne Zentgraf / Laborantin, Jürg Zimmermann / Logistiker

6 BANGLADESCH

Ina Hammesfahr / Hebamme, Jacques Tshiang Tshiananga / Epidemiologe

7 BURUNDI

Martina Tiemann / Ärztin

8 DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO

Alföld Böhlinger / Logistikerin, Joachim Brauer / Chirurg, Alice Eiserbeck / Ärztin, Sebastian Frowein / Projektteamleiter, Marcus Hanke / Anästhesist, Ingo Hartlapp / Arzt, Christian Heck / Chirurg, Julia Heermann / Hebamme, Volker Herzog / Chirurg, Julia Hobohm / Ärztin, Stefanie Hofstetter / Hebamme, Gregor Hotz / Logistiker, Sebastian Jung / Logistiker, Andreas Karden / Logistiker, Theodoros Krommydakis / Medizinischer Projektteamleiter, Emilie Kuhn / Logistikerin, Ingo Kurzweil / Medizintechniker, Elisabeth Lipsewers / Landeskoordinatorin, Jantina Mandelkow / Medizinische Koordinatorin, Laura Müller / Ärztin, Ina Neugärtner / Ärztin, Sonja Nientiet / Medizinische Projektteamleiterin, Jörg Nitschke / Chirurg, Michael Petry / KFZ-Experte, Christiane Piepel / Ärztin, Jürgen Popp / Logistikkoodinator, Denise de Quervain / Administratorin, Karl Rheinwald / Chirurg, Annika Rzaza / Hebamme, Miriam Scheffler / Ärztin, Sonja Schumacher / Ärztin, Verena Schuster / Logistikerin, Veronika Siebenkotten-Branca / Ärztin, Andreas Spaett / Logistikkoodinator, Philip Steffens / Arzt, Lydia Stockmanns / Krankenschwester, Joachim Tisch / Logistikkoodinator, Ruth Ulrich / Psychosoziale Beraterin, Susanne Wolters / Ärztin

9 GUINEA

Martijn Ebbing / Logistiker, Claudia Evers / Landeskoordinatorin, Lirios Pastor Galiano / Arzt, Maximilian Gertler / Epidemiologe, Roland Klebe / Logistiker, Timon Marszalek / Logistiker, Carolyn Whitten / Logistikerin, Susanne Wolters / Ärztin, Anja Wolz / Projektteamleiterin

10 HAITI

Elisabeth Brandt / Logistikerin, Moritz Christian Braun / Arzt, Wibke Keßler / Medizinische Projektteamleiterin, Emilie Kuhn / Logistikerin, Ulrike Müller / Ärztin, Hannes Pietschmann / Chirurg, Sabine Ruske / Ärztin, Christian Schamberg-Bahadori / Chirurg, Oliver Schulz / Landeskoordinator, Hannah Schumann / Ärztin, Katharina Uhlmann / Personalkoodinatorin, Andreas Spaett / Projektteamleiter, Michael Winter / Chirurg

2

11 INDIEN

Ivona Andrzejczyk / Administratorin, Nora Matar / Ärztin, Anna Morris / Krankenschwester, Parnian Parvanta / Ärztin, Peter Rinker / Projektteamleiter

12 IRAK

Christa Helmke / Hebamme

13 JEMEN

Kathrin Dongus / Ärztin, Eva Haslach / Anästhesistin, Christoph Hey / Logistikkoodinator, Hannes Pietschmann / Chirurg, Bettina Pöpping / Laborantin, Isabel Schneider / Anästhesistin

14 JORDANIEN

Holger Bause / Logistiker, Aneta Dabrowska / Logistikerin, Leyli Ghaeni / Medizinische Projektteamleiterin, Haled el Hashimi / Logistiker, Susanne Jörg / Logistikerin, Lena Krieger / Anästhesistin, Anna Leuchtweis / Chirurgin, Bernhard Mager / Chirurg, Jorge Rojas Mahecha / Logistiker, Jens Rabbels / Chirurg, Massimiliano Rebaudengo / Projektteamleiter, Angela Unversucht / Ärztin, Klaus Jörg Walter / Chirurg, Michael Weitzel / Anästhesist

15 KAMBODSCHA

Bettina Pöpping / Laborantin

16 KAMERUN

Nico Stenger / Arzt, Anja Wolz / Projektteamleiterin

17 KENIA

Theodoros Krommydakis / Medizinischer Projektteamleiter, Bettina Pöpping / Laborantin, Daniel von Rège / Landeskoordinator, Julia Stempel / Psychosoziale Beraterin, Anja Wolz / Projektteamleiterin

18 LESOTHO

Sandra Sedlmaier-Ouattara / Medizinische Projektteamleiterin

19 LIBANON

Ruth Ulrich / Medizinische Projektteamleiterin

20 LIBERIA

Lukas Balzer / Arzt, Stefan Cordes / Logistiker, Iris Dvorak / Ärztin, Markus Fritz / Psychosozialer Berater, Matthias Grade / Arzt, Alissa Hein / Logistikerin, Roland Klebe / Logistiker, Christian Kleine / Arzt, Martin Leitl / Arzt, Wencke Petersen / Logistikerin, Sonja Stihler / Krankenschwester, Anja Wolz / Projektteamleiterin, Henrike Zellmann / Psychosoziale Beraterin

21 MALI

Ali Ouattara / Medizinischer Koordinator, Sandra Sedlmaier-Ouattara / Hebamme

22 MOSAMBIK

Martijn Ebbing / Logistiker, Jan Walter / Epidemiologe

23 MYANMAR

Alexander Andrew / Arzt, Claire Chenot / Projektteamleiterin, Erkin Chinasylova / Ärztin, Stefan Cordes / Logistiker, Raina Klüppelberg / Krankenschwester, Susanne Kraemer / Logistikerin, Susanne Lang / Krankenschwester, Norbert Lünenborg / Medizinischer Koordinator, Maria Majewska / Stellvertretende Personalkoodinatorin, Saria Novoa Gomez / Krankenschwester, Jens Raab / Administrator, Saskia Rössing / Ärztin, Geeke Sieben / Ärztin, Stefanie Teer / Krankenschwester

24 NIGERIA

Annemieke Bont / Gesundheitsberaterin, Felix Gärtner / Logistikkoodinator, Götz Gerresheim / Anästhesist, Nicole Langer / Projektteamleiterin, Sabine Midermajer / Projektteamleiterin, Oksana Stolnikova / Psychosoziale Beraterin, Anne Zentgraf / Laborantin

25 PAKISTAN

Detlev Immanuel Bongartz / Arzt, Iwona Bugala / Finanzkoordinatorin, Stefanie Dittmann / Medizinische Projektleiterin, Anja Engel / Logistikkoordinatorin, Martin Frank / Gynäkologe, Victoria Galia Cisternas / Ärztin, Hans-Jürgen Gerber / Anästhesist, Solveig Gross / Ärztin, Elisabeth Groß / Logistikerin, Patricia Günther / Hebamme, Jens Gutmann / Logistiker, Barbara Heßel / Administratorin, Olaf Hußler / Anästhesist, Justyna Jablonska / Administratorin, Kristina Kessel / Anästhesistin, Steffen Klammer / Anästhesist, Yasmine Ley / Ärztin, Dieter Mühl-Benninghaus / Chirurg, Dorothea Müller / Hebamme, Nazek Raouf / Arzt, Christian Renken / Anästhesist, Josefin Schreckenberg / Krankenschwester

26 PALÄSTINENSISCHE AUTONOMIEGEBIETE

Jutta Bachmann / Medizinische Koordinatorin, Alice Eiserbeck / Medizinische Projektteamleiterin, Michael Fendler / Chirurg, Roland Georgieff / Anästhesist, Stefan Krieger / Chirurg, Roberta Rehnig / Anästhesistin

27 PAPUA-NEUGUINEA

Richard Cece Gbamou / Logistiker, Bernd von Cube / Chirurg, Ulrich Dittmer / Anästhesist, Patricia Foucault / Personalkoordinatorin, Andreas Groß / Logistiker, Saria Novoa Gomez / Krankenschwester, Nicole Prüfer / Logistikerin, Nicole Prüfer / Finanzkoordinatorin, Peter Schumacher / Logistiker

28 PHILIPPINEN

Frank Büchting / Logistiker, Tassilo Henkel / Anästhesist, Kathleen Nicolaus / Logistikkoordinatorin, Oksana Stolnikova / Psychosoziale Beraterin, Joachim Tisch / Logistikkoordinator

29 RUSSISCHE FÖDERATION

Fernando Galvan / Landeskoordinator, Ingo Kurzweil / Medizintechniker, Nicole Langer / Projektteamleiterin, Jorges Rojas Mahecha / Logistiker, Bruce Russell / Projektteamleiter

30 SIERRA LEONE

Denis Aguiar Pineda / Arzt, Otasowie Akhionbare / Logistiker, Melanie Allen / Krankenschwester, Theresa Berthold / Administratorin, Matthias Bischoff / Finanz- und Personalkoordinator, Jenny Dörnemann / Medizinische Projektteamleiterin, Frank Dörner / Medizinischer Koordinator, Gordon Finkbeiner / Finanzkoordinator, Jochen Fröhlich / Logistiker, Felix Gärtner / Stellvertretender Logistikkoordinator, Christoph Höhn / Arzt, Benjamin Jonas / Logistiker, Thomas Kratz / Arzt, Jörn Marder / Logistiker, Frauke Ossig / Koordinatorin für Medien- und Öffentlichkeitsarbeit, Jürgen Popp / Logistikkoordinator, Stefan Schmiedel / Arzt, Ewald Stals / Landeskoordinator, Florian Vogt / Epidemiologe, Susanne Wolters / Ärztin, Anja Wolz (2x) / Medizinische Projektteamleiterin

31 SIMBABWE

Andrea Braum / Psychosoziale Beraterin, Andrea Czekanski / Apothekerin, Stefanie Dittmann / Projektteamleiterin, Anja Drama / Administratorin, Jan Eike Reuter / Psychosozialer Berater, Julika Steinberg / Ärztin, Florian Vogt / Epidemiologe

32 SUDAN

Anja Drame / Administratorin, Christoph Jankhöfer / Logistikkoordinator, Julia Jung / Gesundheitsberaterin

33 SÜDSUDAN

Nadin Abadir / Ärztin, Maria Akriditou / Psychosoziale Beraterin, Heidi Anguria / Krankenschwester, Petra Becker / Landeskoordinatorin, Steffen Bernhard / Anästhesist, Lisa Beyer / Logistikerin, Stefan Birckmann / Krankenpfleger, Frida Brick / Krankenschwester, Carla Böhme / Chirurgin, Annemieke Bont / Gesundheitsberaterin, Jean-Daniel Dias / Logistiker, Andrea Diederich / Krankenschwester, Sabine Dorn / Krankenschwester, Tomislav Dunderovic (2x) / Stellvertretender Projektkoordinator, Michael Emde / Logistiker, Claudia Ewers / Projektteamleiterin, Steven Frisch / Kfz-Experte, Jan Fritzsche / Arzt, Jutta Gerber / Krankenschwester, Silvia Ghiani / Logistikerin, Stephan Gubsch / Logistiker, Patricia Günther / Hebamme, Anne Haake / Krankenschwester, Ines Hake / Medizinische Koordinatorin, Volker Herzog / Chirurg, Barbara Heßel / Logistikerin, Katrin Hitzler / Krankenschwester, Alexandra Hoffmann / Ärztin, Martin Hofmeister / Chirurg, Kai Hosmann / Medizinischer Projektteamleiter, Sandra Hufnagel / Ärztin, Julia Jung / Gesundheits-

beraterin, Bernd Kessler / Chirurg, Raina Klüppelberg / Krankenschwester, Bernhard Mager / Chirurg, Marta Majewska / Personalkoordinatorin, Raphaela Marinho Laitao Da Cunha / Ärztin, Eric Mitjans Serveto / Logistiker, Stefanie Neuhoß / Chirurgin, Jörg Nitschke / Chirurg, Saria Novoa Gomez / Krankenschwester, Luise Petersen / Krankenschwester, Wencke Petersen / Logistikerin, Hannes Pietschmann / Chirurg, Gerd Pirkel (2x) / Logistiker, Dagna Pirska / Ärztin, Jürgen Popp / Stellvertretender Logistikkoordinator, Nazek Raouf / Medizinischer Koordinator, Bruce Russell / Projektteamleiter, Jane Schildecker / Hebamme, Anna Sandoni / Ärztin, Susanne Stein / Medizinische Koordinatorin, Claudia Stephan / Stellvertretende Landeskoordinatorin, Tankred Stöbe / Medizinischer Koordinator, Stefanie Teer / Krankenschwester, Birgit Teuwen / Hebamme, Jens Tewes / Logistiker, Matthias Villalobos Bollen / Arzt, Florian Vogt / Epidemiologe, Siegfried Weszkalnys / Logistiker, Mara Wischniewski / Logistikerin, Sabine Zante / Krankenschwester, Jörg Zimmermann (2x) / Logistiker

34 SWASILAND

Sonia Sciampagna / Finanzkoordinatorin

35 SYRIEN

Philip de Almeida / Arzt, Alice Eiserbeck / Ärztin, Tassilo Henkel / Anästhesist, Dana Krause / Projektteamleiterin, Elmar Mehring / Arzt, Amy Neumann-Volmer / Ärztin, Frauke Ossig / Projektteamleiterin

36 TADSCHIKISTAN

Julia Straßer / Logistikerin

37 TSCHAD

Philip de Almeida / Arzt, Sarah Bruckmann / Ärztin, Katrin Draber (2x) / Medizinische Projektteamleiterin, Richard Cece Gbamou / Logistiker, Doreen Geissler / Logistikerin, Sonja Haertle / Ärztin, Haled El Hashimi / Stellvertretender Logistikkoordinator, Eva Haslach / Anästhesistin, Julia Hobohm / Ärztin, Andreas Karden / Logistiker, Eva Kemper / Ärztin, Sarah Kronshage / Ärztin, Ingo Kurzweil / Medizintechniker, David Löttrich / Chirurg, Siw Müller / Personalkoordinatorin, Frauke Ossig / Projektteamleiterin, Sibylle Quellhorst / Ärztin, Michael Josef Richter / Chirurg, Christine Schanze / Krankenschwester, Verena Schuster / Logistikerin, Antje Theurer / Ärztin, Alessia Trovato / Ärztin

38 UGANDA

Andreas Engel / Apotheker, Ingo Kurzweil / Medizintechniker

39 UKRAINE

Irene Malvina Haupt / Psychosoziale Beraterin, Folco Nolte / Logistikkoordinator

40 USBEKISTAN

Andreas Bründer / Landeskoordinator, Tamara Coqui / Ärztin, Katy Gruber / Krankenschwester, Sonja Henne / Ärztin, Siw Müller / Personalkoordinatorin, Sabine Nidermajer / Laborantin, Margret Thieme / Referentin für humanitäre Angelegenheiten, Fabienne Vilette / Administratorin

41 ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK

Malte Antaszek / Anästhesist, Jutta Bachmann / Medizinische Koordinatorin, Matthias Bischoff / Logistiker, Renate Bittrich / Krankenschwester, Carla Böhme / Chirurgin, Martijn Ebbing / Logistiker, Alice Eiserbeck / Ärztin, Karl Eiter / Arzt, Henrike Elbert / Hebamme, Gordon Finkebeiner / Finanzkoordinator, Jens Gutmann / Flugkoordinator, Peter Heikamp / Logistikkoordinator, Angelika Herb / Stellvertretende Landeskoordinatorin, Joa Jessen / Chirurg, Benjamin Jonas / Logistiker, Andreas Karden / Logistiker, Wibke Keßler / Medizinische Projektteamleiterin, Oliver Kleine / Logistiker, Ingo Kurzweil / Medizintechniker, Paul van der Laan / Arzt, Christoph Lutz / Arzt, Katrin Mielck / Projektteamleiterin, Felix Moek / Arzt, Pascal Muhtira / Projektteamleiter, Amadeus von der Oelsnitz / Krankenpfleger, Luise Petersen / Krankenschwester, Christa Puhl / Logistikerin, Elisabeth-Christina Rolfes / Ärztin, Brigitte Rospert / Anästhesistin, Natascha Rössle / Chirurgin, Sibylle Sang (2x) / Medizinische Koordinatorin, Margaretha Saker / Krankenschwester, Margarete Sepulveda Calfucura / Krankenschwester, Susanne Stein / Medizinische Koordinatorin, Lolimar del Valle Rojas Rosas / Anästhesistin, Dennis Vocke / Logistiker, Carolyn Whitten / Logistikerin



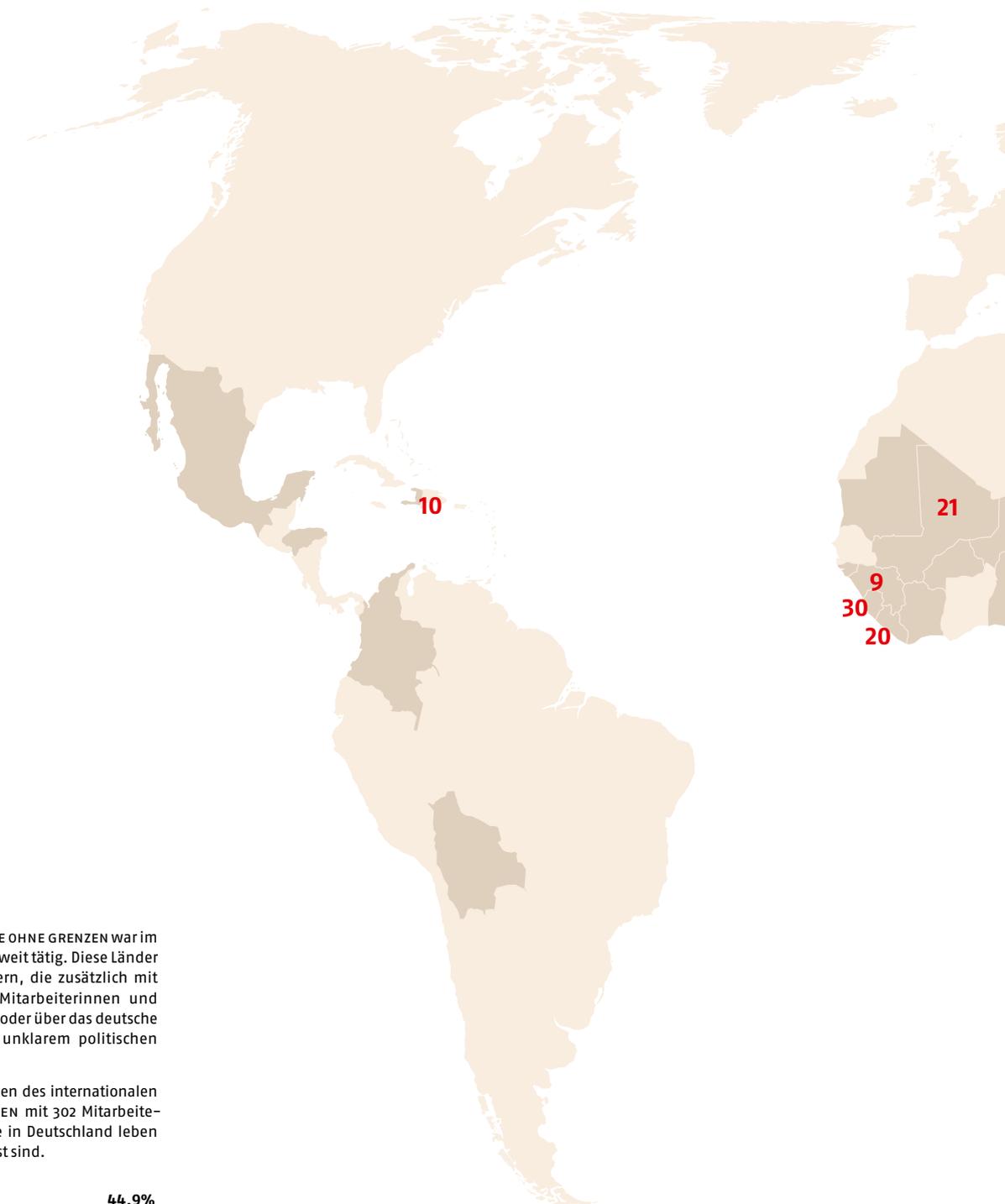
AFGHANISTAN: Klaus Konstantin © MSF



ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK:
Lolimar del Valle Rojas Rosas © MSF



ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK:
Natascha Rössle © MSF



Das internationale Netzwerk von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** war im Jahr 2014 in mehr als 60 Ländern weltweit tätig. Diese Länder sind dunkel markiert. In den Ländern, die zusätzlich mit Ziffern versehen sind, arbeiteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in Deutschland leben oder über das deutsche Büro ausgereist sind. Gebiete mit unklarem politischen Status sind schraffiert dargestellt.

2014 waren insgesamt 418 Projektstellen des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** mit 302 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besetzt, die in Deutschland leben oder über das deutsche Büro ausgereist sind.

Berufsaufteilung:

Ärztinnen / Ärzte	44,9%
Pflegepersonal und andere medizinische Berufe	21,0%
Andere Berufe	34,1%

Im Jahr 2014 haben uns viele Praktikanten und Praktikantinnen sowie ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Büros in Berlin und Bonn unterstützt. Hierfür möchten wir uns ganz herzlich bedanken.



INDIEN: Parnian Parvanta © MSF



HAITI: Wibke Keßler © Corentin Fohlen



GUINEA: Maximilian Gertler © MSF



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 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 unparteiisch und fordert völlige und ungehinderte Freiheit bei der Ausübung seiner Tätigkeit.
- Die 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 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.

IMPRESSUM

Redaktion: Sabine Rietz
Bildredaktion: Barbara Sigge
Verantwortlich: Katrin Lempp

Mitarbeit: Corinna Ditscheid, Stefan Dold, Enis Maci, Andreas Marggraf, Petra Meyer, Lars Pfeiffer, Annika Schäfer, Meike Schwarz, Tankred Stöbe, Mathias Wagner, Volker Westerberkey, Florian Westphal

Layout: Moniteurs, Berlin
Druck: ruksaldruck, Berlin
Litho: highlevel, Berlin

Gedruckt auf RecyStar Natur,
100% Altpapier, chlorfrei, mit dem blauen
Umweltengel ausgezeichnet

Redaktionsschluss: 9.5.2015

Titelbild:

LIBERIA: Eine Ebola-Überlebende kümmert sich im Ebola-Behandlungszentrum um Kinder, deren Eltern gestorben sind, so auch um dieses Baby. Sie selbst gilt als immun.
© Martin Zinggl/MSF

Rückseitenfoto:
ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK:
ÄRZTE OHNE GRENZEN versorgt Vertriebene in einem Lager in Carnot medizinisch sowie mit Wasser und Nahrung.
© Yann Libessart

INHALT

34



SÜDSUDAN © Nick Owen



SYRIEN © Gabrielle Klein/MSF



BURUNDI © Matteo Bianchi Fasani



LIBERIA © Peter Caser

10



SÜDSUDAN © Karel Prinsloo

27

WER WAR WO?

Mit **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Einsatz 2014

2

EDITORIAL

Dr. Tankred Stöbe, Dr. Volker Westerbarkey und Florian Westphal über ein Jahr der großen Krisen und die Herausforderungen der Ebola-Epidemie

6

KRISEN IM FOKUS

EBOLA IN WESTAFRIKA

Über unsere Grenzen hinaus

10

SYRIEN/IRAK

Wenn Hilfe kaum möglich ist

12

MENSCHEN AUF DER FLUCHT

Zentralafrikanische Republik, Europäische Außengrenzen, Mexiko, Südsudan, Syrien

14

NEUE WIRKSAME MEDIKAMENTE GEGEN TUBERKULOSE

ÄRZTE OHNE GRENZEN im Gespräch mit der Politik

16

STRUKTUR, KONTROLLE, STRATEGIE

STRUKTUR UND GOVERNANCE

18

KONTROLLE

21

VISION UND STRATEGIE

23

AM BEISPIEL ERKLÄRT

WIRKUNGSKONTROLLE

Kriterien für die Öffnung und Schließung von Projekten

26

BARAKA, DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO

Medizinische Grundversorgung und Malaria-Behandlung

27

DELMAS 33, PORT-AU-PRINCE, HAITI

Hilfe für Frauen mit Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt

28

LANKIEN, SÜDSUDAN

Behandlung der Tropenkrankheit Kala-Azar und Chirurgie im Konfliktgebiet

30

AL RAMTHA, JORDANIEN

Chirurgische Versorgung von Verletzten im Bürgerkriegsgebiet

32

PROJEKTFINANZIERUNG

IM ÜBERBLICK

Alle von der deutschen Sektion im Jahr 2014 mitfinanzierten Projekte

34

BESSERE MEDIKAMENTE

Projekte zur Förderung von Forschung und Innovation

46

ZAHLEN KONKRET

FINANZIELLER ÜBERBLICK

Einnahmen und Ausgaben 2014

48

ANHANG

52

LAGEBERICHT

58

KLEINES LEXIKON DER FACHBEGRIFFE

66

DANKE!

67

EDITORIAL

Gewalt, Kriege, Flucht und der schlimmste Ebola-Ausbruch der Geschichte – das Jahr 2014 war für viele Menschen auf dieser Welt durch große Not geprägt, auf die **ÄRZTE OHNE GRENZEN** mit umfangreichen Projekten reagierte. Der Geschäftsführer von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Deutschland, Florian Westphal, reflektiert mit dem Vorstand die Ereignisse und Herausforderungen sowie die Anforderungen der kommenden Zeit. Im Mai 2015 wählte der Vorstand des Vereins von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Deutschland einen neuen Vorsitzenden, den Berliner Arzt Volker Westerbarkey. Tankred Stöbe stand nach acht Jahren im Vorsitz für dieses Amt nicht mehr zur Verfügung.



Florian Westphal



Dr. Tankred Stöbe



Dr. Volker Westerbarkey

Alle Portraits © Barbara Sigge

Was waren die prägenden Ereignisse für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Jahr 2014?

TANKRED STÖBE: Das Jahr 2014 war ein Jahr der großen Krisen. Ob in Syrien, im Südsudan, in der Zentralafrikanischen Republik oder in der Ukraine: Überall nahm die Gewalt gegen die Zivilbevölkerung zu, und ein Ende der Konflikte war nicht in Sicht. Mehr als 50 Millionen Menschen waren auf der Flucht, das war die höchste Zahl seit dem zweiten Weltkrieg. Und der Bedarf an humanitärer Hilfe war enorm. Wir haben unsere Hilfe für viele Menschen ausgeweitet, was allerdings zum Beispiel in Syrien aufgrund der extrem angespannten Sicherheitslage nur sehr eingeschränkt und unter erschwerten Bedingungen möglich war. Zusätzlich zu all diesen Krisen stellte der Ebola-Ausbruch in Westafrika unsere gesamte Organisation vor große Herausforderungen. Auch in der Vergangenheit hatte es zwar bereits Ebola-Ausbrüche gegeben, und **ÄRZTE OHNE GRENZEN** war fast immer vor Ort gewesen. Doch die Dimension dieser Epidemie war neu und hat uns an unsere Grenzen gebracht.

FLORIAN WESTPHAL: Wir waren mit einer Epidemie konfrontiert, die sich in Guinea, Liberia und Sierra Leone sehr schnell ausbreitete, ein immer größeres Gebiet und immer mehr Menschen betraf. Innerhalb eines Jahres haben sich mindestens 26.000 Menschen infiziert, rund 11.000 von ihnen sind gestorben. Wir boten all unsere Kräfte auf, und haben rund 5.000 Erkrankte behandelt, von denen fast die Hälfte überlebt hat. Doch diese Hilfe reichte nicht aus, und wir konnten nicht allen Menschen helfen, die verzweifelt zu uns kamen. Die Gesundheitssysteme in den

betreffenen Ländern waren hoffnungslos überfordert und sind fast vollständig zusammengebrochen. Viele andere Menschen sind deswegen auch an anderen Krankheiten und Komplikationen gestorben.

Wie reagierte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** auf den Ebola-Ausbruch?

FLORIAN WESTPHAL: Im März 2014 behandelten wir den ersten Ebola-Patienten in Guinea, und schon kurz danach sprachen wir erste Warnungen aus, dass sich die Krankheit weit dramatischer ausbreitete, als dies bei bisherigen Ebola-Ausbrüchen der Fall war. Wir weiteten unsere Hilfe stetig aus, bauten Behandlungszentren mit insgesamt mehr als 600 Betten und richteten in Brüssel und Amsterdam eigens Schulungszentren für den Ebola-Einsatz ein. Doch die Zahl der Neuinfektionen wuchs viel schneller als alle Hilfe. Im Juni wiesen wir öffentlich darauf hin, dass der Ebola-Ausbruch außer Kontrolle sei, und forderten dringend mehr internationale Hilfe. Doch zu diesem Zeitpunkt gab es kaum Reaktionen auf unsere Aufrufe, auch die Weltgesundheitsorganisation rief erst im August den internationalen Gesundheitsnotstand aus.

TANKRED STÖBE: In zahlreichen Pressemitteilungen und Gesprächen mit hochrangigen Entscheidungsträgern weltweit versuchten wir in der Folge, die politische Aufmerksamkeit auf die Not in Westafrika zu lenken – immer mit dem Ziel, dass die Menschen dort die Hilfe bekommen, die sie so dringend brauchten. So legte unser liberianischer Kollege Jackson Niamah im September vor dem UN-Sicherheitsrat in New York ein bewegendes Zeugnis der Lage in Westafrika ab, und die internationale Präsidentin von



LIBERIA: In den Dörfern müssen die Häuser von Ebola-Patienten desinfiziert werden.
© Peter Casaer/MSF

ÄRZTE OHNE GRENZEN, Dr. Joanne Liu, forderte vor der Vollversammlung der Vereinten Nationen alle Staaten mit Katastrophenschutzkapazitäten dazu auf, Personal und Material zur Ebola-Bekämpfung nach Westafrika zu entsenden.

Was haben Sie in Deutschland getan, um die Situation in den Ebola-Gebieten zu verbessern?

FLORIAN WESTPHAL: Wir haben auf mehreren Ebenen versucht, Hilfe zu mobilisieren. In zahlreichen Interviews und Gesprächen mit den politisch Verantwortlichen in Deutschland sowie einem offenen Brief an Bundeskanzlerin Angela Merkel machten wir auf das katastrophale Ausmaß der Ebola-Epidemie aufmerksam und forderten mehr Engagement der Bundesregierung. Wir haben auch die Ausbildungsbemühungen des Roten Kreuzes unterstützt. All dies mag zum Teil mit dazu geführt haben, dass die Bundesregierung im November Helfer und Material nach Liberia geschickt hat. Leider kam diese Hilfe zu spät und war nicht effektiv genug.

Werden Sie weiter mit der Politik im Gespräch bleiben?

Volker Westerbarkey: In Bezug auf Ebola setzen wir uns weiterhin für die Entwicklung einer Impfung und von Therapien ein. Hier haben die Anstrengungen ihr Ziel erst erreicht, wenn wir sicher wissen, dass wir bei der nächsten Epidemie den Menschen wirksam helfen können, bzw. es gar nicht so weit kommen kann. Darüber hinaus hoffen wir, die politisch Verantwortlichen in Zukunft weiter für wichtige Themen der humanitären Arbeit zu sensibilisieren und zum Beispiel auf die katastrophale Lage in Ländern wie der Zentralafrikanischen Republik, dem Süd-

sudan oder in Afghanistan aufmerksam zu machen. Dazu gehört auch die dramatische Situation der Menschen, die versuchen, über das Mittelmeer Zuflucht in Europa zu suchen. Hier fordern wir die Regierungen der Europäischen Union dringend auf, ihrer Verantwortung gerecht zu werden und ihre Migrations- und Grenzpolitik zu ändern.

FLORIAN WESTPHAL: Auch schon vor der Ebola-Krise waren wir regelmäßig im Gespräch mit der Politik und haben unsere Anliegen diskutiert. Ein wichtiges Thema ist der Kampf gegen vernachlässigte Krankheiten. Hier fordern wir deutlich mehr Finanzierung und Förderung von Seiten der Bundesregierung zum Beispiel für die Entwicklung neuer Diagnose- und Therapiemöglichkeiten zur Behandlung von Tuberkulose, der Schlafkrankheit oder von Kala-Azar. Wir wollen außerdem die Lücken im internationalen Hilfesystem diskutieren, die vor allem die Nothilfe betreffen, und weiter darauf hinwirken, dass wichtige Impfungen für alle Menschen zugänglich und bezahlbar werden.

Wie groß war die Spendenbereitschaft für ÄRZTE OHNE GRENZEN in Deutschland im Jahr 2014?

FLORIAN WESTPHAL: Die Unterstützung, die wir 2014 durch unsere Spenderinnen und Spender erfahren haben, war enorm. Dafür sind wir unendlich dankbar. Wir haben insgesamt 113,7 Millionen Euro an privaten Spenden und Zuwendungen eingenommen, das waren 38 Millionen Euro mehr als erwartet. Und obwohl wir einen klaren Zusammenhang zwischen der hohen Spendenbereitschaft und der Ebola-Krise sehen: So gut wie alle Spender haben uns ohne Zweckbindung unterstützt, worüber wir uns sehr freuen.



SÜDSUDAN: Das medizinische Team kämpft in Malakal um das Leben eines schwer mangelernährten Kindes.
© Matthias Steinbach

TANKRED STÖBE: Damit konnten wir auch in den anderen schweren Krisen schnell und unabhängig auf die Not reagieren. Für uns ist dieses Vertrauen der Spender eine Verantwortung, die wir annehmen und ernst nehmen. Im Südsudan zum Beispiel waren die Bedürfnisse der Menschen aufgrund des Konflikts und der fehlenden Gesundheitsstruktur enorm. Dort haben wir im Jahr 2014 u. a. mehr als 900.000 Konsultationen durchgeführt, rund 23.000 mangelernährte Kinder und 7.000 Cholera-Patienten behandelt.

Was sind die Herausforderungen der nächsten Zeit?

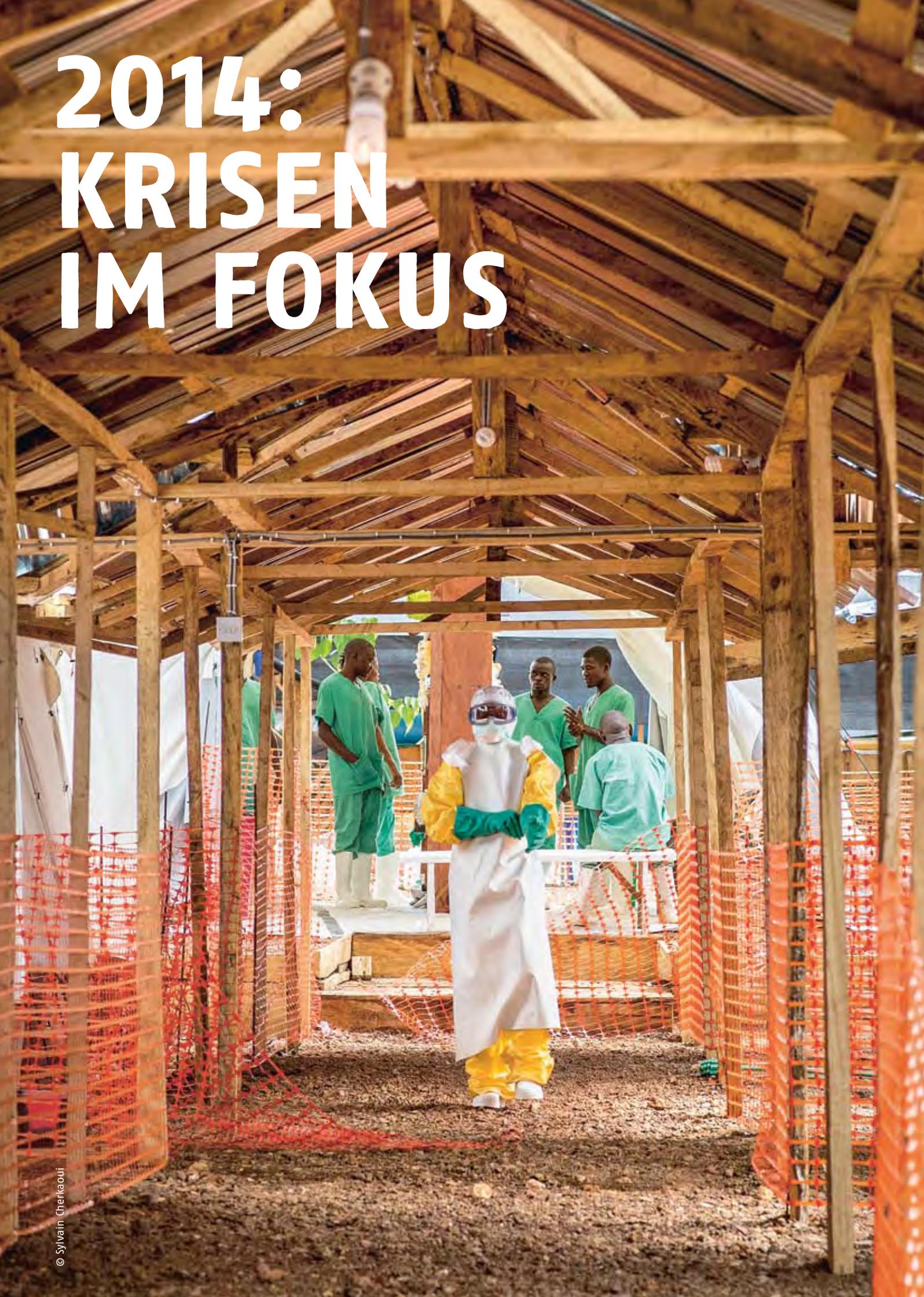
FLORIAN WESTPHAL: Trotz unserer finanziellen Unabhängigkeit können wir in etlichen Gebieten, in denen Hilfe dringend gebraucht wird, längst nicht so arbeiten, wie es erforderlich wäre. In Bezug auf Syrien haben wir es schon erwähnt, dass die Sicherheitslage kaum Aktivitäten zulässt bzw. wir von der Regierung nicht die erforderliche Genehmigung bekommen.

VOLKER WESTERBARKEY: Auch in Teilen der Zentralafrikanischen Republik, im Südsudan und in der Ukraine werden Gesundheitseinrichtungen immer wieder gezielt angegriffen und Helfer bedroht. Hier setzen wir uns auf vielen Ebenen für den Respekt der humanitären Hilfe ein und dafür, dass wir weiter für die Menschen vor Ort arbeiten können. Dabei müssen wir die Sicherheit unserer Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter gewährleisten und dafür Sorge tragen, dass Patienten nicht in Gefahr geraten, während sie medizinische Hilfe aufsuchen. Gleichzeitig sind es jedoch häufig die unsicheren Gebiete, in denen die Menschen uns am dringendsten brauchen.

Die Einsätze in gefährlichen Kontexten oder bei großen Epidemien wie dem jüngsten Ebola-Ausbruch stellen uns allerdings noch vor weitere große Herausforderungen: Hier können wir nur arbeiten, wenn wir ausreichend erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben. Vor allem fehlen uns weltweit Kolleginnen und Kollegen, die bereit sind, Managementverantwortung in unseren Einsatzländern zu übernehmen, und die in der Lage sind, ein oder mehrere Projekte zu leiten. Hier werden wir auch in Deutschland in Zukunft mehr Anreize schaffen, sich längerfristig mit uns zu engagieren. Erfolgreiche medizinische Nothilfe in Krisengebieten ist auch von den Bedingungen hier in Deutschland abhängig.

2014: KRISEN IM FOKUS



Die Aufklärung der Bevölkerung über Ebola ist entscheidend, um die Epidemie unter Kontrolle zu bringen. © John Moore / Getty Images



EBOLA IN WESTAFRIKA: ÜBER UNSERE GRENZEN HINAUS

Was der Frankfurter Arzt Christian Kleine erlebt hat, ist der Alptraum eines jeden Mediziners. Es war im September 2014 im Ebola-Behandlungszentrum von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in der liberianischen Hauptstadt Monrovia: „In der ersten Woche nach meinem Arbeitsbeginn stand ich am Eingangstor. Meine Aufgabe war es, Patienten mit Verdacht auf Ebola aufzunehmen – doch wir hatten viel zu wenig Betten und Personal. Darum musste ich auswählen, welchen der zahlreichen Erkrankten ich eines der wenigen freien Betten zuweisen konnte. Das war eine Situation, wie sie hoffentlich nie wieder jemand erleben muss. Ich musste Ebola-Patienten sagen, dass sie warten oder nach Hause gehen müssen. Es ist unvorstellbar, dies einem schwer kranken Menschen zu sagen. Ein Mensch, der dich anfleht, nicht weggeht, weint und am nächsten Tag tot vor dem Tor liegt.“

Zu diesem Zeitpunkt war die schlimmste Ebola-Epidemie der Geschichte mit bislang mehr als 26.000 Infizierten und rund 11.000 Toten an ihrem Höhepunkt angelangt. Die schwachen Gesundheitssysteme in Liberia, Sierra Leone und Guinea waren bereits kollabiert, internationale Hilfe war viel zu wenig präsent, und es fehlte an Behandlungszentren mit ausreichend Betten, qualifiziertem Personal und Menschen, die sich um die Aufklärung der Bevölkerung kümmern konnten. Zu diesem Zeitpunkt gab es allein in Monrovia Hunderte Neuinfektionen pro Woche – mit einem Virus, gegen den es bislang kein Medikament und keinen Impfstoff gibt.

Der Ebola-Ausbruch war in seiner Ausbreitung und Dimension völlig neu und traf alle Akteure unvorbereitet. Er trat in einer Region auf, in der die Bevölkerung nie zuvor mit Ebola in Kontakt war. Gleichzeitig gibt es in der Region viele Großstädte, und die Menschen sind viel unterwegs, auch über die Landesgrenzen hinweg. Beide Faktoren begünstigten die Übertragung des Virus. Bei vorherigen Ebola-Ausbrüchen in anderen Regionen Afrikas trat die Krankheit in entlegenen Dörfern mit wenigen Einwohnern auf. Dort konnte Ebola jeweils relativ schnell eingedämmt werden. Diesmal war jedoch bald klar: Diese Epidemie gerät außer Kontrolle. Mit dieser Botschaft gingen wir im Juni 2014 an die Öffentlichkeit. Wir forderten Regierungen und Hilfsorganisationen auf, Hilfe zu leisten. Doch erst im Herbst lief die internationale Hilfe stockend an. Zum Jahresende gingen die Patientenzahlen zurück, doch die Epidemie setzt sich auch 2015 fort.

Für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** bedeutete die Epidemie eine nie da gewesene medizinische und menschliche Herausforderung: Bis März 2015 mobilisierte die Organisation mehr als 1.300 internationale und 4.000 lokale Mitarbeiter für die Ebola-Projekte. In 15 Einrichtungen in Westafrika wurden mehr als 5.000 Ebola-Patienten aufgenommen, behandelt und isoliert. Auch in Nigeria, Senegal und Mali gab es Ebola-Fälle. Auch dort unterstützte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** die Gesundheitseinrichtungen bei der Bekämpfung des Virus und bei der Behandlung der Patienten. Eine weitere Ausbreitung konnte hier verhindert werden.



Auch das Management und die Logistik der Einsätze bedeuteten einen Kraftakt: Für die Isolierung und Behandlung von Ebola-Patienten sind erfahrene Ärzte, Pfleger und Logistiker notwendig. Um sich vor einer Ansteckung zu schützen, müssen umfangreiche Schutzmaßnahmen etabliert und eingehalten werden. Doch zu Beginn des Ausbruchs gab es bei **ÄRZTE OHNE GRENZEN** nur 40 Kolleginnen und Kollegen mit Ebola-Erfahrung. Weniger erfahrene Mitarbeiter mussten angeleitet werden. Die Arbeit im Schutzanzug bei großer Hitze ist körperlich sehr anstrengend. Zudem ist die hohe Sterberate und die Unmöglichkeit, allen Menschen umfassend zu helfen, psychisch nur schwer auszuhalten. Die internationalen Mitarbeiter wurden jeweils nur wenige Wochen am Stück vor Ort eingesetzt. Und alle nationalen Mitarbeiter waren zudem in ihrem persönlichen Umfeld mit Krankheit und Tod durch Ebola konfrontiert. Trotz der strengen Richtlinien zur Vermeidung von einer Ansteckung erkrankten drei internationale und 25 nationale Mitarbeiter bis März 2015 an Ebola – letztere überwiegend außerhalb der Projekte in ihrem privaten Umfeld. 14 von ihnen sind gestorben. Ihren Familien gilt das besondere Mitgefühl aller Kolleginnen und Kollegen.

Neben der Isolierung und Behandlung der Patienten sind weitere Aktivitäten zur Eindämmung der Epidemie wichtig. Die Teams klären die Bevölkerung auf, richten eine epidemiologische Überwachung ein, suchen Kontaktpersonen von Infizierten auf und sorgen für eine sichere Bestattung

der Toten. Weil nicht alle Erkrankten isoliert werden konnten, verteilten wir zudem tausendfach Schutz- und Desinfektionsausrüstung in der Bevölkerung. Außerdem ist **ÄRZTE OHNE GRENZEN** an mehreren Studien zur Entwicklung von Medikamenten und eines Impfstoffes gegen Ebola beteiligt.

Für viele Mitarbeiter ist die Machtlosigkeit am schwersten zu ertragen: Bisher gibt es kein Medikament gegen Ebola, die Forschung wurde jahrzehntelang vernachlässigt. Die Teams konnten die Erkrankten nicht heilen sondern ihre Überlebenschance lediglich durch die Behandlung der Symptome erhöhen. Dies umfasst unter anderem die Gabe von Flüssigkeiten, Spezialnahrung und Schmerzmitteln sowie die Behandlung weiterer Infektionen. So konnte bislang trotz allem fast die Hälfte unserer Ebola-Patienten, mehr als 2.400, die Zentren gesund verlassen. Dieser Augenblick war jedes Mal ein besonderer Moment, erzählt Christian Kleine: „Wir standen Spalier, klatschten, tanzten, freuten uns, weinten – ein sehr emotionaler Höhepunkt am Ende eines jeden Tages.“

Einen ausführlichen englischsprachigen Bericht über unsere Hilfe während der Ebola-Krise finden Sie hier: www.msf.org/article/ebola-pushed-limit-and-beyond

LIBERIA: Die Schutzkleidung muss sehr sorgfältig angelegt werden, um eine Ansteckung zu vermeiden.
© Morgana Wingard



SYRIEN: Die Menschen leben in überfüllten Vertriebenenlagern unter sehr schwierigen Bedingungen.
© Chris Huby

SYRIEN/IRAK: WENN HILFE KAUM MÖGLICH IST

„Jederzeit kann eine Bombe explodieren – während du schläfst oder auf dem Weg zum Einkaufen“, berichtet ein **ÄRZTE OHNE GRENZEN**-Mitarbeiter über den Alltag in Aleppo Anfang 2015. Ein anderer erzählt von einem Tag mit mehreren Luftangriffen: „Die Stadt war ein Chaos. Viele Menschen wurden zu uns gebracht, manche waren schon tot.“ Dicht besiedelte Gebiete werden in der syrischen Stadt gezielt bombardiert; unsere Mitarbeiter berichten von unzähligen Toten und Verletzten.

In dem Maße, wie die Gewalt in Syrien zunimmt, sinken die Möglichkeiten zur Hilfe. Gesundheitseinrichtungen werden gezielt zerstört, medizinisches Personal wird angegriffen, festgehalten oder vertrieben. Von den ehemals 2.500 Ärzten, die vor Beginn des Konflikts in Syriens zweitgrößter Stadt Aleppo tätig waren, sind in den wenigen heute noch funktionierenden Krankenhäusern der Stadt nicht einmal mehr 100 übrig. Und diesen fehlt es an allem: Medikamenten, Material, Strom. Die Nachsorge von Amputationen und anderen schweren Verletzungen ist kaum möglich, Blutungen und Infektionen häufen sich. Auch andere Gesundheitsprobleme nehmen massiv zu: Masern und Polio verbreiten sich, und unsere Teams erleben einen Zuwachs an stressbedingten Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen.

Aleppo ist kein Einzelfall: In vielen Teilen Syriens hält die Gewalt auch im fünften Bürgerkriegsjahr unvermindert an oder steigert sich sogar. Mehr als 6,5 Millionen Menschen sind mittlerweile nach Angaben der Vereinten Nationen innerhalb des Landes auf der Flucht. Sie sind gefangen zwischen den sich ständig verschiebenden Fronten, an denen Regierungstruppen und zahlreiche bewaffnete Gruppen gegeneinander kämpfen.

ÄRZTE OHNE GRENZEN leistet seit Beginn des Konflikts Hilfe für die Menschen aus Syrien. In Aleppo zum Beispiel unterstützt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ein Krankenhaus. Doch die Bedingungen im Land werden für alle medizinischen Helfer immer schwieriger. Im Jahr 2014 wurden fünf unserer internationalen Mitarbeiter verschleppt und mehrere Monate festgehalten. In der Folge sahen wir uns gezwungen, die Gesundheitseinrichtungen in den Gebieten, die vom sogenannten „Islamischen Staat“ (IS) kontrolliert werden, zu schließen und die meisten internationalen Mitarbeiter aus dem Land zurückzuholen. In den von der Regierung kontrollierten Gebieten haben wir bis heute keine Genehmigung zu helfen.

Zurzeit betreibt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** noch sechs Gesundheitseinrichtungen im Norden Syriens, darunter drei ausschließlich mit syrischen Mitarbeitern. Zudem unterstützen wir mehr als 100 Gesundheitseinrichtungen im ganzen Land mit Medikamenten und medizinischem Material. Im Jahr 2014 haben wir in Syrien insgesamt 135.600 Konsultationen und 4.400 Operationen durchgeführt. Fakt ist jedoch: Für die Mehrheit der Bevölkerung



SYRIEN: Medizinische Hilfe
in einem Vertriebenenlager
im Norden des Landes.
© MSF

im Zentrum des Konflikts können wir keine direkte Hilfe leisten. „Gemessen an der Not müsste der medizinische Einsatz in Syrien eigentlich einer der größten unserer Geschichte sein“, sagt Dr. Joanne Liu, internationale Präsidentin von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, „aber das ist nicht möglich.“

Auch in den Nachbarländern spitzt sich die Lage weiter zu: Mehr als 3,9 Millionen syrische Flüchtlinge sind mittlerweile in der Türkei, im Libanon, in Jordanien und im Irak registriert; im Libanon ist die Einwohnerzahl durch sie um fast ein Drittel gestiegen. Unsere Teams bauen die Hilfe in der Region weiter aus und passen sie den Bedürfnissen vor Ort an. Unsere Teams leisten medizinische und psychologische Hilfe. Allein im Libanon haben die Teams seit Beginn des Konflikts rund 410.000 medizinische Konsultationen durchgeführt.

Viele der Flüchtlinge waren bereits vorher krank. „Neun von zehn Patienten, die zu uns kommen, leiden an chronischen Krankheiten wie erhöhtem Blutdruck oder Diabetes“, erklärt zum Beispiel Dr. Wael Harb, medizinischer Leiter des Projektes in der libanesischen Bekaa-Ebene, wo viele Syrer Zuflucht gesucht haben. „Der Krieg hat die chronischen Leiden der Patienten in den Hintergrund treten lassen – aber wenn die Menschen Zugang zu ihrer Behandlung verlieren, verschlechtert sich ihr Zustand rapide“, so Dr. Harb. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** entwickelt deswegen für Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma und Epilepsie in Zusammenarbeit mit Spezialisten neue Behandlungsprotokolle, die an humanitäre Krisensituationen angepasst sind.

Dazu kommt, dass auch in den Nachbarländern Syriens die Probleme zunehmen. Vor allem im Irak, wo Kämpfe zwischen bewaffneten Gruppen des IS und den kurdischen und irakischen Truppen mehr als zwei Millionen Menschen zur Flucht zwangen. Ein Großteil suchte Schutz in der kurdischen Region im Norden des Landes, welche bereits mehr als 230.000 syrische Flüchtlinge beherbergte. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ist bemüht, die Hilfe im Irak trotz der äußerst heiklen Sicherheitslage auszuweiten.

Internationale humanitäre Hilfe in großem Umfang ist im Irak wie in Syrien dringend notwendig. Dafür müssen alle Konfliktparteien den Zugang humanitärer Helfer zur Zivilbevölkerung ermöglichen – so wie es das humanitäre Völkerrecht vorsieht. Die Menschen in Syrien leiden seit mehr als vier Jahren unfassbare Not – die massive Verschlechterung der Lage im Irak destabilisiert die gesamte Region zusätzlich. Die Welt darf in ihren Bemühungen für diese Menschen nicht nachlassen.

MENSCHEN AUF DER FLUCHT



Wenn Menschen vor Krieg und Gewalt fliehen, bleibt ihnen oft nur das Allernötigste, das sie in der Hoffnung auf einen sicheren Zufluchtsort mitnehmen können. Neben extremer körperlicher Anstrengung und schlechter Versorgung begleiten Angst und Verzweiflung die Menschen auf ihrem Weg. Diese Umstände machen sie anfällig für Krankheiten. Neben Trinkwasser, Unterkünften und Nahrung benötigen sie daher medizinische Hilfe. Erstmals seit dem Zweiten Weltkrieg gab es Ende 2013 nach Angaben des UN-Flüchtlingshilfswerks UNHCR mehr als 50 Millionen Flüchtlinge und Vertriebene weltweit. Fünf Krisenregionen stehen hier exemplarisch für deren Not und die Hilfe von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**.

ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK

Der Konflikt in der Zentralafrikanischen Republik hat sich im Jahr 2014 weiter zugespitzt und hat bis Januar 2015 rund 425.000 Menschen zur Flucht in die Nachbarländer wie den Tschad oder Kamerun gezwungen. Das sind zehn Prozent der Bevölkerung des Landes. Zudem sind rund 430.000 Menschen innerhalb der Zentralafrikanischen Republik auf der Flucht. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** leistet sowohl im Land als auch in den Nachbarländern medizinische Hilfe für diese Menschen.

Eindrucksvolle Bilder und Berichte zum Thema Flucht und Vertreibung auf: [➤ exodus.msf.org](http://exodus.msf.org)

EUROPÄISCHE AUSSENGRENZEN

Kriege und anhaltende Gewalt zwingen so viele Menschen wie noch nie, den gefährlichen Seeweg nach Europa anzutreten – darunter zahlreiche Frauen und Kinder. Im Jahr 2014 sind mehr als 3.400 Menschen auf der Flucht über das Meer ertrunken. Für das Jahr 2015 wird eine noch höhere Zahl von Toten erwartet, allein im April ertranken innerhalb einer Woche 1.000 Menschen. ÄRZTE OHNE GRENZEN fordert von der Europäischen Union und ihren Mitgliedsstaaten drastische Verbesserungen bei der Seenotrettung, legale Fluchtwege nach Europa sowie angemessene Aufnahmebedingungen für die ankommenden Bootsflüchtlinge. Unsere Teams versorgten im Jahr 2014 Flüchtlinge und Migranten in Italien, Serbien, Bulgarien und Griechenland. Seit Anfang Mai 2015 leistet ÄRZTE OHNE GRENZEN auf zwei Booten auf dem Mittelmeer medizinische Hilfe für in Seenot geratene Menschen.



ITALIEN © Ikram N'gadi



MEXIKO © Anna Surinyach/mSF

MEXIKO

Jedes Jahr überqueren mehr als 300.000 Menschen aus Mittelamerika die 1.149 Kilometer lange Südgrenze Mexikos auf dem Weg in die USA. Hinter der Grenze klettern viele von ihnen in der Stadt Arriaga auf „die Bestie“, den Güterzug Richtung Norden. Dies will die Regierung verhindern, indem sie den Zugang zum Güterzug erschwert. Seither suchen viele nach alternativen, noch gefährlicheren Routen. ÄRZTE OHNE GRENZEN bietet den Menschen entlang der Zugroute seit 2011 medizinische und psychologische Hilfe an.

SÜDSUDAN

Seit Dezember 2013 kämpfen im Südsudan Regierungstruppen und Rebellengruppen gegeneinander und überziehen weite Teile des Landes mit Gewalt. Mehr als 1,9 Millionen Südsudanesen sind auf der Flucht – rund 470.000 von ihnen flohen bereits in die Nachbarländer, etwa 1,4 Millionen suchen innerhalb des Landes Schutz vor der Gewalt. Im Jahr 2014 war ÄRZTE OHNE GRENZEN mit 22 Projekten im Südsudan aktiv. In Äthiopien und in Uganda versorgen wir Flüchtlinge aus dem Südsudan medizinisch und mit sauberem Trinkwasser.



UGANDA © Matthias Steinhilber



SYRIEN © Chris Huby

SYRIEN

Der Bürgerkrieg hat bereits mehr als drei Millionen Syrer zur Flucht außer Landes gezwungen. Dies stellt eine der größten Migrationsbewegungen der vergangenen Jahrzehnte dar. Weitere 6,5 Millionen wurden innerhalb Syriens vertrieben. Vor allem für die Nachbarländer, die die meisten Flüchtlinge aufnehmen, ist dies eine große Herausforderung. Unsere Teams versorgen Hunderttausende Menschen, die vor den Kämpfen auf der Flucht sind, medizinisch und psychologisch – sowohl in Syrien als auch in den Nachbarländern Irak, Libanon und Jordanien.



UKRAINE: Eine Mitarbeiterin von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** behandelt TB-Patienten in einem Gefängnis in Donezk.
© Manu Brabo

ÄRZTE OHNE GRENZEN IM GESPRÄCH MIT DER POLITIK: NEUE WIRKSAME MEDIKAMENTE GEGEN TUBERKULOSE

Der Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten darf keine Frage des Geldbeutels sein. Im Rahmen der Medikamentenkampagne setzt sich **ÄRZTE OHNE GRENZEN** für den Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten zu erschwinglichen Preisen ein, zum Beispiel für dringend benötigte Therapien gegen Tuberkulose (TB). Jährlich versorgt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** weltweit rund 30.000 TB-Patienten. An der Krankheit sterben noch immer jedes Jahr 1,5 Millionen Menschen weltweit. Dabei stellen wir fest, dass einige der herkömmlichen Medikamente immer häufiger nicht mehr wirken. Denn die Tuberkulose-Bakterien sind sehr anpassungsfähig und bilden Resistenzen gegen einzelne Wirkstoffe. Daher wird Tuberkulose immer mit einer Kombination aus mindestens vier Medikamenten behandelt. Zur Behandlung von resistenter Tuberkulose sind wir gezwungen, auf ältere und weniger wirksame Medikamente zurückzugreifen. Die Therapie dauert zwei Jahre, wird von schweren Nebenwirkungen begleitet und ist nur in etwa 50 Prozent der Fälle wirksam. Die Entwicklung neuer Diagnose- und Therapiemöglichkeiten ist deshalb dringend erforderlich.

Zwar kamen im Jahr 2014 seit mehr als 50 Jahren zum ersten Mal zwei neue TB-Medikamente auf den Markt. Um TB effektiv behandeln zu können, sind jedoch zusätzlich noch weitere neue Medikamente notwendig. Leider ist nicht zu erwarten, dass diese in den nächsten Jahren verfügbar sind, da dies für private Unternehmen zu wenig lukrativ ist. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** fordert deshalb, dass mehr öffentliche Gelder in die Erforschung von wirksameren TB-Medikamenten fließen und dass diese für Menschen in ärmeren Ländern zugänglich sein müssen.

Im Jahr 2013 veröffentlichte die Medikamentenkampagne ein TB-Manifest, in dem Patienten und ihre Ärzte neben dem Zugang zu bereits existierenden Diagnostika und Medikamenten auch die Erforschung von wirksamen, verträglicheren und kürzeren Therapien fordern. Bis zum Frühjahr 2014 haben weltweit mehr als 55.000 Unterstützerinnen und Unterstützer das Manifest unterschrieben – allein in Deutschland kamen rund 5.000 Unterschriften zusammen. Im Mai überreichte die ehemalige TB-Patientin Phumeza Tisile den Delegierten der Weltgesundheitsversammlung, dem obersten Entscheidungsgremium der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Unterschriften des Manifests und berichtete über ihre Situation: Sie hatte während ihrer Behandlung gegen extrem resistente TB aufgrund der Nebenwirkungen ihr Gehör verloren.

Die Medikamentenkampagne trat im Jahr 2014 zudem mit einem Vorschlag für eine effizientere Organisation von Forschung und Entwicklung von TB-Therapien an staatliche Institutionen heran. Finanzielle Anreize sollen sowohl vor dem Beginn der Forschung als auch während der einzelnen Forschungsphasen geschaffen werden. Um die so entstandenen Produkte auch für Menschen in ärmeren Ländern zugänglich zu machen, soll eine offene, gemeinschaftliche Forschungsweise angestrebt und eine gerechte Lizenzierung geschaffen werden.

Auch in Deutschland setzen wir uns derzeit auf politischer Ebene durch Gespräche mit den Verantwortlichen für diesen Vorschlag ein.

STRUKTUR KONTROLLE STRATEGIE



ÄRZTE OHNE GRENZEN: 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, 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 mehr als 60 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 Hilfeinsätzen des internationalen Netzwerkes auf vielfältige Weise: Sie rekrutiert qualifiziertes Personal, wirbt Spenden- und andere Gelder ein und informiert die Öffentlichkeit über die Aktivitäten der Organisation. Darüber hinaus ist die Sektion für die Projektbetreuung in derzeit acht Einsatzländern sowie für ein länderübergreifendes mobiles medizinisches Team zur Behandlung der Schlafkrankheit zuständig.

Das höchste Organ des Vereins ist die Mitgliederversammlung mit 443 ordentlichen Mitgliedern. Darüber hinaus zählt der Verein 9.110 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 in langfristige Programmpläne für 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 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 für den Verein eingebunden werden.

Sitz der deutschen Sektion ist Berlin, mit einer Zweigstelle in Bonn und einem kleinen Büro in Hamburg für regionale Standwerbung. Im Jahr 2014 arbeiteten in insgesamt sechs Abteilungen durchschnittlich 68 Voll- und 36 Teilzeitangestellte, außerdem 42 Studenten.

DAS OPERATIONALE ZENTRUM AMSTERDAM (OCA)

Die deutsche Sektion ist Teil des operationalen Zentrums Amsterdam (OCA). Das OCA ist eines von fünf operationalen Zentren (Operational Centre, OC), in denen die Sektionen des internationalen Netzwerkes zusammenarbeiten (siehe Grafik). Im Rahmen dieser operationalen Zentren treffen jeweils mehrere Sektionen gemeinsam Projektentscheidungen, schließen Finanzierungsverträge ab und unterstützen sich bei der Vermittlung von Projektpersonal. Das OCA wird durch die deutsche, britische und niederländische Sektion gebildet. Die kanadische Sektion hat einen beratenden Status im OCA. Zudem gehören die Mitgliedsverbände Ostafrika und Südasiens als Beobachter dazu.

Die Sektionen des OCA führen die Hilfsprojekte in gemeinsamer Verantwortung durch 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

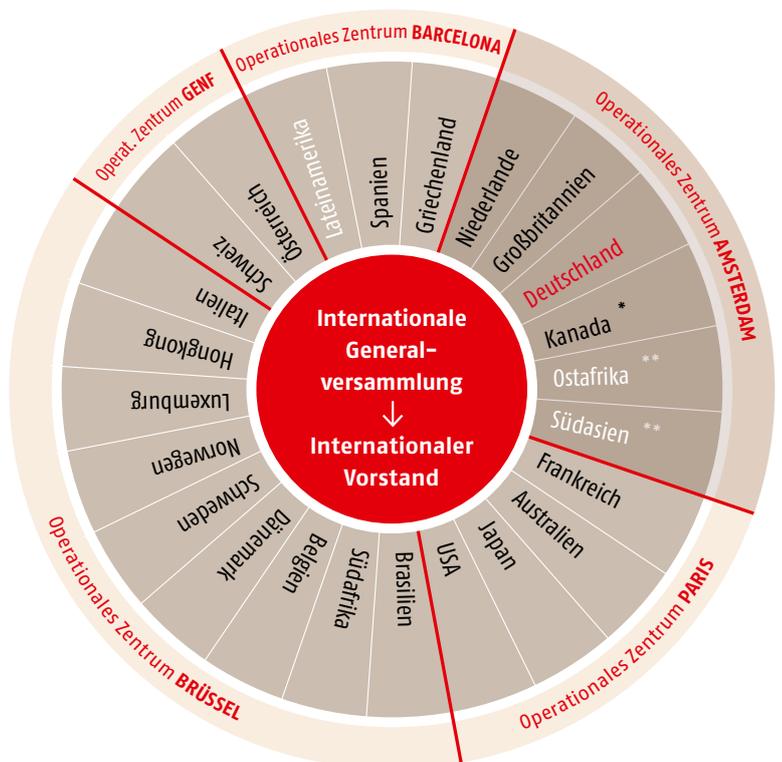


medizinische Ausrichtung der Arbeit vor Ort fest und leitet daraus Ziele für Finanzierung, Personal, Logistik und Kommunikation ab. Im Jahr 2014 führte das OCA Projekte in mehr als 20 Ländern durch.

Die Zusammenarbeit im OCA wird auf drei Ebenen durch gemeinsame Gremien mit Vertretern der Sektionen koordiniert. 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 deren Umsetzung.
- **Projektverantwortung:** Das ausführende Gremium ist das OCA-Management-Team. Dieses entwickelt die strategische und operative Planung, setzt diese um, führt ggf. Anpassungen durch und berichtet regelmäßig an den OCA-Council. Dazu gehören unter anderem Öffnung und Schließung sowie Umfang und Schwerpunkt von Projekten, neue Behandlungsmethoden oder Sicherheitsstrategien.
- **Projektdurchführung:** Die OCA-Projektleitung in Amsterdam ist verantwortlich für die Durchführung der Projekte, die von den Projektteilungen in Amsterdam und Berlin gesteuert werden. Die medizinische „Manson-Unit“ im Londoner Büro unterstützt die Projektarbeit bezüglich medizinischer Fragestellungen und Forschung.

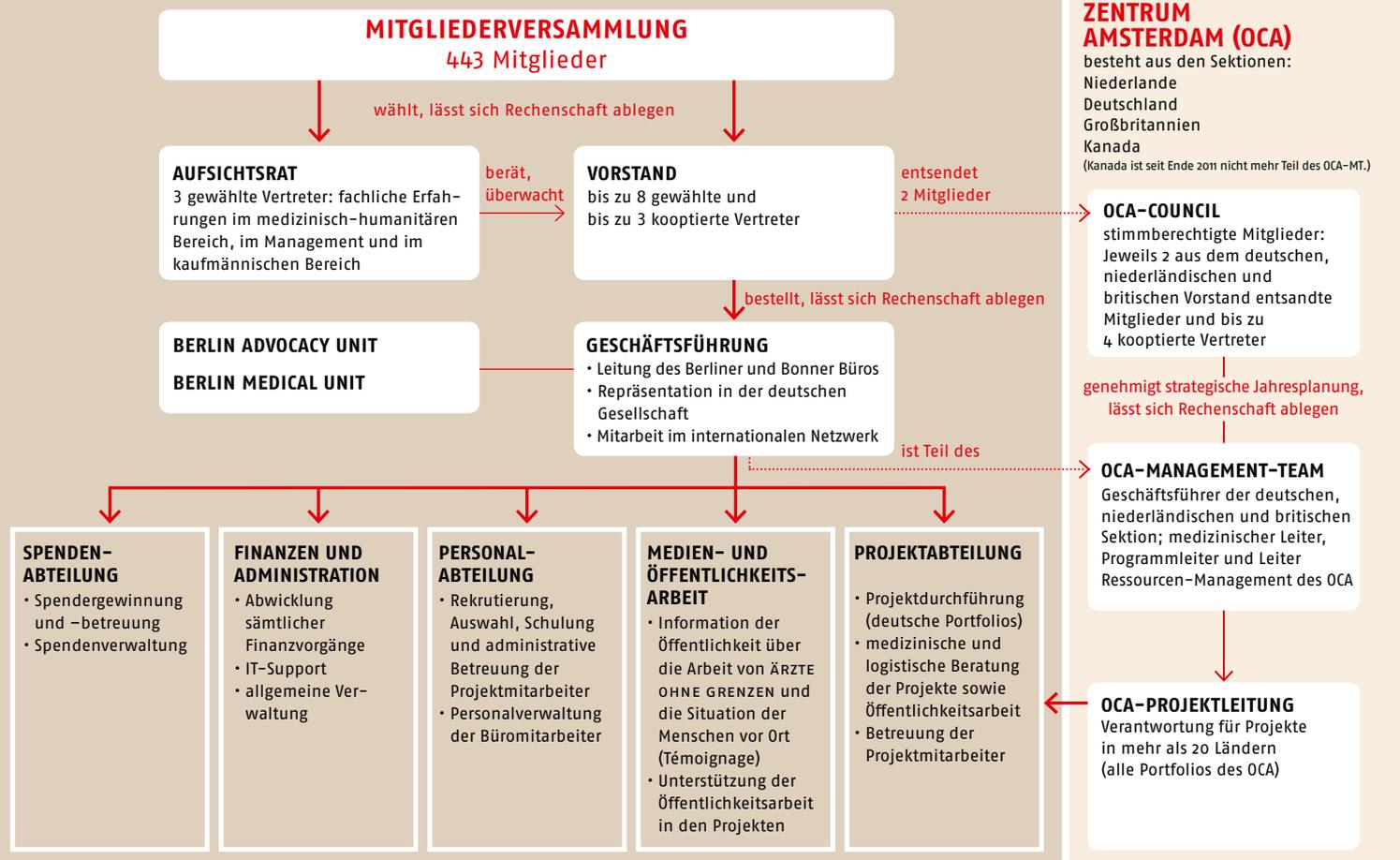
DIE 24 MITGLIEDSVERBÄNDE VON ÄRZTE OHNE GRENZEN



- A Mitgliedsverbände, die gleichzeitig Sektionen sind
- B Mitgliedsverbände ohne Sektionsstatus

* Kanada: Partner des OCA mit beratender Funktion
 ** Ostafrika, Südastien: Beobachter des OCA

DEUTSCHE SEKTION



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 vergab die finanziellen Ressourcen im Jahr 2014 für Projekte von allen fünf operationalen Zentren:

- **OC Amsterdam:** 48,0 Mio € 52 %
- **OC Genf:** 9,2 Mio € 10 %
- **OC Brüssel:** 13,8 Mio € 15 %
- **OC Barcelona:** 14,8 Mio € 16 %
- **OC Paris:** 5,2 Mio € 6 %
- **Internationales Büro in Genf:** 0,7 Mio € 1 %

DIE INTERNATIONALE ZUSAMMENARBEIT

ÄRZTE OHNE GRENZEN ist heute 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 Nothilfprojekte.

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. Zukünftig wird zudem ein länderübergreifender Mitgliedsverband zwei Vertreter in die IGA entsenden. 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 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 Koordinierung 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 56.



KONTROLLE BEI ÄRZTE OHNE GRENZEN

ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK: In der Hauptstadt Bangui unterstützt ÄRZTE OHNE GRENZEN u. a. dieses Gesundheitszentrum im Distrikt PK5. © Yann Libessart/MSF

IN DEN PROJEKTEN

Um den satzungsgemäßen und transparenten Einsatz der Mittel sicherzustellen, hat ÄRZTE OHNE GRENZEN ein umfassendes Kontrollsystem etabliert: In jedem Einsatzland arbeiten Finanzkoordinatoren, 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, deren Wert – abhängig vom Einsatzgebiet – bei 500 bis 2.000 Euro liegt, sind Angebotsvergleiche bzw. Ausschreibungen erforderlich.

Eine Anti-Korruptionsrichtlinie und ein Verhaltenskodex, der von allen Mitarbeitern unterschrieben wird, stellen u. a. sicher, 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 hinaus werden regelmäßig Sach- und Finanzprüfungen in den Projekten durchgeführt: Eigene Mitarbeiter sowie externe 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 für

das 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 keine finanziellen Mittel an andere projektdurchführende Organisationen weiter, sondern führt alle Projekte in eigener Verantwortung durch. Ein umfangreiches Regelwerk stellt dabei auch die Einhaltung unserer medizinischen Standards sicher.

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 DZI-Spendensiegels findet auch eine



ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK:
Ein neugeborenes Baby und seine
Mutter im Krankenhaus in Bossangoa
© Jeroen Oerlemans

Prüfung der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung (§53 Haushaltsgrundsätzegesetz) statt. Die Verwendung der öffentlichen Fördermittel wird außerdem vom Auswärtigen Amt bzw. dem Bundesverwaltungsamt geprüft. Alle 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 auf der DIN ISO 9001 basierende 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 2014 das Siegel des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen (DZI) 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. Im Jahr 2014 hat ÄRZTE OHNE GRENZEN sein Risikoinventar in ein neues Risikomanagementsystem überführt, das vom internationalen Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN entwickelt wurde und auf dem internationalen Standard ISO 31000 basiert. Ziel ist neben einem verbesserten 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 daher Sicherheitsrichtlinien das Verhalten der Mitarbeiter. Die Landeskoordinatoren überwachen deren Einhaltung und passen sie laufend an die aktuelle Situation an. Im Falle von Krisensituationen, wie beispielsweise der Entführung von Mitarbeitern, regeln Protokolle das genaue Vorgehen der Verantwortlichen. Dies beinhaltet immer auch die Einberufung von Krisenteams.

Mehr zu Kontrollmechanismen und Transparenz bei ÄRZTE OHNE GRENZEN unter: www.aerzte-ohne-grenzen.de/kontrolle



ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK:
Mit mobilen Kliniken bringen unsere
Teams Hilfe in entlegene Dörfer.
In dem Bürgerkriegsland gibt es
kaum noch eine funktionierende
öffentliche Gesundheitsversorgung.
© Jeroen Oerlemans

VISION UND STRATEGIE VON ÄRZTE OHNE GRENZEN

Die Arbeit von ÄRZTE OHNE GRENZEN in Deutschland orientiert sich an den Leitsätzen und strategischen Prioritäten der deutschen Sektion, am strategischen Plan des operationalen Zentrums Amsterdam (OCA) sowie an den Grundsätzen und Vereinbarungen des internationalen Netzwerkes (mehr zur Struktur von ÄRZTE OHNE GRENZEN finden Sie auf den Seiten 18–20).

LEITSÄTZE DER DEUTSCHEN SEKTION

- ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland 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.
- ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland geht davon aus, dass die Zukunft der humanitären Hilfe vor allem durch die Folgen von Naturkatastrophen, durch von Menschen verursachte Krisen, immer komplexer werdende Konflikte, knapper werdende Ressourcen und die fortwährende Vernachlässigung bedürftiger Menschen geprägt sein wird.
- ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland verpflichtet sich, einen substantiellen Beitrag zu einem 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 optimal reagieren können.

• ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland leistet einen wachsenden finanziellen und personellen Beitrag für die Hilfe für Menschen in Not. Gleichzeitig stellt das Berichten über die Situation in unseren Projekten (Témoignage) einen zentralen Bestandteil unserer Arbeit dar. Wir machen es uns zur Aufgabe, die humanitäre Debatte in Deutschland sowie das Verständnis für die humanitären Prinzipien zu stärken.

Die strategischen Prioritäten von ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland für 2013–2015 finden Sie unter:

➔ www.aerzte-ohne-grenzen.de/ziele

STRATEGISCHER PLAN DES OPERATIONALEN ZENTRUMS AMSTERDAM (OCA) FÜR DIE JAHRE 2015 – 2019

In einem umfangreichen Evaluierungs-, Recherche-, Konsultations- und Diskussionsprozess hat das operationale Zentrum Amsterdam im Jahr 2014 die folgenden sechs strategischen Ziele für die Arbeit der kommenden fünf Jahre entwickelt und verabschiedet:

1. Auf der Grundlage einer breiten Akzeptanz unserer Prinzipien der Neutralität, Unparteilichkeit und Unabhängigkeit werden wir den Zugang zu den bedürftigsten Menschen in Konflikt- und Krisenregionen sichern. Es soll unsere Kommunikations- und politische Advocacy-Arbeit in den Projektländern verstärkt werden. Dabei sollen auch unsere nationalen Mitarbeiter als „Botschafter“ eine stärkere Rolle spielen.



ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK:
Die Routinekontrolle hilft, bei Kindern
frühzeitig Malaria zu diagnostizieren.
© Jeroen Oerlemans

2. Wir werden effektive medizinische Hilfe leisten, die für Patienten gut zugänglich ist und vornehmlich jene Menschen erreicht, die sonst nicht ausreichend versorgt werden. Die Bedarfsanalyse und Planung soll verbessert und die medizinische Hilfe stärker an die Bedürfnisse vor Ort angepasst werden. Eine weitere Priorität sind das Management von Krankenhäusern und anderen komplexen medizinischen Aktivitäten. Um die Behandlung vor allem von vernachlässigten Krankheiten auch in schwierigen Kontexten zu verbessern, werden wir uns auf Forschung und Innovationen in diesem Bereich konzentrieren.

3. Unsere Hilfe und die Unterstützung des internationalen Hilffsystems für Menschen in akuten Krisen und für Menschen auf der Flucht werden verbessert. Ziel ist es, Flüchtlingen und Vertriebenen auf allen Etappen ihrer Flucht unabhängig von ihrem legalen Status ausreichend zu helfen. Außerdem sollen Staaten überzeugt werden, diesen Menschen auf der Flucht mehr Schutz und Hilfe zu gewähren. Um die Hilfsmöglichkeiten in akuten Krisen zu verbessern, wollen wir unsere Reaktionssysteme verbessern, vor allem im Bereich der Wasserversorgung und der Bekämpfung von Epidemien. Im Dialog mit staatlichen und nicht-staatlichen Hilfsorganisationen soll eine Verbesserung des humanitären Systems in diesen Situationen erreicht werden.

4. Für die wachsenden Herausforderungen in unseren Nothilfprojekten werden wir ausreichend qualifiziertes und erfahrenes Personal anwerben und ausbilden. Wir werden vermehrt in Weiterbildung und Personalentwicklung investieren. Dies betrifft insbesondere Mitarbeiter auf Koordinationsstellen in den Einsatzländern. Zudem

wollen wir das Potenzial unserer nationalen Mitarbeiter stärker nutzen, u. a. sollen sie mehr in Leitungspositionen eingebunden werden. Ziel ist es, mehr Kontinuität auf wichtigen Positionen zu schaffen und mehr Personal für eine längerfristige Mitarbeit zu gewinnen.

5. Die medizinischen Nothilfprojekte sollen stärker unterstützt und entlastet werden, um die Qualität der Arbeit vor Ort zu verbessern. Die Anforderungen an Management und Organisation sind in den Einsatzländern in den vergangenen Jahren stark gestiegen. Durch eine Reorganisation sollen Entscheidungskompetenzen neu verteilt und Prozesse standardisiert werden, damit sich die Verantwortlichen vor Ort vorrangig auf die medizinische Hilfe konzentrieren können. IT-Kapazitäten sollen verbessert und das Logistiksystem angepasst und vereinfacht werden.

6. Eine gute und effektive Zusammenarbeit im internationalen Netzwerk soll die Arbeit in den Projekten stärken und die finanzielle Basis sichern. Die Zusammenarbeit im gesamten Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN soll in den Bereich Kommunikation, Personal und Koordination in den Einsatzländern verbessert werden. Durch eine abgestimmte langfristige Fundraising-Planung soll die Finanzierung der Projekte sichergestellt werden.

Zusätzlich zu diesen sechs Zielen sieht der Strategieplan auch vor, dass das OCA sich zunehmend internationalisieren wird, unter anderem auch durch die verstärkte Einbindung des indischen Büros von ÄRZTE OHNE GRENZEN.

Die Prioritäten des internationalen Netzwerkes und die medizinischen Ziele finden Sie auf:

➔ www.aerzte-ohne-grenzen.de/leitlinien

AM BEISPIEL ERKLÄRT





ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK:
mobile Klinik bei Bambari
© Jeroen Oerlemans

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 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 Strategien und Ziele eines Projekts 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 anhand einer Vielzahl standardisierter Indikatoren wie z. B. der Zahl der Krankheitsfälle oder durchgeführter Impfungen die Zielerreichung der

Projekte. 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 Instruments, mit dem die medizinische Qualität der Projekte im gesamten Netzwerk gemessen und 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 wieder 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 die Situation sich soweit beruhigt hat, dass zum Beispiel Flüchtlinge beziehungsweise Vertriebene nach Hause zurückkehren können. Die Stabilisierung der Lage kann auch dazu führen, dass andere Organisationen oder die lokalen 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 – oft auf Jahre – notwendig machen. Auf den folgenden sechs Seiten werden vier Projekte vorgestellt, die exemplarisch für die Arbeit von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** stehen.

PROJEKTBEISPIEL

BARAKA, DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO

Medizinische Grundversorgung und Malaria-Behandlung

Ausgaben 2014: 3.468.233 Euro

Finanziert durch das internationale Netzwerk – Anteil der deutschen Sektion siehe Seiten 34–45

Davon u. a.:

- Mitarbeiter: 1.263.077 Euro
- Medizinisches Material, Ernährung: 1.048.932 Euro
- Logistik, Wasser und sanitäre Versorgung: 348.843 Euro



D. R. KONGO: Eine Mutter verlässt mit ihrem Neugeborenen das Krankenhaus von ÄRZTE OHNE GRENZEN in Baraka.
© Jeroen Oerlemans

AUSGANGSLAGE

Der seit Jahrzehnten andauernde Konflikt im Osten der Demokratischen Republik Kongo hielt im Jahr 2014 auch in Süd-Kivu an. Die Infrastruktur ist stark beeinträchtigt, die Straßen und Wege sind schlecht, und das staatliche Gesundheitssystem funktioniert nur sehr lückenhaft. Die Zivilbevölkerung leidet unter den Folgen des Konflikts, viele müssen immer wieder fliehen und sind so besonders anfällig für Krankheiten. Im Jahr 2014 sind im Gesundheitsbezirk Fizi, in dem ÄRZTE OHNE GRENZEN das Projekt in dem Ort Baraka betreibt, außergewöhnlich viele Menschen an Malaria erkrankt. Auch die Anzahl der Cholera-Patienten war im Jahr 2014 deutlich höher als in den Vorjahren.

ZIEL

Sowohl die ansässige Bevölkerung als auch Vertriebene in und um Baraka sollen Zugang zu umfassender medizinischer Versorgung erhalten. Dadurch soll die hohe Sterberate, die vor allem durch Malaria verursacht wird, gesenkt werden. Auch HIV- und Tuberkulose-Patienten sollen eine Versorgung erhalten. Auf akute Krisen wie den Ausbruch von Epidemien oder Vertreibung aufgrund von Gewalt soll in angemessener Weise reagiert werden.

AKTIVITÄTEN UND RESULTATE

Die Teams in Baraka behandelten in einem 172-Betten-Krankenhaus sowie in der gesamten Region insgesamt 112.049 Malaria-Patienten, die je nach Gesundheitszustand ambulant oder stationär betreut wurden. Das waren mehr als doppelt so viele wie ursprünglich geplant. Dazu wurde mehr qualifiziertes Personal eingestellt und die Kapazitäten auf der Intensivstation wurden erhöht. Zudem wurden zusätzlich drei Gesundheitszentren unterstützt. Mit mobilen Kliniken suchten die Teams außerdem Dörfer

auf, aus denen besonders viele schwer kranke Malaria-Patienten ins Krankenhaus gekommen waren, um dort alle Erkrankten zu behandeln. Im Oktober begann das Team mit dem Aufbau eines Programms zur Diagnose und Behandlung von Malaria auf kommunaler Ebene.

Auf einer separaten Isolierstation wurden durchschnittlich jeden Monat 170 Cholera-Patienten behandelt. 244 Tuberkulose-Patienten begannen mit einer Behandlung. Die Teams führten zudem 843 Operationen durch, begleiteten 8.510 Geburten und versorgten 9.204 schwangere Frauen.

SCHWIERIGKEITEN

Das Krankenhaus in Baraka war nicht ausreichend mit Personal ausgestattet. Aufgrund der ungewöhnlich hohen Malaria-Zahlen waren die Betten im Krankenhaus in Baraka jedoch bis zu 300 Prozent überbelegt, vor allem mit Kindern. Dadurch konnte die medizinische Qualität nicht vollständig aufrechterhalten werden, was zu einer erhöhten Sterblichkeit führte.

Aufgrund der schlechten Wege waren manche Ortschaften nur sehr schwer zu erreichen. Auch Kämpfe führten zu einem verzögerten Zugang zu bedürftigen Menschen.

AUSBLICK

Im Jahr 2015 soll das Krankenhaus in Baraka dauerhaft mit mehr Personal ausgestattet werden. Zudem werden sich die Teams besser auf ein erhöhtes Malaria-Aufkommen vorbereiten. Um die Bevölkerung besser vor Malaria zu schützen, ist eine umfangreiche Verteilung von Moskitonetzen geplant. Die Netze verhindern, dass die Menschen im Schlaf von Mücken gestochen werden, die die Malaria übertragen.

In den kommenden Jahren ist zudem geplant, ein neues und größeres Krankenhaus zu bauen.

PROJEKTBEISPIEL

DELMAS 33, PORT-AU-PRINCE, HAITI

Hilfe für Frauen mit Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt

Delmas 33
Port-au-Prince

Ausgaben 2014: 4.927.105 Euro

Finanziert durch das internationale Netzwerk – Anteil der deutschen Sektion siehe Seiten 34–45

Davon u. a.:

- Mitarbeiter: **3.670.045 Euro**
- Medizinisches Material, Ernährung: **585.489 Euro**
- Logistik, Wasser und sanitäre Versorgung: **273.835 Euro**



AUSGANGSLAGE

Haiti ist das ärmste Land Lateinamerikas. Die Müttersterblichkeit ist hoch, und die Gesundheitsversorgung, die schon vor dem verheerenden Erdbeben im Jahr 2010 ungenügend war, wurde in weiten Teilen zerstört und nicht vollständig wieder aufgebaut. Vor allem die Notfallversorgung ist schlecht, und Frauen mit lebensbedrohlichen Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt haben kaum eine Möglichkeit, ausreichend qualifizierte medizinische Hilfe zu erhalten. Die meisten Krankenhäuser im Land haben keine ausreichenden Mittel, um die kostenintensiven und umfangreichen Therapien zu leisten, die nötig sind, wenn Frauen zum Beispiel an einer Eklampsie leiden. Schwangere Frauen sind auch besonders gefährdet, wenn sie an Cholera erkranken. Die bakterielle und hoch ansteckende Krankheit tritt in Haiti seit 2010 auf. Vor allem in den Armenvierteln kommt es immer wieder zu Ausbrüchen der Durchfallerkrankung, da die Versorgung mit sauberem Trinkwasser und Sanitäreinrichtungen unzureichend ist.

ZIEL

In einem Krankenhaus in dem Stadtbezirk Delmas 33 in der Hauptstadt Port-au-Prince soll die hohe Mütter- und Säuglingssterblichkeit gesenkt werden. Frauen mit lebensbedrohlichen Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt sowie die Neugeborenen sollen umfassende medizinische Hilfe erhalten. Zudem soll das Problem, dass werdende Mütter in Haiti keinen ausreichenden Zugang zu medizinischer Hilfe haben, bei den Verantwortlichen ins Bewusstsein gerückt werden. Damit soll sich die Situation nachhaltig verbessern.

AKTIVITÄTEN UND RESULTATE

ÄRZTE OHNE GRENZEN hat das Krankenhaus in Delmas 33 nach dem Erdbeben im Januar 2010 aufgebaut. In dem Krankenhaus mit 140 Betten wurden im Jahr 2014 insgesamt 10.400 Patientinnen und deren Neugeborene aufgenommen. Durchschnittlich kamen 17 Kinder pro Tag zur Welt, der Anteil der Geburten mit komplizierten Verläufen lag bei mehr als 70 Prozent. Es wurden Frauen aufgenommen, bei denen Komplikationen wie Präeklampsie, Eklampsie, Blutungen, lang anhaltende Wehen, Geburtsstillstand und Gebärmutterruptur auftraten. Neben der notfallmedizinischen Versorgung und der Geburtshilfe boten die Teams Vor- und Nachsorgeuntersuchungen sowie Beratung zur Familienplanung an. Zudem sorgten



Nach der glücklichen Geburt ihres ersten Kindes ruht sich die Mutter in unserem Krankenhaus aus.
© Diana Zeyneb Alhindawi

Im Krankenhaus in Delmas 33 versorgt ÄRZTE OHNE GRENZEN zu früh geborene Säuglinge.
© Diana Zeyneb Alhindawi



sie für die Vorbeugung der Übertragung des HI-Virus von der Mutter auf das Kind, versorgten Neugeborene und boten psychosoziale Hilfe an. Schwangere Frauen, die an Cholera erkrankt waren, wurden auf einer Isolierstation mit 14 Betten adäquat behandelt.

ÄRZTE OHNE GRENZEN organisierte zwei Konferenzen und vier Runde Tische mit den Akteuren, die in der Geburtshilfe tätig sind. Dabei wurden die Möglichkeiten einer besseren Geburtshilfe im Land diskutiert – mit dem Ergebnis, dass die Koordination zwischen den Krankenhäusern leicht verbessert wurde.

AKTIVITÄTEN UND RESULTATE IN ZAHLEN:

- 2.444 stationäre Behandlungen geleistet
- 6.227 Geburten begleitet
- 3.055 Operationen durchgeführt
- 2.987 psychologische Einzel- und Gruppengespräche geführt

SCHWIERIGKEITEN

Weil das Krankenhaus in Delmas 33 die einzige Einrichtung in Port-au-Prince ist, in der lebensgefährliche Schwangerschaftskomplikationen umfangreich behandelt werden können, kam es zu einer Überbelegung der Betten im dritten Quartal des Jahres 2014.

Zudem ist es schwierig, ausreichend hochqualifizierte Neonatologinnen oder Neonatologen zu finden, um die Station, die 2011 erstmals mit der Arbeit begann, zu führen.

Da seitens der haitianischen Behörden ein Misstrauen gegenüber Nichtregierungsorganisationen existiert, müssen für die zollfreie Einfuhr von Material und Medikamenten große bürokratische Hürden überwunden werden. ÄRZTE OHNE GRENZEN-Mitarbeiter mussten zahlreiche Gespräche und Verhandlungen führen, um die Materialien dennoch rechtzeitig einführen zu können.

AUSBLICK

Der Bedarf an qualitativ hochwertiger und umfangreicher Versorgung von Frauen mit komplizierten Schwangerschaften und Geburten wird weiter hoch sein. ÄRZTE OHNE GRENZEN wird diesen Frauen weiterhin im Krankenhaus in Delmas 33 helfen. Die Teams werden jedoch darauf achten, dass es nicht regelmäßig zu Überbelegungen kommt. Dazu werden wir mit anderen medizinischen Einrichtungen in diesem Bereich zusammenarbeiten, um zum Beispiel leichtere Fälle dorthin überweisen zu können.

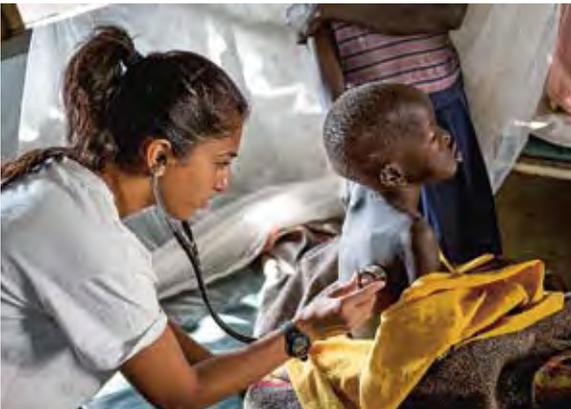
Die Neonatologie wird im Jahr 2015 in einem separaten Gebäudeblock untergebracht. Damit soll die Infektionskontrolle verbessert werden.

PROJEKTBEISPIEL

LANKIEN, SÜDSUDAN

Behandlung der Tropenkrankheit Kala-Azar und Chirurgie im Konfliktgebiet

Ein sechsjähriges Mädchen wird untersucht.
Es hat sich mit der Tropenkrankheit
Kala-Azar angesteckt, die durch den
Biss einer Sandfliege übertragen wird.
© Karel Prinsloo



Ausgaben 2014: 6.878.931 Euro

Finanziert durch das internationale Netzwerk – Anteil der
deutschen Sektion siehe Seiten 34–45

Davon u. a.:

- Mitarbeiter: 2.586.345 Euro
- Medizinisches Material, Ernährung: 1.650.295 Euro
- Logistik, Wasser und sanitäre Versorgung: 437.698 Euro



AUSGANGSLAGE

Im Südsudan kämpfen seit Ende 2013 Regierungstruppen gegen bewaffnete Rebellengruppen. Im Laufe des Jahres 2014 hat die Gewalt gegen die Zivilbevölkerung zugenommen, so auch im Bundesstaat Jonglei. Viele Menschen fliehen aus ihren Dörfern und Städten, weshalb sie im Freien übernachten müssen. In Lankien und Umgebung leben rund 30.000 Vertriebene. Die prekären Lebensbedingungen machen sie besonders anfällig für die Tropenkrankheit Kala-Azar, die in dieser Region gehäuft vorkommt und durch Sandfliegen übertragen wird. Ohne Behandlung verläuft Kala-Azar fast immer tödlich. Aufgrund der jahrelangen Instabilität im Land gibt es kaum funktionierende Gesundheitseinrichtungen, die Menschen erkranken daher auch vermehrt an Malaria, Durchfall- oder Atemwegserkrankungen. Zudem benötigen Menschen, die durch die bewaffnete Gewalt in der Region schwer verletzt wurden, vor allem chirurgische Hilfe.

ZIEL

In der Region soll die Sterblichkeit von Kala-Azar deutlich gesenkt werden. Dazu sollen die Patienten möglichst dezentral behandelt werden können, weil es aufgrund des Konflikts schwierig für sie ist, den Weg in ein zentrales Krankenhaus zurückzulegen. Darüber hinaus ist die Erkrankung umso schwerer zu behandeln, je weiter fortgeschritten das Krankheitsstadium ist. Zudem sollen sowohl die ansässige Bevölkerung als auch die Vertriebenen in der Region Zugang zu medizinischer Grundversorgung erhalten.

AKTIVITÄTEN UND RESULTATE

Die Betten-Kapazität im Krankenhaus von Lankien hat ÄRZTE OHNE GRENZEN im Laufe des Jahres 2014 von 80 auf 300 gesteigert. Zudem wurden die Orte Yuai und Chuil mit mobilen Kliniken versorgt. Das Team behandelte 4.640 Kala-Azar-Patienten, von denen 91 Prozent geheilt wurden. Insgesamt waren dies 3.000 Kala-Azar-Patienten mehr als geplant. Eine Behandlung dauert in der Regel 17 Tage, an denen täglich zwei Spritzen verabreicht werden, die für die Patienten sehr schmerzhaft sind. Im Falle von schweren Krankheitsverläufen, bei gleichzeitiger HIV-Infektion oder im Falle von Schwangerschaften ist ein stationärer Aufenthalt notwendig. Außerdem wurde das Krankenhaus mit einem OP-Saal ausgestattet, um Verletzte aus der umkämpften Region zu versorgen. 910 größere chirurgische Eingriffe wurden durchgeführt, davon 679 Notfalloperationen. Wie geplant führten die Teams zudem fast 84.587 medizinische Konsultationen durch. Sie behandelten 11.704 Malaria-Patienten und begleiteten 400 Geburten. Ende des Jahres 2014 wurde mit der Dezentralisierung der medizinischen Hilfe begonnen.

SCHWIERIGKEITEN

Das medizinische Team von ÄRZTE OHNE GRENZEN in Lankien war Anfang des Jahres 2014 verhältnismäßig klein und nicht auf den unerwartet großen Kala-Azar-Ausbruch und die Versorgung der Verwundeten vorbereitet. Auch der Platz im Krankenhaus reichte nicht aus, so dass Patienten auf Veranden und unter Bäumen behandelt werden mussten. Aufgrund der jahrelangen Konflikte und der



Wartebereich für die ambulante Behandlung von Kala-Azar. Unbehandelt verläuft die Tropenkrankheit meist tödlich.
© Jerome Starkey

schlechten Bildungslage im Südsudan ist es äußerst schwierig, qualifizierte nationale Mitarbeiter für das Projekt in Lankien zu finden. Auch international konnten nicht genug erfahrene Mitarbeiter für die Behandlung von Kala-Azar-Patienten rekrutiert werden. Das Team war daher stark überlastet. Der Plan, die Aktivitäten zu dezentralisieren, konnte daher aus Mangel an Kapazitäten erst ab Ende 2014 umgesetzt werden. Damit mussten die Menschen in der Region weiterhin weite Wege zurücklegen, um Hilfe zu erhalten. Dies hatte zur Folge, dass viele Patienten in schlechtem Zustand im Krankenhaus ankamen und deshalb einige von ihnen nicht gerettet werden konnten. Auch die medizinische Grundversorgung für die Bevölkerung war aus diesem Grund limitiert. Viele Malaria-Patienten konnten das Krankenhaus nicht erreichen, weil die Wege zu gefährlich waren oder sie sich vor der Gewalt in andere Landesteile geflüchtet hatten. Anfang des Jahres registrierten die Teams daher weniger Malaria-Fälle als sonst.

Aufgrund der schlechten Straßenbedingungen war es in der Regenzeit teilweise nicht möglich, ausreichend Medikamente und medizinisches Material nach Lankien zu bringen. Dazu kommt, dass ein wichtiges Medikament zur Behandlung von Kala-Azar nur von einem Hersteller produziert wird. Die ohnehin jährlich auftretende Knappheit an Kala-Azar-Medikamenten führte daher im Jahr 2014 zu einer Unterbrechung der Lieferung. Etliche Kala-Azar-Patienten konnten nicht behandelt werden und mussten auf eine Warteliste gesetzt werden.

AUSBLICK

Auch im Jahr 2015 hält der bewaffnete Konflikt in der Region an. Gleichzeitig ist keine Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch den Staat oder andere Organisationen absehbar. ÄRZTE OHNE GRENZEN wird sich in Lankien und Yuai weiterhin auf die größten medizinischen Bedürfnisse sowohl der ansässigen Bevölkerung als auch der Vertriebenen konzentrieren. Mit der Behandlung von Kala-Azar, der chirurgischen Versorgung von Verletzten sowie der Behandlung von Malaria und Mangelernährung soll möglichst vielen Menschen das Leben gerettet werden. Zumindest eine basismedinische Versorgung soll allen Menschen in der Region zugänglich sein. Um besser auf einen weiteren Kala-Azar-Ausbruch vorbereitet zu sein, sollen die epidemiologische Überwachung der Krankheit verbessert und die Menschen besser aufgeklärt werden. Wichtig ist, dass die Erkrankten bereits in einem früheren Stadium der Erkrankung in unsere Einrichtungen kommen.

PROJEKTBEISPIEL

AL RAMTHA, JORDANIEN

Chirurgische Versorgung von Verletzten im Bürgerkriegsgebiet

● AL Ramtha
■ Amman

AUSGABEN 2014: 4.951.463 Euro

Finanziert durch das internationale Netzwerk – Anteil der deutschen Sektion siehe Seiten 34–45

Davon u. a.:

- Mitarbeiter: 2.766.552 Euro
- Medizinisches Material, Ernährung: 972.236 Euro
- Logistik, Wasser und sanitäre Versorgung: 334.691 Euro

Visite im Krankenhaus von ÄRZTE
OHNE GRENZEN in Al Ramtha.
© Ton Koene



AUSGANGSLAGE

Die Stadt Al Ramtha liegt fünf Kilometer von der syrischen Grenze entfernt. Der Bürgerkrieg in Syrien spitzte sich im Jahr 2014 noch weiter zu, die Gesundheitsversorgung ist in etlichen Teilen des Landes kaum noch funktionsfähig, und Verletzte können nicht ausreichend versorgt werden. Aufgrund der Kämpfe und der zerstörten Infrastruktur benötigen verletzte Menschen häufig etliche Tage, um in ein Krankenhaus zu gelangen, wo sie ausreichend versorgt werden können. Hunderttausende Menschen sind aus Syrien nach Jordanien geflohen. Viele benötigen medizinische Hilfe.

ZIEL

Syrische Kriegsverletzte sollen Zugang zu qualitativ hochwertiger chirurgischer Behandlung und Unterstützung bei der Rehabilitation erhalten. Sie sollen die Möglichkeit erhalten, psychische Traumata zu verarbeiten.

AKTIVITÄTEN UND RESULTATE

ÄRZTE OHNE GRENZEN startete im September 2013 ein unfallchirurgisches Nothilfeprogramm im staatlichen Krankenhaus von Al Ramtha mit mehr als 140 einheimischen und internationalen Mitarbeitern.

Das Team führte im Jahr 2014 insgesamt 1.344 größere Operationen durch. Dabei waren durchschnittlich vier Eingriffe pro Patient notwendig. Die häufigsten Verletzungen waren schwere Bauch-, Brust- und Knochenverletzungen. 99 Prozent waren durch Gewalt verursacht. Mehr als 97 Prozent der Patienten konnte das Leben gerettet werden. Nach den Operationen wurden die Patienten

stationär versorgt, erhielten, wenn nötig, Physiotherapie und psychosoziale Betreuung. Insgesamt führte das Team 1.162 psychologische Beratungsgespräche.

Aufgrund der hohen Patientenzahl eröffnete ÄRZTE OHNE GRENZEN im März 2014 eine Klinik mit 40 Betten zur postoperativen Versorgung im nahegelegenen Flüchtlingslager Al Zaatari. Dorthin wurden auch Patienten aus anderen Krankenhäusern in Jordanien überwiesen.

SCHWIERIGKEITEN

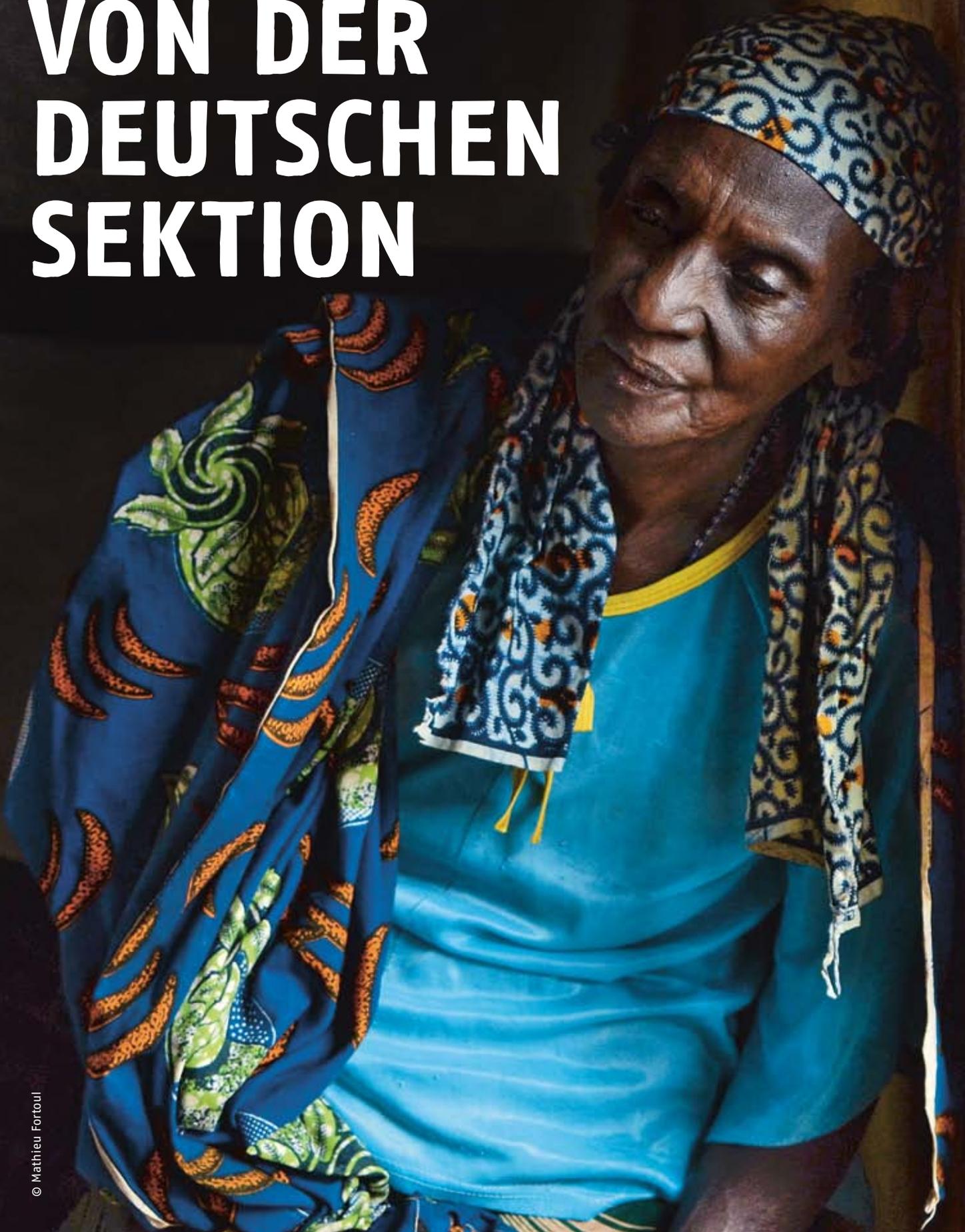
Einige Patienten verstarben, weil die Flucht durch Syrien und über die Grenze nach Jordanien zu lange dauerte und ihre Verletzungen nicht rechtzeitig ausreichend behandelt werden konnten.

In Jordanien werden syrische Flüchtlinge zunehmend nach Syrien abgeschoben. Das führt unter anderem dazu, dass von uns behandelte Patienten immer häufiger nach ihrer Entlassung nach Syrien zurückkehren müssen und nicht weiterversorgt werden können.

AUSBLICK

Nach wie vor benötigen schwer verletzte Menschen aus Syrien in Jordanien chirurgische Hilfe. ÄRZTE OHNE GRENZEN wird in Al Ramtha weiterhin mit dem jordanischen Gesundheitsministerium zusammenarbeiten, um den Bedarf weiter zu evaluieren und abzudecken. Angesichts des bestehenden Konflikts in Syrien wird das Krankenhaus in Al Ramtha weiter zum notfallchirurgischen Referenzzentrum ausgebaut. Auch die Materialversorgung muss an diese Bedürfnisse angepasst werden.

IM ÜBERBLICK: MITFINANZIERT VON DER DEUTSCHEN SEKTION



PROJEKT-FINANZIERUNGEN 2014

Auf den folgenden Seiten geben wir einen Überblick über die Aktivitäten von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, die wir als deutsche Sektion im Jahr 2014 mitfinanziert haben. Dies sind nicht alle Projekte, die **ÄRZTE OHNE GRENZEN** als internationale Organisation insgesamt durchgeführt hat. Informationen zu sämtlichen Projekten des internationalen Netzwerkes und deren Gesamtkosten finden Sie im „International Activity Report“ auf www.msf.org. Medizinische Begriffe und Abkürzungen finden Sie auf Seite 66 erklärt.

AFGHANISTAN: Wartebereich im Boost-Krankenhaus in der südlichen Provinz Helmand © Paula Bronstein /Getty Reportage



ÄTHIOPIEN: Masernbehandlung in einem Krankenhaus im Flüchtlingslager Lietchuor © Adriane Ohanesian

LAND Ausgangslage

Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte

AFGHANISTAN

Die Gesundheitsversorgung ist vielerorts aufgrund des jahrzehntelangen Konflikts völlig unzureichend. Die Mütter- und Kindersterblichkeit gehört zu den höchsten weltweit.

Kabul

Helmand

Kundus

ÄTHIOPIEN

Die Gesundheitsversorgung ist vielerorts unzureichend. Im Osten des Landes benötigen sowohl somalische Flüchtlinge als auch die lokale Bevölkerung medizinische Hilfe. Im Westen des Landes leben Tausende Flüchtlinge aus dem benachbarten Südsudan in Lagern und benötigen medizinische Hilfe sowie sauberes Trinkwasser.

Addis Abeba

Amhara / Abdurafi

Gambella

Gambella

Ogaden / Danod

Ogaden / Dolo Ado

Ogaden / Wardher

BANGLADESCH

In den Armenvierteln der Hauptstadt haben viele Menschen kaum Zugang zu einer Gesundheitsversorgung. Zudem soll die Behandlung einer besonderen Form der Tropenkrankheit Kala-Azar verbessert werden.

Dhaka

Dhaka / Fulbaria

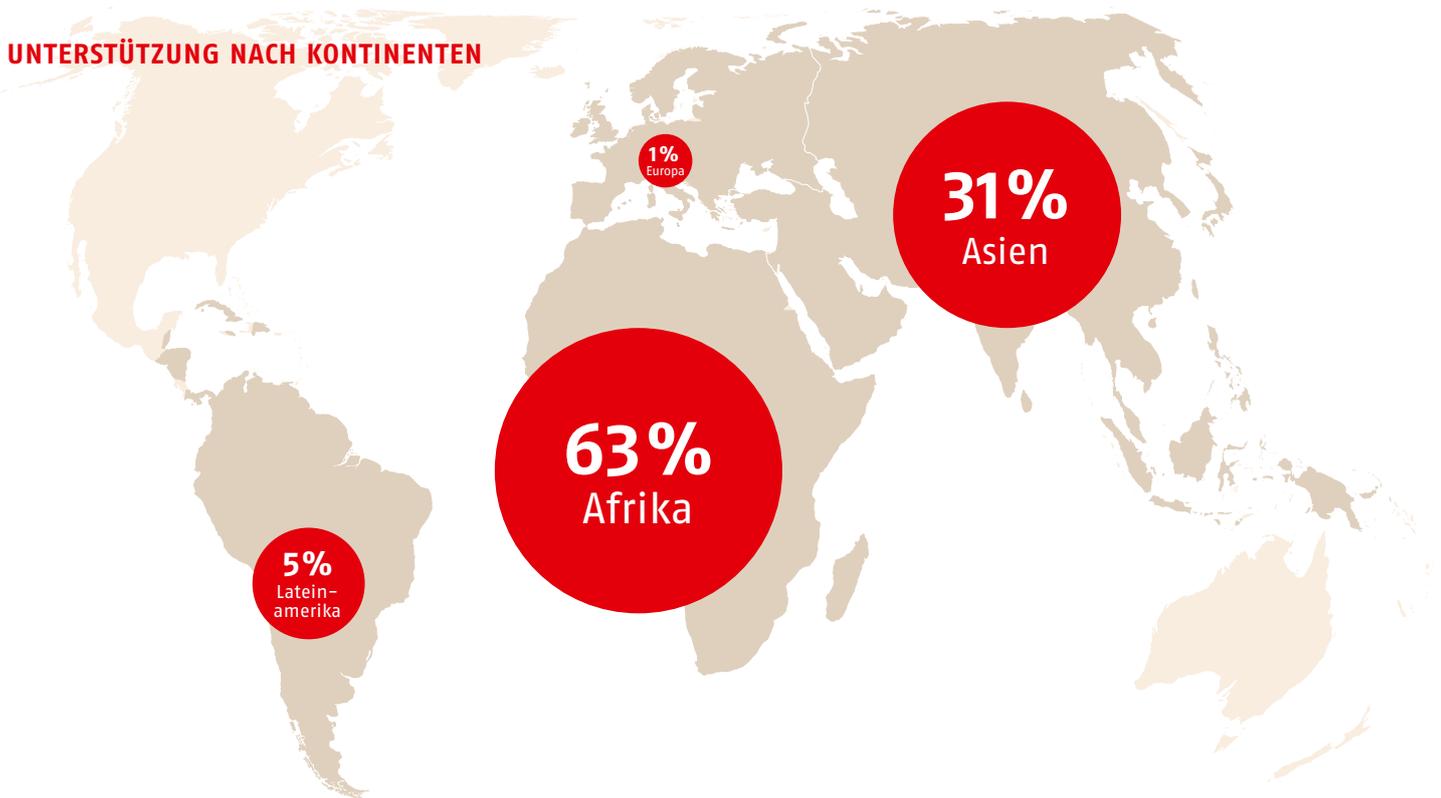
Dhaka / Kamrangirchar

BURUNDI

Fehlender Zugang zu medizinischer Hilfe während der Geburt führt bei etlichen Frauen zu Geburtsfisteln. Die Frauen benötigen u. a. dringend chirurgische Hilfe.

Gitega

UNTERSTÜTZUNG NACH KONTINENTEN



Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Patienten- und Behandlungszahlen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in Euro
Koordination der Projekte		1.050.000
Unterstützung eines Krankenhauses: Notaufnahme, Chirurgie, Geburtshilfe, stationäre und ambulante Versorgung, Übergabe des Ernährungsprogramms im August	69.931 Notaufnahmen, 9.711 stationäre Behandlungen, 2.048 Operationen, 9.203 Geburten, 20.129 Schwangerenberatungen, 2.443 mangelernährte Kinder behandelt	2.400.000
Unterstützung eines Krankenhauses, Notaufnahme, Chirurgie, ambulante und stationäre Behandlung	36.352 Konsultationen, 4.241 Operationen, 3.366 stationäre Behandlungen, 2.512 psychologische Einzel- und 139 Gruppengespräche	1.443.494
Koordination der Projekte		800.000
Behandlung von Kala-Azar-Patienten sowie HIV-Patienten, die gleichzeitig an Tuberkulose (TB) erkrankt sind, Behandlung von Mangelernährung	1.422 stationäre Behandlungen, 298 mangelernährte Patienten behandelt	450.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung für Flüchtlinge	116.198 Konsultationen, 878 stationäre Behandlungen, 5.667 Schwangerenberatungen, 327 Geburten	450.000
Wasser- und Sanitärversorgung für Flüchtlinge (Ende Oktober an Oxfam übergeben)	1.300.000 Liter sauberes Trinkwasser ermöglicht, 2.500 Haushaltsduschen bereitgestellt, 140 Latrinen gebaut	900.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	11.560 Konsultationen, 615 stationäre Behandlungen, 733 Schwangerenberatungen, 353 mangelernährte Patienten behandelt	400.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung von Flüchtlingen (Januar bis Ende März)	660 Konsultationen, 129 stationäre Behandlungen, 77 Geburten	200.000
Unterstützung eines Krankenhauses	11.866 Konsultationen, 1.050 stationäre Behandlungen, 2.375 Schwangerenberatungen, 387 Geburten, 1.125 mangelernährte Patienten behandelt	600.000
Koordination der Projekte		150.000
Forschungsstudie zur sicheren und effektiven Behandlung von Post-Kala-Azar-Hautleishmaniod (PKDL)	280 PKDL-Patienten behandelt	250.000
Medizinische und psychosoziale Versorgung in sechs Kliniken eines Armenviertels	12.157 Konsultationen, 3.603 Schwangerenberatungen, 648 Geburten, 1.343 psychologische Gruppen- und Einzelgespräche	300.000
Medizinische und psychosoziale Behandlung von Frauen mit Geburtsfisteln	212 Konsultationen, 428 stationäre Behandlungen, 364 Operationen	1.875

DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO:
Ein Mitarbeiter informiert die
Bevölkerung über den Ablauf einer
Impfkampagne. © Phil Moore



DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO:
In Kühlboxen werden Impfstoffe sicher
über schlechte Straßen transportiert.
© Phil Moore



GUINEA: Anlegen der Schutzkleidung
in einem Ebola-Behandlungszentrum
© Sylvain Cherkaoui/Cosmos

LAND Ausgangslage

Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte

DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO

Die medizinische Versorgung ist in weiten Teilen des Landes unzureichend, da das Gesundheitssystem seit Jahrzehnten vernachlässigt wird und vielerorts weder eine medizinische Grundversorgung leistet noch auf den Ausbruch von Epidemien angemessen reagiert. In den konfliktreichen Provinzen Nord- und Süd-Kivu im Osten des Landes kommt es zudem immer wieder zu Gewalt und Vertreibungen. Millionen Menschen haben keinen Zugang zu Gesundheitsversorgung. Viele leben in Landesteilen, die aufgrund von sehr schlechten Wegen nur schwer zu erreichen sind. Für sie ist der Weg in ein Krankenhaus häufig kaum zu bewerkstelligen. Hinzu kommt, dass vor allem in diesen ländlichen und von Konflikt betroffenen Gebieten zu wenige Hilfsorganisationen tätig sind.

Katanga / Lubumbashi

Katanga / Kabalo

Katanga / Kalemie

Katanga / Kongolo

Katanga / Notfallteam

Nord-Kivu / Goma

Nord-Kivu / Goma

Nord-Kivu / Masisi

Nord-Kivu / Mweso

Nord-Kivu / Notfallteam

Nord-Kivu / Rutshuru

Orientale / Doruma

Orientale / Dingila

Süd-Kivu / Bukavu

Süd-Kivu / Baraka

Süd-Kivu / Kalehe

Süd-Kivu / Kalonge

Süd-Kivu / Shabunda

GRIECHENLAND

Die medizinische Versorgung in den griechischen Aufnahmezentren für Menschen auf der Flucht ist oft unzureichend.

Evros

GUINEA

Nach dem Ausbruch der Ebola-Epidemie Anfang des Jahres 2014 ist das Gesundheitssystem überfordert. Gleichzeitig erkranken nach wie vor viele Menschen an Malaria, die jetzt jedoch noch weniger medizinische Hilfe erhalten als zuvor.

Guéckédou

Notfallteam

HAITI

Die medizinische Versorgung ist auch vier Jahre nach dem schweren Erdbeben völlig unzureichend. Nach wie vor ist die Mütter- und Säuglingssterblichkeit sehr hoch. Viele Gesundheitseinrichtungen funktionieren nur eingeschränkt, da sie finanziell und personell schlecht ausgestattet sind.

Port-au-Prince

Port-au-Prince

Port-au-Prince

Port-au-Prince

Léogâne

Martissant

Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Patienten- und Behandlungszahlen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in Euro
Koordination der Projekte		569.845
Behandlung von Malaria-Patienten (bis Juni)	36.187 Malaria-Konsultationen für Kinder, stationäre Malaria-Behandlung von 1.754 Kindern, 1.601 mangelernährte Kinder behandelt	105.492
Cholera-Prävention und -Behandlung	51.455 Cholera-Impfungen, 700 Cholera-Patienten, 7.105 Meter Wasserleitungen verlegt	146.007 ** 250.000
Behandlung von Malaria (ab März)	12.313 Malaria-Konsultationen für Kinder, stationäre Malaria-Behandlung von 1.894 Kindern	54.810
Behandlung von Masern-Patienten und logistische Hilfe bei Cholera-Ausbruch	333 Masern-Patienten, Wasser für 2.406 Personen verteilt	23.845
Koordination der Projekte		809.767
Medizinische Versorgung von Vertriebenen (im Juli aus Sicherheitsgründen vorübergehend geschlossen, Wiedereröffnung geplant)	21.113 Konsultationen, 4.968 Wundversorgungen	14.425
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	151.519 Konsultationen, 12.685 stationäre Behandlungen, 17.164 Schwangerenberatungen, 3.966 Geburten, 3.159 Operationen, 243 Tuberkulose- und 173 HIV-Patienten (ART), 1.979 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	1.424.388
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	185.185 Konsultationen, 8.053 stationäre Behandlungen, 1.439 Operationen, 20.372 Schwangerenberatungen, 5.761 Geburten	350.000
Reaktion auf Mangelernährung und den Ausbruch einer Cholera-Epidemie	602 mangelernährte Kinder behandelt, Behandlung von 58 Cholera-Patienten	25.707
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	30.993 Notaufnahmen, 13.923 pädiatrische Fälle, 8.272 Operationen, 4.564 Geburten	350.101
Diagnose und Behandlung der Schlafkrankheit und von Malaria	24.643 Untersuchungen auf Schlafkrankheit, 19.629 Untersuchungen auf Malaria, Behandlung von 242 Schlafkrankheits- und 12.292 Malaria-Patienten	950.000
Basisgesundheitsversorgung, Diagnose und Behandlung der Schlafkrankheit	10.095 Konsultationen, 575 Notaufnahmen, 13.504 Untersuchungen auf Schlafkrankheit, Behandlung von 47 Schlafkrankheits-Patienten	300.000
Koordination der Projekte		2.404.002
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung, Behandlung von Malaria (siehe Seite 27)	112.049 Malaria-Patienten, 13.193 stationäre Behandlungen, 830 Operationen, 2.112 mangelernährte Patienten behandelt, 20.212 Schwangerenberatungen, 8.510 Geburten	1.100.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	123.350 Konsultationen, 2.571 stationäre Behandlungen, 9.740 Malaria-Patienten, 20.917 Schwangerenberatungen, 2.813 Geburten, 2.561 psychologische Einzel- und 287 Gruppengespräche	2.150.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	34.766 Konsultationen, 2.499 stationäre Behandlungen, 457 Operationen, 5.772 Schwangerenberatungen, 1.904 Geburten, 2.100 psychologische Einzel- und 275 Gruppengespräche	1.000.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	153.993 Konsultationen, 9.587 stationäre Behandlungen, 44.885 Malaria-Patienten, 11.281 Schwangerenberatungen, 4.878 Geburten, 4.049 Masern-Impfungen, 7.749 psychologische Einzelgespräche	904.316
Medizinische Hilfe für Menschen auf der Flucht (bis Ende März)	1.724 Konsultationen, 165 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	2.160
Malaria-Prävention und -Behandlung (im August an das Gesundheitsministerium übergeben)	581 Malaria-Patienten behandelt	300.000
Medizinische Versorgung von Ebola-Patienten	Aufnahme und Behandlung von 3.143 Patienten mit Verdacht auf Ebola, davon 1.698 bestätigte Fälle	447.916 ** 250.000
Koordination der Projekte		937.853
Geburtsnothilfe, Versorgung von Neugeborenen, ambulante medizinische Versorgung, Chirurgie (siehe Seite 28/29)	2.444 stationäre Behandlungen, 6.227 Geburten, 3.055 Operationen, 2.987 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	1.200.000
Unterstützung eines Unfallzentrums	6.310 Notaufnahmen, 1.356 stationäre Behandlungen, 5.398 Operationen	408.301
Vorbereitung einer Station für Verbrennungsoffer		3.846
Unterstützung eines Krankenhauses, Geburtshilfe und Chirurgie	2.617 Konsultationen von Kindern unter fünf Jahren, 6.162 Schwangerenberatungen, 6.782 stationäre Behandlungen, 3.298 Geburten, 1.421 Operationen	750.000
Medizinische Hilfe in einem Notaufnahmезentrum	71.456 Konsultationen, 1.251 stationäre Behandlungen, 4.268 Cholera-Patienten	1.100.000



INDIEN: Das Maßband zeigt an, ob das Kind mangelernährt ist. © Sami Siva

IRAK: Ein Vertriebenenlager im Norden des Landes © Gabriele Klein/MSF



LIBERIA: Im Ebola-Zentrum trocknen die desinfizierten Schutzhandschuhe. © Martin Zingg/MSF

LAND Ausgangslage

Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte

INDIEN

In einigen Bundesstaaten ist die Gesundheitsversorgung unzureichend. HIV-, Tuberkulose- und Kala-Azar-Patienten haben kaum Zugang zu medizinischer Behandlung. Auch schwer mangelernährte Kinder werden teilweise nicht ausreichend medizinisch versorgt.

Neu Delhi

Bihar

Darbhanga

Manipur

IRAK

Fast zwei Millionen Menschen sind durch die eskalierende Gewalt im Land vertrieben. Gleichzeitig benötigen syrische Flüchtlinge weiterhin dringend Hilfe. Die medizinische Versorgung ist vielerorts völlig unzureichend.

Bagdad

Erbil

Kirkuk

Notfallteam

JEMEN

Bewaffnete Kämpfe und zunehmende Gewalt erschweren der Bevölkerung den Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Aden

Ad-Dhale

JORDANIEN

Das Gesundheitssystem im Nachbarland Syrien ist nach anhaltenden schweren Kämpfen zusammengebrochen. Den Krankenhäusern fehlt es an Personal, überlebenswichtigen Medikamenten und medizinischem Material. Viele Schwerverletzte können nicht angemessen behandelt werden und suchen medizinische Hilfe in Jordanien.

Amman

Amman

Irbid

Notfallteam

Al Ramtha

KAMBODSCHA

Die Verbreitung von Tuberkulose gehört zu den höchsten weltweit. Jährlich werden jedoch weniger als ein Fünftel aller Infizierten diagnostiziert, sehr viele Menschen sterben daher an Tuberkulose.

Phnom Penh

Kampong Cham

KENIA

Seit zwei Jahrzehnten kommen somalische Flüchtlinge ins Land. Sie leben unter prekären Bedingungen in Lagern und benötigen humanitäre Hilfe. Die Hauptstadt Nairobi eignet sich als Logistikzentrum für Projekte im ostafrikanischen Raum.

Dagahaley

Nairobi

KIRGISISTAN

Die Tuberkulose hat sich aufgrund des schlechten Gesundheitssystems ausgebreitet. Es treten vermehrt resistente Formen auf, die besonders schwer zu behandeln sind.

Kara Suu

LIBANON

Immer mehr Menschen aus Syrien suchen im Libanon Schutz. Das Gesundheitssystem ist überlastet und kann weder die Flüchtlinge noch die lokale Bevölkerung ausreichend versorgen.

Ain al-Helweh / Saida

Bekaa-Tal

Notfallteam

Tripoli

LIBERIA

Tausende Menschen erkrankten an Ebola, viele von ihnen starben. Das ohnehin schwache Gesundheitssystem ist zusammengebrochen.

Monrovia

Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Patienten- und Behandlungszahlen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in Euro
Koordination der Projekte		900.108
Klinische Studie zur Behandlung neuer Formen der Tropenkrankheit Kala-Azar	1.057 Kala-Azar-Patienten behandelt	254.275
Prävention und Behandlung von schwerer Mangelernährung bei Kindern unter fünf Jahren (ab März)	250 schwer mangelernährte Kinder behandelt, 2.631 stationäre Behandlungen	268.608
Behandlung von HIV und Tuberkulose	22.336 Konsultationen, 1.464 HIV-Patienten (ART) und 301 TB-Patienten	50.000
Unterstützung eines medizinischen Netzwerkes		66.309
Basisgesundheitsversorgung (bis Dezember) und psychologische Hilfe für syrische Flüchtlinge	66.077 Konsultationen, 1.073 psychologische Gespräche	85.968
Medizinische Versorgung von Vertriebenen (ab Juli)	10.056 Konsultationen, darunter 1.116 Behandlungen von chronischen Krankheiten, 482 Schwangerenberatungen, 410 Wundversorgungen	500.793
Koordination der Aktivitäten		11.937
Koordination der Projekte		300.000
Notaufnahme im Krankenhaus	47.054 Konsultationen, 290 stationäre Behandlungen, 310 Operationen, 1.879 Schwangerenberatungen	100.000
Koordination der Projekte		746.780
Unterstützung eines Krankenhauses, Chirurgie	1.367 Operationen, 7.391 psychosoziale Beratungen	575.077
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung syrischer Flüchtlinge	13.343 Konsultationen, 2.655 stationäre Behandlungen, 1.954 Geburten, 9.316 Schwangerenberatungen	163.927
Lieferung von Medikamenten und medizinischem Material (ab März)	Versorgung von sechs Kliniken im Süden Syriens	750.000
Chirurgische Versorgung von schwerverletzten syrischen Patienten, psychologische Hilfe (siehe Seite 32)	1.344 Operationen, 1.162 psychologische Einzel- und Gruppengespräche, 1.227 Notaufnahmen	1.100.000
Koordination der Projekte		128.026
Behandlung von TB-Patienten, Studie zu nichttuberkulösen Mykobakterien	Behandlung von 791 TB-Patienten, Verlaufskontrolle bei 104 Patienten mit nichttuberkulösen Mykobakterien	271.974
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung von somalischen Flüchtlingen und einheimischer Bevölkerung	201.022 Konsultationen, 10.101 stationäre Aufnahmen, 9.066 psychologische Gespräche, 183 TB-Patienten, 1.009 Operationen	500.000
Ankauf und Lagerung von medizinischem Material für die Projekte und Frachtversand		450.000
Medizinische Behandlung von Patienten mit Tuberkulose	460 Patienten mit herkömmlicher TB und 142 Patienten mit resistenter TB behandelt	800.000
Basisgesundheitsversorgung für syrische und palästinensische Flüchtlinge, psychologische und psychiatrische Hilfe	9.841 Konsultationen im Gesundheitszentrum, 1.119 Konsultationen in mobilen Kliniken, 4.800 psychologische und psychiatrische Konsultationen	800.000
Basisgesundheitsversorgung für syrische und palästinensische Flüchtlinge sowie für Libanesen, Geburtshilfe und psychologische Hilfe (ab Juli)	70.166 Konsultationen für akute Erkrankungen, 23.663 Konsultationen für chronische Erkrankungen, 19.754 Schwangerenberatungen	1.000.000
Unterstützung von medizinischen Einrichtungen in Syrien mit Medikamenten und Material	60 Krankenhäuser, Kliniken und medizinische Netzwerke unterstützt	350.000
Basisgesundheitsversorgung für syrische Flüchtlinge und bedürftige Libanesen, Geburtshilfe und Gynäkologie, Notaufnahme, psychologische Hilfe (ab August)	44.862 Konsultationen für akute Erkrankungen, 12.913 Konsultationen für chronische Krankheiten, 2.364 Schwangerenberatungen, 5.448 gynäkologische Konsultationen, 351 psychologische Gespräche	500.000
Medizinische Behandlung von Ebola-Patienten	2.512 Patienten mit Verdacht auf Ebola	2.809.704

MOSAMBIK: Beratungsgespräch zur HIV-Prävention
© Felco Calderin



PALÄSTINENSISCHE AUTONOMIEGEBIETE:
Al-Shifa-Krankenhaus in Gaza
© Yann Libessart/MSF



PAPUA-NEUGUINEA: Die Drohne soll TB-Tests
schnell in Labors fliegen. © Aris Messinis/Mattnet

LAND Ausgangslage

Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte

MALI

Die Gesundheitsversorgung ist unzureichend, Malaria und Mangelernährung sind weit verbreitet. Einzelne Fälle von Ebola traten auf.

Bamako

Koutiala

Notfallteam

Timbuktu

MOSAMBIK

Die Gesundheitsversorgung ist vor allem für HIV- und TB-Patienten nicht ausreichend.

Maputo

MYANMAR

Minderheiten in Konfliktgebieten haben oft keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Auch Hilfsorganisationen wird die medizinische Versorgung der Minderheiten erschwert. Zudem ist die Versorgung von HIV- und TB-Patienten im Land völlig unzureichend.

Rangun

Nord-Rakhine

Rangun

Shan

NIGER

Chronische Nahrungsmittelengpässe bedrohen vor allem das Überleben von Kindern, zudem ist Malaria verbreitet.

Niamey

Guidan / Roumdji

Zinder

Madaoua / Tahoua

NIGERIA

Im Nordwesten des Landes ist die medizinische Versorgung unzureichend. Zudem leiden viele Kinder an der bakteriellen Noma-Erkrankung. Der Goldabbau in der Region führt zu hoher Bleikonzentration in der Umwelt, vor allem Kinder leiden an Vergiftungen.

Sokoto

Sokoto / Notfallteam

Zamfara

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.

Islamabad

Belutschistan

Chaman

Quetta

PALÄSTINENSISCHE AUTONOMIEGEBIETE

Viele Palästinenser leiden unter dem seit Jahrzehnten andauernden Konflikt.

Ost-Jerusalem

Hebron

PAPUA-NEUGUINEA

Häusliche und sexuelle Gewalt sind weit verbreitet. Es mangelt sowohl an Aufklärung als auch an medizinischer Versorgung für die Opfer.

Port Moresby

Ost-Sepik

PHILIPPINEN

Der Taifun Haiyan im Jahr 2013 hatte Teile der Infrastruktur des Landes zerstört, darunter auch etliche Gesundheitseinrichtungen.

Guiuan

RUSSISCHE FÖDERATION

Die medizinische Versorgung von Migranten in Moskau ist unzureichend. In Tschetschenien breiten sich vor allem resistente Formen der Tuberkulose aus.

Moskau

Moskau

Grosny

Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Patienten- und Behandlungszahlen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in Euro
Koordination der Projekte		56.187
Pädiatrie, Behandlung von Malaria und Mangelernährung	78.410 Konsultationen, davon 33.279 Malaria-Konsultationen, 11.467 stationäre Behandlungen, 6.464 Masern-Impfungen, stationäre Behandlung von 4.644 mangelernährten Kindern	342.390
Vorbereitung auf die Behandlung von Ebola-Patienten, Ausbildung von Personal	Aufbau eines 10-Betten-Behandlungszentrums	5.436
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	26.192 Konsultationen, 508 stationäre pädiatrische Fälle	95.987
Behandlung von HIV und Tuberkulose, Behandlung von resistenter Tuberkulose	27.841 HIV-Patienten (ART), davon 6.182 neu aufgenommene HIV-Patienten (ART), 1.392 Patienten mit herkömmlicher Tuberkulose und 40 Patienten mit resistenter Tuberkulose	800.000
Koordination der Projekte		500.000
Basisgesundheitsversorgung, Geburtshilfe, HIV, psychologische Hilfe (alle Aktivitäten ab März unterbrochen)	27.003 Konsultationen, 3.278 Schwangerenberatungen, 1.014 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	520.000
Behandlung von HIV und (resistenter) Tuberkulose	17.090 HIV-Patienten (ART), 543 neu aufgenommene TB-Patienten	80.000
Behandlung von HIV und (resistenter) Tuberkulose	2.238 Konsultationen, 4.321 HIV-Patienten (ART), 104 neu aufgenommene TB-Patienten	400.000
Koordination der Projekte		100.000
Prävention und Behandlung von Malaria und Mangelernährung bei Kindern unter fünf Jahren	139.599 Konsultationen, davon 35.404 Malaria-Patienten, 14.276 stationäre Behandlungen, davon 4.132 schwer mangelernährte Kinder, 20.779 Routineimpfungen	508.114
Behandlung von Mangelernährung bei Kindern unter fünf Jahren	Stationäre Aufnahme von 5.054 schwer mangelernährten Kindern, Behandlung von 4.687 Neugeborenen, 1.631 pädiatrische Behandlungen	400.000
Prävention und Behandlung von Mangelernährung und Malaria	100.745 Konsultationen, stationäre Aufnahme von 2.259 schwer mangelernährten Kindern, 4.767 pädiatrische Behandlungen, Malaria-Prävention bei 160.509 Kindern	** 1.500.000
Psychologische Hilfe für Patienten der bakteriellen Noma-Erkrankung (chirurgische Eingriffe auf 2015 verschoben)	187 psychologische Einzel- und 238 Gruppengespräche	400.000
Medizinische Hilfe nach dem Ausbruch von Epidemien	334 Meningitis-Patienten, 6.064 Cholera-Patienten	600.000
Behandlung von schwerer Bleivergiftung und Kinderkrankheiten	13.743 Konsultationen, 1.054 stationäre Behandlungen	250.000
Koordination der Projekte		400.000
Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Versorgung, Behandlung von Mangelernährung	8.808 Konsultationen, 1.117 stationäre Behandlungen, 6.168 Schwangerenberatungen, 1.091 Geburten, 1.574 gynäkologische Konsultationen, 8.803 mangelernährte Patienten behandelt	1.100.000
Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Versorgung, Behandlung von Mangelernährung	872 stationäre Behandlungen, 144 Operationen, 10.381 Schwangerenberatungen, 4.099 Geburten, 1.167 mangelernährte Patienten behandelt	600.000
Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Versorgung, psychologische Hilfe, Behandlung von Mangelernährung	59.689 Konsultationen, 1.568 stationäre Behandlungen, 6.521 Schwangerenberatungen, 3.598 Geburten, 2.064 mangelernährte Patienten behandelt, 5.139 psychologische Einzel- und 374 Gruppengespräche	1.100.000
Koordination der Projekte		410.000
Medizinische und psychosoziale Versorgung	1.113 Konsultationen, 5.075 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	700.000
Koordination der Projekte		800.000
Medizinische und psychosoziale Versorgung, Training von medizinischem Personal	920 Konsultationen, 387 psychologische Einzel- und Gruppengespräche, 18.972 psychosoziale Aktivitäten	100.000
Koordination und Unterstützung des Logistikzentrums (bis August)	Verteilung von 293 Tonnen Material und Hilfsgütern	1.017.497
Koordination der Projekte		350.000
Ambulante medizinische Versorgung von Migranten (ab August)	738 Konsultationen	150.000
Behandlung von resistenter Tuberkulose, psychologische Hilfe	203 TB-Patienten behandelt, 5.302 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	600.000

LAND
Ausgangslage

Von der deutschen
Sektion mitfinanzierte
Projekte



SIERRA LEONE: Behandlungszentrum in Freetown
© Yann Libessart/MSF

SIERRA LEONE

Der Ausbruch der Ebola-Epidemie führte zu einem Zusammenbruch des Gesundheitssystems. Tausende erkrankte Menschen benötigten Zugang zu Diagnose und Behandlung. Im Land fehlte es an medizinischem Wissen, Personal und Isolierstationen.

Freetown

Bo

Kailahun

Magburaka

Landesweit

SIMBABWE

Tuberkulose und HIV/Aids stellen nach wie vor ein großes Problem dar. Die Gesundheitsbehörden sind zunehmend in der Lage, die Versorgung der Patienten von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** zu übernehmen. Die Situation von psychisch kranken Menschen, die in Gefängnissen leben, ist schlecht. Es fehlt dort auch an Zugang zur Behandlung von HIV und Tuberkulose.

Harare

Harare

Harare

Gokwe

SUDAN

Besonders in entlegenen und umkämpften Regionen des Landes ist die medizinische Versorgung unzureichend.

Notfallteam

SÜDSUDAN

Die politische und humanitäre Situation im Südsudan ist weiterhin instabil. Es kommt in etlichen Landesteilen zu Kämpfen. Immer wieder plündern bewaffnete Kämpfer auch medizinische Einrichtungen und bedrohen Patienten und Personal. Hunderttausende Menschen werden infolge der gewaltsamen Auseinandersetzungen vertrieben und benötigen medizinische Nothilfe, Nahrung, Trinkwasser und Unterkünfte. Die Gesundheitseinrichtungen sind völlig unzureichend und vor allem in Regionen, in denen viele Vertriebene leben, überfordert. Es kommt zum Ausbruch von Epidemien, viele mangelernährte Kinder benötigen medizinische Hilfe. Die Sicherheitsprobleme behindern und erschweren jedoch die humanitäre Hilfe für die Vertriebenen und die lokale Bevölkerung.

Juba / Lokichoggio

Bentiu / Unity

Blue Nile

Lankien / Jonglei

Leer / Unity

Maban, Nasir / Upper Nile

Minkamman / Lakes

Notfallteam

SWASILAND

HIV und Tuberkulose verursachen die meisten Krankheits- und Todesfälle im Land. Infizierte leiden oft an HIV und TB gleichzeitig, multiresistente TB ist weit verbreitet.

Manzini

Shiselweni

SYRIEN

Viele medizinische Einrichtungen im Land sind aufgrund des Bürgerkriegs zerstört. Mehr als sieben Millionen Syrer sind im Land vertrieben und mehr als drei Millionen Syrer in die Nachbarländer geflohen. Gleichzeitig eskaliert die Gewalt weiter und erschwert die humanitäre Hilfe zunehmend.

Nord-Syrien

Tal Abyad

TADSCHIKISTAN

Das Gesundheitssystem vernachlässigt die Behandlung von TB-kranken Kindern.

Duschanbe

SÜDSUDAN: Eine Mitarbeiterin überprüft einen Infusionstropf für die Cholera-Behandlung. © Andreea Campaneanu



SYRIEN: Während einer Operation im Krankenhaus Al Hassakeh © MSF

Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Patienten- und Behandlungszahlen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in Euro
Koordination der Projekte		250.000
Behandlung von Ebola-Patienten (September – Dezember)	Aufnahme und Versorgung von 472 potenziellen Ebola-Patienten, davon 433 bestätigte Fälle	505.000 ** 250.000
Behandlung von Ebola-Patienten (ab Ende Juni)	Aufnahme und Versorgung von 1.212 potenziellen Ebola-Patienten, davon 857 Fälle bestätigt	400.000 ** 250.000
Behandlung von Ebola-Patienten (ab Mitte Dezember)	Aufnahme und Versorgung von 38 potenziellen Ebola-Patienten	260.000
Ebola-Training (2 Monate)	Training der Mitarbeiter von 6 Hilfsorganisationen für den Aufbau eines Behandlungszentrums, Training von 18 Leitungskräften	40.000
Koordination der Projekte		500.000
Behandlung von HIV-/TB-Patienten	377 TB-Patienten, 1.051 HIV-Patienten (ART)	1.200.000
Diagnose und Behandlung psychisch kranker und HIV-/TB-infizierter Häftlinge	2333 Konsultationen	100.000
Diagnose und Behandlung von HIV-/TB-Patienten (Übergabe der klinischen Aktivitäten bis Jahresende)	342 TB-Patienten, 5.023 HIV-Patienten (ART)	300.000
Reaktion auf Epidemien, Naturkatastrophen und Konfliktfolgen	18.110 Patienten mit Krätze, 1.986 Konsultationen, Impfkampagnen für 85.067 Kinder und 11.042 Frauen	287.047
Koordination der Projekte		2.200.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung (ab Mai)	10.555 Konsultationen, 1.096 stationäre Behandlungen, 315 Operationen, 69 TB-Patienten	2.000.000
Evaluierung der Lage in der umkämpften sudanesischen Provinz vom Südsudan aus		400.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung von Kala-Azar-Patienten, Chirurgie (siehe Seiten 30/31)	84.587 Konsultationen, 4.640 Kala-Azar-Patienten, 2.170 stationäre Behandlungen, 910 Operationen, 400 Geburten, 325 TB-Patienten, 2.587 mangelernährte Patienten behandelt	2.050.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	53.335 Konsultationen, 1.029 stationäre Behandlungen, 4.116 Schwangerenberatungen, 184 Geburten, 6.355 mangelernährte Patienten behandelt	1.790.000
Basisgesundheitsversorgung	176.802 Konsultationen	310.000 ** 500.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung (Übergabe im Oktober an andere Hilfsorganisationen)	52.047 Konsultationen, 2.778 Schwangerenberatungen, 2.302 stationäre Behandlungen, Impfung von 64.633 Menschen gegen Masern, Polio, Meningitis und 80.405 Menschen gegen Cholera	400.000
Vorbereitung auf Epidemien und Konfliktfolgen		500.000
Ambulante medizinische Versorgung, Diagnose und Behandlung von HIV-/TB-Patienten	46.212 Konsultationen, 195 stationäre Aufnahmen, 4.151 HIV-Patienten (ART), 304 TB-Patienten	300.000
Prävention, Diagnose und Behandlung von HIV-/TB-Patienten	Behandlung von 904 TB- und 12.322 HIV-Patienten (ART)	850.000
Koordination der Projekte		395.000
Basisgesundheitsversorgung, stationäre Versorgung (bis Mai)	5.241 Konsultationen, 494 stationäre Behandlungen, 146 Schwangerenberatungen, 533 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	5.000
Diagnose und Behandlung von Tuberkulose bei Kindern	124 TB-Patienten	860.642

**LAND
Ausgangslage**

**Von der deutschen
Sektion mitfinanzierte
Projekte**



TSCHAD

Die Gesundheitsversorgung in einem der ärmsten Länder weltweit ist mangelhaft. Konflikte und Nahrungsmittelengpässe führen zu weit verbreiteter Mangelernährung. Die Kinder- und Müttersterblichkeit ist sehr hoch. Zudem benötigen Flüchtlinge aus den Nachbarländern medizinische Hilfe.

N'Djamena

Abéché

Am Timan

Bokoro

Notfallteam

TÜRKEI

Mehr als eineinhalb Millionen syrische Flüchtlinge leben in grenznahen Regionen in der Türkei.

Sanliurfa

UKRAINE

In den umkämpften Gebieten ist die Gesundheitsversorgung völlig unzureichend. Krankenhäuser werden gezielt angegriffen, das medizinische Personal flieht, und Medikamente sowie medizinisches Material sind knapp. Zudem ist die psychische Belastung für die Menschen in den Konfliktgebieten hoch.

Notfallteam

USBEKISTAN

Das schlechte Gesundheitssystem und die Armut beschleunigen die Ausbreitung von HIV und Tuberkulose, einschließlich resistenter TB-Formen.

Taschkent

Karakalpakstan

Taschkent

**ZENTRALAFRIKANISCHE
REPUBLIK**

Die Gewalt im Land hält an, gleichzeitig bricht das ohnehin sehr schwache Gesundheitssystem vollständig zusammen. Kliniken werden geplündert oder zerstört, das Personal wird angegriffen oder vertrieben. Die notleidende Bevölkerung hat in weiten Teilen des Landes keinen Zugang zu medizinischer Hilfe. Gewaltverletzungen sind verbreitet, zudem sterben viele an vermeidbaren oder behandelbaren Krankheiten wie Malaria, Atemwegsinfektionen oder Durchfall.

Bangui

Bangui

Batangao

Bossangoa

Bria

Carnot

Haut Mbomo

Kabo

Ndélé

Notfallteam

Paoua

TSCHAD: Ankunft von Flüchtlingen aus der Zentralafrikanischen Republik im Süden des Landes © MSF

UKRAINE: Eine 86-jährige Frau in ihrer Wohnung in Donezk © Manu Brabo



ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK: Die Mutter kehrt mit ihrem Kind aus der Klinik von ÄRZTE OHNE GRENZEN in ihr Dorf zurück. © Jeroen Oerlemans/MSF

Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Patienten- und Behandlungszahlen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in Euro
Koordination der Projekte		900.000
Chirurgie	909 Operationen	900.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	20.292 Konsultationen, 1.991 stationäre Behandlungen, 8.138 Schwangerenberatungen, 2.024 Geburten, 322 HIV-Patienten (ART)	700.000
Behandlung von mangelernährten Kindern unter fünf Jahren (beendet im Dezember)	Aufnahme von 4.760 mangelernährten Kindern	396.797
Vorbereitung und Reaktion auf Epidemien und bewaffnete Konflikte	4.760 mangelernährte Kinder, 5.000 Konsultationen, 33 Geburten, 333 Schwangerenberatungen	300.000
Psychologische Hilfe für syrische Flüchtlinge	378 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	650.000
Mobile medizinische und psychologische Versorgung (ab Mai)	2.460 psychologische Einzel- und Gruppengespräche, Unterstützung von 100 medizinischen Einrichtungen mit Kits für die Behandlung von 15.000 Verletzten, 1.600 Schwangerenberatungen, 4.000 chronisch Kranke behandelt	102.471
Koordination der Projekte		700.000
Behandlung von (resistenter) Tuberkulose	1.395 TB-Patienten	1.500.000
Behandlung von HIV-Patienten	568 HIV-Patienten (ART)	700.000
Koordination der Projekte		1.458.940
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung, Chirurgie	320.601 Konsultationen, 7.183 stationäre Behandlungen, 4.988 Operationen, 4.373 Geburten, 54.466 Masern-Impfungen	2.905.221
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	191.633 Konsultationen, 3.630 stationäre Behandlungen, 833 Operationen, 1.347 Geburten, 220 HIV-Patienten (ART) und 33 TB-Patienten, 642 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	1.169.468
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	188.880 Konsultationen, 3.537 stationäre Behandlungen, 826 Operationen, 5.484 Schwangerenberatungen, 1.087 Geburten, Behandlung von 2.792 mangelernährten Patienten	1.100.000 ** 400.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	48.035 Konsultationen, 4.543 stationäre pädiatrische Fälle, Behandlung von 231 mangelernährten Kindern	125.167
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	49.034 Konsultationen, 27.447 Malaria-Untersuchungen, 3.196 stationäre pädiatrische Fälle, Behandlung von 1.125 mangelernährten Kindern	55.045
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung, Behandlung von HIV-/TB-Patienten	38.409 Konsultationen, 908 stationäre Behandlungen, 2.272 Schwangerenberatungen, 588 Geburten, 608 HIV-Patienten (ART)	950.000 ** 400.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung, Behandlung von HIV-/TB-Patienten	125.288 Konsultationen, 3.156 stationäre Behandlungen, 255 Operationen, 8.104 Schwangerenberatungen, 1.499 Geburten, 76 TB- und 309-HIV-Patienten (ART), 402 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	1.216.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung, Behandlung von HIV-/TB-Patienten	91.920 Konsultationen, 1.949 stationäre Behandlungen, 159 Operationen, 4.798 Schwangerenberatungen, 1.252 Geburten, 33 TB- und 148 HIV-Patienten (ART), 904 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	870.235
Vorbereitung und Reaktion auf Epidemien und Folgen von Gewalt	41.975 pädiatrische Konsultationen, Behandlung von 7.955 Neugeborenen, Behandlung von 976 schwer mangelernährten Kindern, 2.367 Geburten	1.255.843
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	71.404 Konsultationen, 3.186 pädiatrische Fälle, 2.215 Operationen	196.691



KENIA: Das Röntgenbild zeigt an, ob die Patientin, die aufgrund von Husten und Müdigkeit in die Klinik kam, an Tuberkulose erkrankt ist. Der Befund ist glücklicherweise negativ.
© Olga Overbeek/MSF

Die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** unterstützt auch Aktivitäten, deren Ziel die Verbesserung der Therapiemöglichkeiten für Patienten in ärmeren Ländern ist.

MEDIKAMENTENKAMPAGNE

Die Medikamentenkampagne setzt sich für einen verbesserten Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten, Diagnostika und Impfstoffen für Menschen in ärmeren Ländern ein.

Mit einem Tuberkulose-Manifest mit dem Titel „Testet mich, behandelt mich“ forderte die Kampagne weltweit bessere Behandlungsmöglichkeiten für TB-Patienten. Das Manifest wurde im Mai 2014 an die Delegierten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) übergeben. Es war von mehr als 55.000 Menschen unterschrieben worden, darunter zahlreiche Patienten, Ärzte und Pfleger.

In Deutschland vergab die Kampagne im Jahr 2014 in Zusammenarbeit mit der BUKO-Pharmakampagne und der Deutschen Lepra- und Tuberkulosehilfe (DAHW) erstmalig den Memento-Preis für Engagement in der Bekämpfung von vernachlässigten Krankheiten. Der Preis wurde in den Kategorien „Forschung“ und „Politischer Wille“ verliehen. Zudem bereitete die Medikamentenkampagne für die im Januar 2015 stattfindende Geberkonferenz der globalen Impfallianz Gavi eine öffentlichkeitswirksame Aktion vor. Ziel war es, die Pharmaunternehmen Pfizer und Glaxo-SmithKline aufzufordern, die Preise ihrer Pneumokokken-Impfstoffe, die vor Lungenentzündung schützen, auf fünf US-Dollar pro Kind zu senken.

Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion: 253.073 Euro

INITIATIVE FÜR MEDIKAMENTE GEGEN VERNACHLÄSSIGTE KRANKHEITEN (DNDI)

Seit der Gründung der DNDi im Jahr 2003 ist **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Mitglied im Vorstand der Initiative. Das Ziel der Non-Profit-Organisation ist es, bedarfsgerechte Medikamente gegen Krankheiten zu entwickeln, an denen vor allem Menschen in ärmeren Ländern leiden.

Seit ihrem Bestehen hat die DNDi bereits sechs neue Therapien gegen vernachlässigte Krankheiten wie zum Beispiel die Schlafkrankheit entwickelt. Im Jahr 2014 verfolgte die DNDi 31 Forschungsprojekte in Bezug auf sechs Krankheiten – von der Molekülfindung bis zur Einführung der neuen Behandlungen. Einige klinische Studien, insbesondere für die Therapie von Malaria, wurden abgeschlossen, während Studien zu zwei neuen Wirkstoffen gegen die Schlafkrankheit weit voran geschritten sind. Um den weltweit 3,2 Millionen HIV-infizierten Säuglingen und Kleinkindern zu helfen, arbeitet die DNDi mit ihren Partnern an der Entwicklung einer Kombinationstherapie, die an die speziellen pädiatrischen Bedürfnisse angepasst ist.

Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion: 301.138 Euro

INTERNATIONALER FONDS

Der internationale Fonds wird zur Förderung von innovativen Projekten des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im operationalen und medizinischen Bereich genutzt.

Im Jahr 2014 wurden Mittel in Höhe von 16,6 Millionen Euro auf insgesamt 20 Projekte verteilt. Diese beschäftigen sich unter anderem mit der Verbesserung der Diagnose von Tuberkulose, der Behandlung schwerer Bleivergiftungen sowie flächendeckenden Meningitis-Impfungen.

Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion: 155.064 Euro

ZAHLEN KONKRET



EINNAHMEN 2014



PRIVATE SPENDEN UND ZUWENDUNGEN

113,4 MIO €

↑ 31,3 MIO € / VERGLEICH ZU 2013

79,4 MIO €

Bestandsspender: Spender, die zum wiederholten Mal gespendet haben

19,0 MIO €

Neuspender: Spender, die 2014 zum ersten Mal gespendet haben

15,0 MIO €

Sonstige private Zuwendungen

Spenden, Mitgliedsbeiträge, Erbschaften und Bußgelder von Privatpersonen sowie die Zuwendungen von Stiftungen und Firmen

ÖFFENTLICHE FÖRDERMITTEL

3,8 MIO €

↑ 0,4 MIO € / VERGLEICH ZU 2013

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

SONSTIGE ERTRÄGE

3,9 MIO €

↑ 0,1 MIO € / VERGLEICH ZU 2013

Die sonstigen Erträge sind vor allem Einnahmen aus Zinserträgen, Kostenerstattungen und Firmenkooperationen.

PRIVATE SPENDEN UND ZUWENDUNGEN

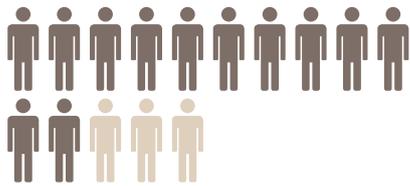
Im Jahr 2014 konnte ÄRZTE OHNE GRENZEN Einnahmen von insgesamt 121,1 Millionen Euro erzielen. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Einnahmen um 31,8 Millionen Euro. Der Großteil der zusätzlichen Einnahmen stammt von Spendern, die infolge der Ebola-Krise in Westafrika sehr großzügig gespendet haben: 25 Millionen Euro der erhaltenen Spenden konnten wir direkt oder indirekt auf die intensive Berichterstattung zu Ebola zurückführen. Zu den privaten Spenden und Zuwendungen zählen alle Spenden,

Mitgliedsbeiträge, Erbschaften und Bußgelder von Privatpersonen sowie die Zuwendungen von Stiftungen und Firmen. Die Anzahl der Spenderinnen und Spender ist im Vergleich zum Vorjahr um 112.595 auf 543.728 gestiegen.

ZWECKGEBUNDENE SPENDEN

Trotz der hohen Spendenbereitschaft in Zusammenhang mit der Ebola-Krise betrug der Anteil der zweckgebundenen Spenden an den gesamten privaten Spenden und Zuwendungen nur sieben

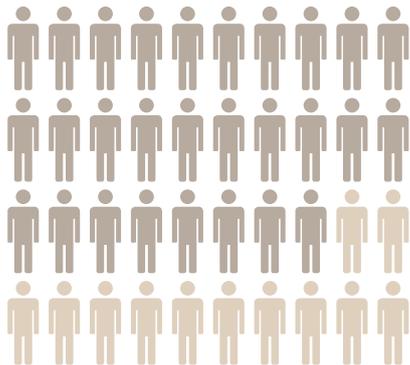
SPENDER 2014



145.466

Dauerspender, davon

32.740 Neuspender



398.262

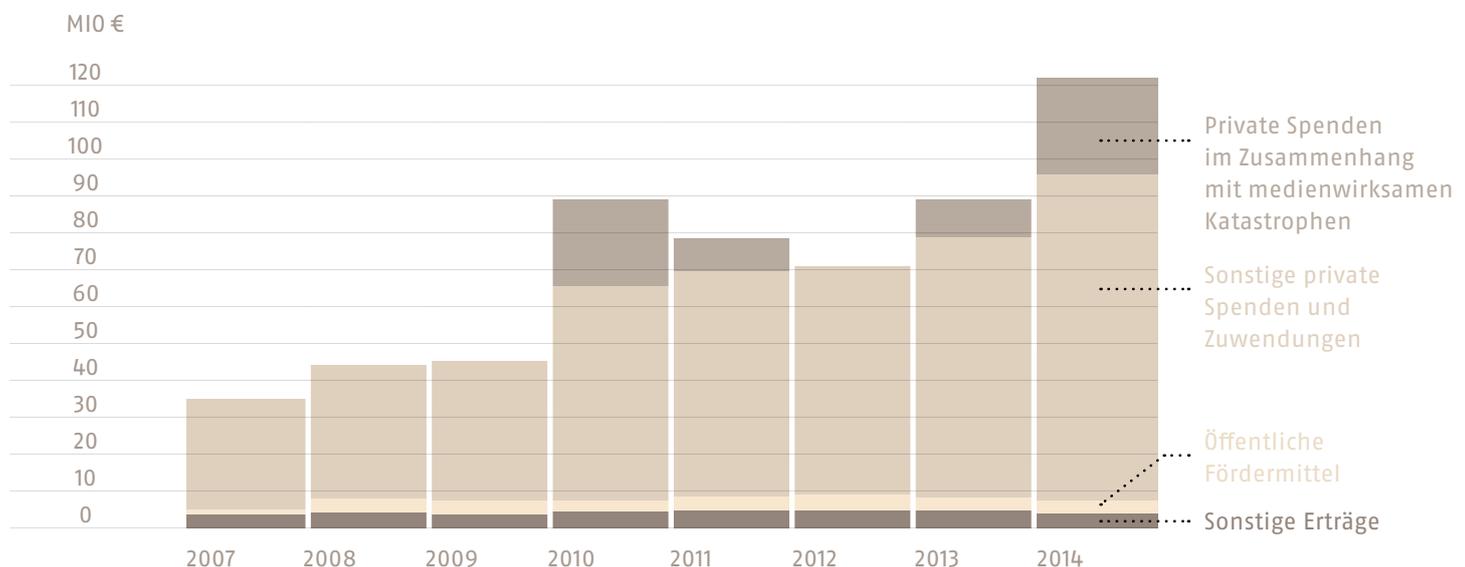
Einzelspender, davon

122.794 Neuspender

543.728 Spender

 entspricht
10.000 Spendern

EINNAHMEN-ENTWICKLUNG 2007-2014

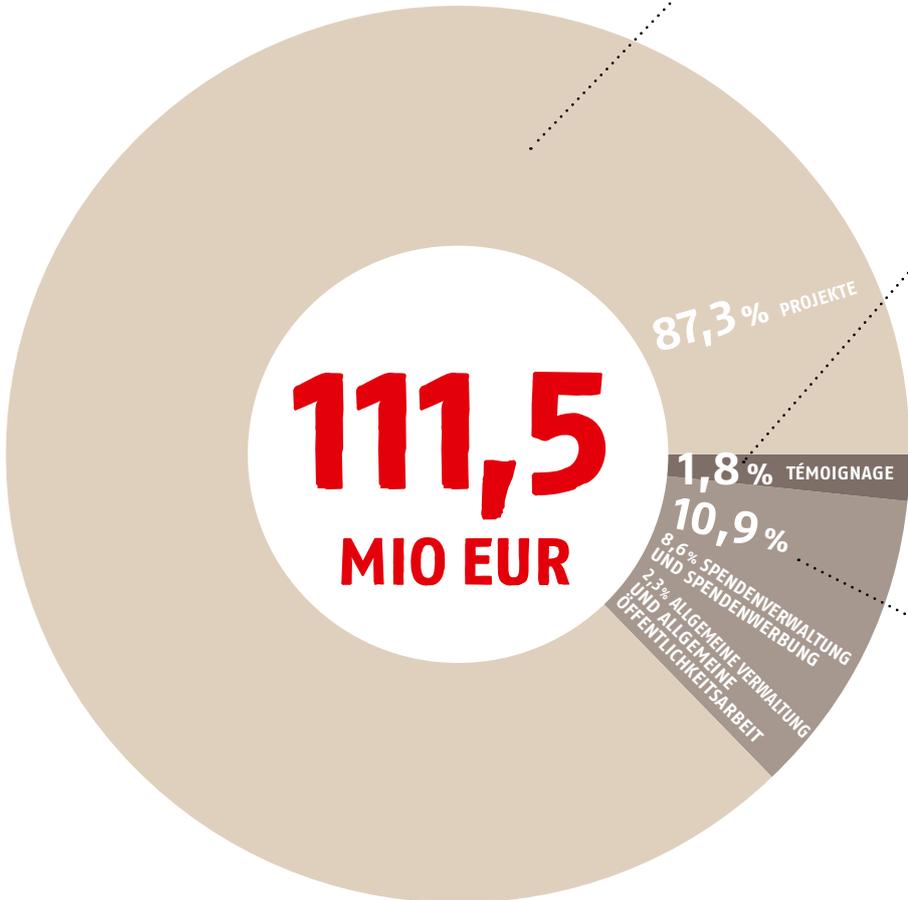


Prozent. 5,2 Millionen Euro von 25 Millionen Euro, die im Zusammenhang mit Ebola eingenommen wurden, waren zweckgebunden. Dies führen wir auf unsere transparente Kommunikation zum Spendenbedarf und den Verzicht auf aktive zweckgebundene Spendenwerbung zurück. Der große Anteil an zweckfreien Spenden zeigt gleichzeitig auch das große Vertrauen unserer Spenderinnen und Spender, dass wir die frei verfügbaren Spenden dort einsetzen, wo die Not am größten ist – dafür sind wir sehr dankbar.

ÖFFENTLICHE FÖRDERMITTEL

Das Auswärtige Amt unterstützte die Arbeit von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Jahr 2014 mit insgesamt 3,8 Millionen Euro (2013: 3,4 Millionen Euro), wobei das Geld wie in den Vorjahren ausschließlich an Projekte in Afrika ging – in die Demokratische Republik Kongo, nach Niger, in den Südsudan, in die Zentralafrikanische Republik sowie nach Sierra Leone und Guinea. Überwiegend wurde die medizinische Versorgung von Vertriebenen und Flüchtlingen aus Regionen mit bewaffneten Konflikten finanziert.

AUSGABEN 2014



111,5
MIO EUR

PROJEKTE

97,3 MIO €

↑ 24,4 MIO € / VERGLEICH ZU 2013

Das Geld floss in die medizinische Nothilfe in 39 Ländern. Dazu gehört auch die Steuerung und Betreuung der Projekte sowie die Förderung und Implementierung von neuen wirksameren und bezahlbaren Medikamenten.

TÉMOIGNAGE

2,0 MIO €

↑ 0,1 MIO € / VERGLEICH ZU 2013

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

VERWALTUNG, ALLGEMEINE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT, SPENDENWERBUNG

12,2 MIO €

↑ 1,6 MIO € / VERGLEICH ZU 2013

SPENDENVERWALTUNG UND SPENDENWERBUNG

4,4 MIO €

Gewinnung von Neuspendern: Spender, die 2014 zum ersten Mal gespendet haben

3,6 MIO €

Betreuung von Bestands-spendern: Spender, die zum wiederholten Mal gespendet haben

1,6 MIO €

Ausgaben für sonstige private Zuwendungen

0,7 MIO €

Internationales Büro in Genf

0,4 MIO € Geschäftsführung, Vorstand, Aufsichtsrat, Mitgliederbetreuung

0,4 MIO € Rechnungs- und Finanzwesen, Controlling, Audit

ALLGEMEINE VERWALTUNG UND ALLGEMEINE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

1,1 MIO €
Sonstiges

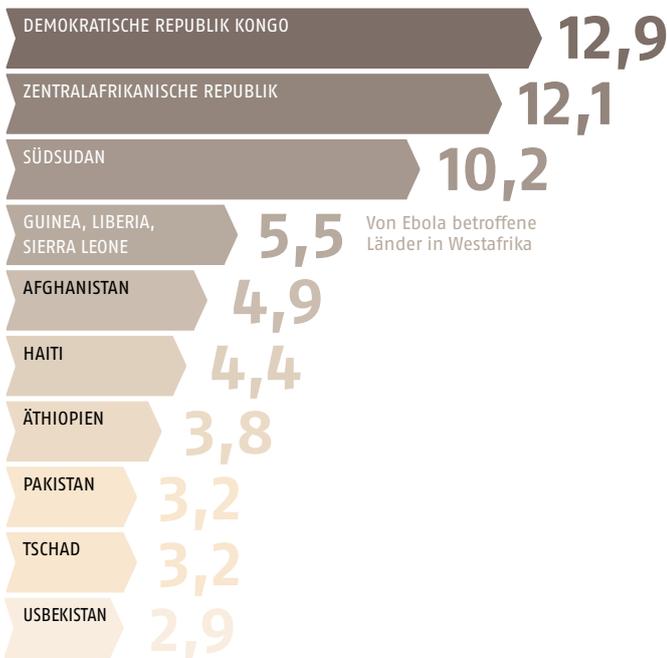
AUSGABEN FÜR PROJEKTARBEIT

Insgesamt verwendete die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** 99,3 Millionen Euro für satzungsgemäße Aufgaben. Das entspricht 89,1 Prozent aller Ausgaben des Jahres 2014. 97,3 Millionen Euro flossen in die medizinische Nothilfe in 39 Ländern. Dazu gehört auch die Steuerung und Betreuung der Projekte sowie die Förderung und Implementierung von neuen wirksameren und bezahlbaren Medikamenten. Die größten Summen gingen in die Demokratische Republik Kongo, die Zentralafrikanische Republik und den Südsudan. 2,0 Millionen Euro wurden für *Témoignage* aufgewendet.

Aufgrund der außerordentlich hohen Gesamteinnahmen nicht nur in Deutschland, sondern auch im weltweiten Netzwerk von **ÄRZTE**

OHNE GRENZEN konnte ein Teilbetrag von 11,0 Millionen Euro der privaten Spenden und Zuwendungen nicht im Jahr 2014 eingesetzt werden und wird erst im Jahr 2015 in den Projekten ausgegeben. Von den zweckgebundenen Einnahmen, die im Jahr 2013 infolge des Taifuns auf den Philippinen erzielt wurden, konnte ein Teilbetrag von 2,1 Millionen Euro nicht mehr im selben Jahr ausgegeben werden. Da auf den Philippinen der medizinische Bedarf schneller gedeckt war als angenommen, konnten wir auch im Jahr 2014 nur 1,0 Millionen Euro dort einsetzen. Wir haben daraufhin fast 10.000 Spender angeschrieben und sie um die Freigabe ihrer Spenden für andere Projekte gebeten. Lediglich drei Spender haben dies abgelehnt. Wir konnten so 1,1 Millionen Euro für die Finanzierung anderer Projekte nutzen.

PROJEKTFINANZIERUNG DURCH DIE DEUTSCHE SEKTION – NACH LÄNDERN (IN MIO EUR)



Insgesamt finanzierte die deutsche Sektion 139 Projekte des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in 39 Ländern mit.

ALLGEMEINE VERWALTUNG UND ALLGEMEINE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Der Anteil der Ausgaben für allgemeine Öffentlichkeitsarbeit und Verwaltung betrug 2,3 Prozent. Damit wurden 2,6 Millionen Euro 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.

SPENDENWERBUNG UND SPENDENVERWALTUNG

In der Spendenabteilung betreuen wir unsere bereits bestehenden Spender, indem wir sie über die Arbeit von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** informieren und gleichzeitig um weitere Spenden bitten. Dies geschieht vor allem mit dem Spendermagazin *AKUT*, das drei Mal im Jahr erscheint. Ein Viertel der Gesamtkosten für diese Produkte wird dem Bereich *Témoignage* zugerechnet. Außerdem werben wir neue Spenderinnen und Spender, die die medizinische Nothilfe von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** unterstützen. Dies geschieht zum Beispiel durch Spenderbriefe und Standwerbung auf der Straße.

Für die Spendenwerbung und -verwaltung wurden im Jahr 2014 9,6 Millionen Euro ausgegeben, 1,6 Millionen Euro mehr als im Vorjahr. Der Anteil der Ausgaben für Spendenwerbung und -verwaltung an den Gesamtausgaben betrug 8,6 Prozent und liegt somit um 0,7 Prozentpunkte unter dem Anteil im Jahr 2013. In Jahren, in denen Katastrophen eine hohe mediale Aufmerksamkeit erlangen, wie die Ebola-Krise im Jahr 2014, erfordert der verhältnismäßig hohe Anteil an spontanen Spenden weniger Werbemittel als in Jahren mit weniger stark beachteten Katastrophen.

Darüber hinaus konnten wir die sonstigen Spendeneinnahmen durch Investitionen in unser Fundraising weiter steigern. Wichtigste Träger dieses Wachstums sind unsere Dauerspender, deren Anzahl wir bis zum Jahresende von 118.025 auf 145.466 steigern konnten. Es bleibt grundsätzlich unser Anliegen, die Ausgaben der Spendenabteilung so gering wie möglich zu halten.

FÜR JEDEN INVESTIERTEN EURO HAT **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ZWÖLF EURO SPENDEN EINGENOMMEN



JAHRESABSCHLUSS 2014

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (MSF) – ÄRZTE OHNE GRENZEN, DEUTSCHE SEKTION e.V., Berlin

BILANZ ZUM 31. DEZEMBER 2014

AKTIVA	31.12.2014 EUR	31.12.2013 EUR	PASSIVA	31.12.2014 EUR	31.12.2013 EUR
A. ANLAGEVERMÖGEN			A. RÜCKLAGEN		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände			Freie Rücklage		
Entgeltlich erworbene Software	999.020,77	1.084.890,10	Vortrag zum 1. Januar	11.273.083,27	9.482.283,75
			Einstellungen	644.078,84	1.790.799,52
II. Sachanlagen			Stand am 31. Dezember	11.917.162,11	11.273.083,27
Büro- und Geschäftsausstattung	143.533,95	196.384,21			
	1.142.554,72	1.281.274,31	B. NOCH NICHT VERBRAUCHTE SPENDENMITTEL		
B. UMLAUFVERMÖGEN			1. Noch nicht satzungsgemäß verw. Spenden	11.000.000,00	2.124.841,47
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände			2. Noch nicht satzungsgemäß verw. Erbschaften	829.931,57	1.542.418,45
1. Forderungen gegen andere MSF-Büros	1.276.823,80	852.660,52		11.829.931,57	3.667.259,92
2. Forderungen aus Erbschaften	829.931,57	1.542.418,45	C. RÜCKSTELLUNGEN		
3. Übrige Forderungen	277.386,59	365.040,40	Sonstige Rückstellungen	477.500,00	372.400,00
	2.384.141,96	2.760.119,37			
II. Wertpapiere			D. VERBINDLICHKEITEN		
Sonstige Wertpapiere	113.674,02	750.664,36	1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	265.897,83	289.705,07
III. Kassenbestand, Guthaben und Schecks bei Kreditinstituten	36.222.619,06	18.108.231,83	2. Verbindlichkeiten gegenüber anderen MSF-Büros	15.464.918,33	7.352.392,35
	38.720.435,04	21.619.015,56	3. Sonstige Verbindlichkeiten	16.529,62	35.432,55
C. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN	108.949,70	89.983,29		15.747.345,78	7.677.529,97
	39.971.939,46	22.990.273,16		39.971.939,46	22.990.273,16

ANHANG FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2014

BILANZIERUNGS- UND BEWERTUNGSGRUNDSÄTZE

Der Jahresabschluss des Vereins wurde aufgestellt unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung und in entsprechender Anwendung der Vorschriften der §§ 242 bis 256 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“) und unter Beachtung der Stellungnahme zur Rechnungslegung des Instituts der Wirtschaftsprüfer zu Besonderheiten der Rechnungslegung Spenden sammelnder Organisationen (IDW RS HFA 21).

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 neu erworbene 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 Vermögensgegenstände** sind unter Beachtung des strengen Niederwertprinzips 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 und Schecks** 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 52 dargestellt.

Die **Zugänge** bei den immateriellen Vermögensgegenständen resultieren im Wesentlichen aus der Erweiterung der Fundraising-Datenbank und des Internetauftritts.

Die **Forderungen gegen andere MSF-Büros** resultieren im Wesentlichen aus der Weiterbelastung von Personalkosten sowie aus Ansprüchen aus zum Bilanzstichtag noch nicht verbrauchten Projektmitteln.

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.

Die **Übrigen Forderungen** enthalten im Wesentlichen Forderungen gegen Kreditoren (TEUR 112), geleistete Vorauszahlungen für Anzeigenschaltungen an die Google Germany GmbH, Hamburg, (TEUR 86) und Forderungen gegen die **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Stiftung, München, (TEUR 75). Im Vorjahr wurden unter den übrigen Forderungen auch Forderungen aus Guthaben bei der PayPal (Europe) S.à r.l. et Cie, S.C.A., Luxemburg, (31. Dezember 2013: TEUR 132) ausgewiesen. Zum 31. Dezember 2014 erfolgt deren Ausweis unter den Guthaben bei Kreditinstituten (TEUR 700), wobei der Vorjahresausweis zum 31. Dezember 2013 nicht angepasst wurde.

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 **Rechnungsabgrenzungs-posten** beinhaltet TEUR 27 Beitragsanteile für Versicherungen für 2015, TEUR 22 abgegrenzte Aufwendungen für Jahresabonnements im Bereich des öffentlichen Personenverkehrs, TEUR 19 Wartungsvorauszahlungen für 2015 sowie TEUR 41 sonstige Vorauszahlungen.

Die **Rücklagen** haben sich um den Jahresüberschuss 2014 in Höhe von TEUR 644 erhöht.

Aufgrund der außerordentlich hohen Gesamteinnahmen im Zusammenhang mit der Ebola-Krise nicht nur in Deutschland, sondern auch im weltweiten Netzwerk von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, konnten TEUR 11.000 Spendeneinnahmen nicht mehr 2014 verbraucht werden und können erst 2015 in den Projekten des Netzwerkes ausgegeben werden. Dieser Betrag wurde in den **Posten Noch nicht satzungsgemäß verwendete Spenden** eingestellt. Die im Vorjahr hierunter ausgewiesenen Spenden konnten für die Finanzierung von Projekten im Jahr 2014 genutzt werden.

Der **Posten Noch nicht satzungsgemäß verwendete Erbschaften** umfasst zum 31. Dezember 2014 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 830). Der satzungsgemäße Verbrauch dieser Mittel ist für das Jahr 2015 geplant. Die unter dem **Posten Noch nicht satzungsgemäß verwendete Erbschaften** zum Vorjahresstichtag ausgewiesenen noch nicht verbrauchten Erbschaften (TEUR 1.542) wurden im Jahr 2014 vollständig verbraucht.

Die **Sonstigen Rückstellungen** betreffen im Wesentlichen Rückstellung für ausstehende Rechnungen (TEUR 246), die Rückstellung für ausstehenden Urlaub (TEUR 145) sowie für die Schwerbehindertenausgleichsabgabe (TEUR 50).

Die **Verbindlichkeiten gegenüber anderen MSF-Büros** betreffen im Wesentlichen Projektaufwendungen und Weiterberechnungen von Kosten, die Anfang 2015 bezahlt wurden.

Unter den **Sonstigen Verbindlichkeiten** werden Verbindlichkeiten gegenüber Mitarbeitern ausgewiesen (TEUR 17). Die Verbindlichkeiten aus Steuern betragen TEUR 0 (Vorjahr TEUR 6).

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 291.

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 2014 betrug der Kostenanteil der deutschen Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** insgesamt TEUR 1.446 (davon für das internationale Büro in Genf TEUR 736).

Ferner wird der internationale Fonds des Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** mitfinanziert. Ziel des Fonds ist es, besonders innovative Ansätze bei der Umsetzung von Projekten zu fördern. Im Jahr 2014 betrug der Anteil der deutschen Sektion für den internationalen Fonds TEUR 155.

GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG FÜR 2014

	2014 EUR	2013 EUR
1. Spenden und Zuwendungen		
a) Spenden (im Geschäftsjahr zugeflossene Spenden)	101.093.486,61	74.503.975,18
+ Verbrauch in Vorjahren zugeflossener Spenden	2.124.841,47	0,00
- noch nicht verbrauchter Spendenzufluss d. Geschäftsj.	-11.000.000,00	-2.124.841,47
= Ertrag aus Spendenverbrauch des Geschäftsjahres	92.218.328,08	72.379.133,71
b) Bußgelder	1.974.344,46	1.299.367,39
c) Mitgliedsbeiträge	11.088,00	10.111,00
d) Erbschaften	10.284.270,11	6.234.580,11
e) Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln	3.800.000,00	3.405.028,00
	108.288.030,65	83.328.220,21
2. Sonstige betriebliche Erträge	3.807.400,67	3.780.637,33
3. Projektaufwand	-91.661.562,00	-67.634.990,00
4. Personalaufwand		
a) Gehälter	-7.576.438,06	-7.072.131,06
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung davon für Altersversorgung EUR 66.775,44 (Vorjahr: EUR 63.551,39)	-1.466.642,80	-1.332.650,28
	-9.043.080,86	-8.404.781,34
5. Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	-366.409,05	-269.894,75
6. Sonstige betriebliche Aufwendungen	-10.428.959,58	-9.052.567,39
7. Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	48.659,01	44.175,46
8. Jahresüberschuss	644.078,84	1.790.799,52
9. Einstellungen in die Freie Rücklage	-644.078,84	-1.790.799,52
10. 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 57). Basis hierfür ist die steuerliche Untergliederung gemäß Abgabenordnung sowie die Gliederung gemäß MSF-GAAP.

Die **Spenden und Zuwendungen** in Höhe von TEUR 108.288 resultieren aus zweckgebundenen und freien Spenden, Bußgeldern, Mitgliedsbeiträgen, Erbschaften und Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln. Davon entfallen TEUR 8.168 (Vorjahr TEUR 5.799) auf private zweckgebundene Spenden und Zuwendungen abzüglich von 10 % Verwaltungs- und Werbungskosten (siehe Seite 55) sowie TEUR 3.800 auf zweckgebundene Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln (Vorjahr TEUR 3.405).

Die öffentlichen Fördermittel des auswärtigen Amtes sind für die medizinische Nothilfe in sieben Projekten in sechs afrikanischen Ländern bestimmt (siehe Seite 54).

Die **Sonstigen betrieblichen Erträge** resultieren im Wesentlichen aus dem ideellen Bereich (TEUR 3.477; Vorjahr TEUR 3.339) und aus Erträgen aus der Vermögensverwaltung (TEUR 330; Vorjahr TEUR 442).

Die Erträge des ideellen Bereiches sind im Wesentlichen auf die Erstattung von Personalkosten durch andere Sektionen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** zurückzuführen. Zur Erreichung des Satzungszwecks werden Projektmitarbeiter aus Deutschland rekrutiert, die medizinische oder logistische und administrative Aufgaben in den Projekten des internationalen Netzwerkes übernehmen.

Die sonstigen betrieblichen Erträge enthalten periodenfremde Erträge aus der Auflösung von Rückstellungen in Höhe von TEUR 1.

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

Der Projektaufwand verteilt sich im Geschäftsjahr 2014 auf die in der Übersicht auf Seite 54 dargestellten Länder. Neben der Gesamtsumme des Projektaufwandes werden jeweils die verwendeten freien und zweckgebundenen Mittel angegeben.

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.

PROJEKTAUFWENDUNGEN

	Freie Mittel EUR	Zweckgebundene Mittel EUR	Summe EUR
AFRIKA			
1 Äthiopien	3.797.435,00	2.565,00	3.800.000,00
2 Burundi	176,70	1.698,30	1.875,00
3 Demokratische Republik Kongo	12.477.765,33	454.942,67	12.932.708,00
4 Guinea	300.000,00	697.916,00	997.916,00
5 Kenia	929.950,70	20.049,30	950.000,00
6 Liberia	9.004,02	2.800.699,98	2.809.704,00
7 Mali	436.384,08	63.615,92	500.000,00
8 Mosambik	799.505,35	494,65	800.000,00
9 Niger	1.006.431,00	1.501.683,00	2.508.114,00
10 Nigeria	1.182.266,00	67.734,00	1.250.000,00
11 Sierra Leone	0,00	1.955.000,00	1.955.000,00
12 Simbabwe	2.098.069,50	1.930,50	2.100.000,00
13 Sudan	204.293,08	82.753,92	287.047,00
14 Südsudan	9.469.064,77	680.935,23	10.150.000,00
15 Swasiland	1.134.305,80	15.694,20	1.150.000,00
16 Tschad	2.526.600,30	670.196,70	3.196.797,00
17 Zentralafrikanische Republik	11.272.068,22	830.541,78	12.102.610,00
ASIEN			
18 Afghanistan	4.884.301,96	9.192,04	4.893.494,00
19 Bangladesch	698.807,50	1.192,50	700.000,00
20 Indien	1.470.181,20	2.809,80	1.472.991,00
21 Irak	1.324.141,71	176.651,29	1.500.793,00
22 Jemen	399.982,00	18,00	400.000,00
23 Jordanien	2.494.717,00	5.283,00	2.500.000,00
24 Kambodscha	400.000,00	0,00	400.000,00
25 Kirgisistan	800.000,00	0,00	800.000,00
26 Libanon	2.633.498,50	16.501,50	2.650.000,00
27 Myanmar (Birma)	1.492.826,41	7.173,59	1.500.000,00
28 Pakistan	3.187.864,40	12.135,60	3.200.000,00
29 Palästinensische Autonomiegebiete	1.044.154,84	65.845,16	1.110.000,00
30 Papua-Neuguinea	900.000,00	0,00	900.000,00
31 Philippinen	0,00	1.017.497,00	1.017.497,00
32 Syrien	16.866,80	383.133,20	400.000,00
33 Tadschikistan	806.064,61	54.577,39	860.642,00
34 Türkei	345.807,78	304.192,22	650.000,00
35 Usbekistan	2.898.695,00	1.305,00	2.900.000,00
LATEINAMERIKA			
36 Haiti	4.343.114,80	56.885,20	4.400.000,00
EUROPA			
37 Griechenland	40,50	2.119,50	2.160,00
38 Russische Föderation	1.099.784,00	216,00	1.100.000,00
39 Ukraine	100.247,10	2.223,90	102.471,00
SONSTIGE			
40 Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi)	301.138,00	0,00	301.138,00
41 Internationaler Fonds	155.064,00	0,00	155.064,00
42 Medikamentenkampagne	253.073,00	468,00	253.541,00
SUMME	79.693.690,96	11.967.871,04	91.661.562,00

Öffentliche Fördermittel

In den zweckgebundenen Mitteln sind enthalten:

- 3* EUR 250.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 4 EUR 250.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 9 EUR 1.500.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 11 EUR 500.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 14 EUR 500.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 17 EUR 800.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes

Zweckpräzisierungen

In den zweckgebundenen Mitteln sind enthalten:

- 3 EUR 157.493,92 Afrika; EUR 2.475,00 Afrika und andere; EUR 22,5 Ruanda und andere
- 5 EUR 711,00 Horn von Afrika; EUR 1.840,50 Horn von Afrika und andere; EUR 9.082,80 Ostafrika; EUR 27,00 Ostafrika und andere; EUR 9,00 Somalia und andere
- 7 EUR 55.776,92 Westafrika; EUR 7.614,00 Westafrika und andere
- 8 EUR 324,00 Malawi und andere
- 12 EUR 324,00 Südafrika und andere; EUR 103,50 Südliches Afrika
- 16 EUR 18,00 Sahelzone; EUR 720,00 Sahelzone und andere
- 18 EUR 900 Iran und andere
- 20 EUR 450,00 Indonesien und andere; EUR 135,00 Seebeben und andere
- 27 EUR 108,00 Asien; EUR 234,00 China und andere; EUR 198,00 Japan und andere; EUR 2.216,70 Myanmar und andere; EUR 450,00 Südostasien
- 28 EUR 45,00 Erdbeben Kaschmir 08.10.2005 und andere
- 29 EUR 7.290,00 Nahost; EUR 126,00 Nahost und andere
- 32 EUR 90,00 Kurdistan und andere
- 34 EUR 90,00 Bosnien und Herzegowina und andere; EUR 900,00 Serbien und andere; EUR 29.960,10 Syrien und andere
- 35 EUR 45,00 Armenien und andere
- 36 EUR 900,00 Brasilien und andere; EUR 90,00 Guatemala und andere; EUR 216,00 Peru und andere
- 37 EUR 45,00 Italien/Flüchtlinge Lampedusa 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 55)

In den zweckgebundenen Mitteln sind enthalten:

- 3 EUR 1.170,00 Angola
- 5 EUR 6.709,50 Somalia
- 9 EUR 180,00 Burkina Faso
- 12 EUR 810,00 Südafrika
- 14 EUR 72,00 Uganda
- 17 EUR 110,52 Kamerun
- 18 EUR 868,50 Iran
- 20 EUR 271,80 Indonesien; EUR 54,00 Sri Lanka
- 23 EUR 90,00 Ägypten; EUR 108,00 Algerien
- 27 EUR 318,90 China; EUR 370,80 Kambodscha; EUR 55,19 Nordkorea; EUR 63,00 Thailand
- 32 EUR 211,50 Kurdistan
- 34 EUR 1.419,50 Balkan
- 35 EUR 90,00 Armenien
- 36 EUR 112,50 Bolivien; EUR 225,00 Brasilien; EUR 360,00 El Salvador; EUR 1.305,00 Kolumbien; EUR 135,00 Mexiko; EUR 9,00 Peru; EUR 18,00 Südamerika
- 37 EUR 90,00 Italien/Flüchtlinge Lampedusa

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

Mit der Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in der Schweiz wurde gesondert eine Mitfinanzierung für Projektbetreuungskosten der von uns mitfinanzierten Projekte vereinbart, die im Büro in Genf anfallen. Diese beträgt insgesamt TEUR 459 und ist in den jeweiligen o. g. Beträgen enthalten.

ENTWICKLUNG DES ANLAGEVERMÖGENS IM GESCHÄFTSJAHR 2014

	ANSCHAFFUNGS- UND HERSTELLUNGSKOSTEN				KUMULIERTE	
	01.01.2014 EUR	Zugänge EUR	Abgänge EUR	31.12.2014 EUR	01.01.2014 EUR	Zugänge EUR
I. Immaterielle Vermögensgegenstände						
1. Entgeltlich erworbene Software	1.604.200,56	156.025,19	0,00	1.760.225,75	519.310,46	241.894,52
II. Sachanlagen						
1. Büroausstattung	357.277,24	45.793,45	29.990,38	373.080,31	272.439,23	47.054,88
2. Geschäftsausstattung	547.743,18	25.878,82	21.465,29	552.156,71	436.196,98	77.459,65
	905.020,42	71.672,27	51.455,67	925.237,02	708.636,21	124.514,53
	2.509.220,98	227.697,46	51.455,67	2.685.462,77	1.227.946,67	366.409,05

Im Jahr 2014 vereinnahmte die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** als Ertrag zweckgebundene Spenden und Zuwendungen von privaten und öffentlichen Gebern in Höhe von TEUR 11.968. Das entspricht 11,1 % der gesamten als Ertrag erfassten Spenden und Zuwendungen sowie 13,1 % 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, Rückerstattung der Spende).
- Beträgt die Summe der Spenden mit einem gemeinsamen Spendenzweck mehr als TEUR 5 und kann diese Summe nicht unmittelbar zweckentsprechend verwen-

det 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, 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 Punkte wird über die Vorgehensweise im Jahresbericht informiert. Sollte ein Spender mit der von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** durchgeführten Umwidmung nicht einverstanden

sein, erhält er sein Geld zurück.

In den Jahren 2013 und 2014 gingen im Zusammenhang mit dem Nothilfeinsatz auf den Philippinen TEUR 8.446 Spenden ein, die entweder zweckgebunden (TEUR 3.869) für die Philippinen bestimmt waren oder für die uns die Spender auch eine Verwendung in anderen Ländern gestatteten (TEUR 4.577).

Von den zweckgebundenen Spenden für die Philippinen konnte ein Teilbetrag (vor Abzug von 10 % Verwaltungs- und Werbekosten) von TEUR 1.653 im Jahr 2013 und ein weiterer Teilbetrag von TEUR 1.131 im Jahr 2014 zweckentsprechend auf den Philippinen verwendet werden.

Für die Projekte in Folge des Taifuns Haiyan auf den Philippinen im Jahr 2013 bestand durch die hohe Spendenbereitschaft eine ausreichende Finanzierung durch zweckgebundene Mittel. Aus diesem Grund wurden die Spenden, für die uns die Spender die Möglichkeit der anderweitigen Verwendung eingeräumt hatten, für die Finanzierung von Projekten in anderen Ländern verwendet.

Die Fußnoten zur Tabelle auf Seite 54 weisen auf Umwidmungen, Zweckpräzierungen und öffentliche Fördermittel hin.

KOSTENRECHNUNG

Alle Erträge und Aufwendungen werden Kostenstellen zugerechnet. Die Auswertung dieser Kostenrechnung auf Seite 57 zeigt zum einen die Aufteilung gemäß der steuerlichen Vier-Spartenrechnung 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 in den Projekten, 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 ent-

sprechend 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. Die Aufwendungen für den Internetauftritt werden zu 50 % zu Témoinage und zu 50 % der allgemeinen Verwaltung/allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit zugerechnet. Die Kosten für die Zeitschrift „Akut“ sowie für Informationsschreiben an Spender werden zu 75 % bei Spendenverwaltung und -werbung und zu 25 % bei Témoinage ausgewiesen. Die Kosten des

Jahresberichts werden zu 50 % bei Témoinage und zu 50 % bei allgemeine Verwaltung/allgemeine Öffentlichkeitsarbeit gezeigt.

Der Anteil der Verwaltungs- und Werbekosten an den Gesamtkosten betrug demnach 10,9 % (Vorjahr: 12,3 %).

Die **Gesamtaufwendungen** im Geschäftsjahr 2014 entfielen auf:

	EUR	%
Projekte und Aufwendungen für Projektmitarbeiter	94.007.161,58	84,3
Projektbetreuung	3.002.383,70	2,7
Témoinage	2.039.112,29	1,8
Sonstige Programme (DNDi)	301.138,00	0,3
Summe satzungsgemäße Aufwendungen	99.349.795,57	89,1
Spendenverwaltung und -werbung	9.584.725,01	8,6
Allgemeine Verwaltung/allg. Öffentlichkeitsarbeit	2.565.490,91	2,3
Summe Verwaltungs- und Werbekosten	12.150.215,92	10,9
	111.500.011,49	100,0

SONSTIGE ANGABEN

Die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** untergliedert sich in die folgenden Abteilungen: Finanzen und allgemeine Verwaltung, Medien- und Öffentlichkeitsarbeit, Personal-, Projekt- und Spendenabteilung sowie Geschäftsführung.

Die durchschnittliche Zahl der **Mitarbeiter** (ermittelt nach § 267 HGB) am Standort

Deutschland betrug im Geschäftsjahr 2014 (in Klammern Vorjahresangabe):

Vollzeitbeschäftigte	68	(62)
Teilzeitbeschäftigte	36	(34)
Studenten	42	(42)

Die durchschnittliche Anzahl der Projektmitarbeiter auf Grundlage von Vollzeitjahresstellen betrug 98 (Vorjahr 108). Im Jahr 2014 waren durch den Ebola-Einsatz viele Mitarbeiter in Kurzeinsätzen tätig. Die Kosten für die Projektmitarbeiter wurden von der deutschen Sektion an andere Sektionen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** weiterberechnet. Des Weiteren waren im Geschäftsjahr 2014 durchschnittlich 9 (Vorjahr 7) Praktikanten und 5 (Vorjahr 4) ehrenamtliche Mitarbeiter für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** tätig.

Verinsregister 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. Hierbei wurden Widerspruchsrechte der Mitgliederversammlung gegenüber Entscheidungen des Vorstands in Mitgliedschaftsangelegenheiten eingeführt. Die Eintragung der Satzungsänderung in das Verinsregister erfolgte am 18. September 2014.

Der Verein hat seinen satzungsgemäßen Sitz in Berlin und ist dort beim Amtsgericht Charlottenburg im Verinsregister unter der Nr. 12575 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 Vorstandsämtern

ABSCHREIBUNGEN

BUCHWERTE

Abgänge EUR	31.12.2014 EUR	31.12.2014 EUR	31.12.2013 EUR
0,00	761.204,98	999.020,77	1.084.890,10
29.987,38	289.506,73	83.573,58	84.838,01
21.460,29	492.196,34	59.960,37	111.546,20
51.447,67	781.703,07	143.533,95	196.384,21
51.447,67	1.542.908,05	1.142.554,72	1.281.274,31

• 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 Vereinsausschluss bzw. einen abgelehnten Aufnahmeantrag.
 Mindestens einmal im Jahr findet eine ordentliche Mitgliederversammlung statt.

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 Programmpläne 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 werden aufgrund ihrer besonderen Qualifikation oder aus dem internationalen Netzwerk für eine Amtsperiode von zwei Jahren kooptiert. Die anderen Mitglieder des Vorstands werden nach § 12 der Satzung für eine erste Amtsperiode von drei Jahren gewählt. Tritt ein Vorstandsmitglied nach Ablauf dieser dreijährigen Periode erneut zu einer Vorstandswahl an und wird wiedergewählt, beträgt seine Amtsdauer zwei Jahre.

Dem Vorstand gehören bzw. gehörten 2014 an:

- Dr. med. Tankred Stöbe**, Berlin, Arzt – Vorsitzender
- Dr. med. Volker Westerbarkey**, Berlin, Arzt – stellv. Vorsitzender seit 05/2014
- Klaus Volmer**, Amtzell, Kinderarzt – stellv. Vorsitzender (Vorstandsmitglied bis 05/2014)
- Andreas Brüchle**, Zürich/Schweiz, Manager, kooptiert – Schatzmeister (seit 01/2015)
- Michel Farkas**, Amsterdam/Niederlande, Manager, kooptiert – Schatzmeister von 05/2014 bis 12/2014
- Norbert Backhaus**, Nümbrecht, Consultant, kooptiert – Schatzmeister (bis 05/2014)
- Klaus Konstantin**, Braunschweig, Arzt – Schriftführer (seit 05/2014)
- Maja Zimmer**, Berlin, Architektin – Schriftführerin (bis 05/2014)
- Dr. med. Kai Braker**, Berlin, Arzt (seit 05/2014)
- Dr. med. Maximilian Gertler**, Berlin, Arzt, **Katja Hilgenstock**, Ulm, Chirurgin

- Dr. med. Anja Junker**, Berlin, Ärztin (seit 05/2014)
- Dr. med. Jantina Mandelkow**, Berlin, Ärztin (seit 05/2014)
- Dr. med. Christine Firnhaber**, Düsseldorf, Kinderärztin (bis 04/2014)
- Katja Kusche**, M.Sc., Berlin, Ärztin (bis 04/2014)

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 230,00 pro Tag für Tätigkeiten, die über den Rahmen der allgemeinen Vorstandstätigkeiten hinausgehen. Das maximale jährliche Honorar ist limitiert auf EUR 23.920,00 und betrug für 2014 EUR 23.919,96.

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 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 2014 bzw. gehören an:

- Dr. med. Stefan Krieger**, Aachen, Arzt – Vorsitzender
- Rudolf Gallist**, München, Privatier – stellv. Vorsitzender
- Dirk Kühn**, Solingen, Manager – Schriftführer

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 solche/r im Vereinsregister einzutragen.

Geschäftsführer als besondere Vertreter im Sinne des § 30 BGB waren 2014 bzw. sind:

- Dr. med. Frank Dörner**, Berlin, Geschäftsführer (bis 15. Juni 2014)
- Florian Westphal**, Berlin, Geschäftsführer (seit 15. Juni 2014)

Im Jahr 2014 erhielt Dr. med. Frank Dörner ein Bruttogehalt in Höhe von EUR 67.212,65 und Herr Florian Westphal ein Bruttogehalt von EUR 53.521,45 (jeweils inklusive anteiligem 13. Monatsgehalt).

Honorar des Abschlussprüfers

Das im Aufwand des Geschäftsjahres 2014 enthaltene Honorar des Abschlussprüfers beträgt EUR 17.840,00 und entfiel auf Prüfungsleistungen.

Vergütungsstruktur

Im Jahr 2014 wurde ein neues Gehaltsmodell eingeführt, bei dem in neun statt bisher sieben Gehaltsgruppen unterschieden wird. 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 2014 brutto:

Gruppe	Position	von EUR	bis EUR
1	z. B. Hilfskräfte	2.211	3.150
2	z. B. Assistenten	2.409	3.433
3	z. B. Referenten	2.626	3.742
4	z. B. Referenten	2.862	4.078
5	z. B. Koordinatoren	3.098	4.414
6	z. B. Koordinatoren	3.377	4.812
7	Abteilungsleiter	3.681	5.245
8	Leiter Projektmanagement	4.012	5.717
9	Geschäftsführer	5.091	7.254

Die drei höchsten Jahresgesamtbezüge betragen im Jahr 2014 brutto:

- Geschäftsführung** (einschließlich Übergabezeit): EUR 120.734,10
- Medizinischer Leiter Projektmanagement**: EUR 82.774,17
- Leiter Projektmanagement**: EUR 76.931,98

Mitgliederschaft

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 auf Grund besonderer Qualifikation aufzunehmen, deren Anteil jedoch höchstens 5 % der Gesamtmitgliedernzahl betragen darf. Die Mitgliederversammlung entscheidet über Widersprüche gegen Beschlüsse des Vorstands über einen Vereinsausschluss bzw. einen abgelehnten Aufnahmeantrag.

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

Steuerliche Verhältnisse

ÄRZTE OHNE GRENZEN wird unter der Steuernummer 271672/52443 beim Finanzamt für Körperschaften I in Berlin geführt.

Mit vorläufigem Bescheid vom 24. März 2015 wurde dem Verein die Freistellung von der Körperschaft- und Gewerbesteuer für das Kalenderjahr 2013 erteilt, da der Verein ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke gemäß §§ 51 ff. Abgabenordnung verfolgt.

Nahe stehende ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung, München

ÄRZTE OHNE GRENZEN verfügt über maßgeblichen Einfluss bei der rechtlich selbstständigen ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung, München. 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 2014 betrug das Stiftingskapital TEUR 2.487. Darin enthalten sind Zustiftungen des Geschäftsjahres 2014 in Höhe von TEUR 50. Die Erträge beliefen sich 2014 auf TEUR 534. Das Jahresergebnis lag bei TEUR 1. Ferner besteht zum 31. Dezember 2014 ein Treuhändervermögen in Höhe von TEUR 1.675 aus unselbstständigen, nicht rechtsfähigen Stiftungen, die von der ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung, München, treuhänderisch verwaltet werden.

Hauptaktivität der ÄRZTE OHNE GRENZEN

Stiftung war 2014 die Organisation und Förderung des XVI. Humanitären Kongresses mit rund 700 Teilnehmern. Ferner stellte die ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung, München, der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN Mittel für die Förderung eines Projekts im Tschad (TEUR 443) zur Verfügung.

Die Stiftung beschäftigt keine Mitarbeiter, die Organe sind ehrenamtlich tätig.

Berlin, 14. April 2015
 Médecins Sans Frontières (MSF) – ÄRZTE OHNE GRENZEN, Deutsche Sektion e. V.

ZUORDNUNG DER ERTRÄGE UND AUFWENDUNGEN DES GESCHÄFTSJAHRES 2014 NACH SPARTEN UND FUNKTIONEN

	Summe		Ideell					Summe	Vermögens- verwaltung	Wirtschaftl. Geschäftsbetr.											
	EUR	EUR	Erträge	Projekte und Projektmitarbeiter	Projekt- betreuung	Témoignage	Sonstige Programme				Spendenverwaltung und -werbung	Allg. Verwaltung/allg. Öffentlichkeitsarbeit	EUR	EUR							
Spenden und Zuwendungen																					
a) Spenden	92.218.328,08	92.218.328,08																			92.218.328,08
b) Bußgelder	1.974.344,46	1.974.344,46																			1.974.344,46
c) Mitgliedsbeiträge	11.088,00	11.088,00																			11.088,00
d) Erbschaften	10.284.270,11	10.284.270,11																			10.284.270,11
e) Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln	3.800.000,00	3.800.000,00																			3.800.000,00
	108.288.030,65	108.288.030,65																			108.288.030,65
Sonstige betriebliche Erträge	3.807.400,67	3.359.670,58		30.902,69		14.653,97	0,00	46.472,78		25.350,93		330.126,85		222,87							
Projektaufwand	-91.661.562,00	-90.647.491,00		-459.392,00		-253.541,00	-301.138,00	0,00		0,00		0,00		0,00							0,00
Personalaufwand																					
a) Gehälter	-7.576.438,06	-2.566.852,09		-1.616.774,14		-567.370,82	0,00	-2.010.508,13		-814.932,88		-7.576.438,06		0,00							0,00
b) Soziale Abgaben	-1.466.642,80	-465.233,52		-323.190,91		-113.416,64	0,00	-401.897,78		-162.903,95		-1.466.642,80		0,00							0,00
	-9.043.080,86	-3.032.085,61		-1.939.965,05		-680.787,46	0,00	-2.412.405,91		-977.836,83		-9.043.080,86		0,00							0,00
Abschreibungen	-366.409,05	0,00		-127.262,03		-48.122,45	0,00	-126.232,65		-64.791,92		-366.409,05		0,00							0,00
Sonstige betriebliche Aufwendungen																					
a) Reisekosten	-719.842,19	-134.107,41		-113.064,17		-64.840,52	0,00	-347.354,79		-60.475,30		-719.842,19		0,00							0,00
b) Fremdleistungen	-1.870.849,53	-525,00		-79.997,00		-203.520,77	0,00	-1.155.760,11		-431.046,65		-1.870.849,53		0,00							0,00
c) Porto und Telefon	-3.110.106,11	-1.753,72		-31.952,02		-469.455,69	0,00	-2.592.754,44		-14.190,24		-3.110.106,11		0,00							0,00
d) Publikationen	-35.286,20	0,00		0,00		-6.464,06	0,00	-9.560,89		-19.261,25		-35.286,20		0,00							0,00
e) Information und Werbung	-2.725.147,78	0,00		-14.833,97		-174.544,19	0,00	-2.520.601,27		-15.168,35		-2.725.147,78		0,00							0,00
f) Bürokosten	-736.855,53	-15.602,20		-206.254,76		-115.603,77	0,00	-261.862,28		-137.532,52		-736.855,53		0,00							0,00
g) Nebenkosten des Geldverkehrs	-98.528,32	0,00		0,00		0,00	0,00	-92.398,44		-6.129,88		-98.528,32		0,00							0,00
h) Sonstiges	-1.132.343,92*	-175.596,64		-29.662,70		-22.232,38	0,00	-65.794,23		-839.057,97		-1.132.343,92		0,00							0,00
	-10.428.959,58*	-327.584,97		-475.764,62		-1.056.661,38	0,00	-7.046.086,45		-1.522.862,16		-10.428.959,58		0,00							0,00
Zinserträge	48.659,01	0,00		0,00		0,00	0,00	0,00		0,00		48.659,01		0,00							0,00
Ergebnis	644.078,84	108.288.030,65		-2.971.481,01		-2.024.458,32	-301.138,00	-9.538.252,23		-2.540.139,98		265.070,11		378.785,86							222,87

* Leider kam es in der Grafik zu einem Fehler, der vor Drucklegung unbemerkt blieb. Dieser wurde am 05.08.2015 gemäß des geprüften Jahresabschlusses vom 15.04.2015 berichtigt.

LAGEBERICHT FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2014

I. GESCHÄFTS- UND RAHMENBEDINGUNGEN

ÄRZTE OHNE GRENZEN ist eine internationale private medizinische Nothilfeorganisation. Das internationale Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN setzt sich aus 24 Mitgliedsverbänden zusammen, die die 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 des internationalen Netzwerkes 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 in einem Verbund gleichberechtigter Partner.

Unter dem Namen „Operational Centre Amsterdam“ arbeiten die Sektionen in den Niederlanden, Deutschland, Großbritannien und Kanada 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 der Russischen Föderation, in Usbekistan, in Tadschikistan, in Papua-Neuguinea sowie ab 2015 in Weißrussland. Zudem ist die Projektabteilung für die Durchführung eines mobilen Schlafkrankheitsprojekts in Zentralafrika verantwortlich.

Im Rahmen einer Partnerschaft mit dem „Operational Centre Genf“ entwickelt die deutsche Sektion ein Konzept zur Verbesserung der medizinischen Qualität in den Projekten des internationalen Netzwerkes. Zusätzlich wird die technisch-beratende Unterstützung für die chirurgischen Pro-

jekte des Operational Centres Genf von Berlin aus übernommen.

Darüber hinaus finanziert die deutsche Sektion Projekte verschiedener operativer Zentren, rekrutiert Projektmitarbeiter in Deutschland, berichtet im Rahmen von Témoinage und allgemeiner Öffentlichkeitsarbeit über die Projekte des gesamten Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN, betreibt Lobbyarbeit (Advocacy) für den Zugang zu bezahlbaren Medikamenten sowie für die humanitäre Hilfe und die Einhaltung deren Prinzipien.

Die Finanzierung erfolgt zum weit überwiegenden Teil durch private Spenden und private Zuwendungen sowie in geringem Umfang durch öffentliche Fördermittel und Erträge der Vermögensverwaltung.

Der Sitz der deutschen Sektion ist in Berlin. In Bonn gibt es eine Zweigstelle, die für

Personalrekrutierung, Fortbildungen für Projektmitarbeiter sowie für regionale Standortwerbung zuständig ist. Auch in Hamburg gibt es ein kleines Büro für regionale Standortwerbung.

Die Ziele und die Strategie der Organisation sind in einem strategischen Plan für ÄRZTE OHNE GRENZEN in Deutschland für die Jahre 2013 bis 2015 festgelegt, der im September 2012 verabschiedet wurde. Im Jahr 2015 wird ein neuer strategischer Plan für die Jahre 2016 bis 2019 entwickelt.

Unsere Arbeit in den Bereichen Projektbetreuung, Projektpersonal, Öffentlichkeitsarbeit und Advocacy richtet sich zusätzlich auch nach dem vom Operational Centre Amsterdam im Dezember 2014 verabschiedeten Strategieplan für die Jahre 2015 bis 2019.

II. WIRTSCHAFTSBERICHT UND RECHNUNGSLEGUNG

1. Wirtschaftslage

Die ursprünglich für 2014 geplanten Einnahmen von EUR 76,0 Mio. aus privaten Spenden und Zuwendungen sind mit tatsächlichen Einnahmen von insgesamt EUR 113,7 Mio. um 50 % übertroffen worden. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen Zuwachs der Einnahmen von EUR 31,2 Mio., obwohl auch im Jahr 2013 die Einnahmen durch die Spenden für den Nothilfeinsatz auf den Philippinen (EUR 10,0 Mio.) außerordentlich hoch waren. Wesentlichen Einfluss auf diese außergewöhnliche Entwicklung hatte die Ebola-Krise in Westafrika und die damit verbundene intensive Medienberichterstattung über den Einsatz von ÄRZTE OHNE GRENZEN als einer der Hauptakteure in den betroffenen Ländern. Etwa EUR 25,0 Mio. der privaten Spenden können wir als direkte und indirekte Auswirkung auf diese Berichterstattung und die damit verbundene erhöhte Bekanntheit von ÄRZTE OHNE GRENZEN zurückführen. Wir erhielten dabei allerdings nur EUR 5,2 Mio. zweckgebundene Spenden für den Ebola-Einsatz, was wir auf transparente Aussagen zum Spendenbedarf und den Verzicht auf aktive zweckgebundene Spendenwerbung zurückführen. Die zweckgebundenen Spenden kamen vor allem von Spontanspendern und einigen wenigen Großspendern. Darüber hinaus trugen die Einnahmen aus Erbschaften mit einem Zuwachs von EUR 4,0 Mio. wesentlich zur positiven Einnahmenentwicklung bei.

Sämtliche zweckgebundene Spenden, die wir für den Ebola-Einsatz erhalten haben, konnten 2014 auch in den Projekten ausgegeben werden. Aufgrund der außerordentlich hohen Gesamteinnahmen nicht nur in Deutschland, sondern auch im weltweiten Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN, konnten EUR 11,0 Mio. Spendeneinnahmen nicht mehr 2014 verbraucht werden und können erst 2015 in den Projekten des Netzwerkes ausgegeben werden. Die EUR 2,1 Mio. zweckgebundenen Spenden, die 2013 im Rahmen des Nothilfeinsatzes auf den Philippinen eingenommen, aber nicht mehr verbraucht

wurden, konnten 2014 nur teilweise in Projekten auf den Philippinen ausgegeben werden (EUR 1,0 Mio.), weil der humanitärmedizinische Bedarf schneller gedeckt war als ursprünglich angenommen. Wir haben 9.934 Spender deshalb angeschrieben und sie um die Freigabe ihrer Spenden für andere Projekte gebeten. Lediglich drei Spender haben dies abgelehnt. EUR 1,1 Mio. konnten wir so für die Finanzierung anderer Projekte des Jahres 2014 nutzen.

Wichtigste Träger des langfristigen Wachstums unserer Organisation sind und bleiben unsere Dauerspender, deren Anzahl wir bis zum Jahresende von 118.000 auf mehr als 145.000 steigern konnten.

Die Ausgaben für Spendenverwaltung und -werbung sind 2014 gegenüber dem Vorjahr um EUR 1,6 Mio. auf EUR 9,6 Mio. gestiegen. Der Anstieg ist zum einen auf eine größere Zahl an Veranstaltungen für Spender zurückzuführen. Zum anderen haben wir in ein Spenderbindungsprogramm investiert, bei dem uns speziell Ärztinnen und Ärzte als Dauerspender unterstützen können. Außerdem haben wir eine intensivere Werbekampagne zum Jahresende durchgeführt sowie im Dezember ein zusätzliches Mailing verschickt, um die hohe mediale Aufmerksamkeit für die Spendenwerbung zu nutzen. Durch die Mailings konnten wir so am Ende des Jahres mehr als 40.000 neue Spender gewinnen.

Der Verein ÄRZTE OHNE GRENZEN erhielt im Jahr 2014 Zuwendungen in Höhe von EUR 443.000 (2013: EUR 67.000) aus der ihm nahe stehenden ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung, die satzungsgemäß in Projekte von ÄRZTE OHNE GRENZEN flossen. Der Zuwachs ist hauptsächlich auf die Zuwendung einer anderen Stiftung zurückzuführen, während die Erträge aus dem Kapital der Stiftung aufgrund der niedrigen Zinssätze weiter leicht zurückgegangen sind. Das Stiftungskapital stieg zum Jahresende leicht um EUR 0,1 Mio. auf EUR 2,5 Mio. an. Die Stiftung finanzierte und organisierte auch 2014 wieder den Humanitären Kongress.

Die Zuwendungen aus öffentlichen Fördermitteln konnten 2014 gegenüber dem Vorjahr leicht um EUR 0,4 Mio. auf EUR 3,8 Mio. gesteigert werden. Die geplante Steigerung auf EUR 5,0 Mio. konnte allerdings nicht erreicht werden. ÄRZTE OHNE GRENZEN nimmt grundsätzlich keine öffentlichen Fördermittel für Kontexte an, in denen Deutschland militärisch aktiv ist oder es andere Interessenkonflikte gibt, die die Unabhängigkeit der Hilfe gefährden könnten. Das Einwerben von öffent-

lichen Fördermitteln ist begrenzt, weil diese durch die Fördermittelgeber bevorzugt für genau solche Kontexte gewährt werden. Für unsere Ebola-Projekte haben wir nur begrenzt Mittel der Bundesregierung angenommen, weil die Finanzierung der Projekte durch die große Spendenbereitschaft privater Spender auch auf internationaler Ebene schon ausreichend war. Alle öffentlichen Mittel kamen auch 2014 vom Auswärtigen Amt.

2. Ertragslage

	2014		2013		Veränderung	
	TEUR	%	TEUR	%	TEUR	%
Mittelaufkommen	112.095	100,0	87.109	100,0	24.986	28,7
Mittelverwendung	-111.500	-99,5	-85.362	-98,0	-26.138	-30,6
Betriebsergebnis	595	0,5	1.747	2,0	-1.152	-65,9
Finanzergebnis	49	0,1	44	0,1	5	11,4
Jahresergebnis	644	0,6	1.791	2,1	-1.147	-64,0

Das **Mittelaufkommen** resultiert aus den vereinnahmten privaten Spenden und Zuwendungen ohne Einnahmen aus Kooperationen (EUR 104,5 Mio.), öffentlichen Zuwendungen (EUR 3,8 Mio.) sowie sonstigen betrieblichen Erträgen (EUR 3,8 Mio.). Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies einen Zuwachs des Mittelaufkommens um EUR 25,0 Mio., der im Wesentlichen durch den Zuwachs an Spendeneinnahmen begründet ist.

Die **Mittelverwendung** besteht zum größten Teil aus Aufwendungen für Projekte des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN (EUR 91,7 Mio.). Die deutsche Sektion stellt diese Mittel aufgrund vertraglicher Vereinbarungen den jeweiligen projektdurchführenden Sektionen zur Verfügung. Die Projektmittel konnten im Jahr 2014 um EUR 24,0 Mio. gesteigert werden. Aus privaten Mitteln haben wir im Jahr 2014 Projektaufwendungen in Höhe von EUR 87,9 Mio. finanziert.

Weiterhin fallen unter die Mittelverwendung die Personalaufwendungen (EUR 9,0 Mio.). In den Personalaufwendungen sind Aufwendungen für Projektmitarbeiter enthalten (EUR 3,0 Mio.), die kostenneutral an andere Sektionen weiterbelastet wurden.

Die Abschreibungen haben gegenüber 2013 aufgrund der Investition in die Erweiterung der Fundraisingdatenbank um EUR 0,1 Mio. auf EUR 0,4 Mio. zugenommen. Die sonstigen betrieblichen Aufwendungen stiegen insbesondere bedingt durch die Investitionen im Bereich Fundraising um EUR 1,4 Mio. auf EUR 10,4 Mio.

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

3. Finanzlage

	2014	2013	Veränderung	
	TEUR	TEUR	TEUR	%
Cashflow aus laufender Tätigkeit	18.343	6.413	11.930	186,0
Cashflow aus Investitionstätigkeit	-228	-518	290	56,0
Cashflow	18.115	5.895	12.220	207,3
Finanzmittelbestand Periodenbeginn	18.108	12.213	5.895	48,3
Finanzmittelbestand Periodenende	36.223	18.108	18.115	100,0

Zum Ende des Geschäftsjahres ist der Finanzmittelbestand im Wesentlichen durch die hohen Spendeneinnahmen im Zusammenhang mit der Ebola-Krise in der zweiten Jahreshälfte stark gestiegen.

Finanzmittel werden in Form von kurz- und mittelfristigen Termingeldern gehalten. In geringem Umfang werden kurzfristig Wertpapiere (TEUR 114), die aus Erbschaften stammen, gehalten. Für

Finanzanlagen gibt es eine Investitions-Richtlinie. Diese sieht vor, dass in risiko-behaftete 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 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. Spendengelder sollen möglichst direkt für die Arbeit in unseren Projekten eingesetzt werden. Notwendige Reserven müssen so angelegt werden, dass eine kurz- bis mittelfristige Nutzung der Gelder gewährleistet ist. Unter Berücksichtigung dieser Kriterien soll trotzdem eine angemessene Rendite erzielt werden.

4. Vermögenlage

	31.12.2014		31.12.2013		Veränderung	
	TEUR	%	TEUR	%	TEUR	%
VERMÖGEN						
Anlagevermögen	1.143	2,9	1.281	5,6	-138	-10,8
Kurzfristige Forderungen und Wertpapiere	2.497	6,2	3.511	15,3	-1.014	-28,9
Flüssige Mittel	36.223	90,6	18.108	78,7	18.115	100,0
Abgrenzungsposten	109	0,3	90	0,4	19	21,1
Summe	39.972	100,0	22.990	100,0	16.982	73,9
KAPITAL						
Rücklagen	11.917	29,8	11.273	49,0	644	5,7
Noch nicht verbrauchte Spendenmittel	11.830	29,6	3.667	16,0	8.163	222,6
Rückstellungen	478	1,2	372	1,6	106	28,5
Kurzfristige Verbindlichkeiten	15.747	39,4	7.678	33,4	8.069	105,1
Summe	39.972	100,0	22.990	100,0	16.982	73,9

Das Anlagevermögen hat sich vor allem aufgrund von Abschreibungen infolge der Investitionen der Vorjahre in eine Fundraisingdatenbank und in einen neuen Internetauftritt verringert.

Die kurzfristigen Forderungen sind im Wesentlichen durch den Rückgang der Forderungen aus Erbschaften zurückgegangen. 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 0,8 Mio.). Diese Erbschaften sind zum Bilanzstichtag noch nicht satzungsgemäß verwendet und unter dem Posten **Noch nicht verbrauchte Spendenmittel** abgegrenzt worden (EUR 0,8 Mio.). Der Posten **Noch nicht verbrauchte Spendenmittel** enthält EUR 11,0 Mio. Spendeneinnahmen ohne Zweckbindung, die 2014 eingenommen, aber nicht mehr verbraucht werden konn-

ten und erst 2015 in den Projekten des Netzwerkes ausgegeben werden.

Die flüssigen Mittel sind zum Jahresende aufgrund von im Vergleich zum Vorjahr höherer Spendeneinnahmen in den Monaten November und Dezember stark gestiegen.

Der Jahresüberschuss des Berichtszeitraums von EUR 0,6 Mio. wurde in die Rücklagen des Vereins eingestellt.

Die Rückstellungen nahmen aufgrund höherer ausstehender Rechnungen leicht zu.

Wie im Vorjahr bestehen zum Bilanzstichtag kurzfristige Verbindlichkeiten aufgrund noch ausstehender Zahlungen von Projektmitteln für 2014, die erst Anfang 2015 abgefließen sind. Sie fallen wegen der gestiegenen Projektfinanzierung höher als im Vorjahr aus.

5. Finanzielle und nichtfinanzielle Leistungsindikatoren

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

Zur besseren Überwachung der Kernaufgaben 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 2014 koordinierte die Projektabteilung der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN 25 Projekte in acht Ländern (2013: 25 Projekte in acht Ländern) sowie ein mobiles Team zur Behandlung der Schlafkrankheit.

2014 weiteten wir die Nothilfe im **Tschad** aus. Es kommt dort weiterhin zu Epidemien und gleichzeitig ist die medizinische Versorgung für die ansässige Bevölkerung unzureichend. Viele Kinder leiden an

schwerer Mangelernährung. Flüchtlinge aus dem Sudan und der Zentralafrikanischen Republik benötigen zudem dringend Hilfe. In Am Timan haben wir vor allem Kinder medizinisch behandelt und für sichere Geburten gesorgt. Hier hat das Team 20.686 ambulante Behandlungen durchgeführt (2013: 5.281). Im Jahr 2014 eröffnete ÄRZTE OHNE GRENZEN aufgrund einer Ernährungskrise ein Nothilfeprojekt für mangelernährte Kinder in Bokoro, in dem 4.760 Kinder behandelt wurden. Grund für dieses neue Projekt war die mit mehr als fünf Prozent ungewöhnlich hohe Rate an schwer mangelernährten Kindern in der Region. Sieben Monate später war die Rate auf 1,54 Prozent zurückgegangen. Daraufhin wurden die Aktivitäten an das Gesundheitsministerium übergeben. In Ab Gadam, einem Flüchtlingslager, haben wir Flüchtlinge aus der konfliktreichen Region Darfur des benachbarten Sudan unterstützt. Im März 2014 wurden diese Aktivitäten an die tschadische Nichtregierungsorganisation ADES übergeben. Gleichzeitig sind viele der Flüchtlinge in den Sudan zurückgekehrt oder in andere Flüchtlingslager übersiedelt. In dem zweiten Teil des 2013 eröffneten Nothilfprojekts, in Tissi, richtete sich unsere medizinische Hilfe

ebenfalls vor allem an Flüchtlinge aus Darfur sowie an tschadische Vertriebene. Der Ort ist vor allem in der Regenzeit abgeschnitten. Durch Tisiss Lage in der konfliktreichen Grenzregion mussten wir diesen Einsatz auf die mögliche Behandlung Kriegsverletzter vorbereiten. Auch unser chirurgisches Projekt in Abéché wurde Ende 2013 unter diesem Gesichtspunkt eröffnet. Die Teams führten dort im Jahr 2014 909 größere und 205 kleinere Operationen durch. In der Hauptstadt N'Djamena leistet ÄRZTE OHNE GRENZEN seit Februar 2014 Basisgesundheitsversorgung für Flüchtlinge aus der Zentralafrikanischen Republik.

Die deutsche Sektion hat die Steuerung der Projekte in der **Zentralafrikanischen Republik** Mitte des Jahres 2014 wieder übernommen. Diese war im Oktober 2013 an den „Emergency Desk“ in Amsterdam übertragen worden. Der Konflikt zwischen verschiedenen bewaffneten Gruppen führte im Jahr 2014 unvermindert zu extremer Gewalt gegen die Zivilbevölkerung. Trotz der sehr schwierigen Sicherheitslage konnten wir an vier Hauptstandorten medizinische Nothilfe leisten. Das Nothilfprojekt in der Hauptstadt Bangui, in dem

wir im Vertriebenenlager M'Poko am Flughafen vor allem für sauberes Trinkwasser und für Sanitäranlagen sorgten sowie Hilfsgüter verteilten, wurde im Mai 2014 wie geplant beendet. Die Projekte zur Wasserversorgung wurden an die internationale Nichtregierungsorganisation OXFAM übergeben. In der umkämpften Region Quaka eröffneten wir Anfang April 2014 ein Nothilfeprojekt zur medizinischen Versorgung der Menschen in Bambari und Grimari. Trotz der schwierigen Sicherheitslage konnten wir 13.254 Kinder gegen die Masern impfen, 26.557 Malaria-Patienten behandeln und 29.848 ambulante Konsultationen durchführen. Das Projekt in Grimari haben wir im Oktober an die lokalen Behörden übergeben.

In Boguila, wo ÄRZTE OHNE GRENZEN seit dem Jahr 2007 umfangreiche medizinische Hilfe anbietet, musste das Projekt nach bewaffneten Raubüberfällen im Februar und im April, bei denen mehrere Menschen zu Tode kamen, evakuiert werden. In der Folge konnte die umfangreiche Hilfe in einem voll funktionsfähigen Krankenhaus nicht aufrechterhalten werden, das Team konnte lediglich noch ambulante medizinische Hilfe leisten. Derzeit

arbeiten vor allem nationale Mitarbeiter in Boguila, internationale Mitarbeiter besuchen das Projekt zu kurzen Stippvisiten. Im Jahr 2014 wurden 194.157 ambulante Konsultationen durchgeführt und 157.676 Malaria-Patienten behandelt. Im 2013 eröffneten Nothilfeprojekt in Bossangoa erweiterten wir die Aktivitäten zu einem voll funktionsfähigen Krankenhaus. Die Patientenzahlen haben sich dort im Jahr 2014 vervielfacht: 191.633 (2013: 30.148) ambulante Konsultationen, 136.011 (2013: 16.295) Malaria-Patienten, 833 größere chirurgische Eingriffe. In Zémio, wo der Konflikt sich weniger stark auswirkte als in vielen anderen Landesteilen, konzentrierten wir uns weiterhin auf ein umfangreiches Programm zur Behandlung von HIV-Patienten. Zudem behandelten die Teams Patienten ambulant und stationär und halfen bei zahlreichen Geburten.

Simbabwe gehört nach wie vor zu den Ländern, die weltweit am stärksten von HIV/Aids betroffen sind. In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium bot **ÄRZTE OHNE GRENZEN** vor allem eine umfassende medizinische Versorgung für Patienten mit HIV/Aids und Tuberkulose (TB) an. Im Großraum der Hauptstadt Harare haben wir die Aktivitäten im Jahr 2014 an neun Standorten an das Gesundheitsministerium übergeben. Das betrifft die Projekte Caledonia Farms, Mission und Overspill in Epworth sowie sechs von der Stadt Harare unterstützte Kliniken. Das Projekt in Gokwe, welches wir Ende 2014 beendeten, war mit dem Konzept, die HIV- und TB-Behandlung in 16 Kliniken und zwei Krankenhäusern in der ganzen Region zu dezentralisieren, sehr erfolgreich. In dem abgelegenen Gebiet bildeten wir das Personal in den vorhandenen Gesundheitseinrichtungen darin weiter, mit einfachen Diagnose-Möglichkeiten die Tests durchzuführen und daraufhin die Therapien für HIV und TB an ihren Standorten weitgehend eigenständig durchzuführen. Dadurch konnten im Jahr 2014 29.798 Patienten auf HIV getestet werden und 1.432 HIV-Patienten eine antiretrovirale Therapie beginnen. 342 Patienten mit herkömmlicher TB konnten ihre Behandlung beginnen (2013: 490). Darüber hinaus behandelten wir in Gokwe 109 Überlebende sexueller Gewalt medizinisch und psychologisch. Im Chikurubi-Gefängnis boten wir in der Abteilung für psychisch Kranke soziale und psychologische Hilfe an. Zudem sorgten wir für sauberes Trinkwasser und sanitäre Anlagen und traten gegen die starke Überbelegung in dem Gefängnis ein. Zum ersten Mal gab es dort im Jahr 2014 mit 336 Entlassungen und 307 Aufnahmen mehr Entlassungen als Aufnahmen.

In **Swasiland** ist die Rate der Menschen, die sowohl mit HIV als auch mit TB infiziert sind, eine der höchsten weltweit. Das Ziel von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ist es, HIV-Patienten, die auch an TB erkrankt sind, eine kostenfreie und wirksame Behandlung zu ermöglichen. Die Teams versorgten 4.151 HIV-Patienten (2013: 2.890) mit antiretroviralen Medikamenten. Es wurden 685 neue Patienten mit herkömmlicher TB und 67 Patienten mit multiresistenter TB (MDR-TB) aufgenommen. Wir begannen im Jahr 2014 mit der Einführung einer verkürzten Therapie für Patienten mit MDR-TB, die statt 24 nur noch neun Monate dauert.

In **Usbekistan** ist Tuberkulose sehr weit verbreitet, und **ÄRZTE OHNE GRENZEN** setzt sich nach wie vor dafür ein, die Behandlung von TB zu verbessern und für alle Patienten zugänglich zu machen. In der Region Karakalpakstan hat das Gesundheitsministerium mit Unterstützung von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** unser Behandlungsmodell aufgegriffen und auf zwei weitere Distrikte ausgedehnt. Zudem haben wir einen umfangreichen Ratgeber für TB-Patienten entwickelt, der die Patienten in die Lage versetzen soll, selbst Verantwortung für den Verlauf ihrer Therapie zu übernehmen und ein Verständnis für die ärztlichen Maßnahmen zu entwickeln. Ein besonderer Fokus lag auf der Einführung einer verkürzten Behandlungsmethode (neun Monate statt zwei Jahre) für Patienten mit MDR-TB, mit der wir bereits im Jahr 2013 begonnen hatten. Bis Ende 2014 haben 119 Patienten die verkürzte Behandlung begonnen. Erste Zwischenergebnisse sind dabei sehr vielversprechend. In der Hauptstadt Taschkent baute **ÄRZTE OHNE GRENZEN** das Projekt zur Versorgung von HIV-Patienten stark aus, 671 (2013: 223) Patienten begannen 2014 mit einer antiretroviralen Therapie. Es bleibt die Schwierigkeit, dass unsere Teams nach wie vor keine Erlaubnis haben, die Aufnahme von Patienten selbst vorzunehmen. Sie werden von Ärzten des Gesundheitsministeriums aufgenommen und danach an uns überwiesen. Im Jahr 2014 haben die Teams damit begonnen, HIV-Patienten auf TB und Hepatitis C zu testen.

In **Tadschikistan** setzte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** 2014 das TB-Projekt fort, das der schwierigen Diagnose und Therapie von TB bei Kindern gewidmet ist. Das Ziel des Projektes ist es, Kinder mit TB und ihre Angehörigen besser behandeln und betreuen zu können. 2014 boten unsere Teams die einzige Behandlung für extrem resistente TB (XDR-TB) im Land an. Im TB-Kinderkrankenhaus in Duschanbe haben wir im Jahr 2014 138 (2013: 196) Patienten mit herkömmlicher TB sowie 34 Kinder und Angehörige mit DR-TB (2013: insgesamt 28), darunter einige mit XDR-TB, behandelt. Darüber hinaus hat **ÄRZTE OHNE GRENZEN** spezielle Richtlinien zur TB-Behandlung bei Kindern entwickelt, die vom Gesundheitsministerium als nationale Richtlinien angenommen wurden. Außerdem haben wir ein Pilotprojekt zur Entwicklung kindgerechter Darreichungsformen von Medikamenten gegen MDR-TB in Form eines Sirups begonnen. Insgesamt konnten wir so die Akzeptanz der Behandlung von Kindern in der Bevölkerung erhöhen.

In der **Russischen Föderation** ist **ÄRZTE OHNE GRENZEN** an zwei Standorten aktiv. In der tschetschenischen Hauptstadt Grosny haben wir weiterhin TB-Patienten behandelt und dabei im Jahr 2014 erstmals mit der Behandlung von 50 Patienten mit XDR-TB begonnen. 28 von ihnen behandelten die Teams unter anderem mit einem neu zugelassenen TB-Medikament. Wir haben außerdem 203 Patienten mit herkömmlicher TB (2013: 309) und 97 Patienten mit resistenter TB (DR-TB) (2013: 121) behandelt. Die für 2014 geplante Übergabe der TB-Patienten ans Gesundheitsministerium wurde um ein Jahr verschoben, da wir nicht davon ausgehen konnten, dass

	Plan 2015	Ist 2014	Ist 2013
FINANZIELLE INDIKATOREN			
Private Spendeneinnahmen und Zuwendungen zzgl. Einnahmen aus Kooperationen (in Mio. EUR)	94,0	113,7	82,5
Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln (in Mio. EUR)	4,0	3,8	3,4
Kosten am Standort Deutschland (in Mio. EUR) ¹	20,3	17,0	15,0
Kosten für Spendenverwaltung und -werbung (in Mio. EUR)	11,1	9,6	8,0
Return on Investment (in EUR pro EUR) ²	8,5	11,8	10,3
Social Mission-Ratio (in %) ³	87,4	88,8	87,2
Verwaltungs- und Fundraising-Ratio (in %) ⁴	12,6	11,2	12,8
Finanzmittelbestand (in Mio. EUR)	5,2	36,2	18,1
Zeitraum der Absicherung durch Rücklagen für den Fall von Einnahmeausfällen (in Monaten)	3,0	6,4	8,0
NICHTFINANZIELLE INDIKATOREN			
Personal			
Vermittelte Projekteinsätze ⁵	300	314	279
Anteil der Erstausreisen (in %)	30,0	28,7	23,8
Nachbetreuungs-Ratio (in %) ⁶	75,0	77,5	64,4
Bindung von Projektmitarbeitern (mehr als zwei Projekteinsätze, in %)	60,0	53,2	57,9
Durchschnittliche Projektzeit (in Monaten)	6,0	4,6	5,0
Stellen am Standort Deutschland (auf Basis von Vollzeitstellen) ⁷	126,63	112,43	105,76
Öffentlichkeitsarbeit/Advocacy⁸			
Bruttoreichweite (Print und TV in Mio.) ⁹	900,0	1.879,0	697,1
Web-Visits (in Tausend pro Monat)	80,0	80,2 ⁽¹⁰⁾	176,3
Vermittelte Interviews mit deutschen Medien	310	517	331
Ungestützte Markenbekanntheit (in %) ¹¹	30,0	34,9	25,9
Gestützte Markenbekanntheit (in %) ¹²	75,0	78,2	73,4
Image (auf einer Skala von 1 - 5) ¹³	4,3	4,3	4,3
Bruttoreichweite von Themen der Medikamentenkampagne (Print und TV in Mio.)	26,2	23,8	90,1

¹ Alle Kosten (inkl. internationale Kostenbeteiligung an der Medikamentenkampagne) ohne Projektkosten und ohne Personalkosten für Projektmitarbeiter, die von anderen Sektionen erstattet werden
² Verhältnis von privaten Spendeneinnahmen, Zuwendungen und Einnahmen aus Kooperationen zu Kosten der Spendenverwaltung und -werbung
³ Anteil der satzungsgemäßen Ausgaben an den Gesamtausgaben (ohne Personalkosten für Projektmitarbeiter, die von anderen Sektionen erstattet werden)
⁴ Anteil der nicht satzungsgemäßen Ausgaben (Verwaltungs- und Fundraisingkosten) an den Gesamtausgaben (ohne Personalkosten für Projektmitarbeiter, die von anderen Sektionen erstattet werden)
⁵ Unter deutschen Verträgen und Verträgen mit anderen Sektionen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**
⁶ Anteil der Projektmitarbeiter, die nach der Rückkehr aus den Projekten eine psychosoziale Nachbetreuung wahrnahmen
⁷ Einschließlich Standortwerbung (Plan 2015: 13,50) und studentischer Aushilfskräfte (Plan 2015: 21,10)
⁸ Unter Advocacy ist die Lobbyarbeit für den Zugang zu bezahlbaren Medikamenten (Medikamentenkampagne) und für die humanitäre Hilfe und ihre Prinzipien zusammengefasst
⁹ Anzahl der erreichten Kontakte der Medien, in denen **ÄRZTE OHNE GRENZEN** erwähnt wird
¹⁰ Ab 2014 Umstellung des Web-Analysetools von Piwik auf Google Analytics
¹¹ Befragung durch TNS infratest nach Bekanntheit „medizinischer Nothilfeorganisationen“ ohne Vorgabe von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** als Antwortmöglichkeit
¹² Befragung durch TNS infratest nach Bekanntheit „medizinischer Nothilfeorganisationen“ unter Vorgabe von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** als Antwortmöglichkeit
¹³ Befragung durch TNS-infratest nach elf Eigenschaften

die Qualität der Therapie ausreichend gewährleistet wird. In Grosny bietet ÄRZTE OHNE GRENZEN zudem psychologische Betreuung für Überlebende von Gewalt an. In Moskau versorgten wir in Kooperation mit einer lokalen Organisation Flüchtlinge und Migranten medizinisch. Wir behandelten 738 Patienten ambulant und überwiesen 38 Patienten in Krankenhäuser.

Häusliche und sexuelle Gewalt stellen in **Papua-Neuguinea** ein großes gesellschaftliches Problem dar. ÄRZTE OHNE GRENZEN bietet den Überlebenden medizinische und psychologische Betreuung an. In Tari liegt der Fokus weiterhin auf der Chirurgie sowie auf dem umfassenden medizinischen und psychologischen Angebot für Überlebende häuslicher und sexueller Gewalt. Insgesamt wurden 12.278 ambulante (2013: 10.810) und 1.749 stationäre Behandlungen sowie 1.190 größere Operationen (2013: 830) durchgeführt. Es gab 311 Erstberatungen und Behandlungen nach einer Vergewaltigung. Zudem begleiteten wir 1.400 Geburten. Das regionale Programm zur Behandlung und Weiterbildung wurde weiter intensiviert. Dazu gehört die umfassende medizinische und psychologische Versorgung von Überlebenden sexueller und häuslicher Gewalt in Port Moresby ebenso wie die Weiterbildung von Pflegepersonal in Kliniken des Gesundheitsministeriums. Ziel ist es, das umfassende psychologische und medizinische Angebot auf diesem Gebiet damit in der Region zu etablieren. Auf den benachbarten Salomonen hat ein Team von ÄRZTE OHNE GRENZEN nach Überschwemmungen psychologische Hilfe geleistet. Ein geplantes längerfristiges Projekt wurde nicht realisiert.

Das **mobile Schlafkrankheitsteam** war im Jahr 2014 ausschließlich in äußerst abgelegenen Regionen im Nordosten der Demokratischen Republik Kongo aktiv und testete dort 24.643 Menschen auf die Schlafkrankheit. 242 positiv getestete Patienten wurden je nach Befund ambulant bzw. stationär behandelt. Zudem bildeten wir Mitarbeiter aus der D. R. Kongo weiter. Da es äußerst schwierig war, erfahrene Laboranten für den aufwendigen Schlafkrankheitstest zu finden, unterbrachen wir im März und April die Testreihen. Im Juli 2014 boten wir zusätzlich Malaria-Tests und -Behandlungen an, nachdem wir eine erhöhte Malaria-Inzidenz in der Bevölkerung festgestellt hatten. Von 19.629 Patienten aller Altersgruppen testeten wir 12.292 positiv auf Malaria, was einer Positivrate von 63 % entspricht. Diese Patienten wurden ebenfalls ambulant bzw. stationär behandelt.

Im Rahmen einer Partnerschaft mit dem „Operational Centre Genf“ entwickelt die Berlin Medical Unit der deutschen Sektion ein Konzept zur Verbesserung der medizinischen Qualität in den Projekten des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN. Dieses wurde im Jahr 2014 um zwei klinische Fachbereiche (Anästhesie und Chirurgie) erweitert. Außerdem wurde begonnen, dieses Evaluierungskonzept auch in das umfangreiche Konzept zur Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität des Operational Centre Amsterdam zu integrieren.

Darüber hinaus haben wir damit begonnen, die chirurgischen Projekte des Operational Centre Genf medizinisch-fachlich zu beraten, ausreisende Projektmitarbeiter vorzubereiten und diese während ihrer Projektaktivität chirurgisch-fachlich zu betreuen. In diesem Zusammenhang arbeiten wir auch an einer Richtlinie, die die medizinische Qualität in den chirurgischen Projekten weiter sichern und verbessern soll.

Personal

Im Jahr 2014 organisierte die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN insgesamt 314 Ausreisen in Projekte weltweit. Das sind deutlich mehr als im Jahr 2013 (273). Sowohl im Südsudan als auch in der Zentralafrikanischen Republik war der Bedarf an internationalen Mitarbeitern aufgrund der anhaltenden Krisen sehr hoch. Dazu kam der umfangreiche Ebola-Einsatz in Westafrika. 44,9 Prozent der von Deutschland ausgereisten Mitarbeiter waren Ärztinnen und Ärzte, 21,0 Prozent kamen aus anderen medizinischen Berufen und 34,1 Prozent aus nicht-medizinischen Berufen.

Um ausreichend Bewerber für die offenen Stellen zu gewinnen, informierten wir mit 11 Webinaren und 40 Informationsveranstaltungen mit insgesamt 2.272 Teilnehmern über die Möglichkeit der Mitarbeit in den Projekten. Insgesamt bekam ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland im Jahr 2014 394 Bewerbungen für Projektstellen. Nach einem erfolgreichen Aufnahmeverfahren werden die Mitarbeiter vom deutschen Büro von ÄRZTE OHNE GRENZEN aus auch während ihrer Tätigkeit im Ausland unterstützt. Auch im Jahr 2014 legten wir großen Wert auf eine sorgsame Nachbereitung, um dabei unter anderem möglichst viele Mitarbeiter für weitere Projekteinsätze zu motivieren und für Tätigkeiten im Bereich Medien- und Öffentlichkeitsarbeit in Deutschland an die Organisation zu binden.

2014 benötigten wir unerwartet viele, vor allem erfahrene Mitarbeiter, für den Ebola-Einsatz. Mit 38 aus Deutschland ausgereisten Projektmitarbeitern konnte die deutsche Sektion einen substantiellen Beitrag für die Personalausstattung der umfangreichen Programme leisten.

Mit dem speziellen Fokus auf die Bedürfnisse in unseren Hilfsprojekten analysierten wir 2014 den deutschen Arbeitsmarkt, um auf dieser Basis im kommenden Jahr unsere Strategie zur Mitarbeitergewinnung und -bindung neu auszurichten.

Das Bonner Büro organisierte 2014 zudem 11 Vorbereitungskurse für neue Projektmitarbeiter. Dabei wurden insgesamt 268 Menschen aus der ganzen Welt in jeweils fünf Tagen auf ihre Einsätze vorbereitet. ÄRZTE OHNE GRENZEN hat wie in den Vorjahren in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf einen internationalen chirurgischen Workshop organisiert, der 26 Chirurgen von ÄRZTE OHNE GRENZEN ein praktisches Training und einen professionellen Austausch ermöglichte.

Im internationalen Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN wurde 2014 ein neues Vergütungssystem für Projektmitarbeiter eingeführt. Ziel war es, ein einheitliches Vergütungssystem sicherzustellen und

gleichzeitig die erfahrenen Mitarbeiter zu einer längerfristigen Bindung an die Organisation zu motivieren.

Auch für die Büromitarbeiter in Deutschland wurde das bestehende Gehaltssystem an die sich verändernde Struktur einer schnell wachsenden Organisation angepasst. Ziel war hier, eine größere Differenzierung zwischen Mitarbeitern mit verschiedenem Grad an Verantwortung zu schaffen und gleichzeitig die Verdienstspannen gering zu halten sowie die Gehaltssumme insgesamt nicht zu erhöhen.

Öffentlichkeitsarbeit/Advocacy

Die Medienpräsenz von ÄRZTE OHNE GRENZEN in Deutschland ist im Jahr 2014 im Vergleich zu den Vorjahren stark gestiegen. Dies ist vor allem auf das äußerst hohe Medieninteresse an der Ebola-Epidemie in Westafrika zurückzuführen. Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN gaben im Jahr 2014 insgesamt 517 Interviews für Print-, TV-, Hörfunk- und Onlinemedien in Deutschland (2013: 331; geplant für 2014: 250), davon allein 363 Interviews zum Thema Ebola. Im Laufe des Jahres 2014 wurde ÄRZTE OHNE GRENZEN rund 8.500 Mal in den deutschen TV- und Printmedien genannt. Dies entspricht mehr als doppelt so vielen Nennungen wie im Vorjahr (2013: rund 3.200).

In Interviews, zahlreichen Gesprächen mit hochrangigen politischen Entscheidungsträgern sowie einem offenen Brief an Bundeskanzlerin Angela Merkel machten wir auf das katastrophale Ausmaß der Ebola-Epidemie sowie die unzureichende internationale Hilfe aufmerksam und forderten dabei mehr Engagement der Bundesregierung.

Darüber hinaus thematisierten wir gegenüber Medien und Politik die dramatische humanitäre Lage in der Zentralafrikanischen Republik und im Südsudan. Auf der Konferenz „Zwischen Rhetorik und Realität – Die humanitäre Lage in Afghanistan“, die wir im Mai in Berlin organisierten und die von rund 90 Teilnehmern besucht wurde, diskutierten Vertreter aus der humanitären Hilfe, der Zivilgesellschaft, der Wissenschaft sowie der Politik die schwierige Situation in Afghanistan. Des Weiteren veranstalteten wir insgesamt neun Werkstattgespräche, an denen jeweils bis zu 90 Personen teilnahmen. Wir hielten 15 Vorträge vor unterschiedlichem Publikum zu Themen der humanitären Hilfe und acht Vorträge zu Themen der Medikamentenkampagne. In insgesamt rund 40 Advocacy-Gesprächen mit Abgeordneten und Mitarbeitern aus Ministerien informierten wir über aktuelle Themen der humanitären Hilfe und der Medikamentenkampagne.

Auch im Jahr 2014 machten wir im Rahmen der Medikamentenkampagne auf die dringend benötigte Forschung und Entwicklung zur Behandlung vernachlässigter Krankheiten aufmerksam. Dazu hat ÄRZTE OHNE GRENZEN zusammen mit der Deutschen Lepra- und Tuberkulosehilfe und der BUKO-Pharmakampagne im Januar 2014 zum ersten Mal den Memento Preis für vernachlässigte Krankheiten verliehen. Er ist eine Auszeichnung für Wissenschaftler und

Vertreter der Politik, die sich in besonderem Maße in diesem Bereich engagieren. Mit einem Tuberkulose-Manifest, das Patienten, Behandelnde und Unterstützer weltweit unterzeichnen konnten, forderten wir mehr Anstrengungen zur Behandlung von resistenter Tuberkulose. Insgesamt haben rund 55.000 Menschen das Manifest unterzeichnet, davon 5.000 in Deutschland. Die Unterschriften wurden den Delegierten der Weltgesundheitsversammlung übergeben.

Wie geplant haben wir unsere Strategie zur Nutzung digitaler Medien fertiggestellt und mit ihrer Umsetzung begonnen. Wir konnten unsere Präsenz auf den Social Media-Plattformen ausbauen und die Anzahl der Facebook-Fans im Jahresverlauf auf 137.708 (2013: 96.833) steigern. Die Zahl der Follower bei Twitter ist auf 14.463 (2013: 13.278) gestiegen. Zudem haben wir mit der Umsetzung von Maßnahmen zur Suchmaschinenoptimierung begonnen.

Auf zahlreichen Veranstaltungen informierten wir die deutsche Öffentlichkeit über aktuelle Themen und Herausforderungen der humanitären Hilfe: Die neu konzipierte Ausstellung „Im Einsatz mit ÄRZTE OHNE GRENZEN“ wurde an insgesamt 33 Ausstellungstagen in fünf Städten gezeigt und von mehr als 7.200 Menschen besucht (2013: 24 Ausstellungstage, rund 8.300 Besucher). 114 Mal berichteten darüber hinaus zurückgekehrte Projektmitarbeiter über ihre Arbeit mit ÄRZTE OHNE GRENZEN (2013: 85). Auf dem Humanitären Kongress diskutierten rund 700 Teilnehmer das Thema „Protection – A Broken Promise?“.

Mit einer neuen Gesprächsreihe „Dialog ohne Grenzen“ richteten wir uns außerdem gezielt an Vertreter aus Politik und Zivilgesellschaft und schufen damit einen Rahmen, der einen intensiven Austausch über humanitäre Themen möglich macht.

Das Spendermagazin „AKUT“ wurde dreimal an die Leser verschickt. Die durchschnittliche Auflage betrug 181.400. Erstmals wandten wir uns mit einem medizinisch ausgerichteten Spendermagazin „AKUTmed“ an Spender, die Ärzte sind. Im Jahr 2014 erreichte ÄRZTE OHNE GRENZEN einen Bekanntheitsgrad von 82 % (gestützte Abfrage der Bekanntheit „gemeinnütziger Organisationen“ über TNS infratest, im Jahr 2013: 78,0 %).

III. NACHTRAGSBERICHT

Zwischen dem Bilanzstichtag 31. Dezember 2014 und dem Zeitpunkt der Aufstellung des Jahresabschlusses sind keine wesentlichen Ereignisse eingetreten.

IV. PROGNOSE-, CHANCEN- UND RISIKOBERICHT

1. Prognose

Nach dem nicht nur aus Einnahmenseicht aussergewöhnlichen Jahr 2014 planen wir für 2015 mit Einnahmen aus privaten Spenden und Zuwendungen in Höhe von EUR 94,0 Mio. Dies bedeutet im Vergleich zum Vorjahr zwar einen Rückgang um EUR 9,7 Mio. Unter Abzug der außerordentlichen Einnahmen, die wir im Jahr 2014 im Zusammenhang mit der Ebola-Krise erhalten haben, stellt dies aber eine Zunahme von EUR 5,0 Mio. dar.

Ein wesentlicher Fokus unserer Aktivitäten im Jahr 2015 wird auf der Bindung unserer fast 100.000 Neuspender aus dem Vorjahr liegen. Wir möchten sie durch Mailings und Veranstaltungen von einem weiteren Engagement für unsere Arbeit überzeugen. Damit möchten wir die Zahl unserer Dauerspender als eine wichtige Basis unserer Einnahmen auf über 170.000 Unterstützer ausbauen. Unsere Standwerbung zur Gewinnung von Dauerspendern werden wir bis Ende des Jahres mit Tablets ausstatten, um die Gewinnung dieser Spendergruppe noch schneller und effizienter zu gestalten. Die Zielgruppe der Ärzte möchten wir erstmals durch Standwerbung z. B. bei Kongressen ansprechen.

Nachdem wir 2014 in zusätzliches Personal für die Betreuung unserer Großspender investiert haben, möchten wir diesen Personenkreis 2015 durch gezieltere Veranstaltungen und Mailingmaßnahmen noch besser erreichen. Darüber hinaus werden wir ein neues Programm für die Gewinnung und Bindung von Firmen als Spender konzipieren, testen und implementieren. Grundlage für die Annahme von Firmenspenden bleibt dabei unsere Richtlinie für Unternehmensspenden, die vorschreibt, dass wir keine Gelder von Firmen annehmen, die in Bereichen tätig sind, die den Zielen von ÄRZTE OHNE GRENZEN widersprechen. Dazu gehören u. a. die Rüstungs-, Tabak- und Alkoholindustrie sowie die pharmazeutische Industrie.

Im Onlinebereich werden wir im Rahmen unserer abteilungsübergreifenden Strategie zur Nutzung digitaler Medien unser Newsletter- und E-Mailingprogramm zielgruppenspezifischer ausrichten sowie die Auffindbarkeit und Nutzerfreundlichkeit unserer Website verbessern, um die Gewinnung neuer Spender hierüber noch effizienter zu machen.

Um die effiziente Verwaltung der steigenden Zahl an Spenden und Spendern sicherzustellen, wollen wir im Jahr 2015 die Aktualisierung unsere Fundraisingdatenbank vorbereiten und im Zusammenhang damit sämtliche Verwaltungsprozesse optimieren.

Im Jahr 2015 planen wir mit Einnahmen vom Auswärtigen Amt in Höhe von EUR 4,0 Mio., was in etwa der Höhe der Einnahmen 2014 entspricht.

Für das Jahr 2015 planen wir, insgesamt EUR 92,9 Mio. für Projekte des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN aufzuwenden. In diesem Betrag sind EUR 11,0 Mio. enthalten, die wir bereits 2014 erhalten haben, aber nicht mehr in Projekten ausgeben konnten. Hinzu

kommt, dass wir unsere Reserven im Laufe des Jahres entsprechend unserer neuen Richtlinie reduzieren werden. Diese Richtlinie, die für das gesamte Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN gilt, basiert auf einer Risikoanalyse, mit deren Hilfe auch die notwendigen Reserven zur Absicherung der identifizierten Risiken berechnet werden. Diese Analyse ergab, dass für die Absicherung am Standort Deutschland etwa EUR 5,5 Mio. notwendig sind.

2. Chancen und Risiken

Durch die große Steigerung der Zahl unserer Spender von 431.133 im Jahr 2013 auf 543.728 im Jahr 2014 sowie die Steigerung unserer gestützten Markenbekanntheit von 73,4 % auf 78,2 % sehen wir ein großes Potenzial, unsere Spendeneinnahmen weiter zu erhöhen. Unsere große Bekanntheit werden wir auch dafür nutzen, im Rahmen unserer Öffentlichkeits- und Advocacyarbeit auf die vielfältigen weltweiten humanitären Notlagen in der Welt hinzuweisen und den Zugang zu bezahlbaren Medikamenten und Impfstoffen zu verbessern. Die gestiegene Anzahl an Projektmitarbeitern, die wir 2014 für die Projekte des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN gewinnen konnten, ermöglicht uns, diese auch für mehr und weitere Einsätze an uns zu binden.

Trotz dieser großen Chancen müssen wir bei unserer Planung auch Risiken berücksichtigen. Aus der Vergangenheit wissen wir, dass es schwierig ist, Neuspender, die während einer medienwirksamen Krise gespendet haben, für eine weitere Spende zu gewinnen oder sie gar als Dauerspender zu gewinnen. Für unsere Planung haben wir deshalb die Erfahrungswerte aus früheren medialen Krisen (etwa 25% Umwandlungsquote) zugrunde gelegt.

Um das Risiko von Einnahmeschwankungen zu minimieren, sind wir weiter bedacht, die Quellen unserer Spenden zu diversifizieren. Je etwa ein Viertel der geplanten Gesamteinnahmen kommen derzeit aus den Bereichen Dauerspender, Großspender und Erbschaften sowie Einnahmen aus traditionellen Mailings, so dass eine gute Risikostreuung gegeben ist. Der Anteil der Onlinespenden, der derzeit bei 11 % liegt, soll weiter gesteigert werden. Außerdem sehen wir im Bereich der Großspender und Erbschaften weiterhin ein großes Wachstumspotenzial.

Im Bereich der Spendenverwaltung besteht ein Risiko in der veralteten Softwareversion unserer Fundraisingdatenbank, deren technischer Support nur noch eingeschränkt gewährleistet wird. Diesem Risiko werden wir im Jahr 2015 durch die Vorbereitung eines umfangreichen Updates unserer Software begegnen, dessen Umsetzung so erfolgen muss, dass es die Verwaltungsabläufe nicht behindert.

Die Risiken des Spendenmarktes haben wir bei unserer Planung durch Berücksichtigung der genannten Risikofaktoren sowie durch Zugrundelegung der Erfahrungen in den Vorjahren ausreichend berücksichtigt.

Wie in den Vorjahren haben wir für 2015 die Finanzierungszusagen an die anderen

Sektionen von ÄRZTE OHNE GRENZEN unter Vorbehalt einer entsprechenden Entwicklung der Einnahmen getroffen. Diese haben wiederum bei ihrer Planung die allgemeine Inflation und steigende Personalkosten in den Projektländern ausreichend berücksichtigt.

Im Operational Centre Amsterdam, das die meisten der von der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN mitfinanzierten Projekte durchführt, ist darüber hinaus ein Teil des Budgets für 2015 (EUR 20,7 Mio. bzw. 12 % des Gesamtbudgets) nicht speziellen Projekten zugewiesen, sondern steht kurzfristig für Projekte in akuten Krisen zur Verfügung. Die Budgets berücksichtigen auch, dass ÄRZTE OHNE GRENZEN Material wie z. B. Impfstoffe, spezielle Cholera-Kits, Medikamente, Infusionslösungen und logistisches Material zur Wasseraufbereitung sowie Zelte vorhalten muss, um schnell und effektiv auf Naturkatastrophen, Epidemien oder Flüchtlingskrisen reagieren zu können. Eine enge internationale Zusammenarbeit stellt darüber hinaus sicher, dass nationale und internationale Mitarbeiter schnell verfügbar sind, um eine sofortige professionelle Reaktion auf eine akute Krise zu ermöglichen.

Zum 31. Dezember 2014 wurde der Jahresüberschuss in Höhe von EUR 0,6 Mio. in die freie Rücklage eingestellt, die zum Bilanzstichtag EUR 11,9 Mio. beträgt und damit mehr als sechs Monatsausgaben am Standort Deutschland abdeckt. Aufgrund der Anfang 2015 verabschiedeten neuen Richtlinie für Reserven werden wir die Rücklagen bis Ende 2015 auf den für die finanzielle Absicherung der Risiken am Standort Deutschland notwendigen Wert von etwa EUR 5,5 Mio. reduzieren. Für die Projektfinanzierung werden Reserven auch weiterhin im internationalen Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN gehalten und sichern die Projektfinanzierung bei möglichen Einnahmefällen ab. Zusätzlich besteht eine internationale Risikostreuung, so dass Einnahmefälle in einzelnen Sektionen von anderen Sektionen kompensiert werden können.

3. Plan 2015 und Folgejahre

Der im Folgenden dargestellte Plan für das Jahr 2015 wurde vom Vorstand der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN im Dezember 2014 verabschiedet sowie im März 2015 aufgrund der guten Ergebnisse im Jahr 2014 angepasst. Auf der Grundlage von Projektionen wie z. B. der Weiterführung der Fundraisinginvestitionen und einer Vereinbarung über die Finanzierung der Projekte innerhalb des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN wird eine Prognoseplanung für die Jahre 2016 bis 2019 erstellt. Diese Planung sieht vor, die Einnahmen der deutschen Sektion bis 2019 auf voraussichtlich EUR 151,0 Mio., inklusive der öffentlichen Fördermittel, zu steigern. Nach Abzug der Ausgaben am Standort Deutschland in Höhe von EUR 29,6 Mio., einschließlich EUR 8,4 Mio. für die satzungsgemäßen Ausgaben Projektbetreuung und Témoignage, können wir damit im Jahr 2019 die Projekte von ÄRZTE OHNE GRENZEN mit voraussichtlich EUR 121,0 Mio. finanzieren.

Projektbetreuung

Im Jahr 2015 wird die Projektabteilung der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN weiterhin die medizinische Versorgung der notleidenden Bevölkerung im Tschad, in der Zentralafrikanischen Republik, in Simbabwe, Swasiland, der Russischen Föderation, Usbekistan, Tadschikistan und in Papua-Neuguinea steuern. Das mobile Schlafkrankheitsteam wird seine Arbeit 2015 in der Demokratischen Republik Kongo und darüber hinaus fortsetzen. Zudem starten wir ein neues Projekt in Weißrussland, das von unserem Koordinationsteam in Moskau betreut wird.

Die Bevölkerung im Tschad wird auch im Jahr 2015 weiter medizinische Hilfe benötigen. Das Projekt in Am Timan wird sich weiter vor allem an Kinder und Frauen richten mit dem Fokus auf Mangelernährung und Geburtshilfe. Das Programm in Tissi, das sich vor allem an Flüchtlinge aus dem nahe gelegenen Sudan richtet, planen wir im Jahr 2015 zu schließen, da die meisten Flüchtlinge zurückgekehrt oder in andere Regionen weiter gewandert sind. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass es in der Region nicht zu neuen Konflikten kommt. In Abéché ist es das Ziel, das chirurgische Projekt auszuweiten und dort internationale Chirurgen in der Chirurgie für Kriegsverletzte und Unfallopfer weiterzubilden. Außerdem soll ein spezialisiertes Team weiter auf Krankheitsausbrüche, größere Flüchtlingsbewegungen oder Ernährungskrisen reagieren können.

In der Zentralafrikanischen Republik ist davon auszugehen, dass die Krise auch 2015 anhält und viele Menschen auf umfangreiche medizinische Hilfe angewiesen sein werden. Wir werden die Projekte in Quaka, Bossangoa, Zémio und Boguila weiterführen. In Boguila werden wir weiterhin ohne dauerhafte Präsenz von internationalen Mitarbeitern arbeiten, solange die Sicherheitslage nicht deutlich besser wird. In Bossangoa werden wir auf absehbare Zeit die medizinische Hilfe aufrechterhalten und an baulichen Verbesserungen des Krankenhauses sowie einer Ausweitung des Programms arbeiten. Mit der Unterstützung existierender Gesundheitszentren wollen wir in der Region dafür Sorge tragen, dass die Basisgesundheitsversorgung funktioniert und vor allem Malaria-Patienten ausreichend versorgt werden, da die Krankheit dort die häufigste Todesursache darstellt. In Zémio werden wir die Versorgung von HIV-Patienten noch weiter ausbauen. Zudem werden wir die Menschen in der Region auf Schlafkrankheit untersuchen.

In Simbabwe werden wir, nachdem wir die Projekte für HIV- und Tuberkulose (TB)-Patienten im Jahr 2014 überwiegend an die Gesundheitsbehörden übergeben haben, diese nach wie vor bei der Behandlung der komplizierten Fälle unterstützen. Der Fokus wird dabei auf der Behandlung HIV-positiver Kinder sowie auf HIV-Patienten liegen, bei denen die erste Therapielinie unwirksam geworden ist. Außerdem werden wir nach wie vor Patienten mit multiresistenter TB (MDR-TB) behandeln. Da die Klinik in Owerspill, in der wir unsere Aktivitäten im Jahr 2014 an

	Plan 2015		Ist 2014		Veränderung
	TEUR	in %	TEUR	in %	
Einnahmen					
Private Spenden, Zuwendungen und Vermögensverwaltung	94.000	83,4	113.693	101,4	-19.693
Einnahmen aus 2013	0	0,0	2.125	1,9	-2.125
Einnahmen aus 2014	11.000	9,8	-11.000	-9,8	22.000
Öffentliche Fördermittel	4.000	3,6	3.800	3,4	200
Einnahmen Projektpersonal	3.500	3,1	3.360	3,0	140
Sonstiges	150	0,1	166	0,1	-16
	112.650	100,0	112.144	100,0	506
Ausgaben					
Ausgaben in den Projektländern	92.882	78,9	90.647	81,3	2.235
Projektbetreuung	4.004	3,4	3.003	2,7	1.001
Ausgaben Projektpersonal	3.500	3,0	3.360	3,0	140
Témoignage, sonstige Programmarbeit	2.924	2,5	2.340	2,1	584
Summe satzungsgemäße Ausgaben	103.310	87,8	99.350	89,1	3.960
Spendenverwaltung/-werbung	11.107	9,4	9.585	8,6	1.522
Allgemeine Verwaltung/ Allgemeine Öffentlichkeitsarbeit	3.288	2,8	2.565	2,3	723
	117.705	100,0	111.500	100,0	6.205
Ergebnis	-5.055		644		-5.699

die Gesundheitsbehörden übergeben haben, nach wie vor große Probleme mit der Wasserversorgung hat, werden wir dafür eine langfristige Lösung finden. Derzeit versorgen unsere Teams die Klinik noch über Tankklaster mit Wasser. Im Chikurubi-Gefängnis werden wir neben der Behandlung der Patienten für ein psychiatrisches Hilfsangebot in der Hauptstadt Harare eintreten. Bisher werden psychisch kranke Menschen in der Stadt so gut wie alternativlos im Gefängnis untergebracht.

In **Swasiland** werden wir weiterhin in der Klinik in Matsapha und in der Region um Mankayane HIV-positive Patienten betreuen, die gleichzeitig an TB erkrankt sind. Geplant ist, die verkürzte Therapie für Patienten mit MDR-TB auszuweiten. Im nationalen TB-Krankenhaus zur Behandlung von MDR-TB in Monemi werden wir im Jahr 2015 Vorbereitungen treffen, um im Jahr 2016 eine Studie zur Behandlung von MDR-TB mit einer Kombination aus bisher wenig genutzten und neu entwickelten Medikamenten (u. a. Bedaquilin) durchzuführen. Damit kann die Behandlung der Patienten auf sechs Monate verkürzt werden.

In **Usbekistan** werden wir die neue Medikamentenkombination gegen MDR-TB bereits 2015 und damit erstmals erproben. Wir werden in der Hauptstadt Taschkent weiter versuchen, einen umfassenderen Zugang zu den HIV-Patienten, insbesondere aus Risikogruppen, zu bekommen. So werden wir darauf hinarbeiten, die Patienten selbst aufzunehmen und sie nach HIV-Tests zu beraten sowie

von Anfang an psychosoziale Unterstützung anzubieten.

In **Tadschikistan** werden wir das Projekt für an TB erkrankte Kinder fortführen. Bei den Verantwortlichen im Gesundheitsbereich werden wir uns weiterhin für einen besseren Zugang zu medizinischer Behandlung von TB-Patienten einsetzen. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** will 2015 für TB-Patienten aller Altersgruppen den Zugang zu neuen Medikamenten wie Bedaquilin möglich machen.

In der **Russischen Föderation** werden wir alle Aktivitäten zur Behandlung von herkömmlicher TB und MDR-TB in Grosny an die Gesundheitsbehörden übergeben, um uns auf die Behandlung von XDR-TB-Patienten konzentrieren zu können. Wir werden zudem daran arbeiten, die Behandlung von Diabetes-Patienten, die gleichzeitig an TB leiden, zu verbessern. Zudem werden wir weiter Opfer von Gewalt psychosozial unterstützen und in diesem Zusammenhang eine Studie zur Wirksamkeit des Behandlungsmodells von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** auswerten.

In **Weißrussland** wird **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Jahr 2015 damit beginnen, die Behandlung und Therapie von TB-Patienten zu verbessern. In fünf Einrichtungen in Minsk, in denen Tuberkulose-Patienten zwangseingewiesen und behandelt werden, werden wir Patienten mit MDR- und XDR-TB unterstützen. Der Anteil der resistenten Formen der Tuberkulose ist in dem Land extrem hoch. Ein großer Teil der Patienten bricht die The-

rapie vorzeitig ab. Vor allem Patienten, die an XDR-TB leiden, werden bisher nicht wirksam behandelt. Unser Ziel ist es zudem, Alternativmodelle zur Zwangseingeweisung aufzuzeigen.

Die Suche nach ausgebildeten nationalen medizinischen Mitarbeitern in **Papua-Neuguinea** bleibt eine große Herausforderung. Es ist geplant, das regionale Projekt zur Behandlung und Weiterbildung in Port Moresby bis Mitte des Jahres 2015 zu schließen und zu übergeben. Auch das Projekt in Tari soll Ende des Jahres auf Wunsch der Gesundheitsbehörden an diese übergeben werden.

Das **mobile Schlafkrankheitsteam** wird die flächendeckenden Schlafkrankheitstests in den verbleibenden Regionen Ango und Banda in der D. R. Kongo bis Mitte 2015 fortsetzen, um neue Einsatzgebiete zu erschließen. Da wir auch in der Zentralafrikanischen Republik vermehrt Fälle von Schlafkrankheit sehen, wird das mobile Schlafkrankheitsteam die Arbeit in dem krisengeschüttelten Land unterstützen.

Für die kontinuierliche Überprüfung und Verbesserung der medizinischen Qualität werden wir das bestehende Evaluierungskonzept weiterentwickeln und dieses in mindestens zwei Projekten des Operational Centre Genf implementieren.

Ein Chirurg und ein Anästhesist werden die strategische Planung neuer chirurgischer Projekte des Operational Centre Genf beratend unterstützen und die dort tätigen Projektmitarbeiter medizinisch fachlich betreuen. Darüber hinaus stehen beide zur kurzfristigen Entsendung in Katastrophengebiete zur Verfügung.

Personal

Im Jahr 2015 soll eine neue Strategie zur Projektmitarbeitergewinnung und -bindung erarbeitet und implementiert werden. Dabei werden die Ergebnisse aus der in 2014 durchgeführten Analyse des deutschen Arbeitsmarktes und einer Befragung der Projektmitarbeiter zugrunde gelegt. Auch die im Jahr 2014 beschlossene Strategie zur Nutzung digitaler Medien von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Deutschland hat u. a. zum Ziel, mehr potenzielle Projektmitarbeiter anzusprechen und wird in 2015 Anwendung finden.

Wir planen im Jahr 2015, 300 Ausreisen von Projektmitarbeitern zu organisieren und zehn bis zwölf Vorbereitungsseminare für neue Projektmitarbeiter durchzuführen. Außerdem werden wir von Deutschland aus neue Trainings für lokale Mitarbeiter in den Projektländern organisieren, bei denen die Mitarbeiter vor Ort die Prinzipien der Arbeit von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** kennenlernen können. Für den besseren Austausch der Projektmitarbeiter über ihre Erfahrungen in den Projektländern werden wir neue Nachbereitungseminare für bestimmte Berufsgruppen anbieten, um diese Erfahrungen besser für die zukünftige Projektarbeit nutzen zu können.

Öffentlichkeitsarbeit/ Advocacy

Unsere Medien- und Öffentlichkeitsarbeit orientiert sich weiterhin an der Kommunikationsstrategie des internationalen Netz-

werkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** mit folgenden Zielen: 1. Erhöhung der Sichtbarkeit unserer humanitären medizinischen Arbeit; 2. Steigerung der Akzeptanz der Organisation – vor allem in den Einsatzländern; 3. Verbesserung der Einflussnahme auf internationale Akteure der humanitären Hilfe zu Gunsten der betroffenen Bevölkerung.

Im Jahr 2015 wird der Ebola-Epidemie in Westafrika weiterhin eine wichtige Rolle in unserer Medien- und Advocacyarbeit zukommen. Für April ist dazu eine Konferenz mit Vertretern aus der humanitären Hilfe, Politik und Wissenschaft in Berlin geplant. Darüber hinaus wird die Lage im Südsudan, in der Zentralafrikanischen Republik, in der Ukraine, in Syrien und Afghanistan im Vordergrund unserer Öffentlichkeitsarbeit stehen. Auch die derzeitigen Schwächen des internationalen humanitären Systems sowie die schwierigen Sicherheitsbedingungen für humanitäre Helfer in vielen Kontexten werden wir thematisieren.

Die dringend benötigte Forschung und Entwicklung zur Behandlung resistenter Tuberkulose und anderer vernachlässigter Krankheiten wird im Jahr 2015 ein weiterer Schwerpunkt sein. Im Februar 2015 hat **ÄRZTE OHNE GRENZEN** zusammen mit der Deutschen Lepra- und Tuberkulosehilfe, der BUKO-Pharmakampagne sowie Brot für die Welt deshalb bereits zum zweiten Mal den Memento-Preis für vernachlässigte Krankheiten verliehen. Darüber hinaus planen wir, das Thema besonders auch anlässlich des G7-Gipfels in Deutschland auf die öffentliche und politische Agenda zu bringen und damit Einfluss auf deutsche Entscheidungsträger zu nehmen.

Wir werden uns zudem für den Zugang zu kostengünstigen Impfstoffen für Menschen in Krisengebieten einsetzen und planen dazu mehrere öffentliche Kampagnen. Den Auftakt hierzu bildete ein öffentlicher medienwirksamer Protest gegen überhöhte Impfstoffpreise anlässlich der Geberkonferenz der globalen Impfallianz Gavi im Januar in Berlin.

Die im Jahr 2014 verabschiedete Strategie zur Nutzung digitaler Medien soll im Jahr 2015 weiter implementiert werden. Dabei planen wir, neben der Nutzung neuer Kanäle unsere Präsenz auf den bisherigen Social Media-Plattformen weiter auszubauen und 18.000 Follower auf Twitter sowie 150.000 Fans bei Facebook zu erreichen. Darüber hinaus soll die Suchmaschinenoptimierung ausgebaut und ein neues E-Mailingkonzept umgesetzt werden.

Die Freiluft-Ausstellung „Im Einsatz mit **ÄRZTE OHNE GRENZEN**“ wird im Jahr 2015 in vier Städten zu sehen sein. Damit sollen 9.000 Besucher erreicht werden. Mit zahlreichen weiteren Veranstaltungen wollen wir das Interesse für aktuelle Themen und Herausforderungen der humanitären Hilfe wecken. Dazu gehört auch der Humanitäre Kongress in Berlin, der sich in diesem Jahr mit dem Schwerpunktthema „Learning from Failure“ beschäftigen wird. Ebenso soll die Gesprächsreihe „Dialog ohne Grenzen“ fortgesetzt werden.

V. INTERNES KONTROLLSYSTEM (IKS) UND RISIKOMANAGEMENTSYSTEM

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 Generally Accepted Accounting Principles“ (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.

Die Planung des nachfolgenden Geschäftsjahres, die Erstellung und Kontrolle der Budgets und die unterjährige Berichterstattung an den Vorstand sind wichtige Bestandteile des internen Steuerungssystems. Im Jahr 2012 wurde für die deutsche Sektion vom Vorstand ein Strategieplan für die Jahre 2013 bis 2015 verabschiedet. Auf diesem Plan basierend wurden Ziele für den Jahresplan 2015 sowie Maßnahmen und Strategien zur Zielerreichung erarbeitet, ein detailliertes Budget auf Kostenstellenbasis erstellt und vom Vorstand verabschiedet. Im jeweils laufenden Geschäftsjahr werden in Form von monatlichen Management-Reports Plan und Ist abgeglichen. Gleichzeitig wird eine Analyse der Einnahmen durchgeführt und eine aktualisierte Liquiditätsplanung erstellt. Im Jahr 2014 wurde der Strategieplan für die Jahre 2013 bis 2015 auf das Jahr 2017 ausgedehnt. 2015 wird ein neuer Strategieplan für die Jahre 2016 bis 2019 entwickelt und vom Vorstand verabschiedet werden.

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, das auf dem internationalen Standard ISO 31000 basiert, umgestellt. Damit ist nun eine softwarebasierte Kalkulation der notwendigen finanziellen Reserven möglich.

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

Im Bereich der Spendergewinnung und -verwaltung (Fundraising) wendet ÄRZTE OHNE GRENZEN ein Qualitätsmanagement an. Dieses wird jährlich vom TÜV nach DIN ISO 9001 zertifiziert und stellt sicher, dass die mit dem Fundraising verbundenen Arbeitsprozesse den geforderten Qualitätsstandards entsprechen und laufend optimiert werden.

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 Haushaltsposten und der Finanzbuchhaltung abgeglichen. Die Spendeneinnahmen werden täglich überwacht, um die Ergebnisse besser analysieren und gegebenenfalls notwendige Maßnahmen umgehend ergreifen zu können. Dieses Vorgehen hat sich auch 2014 im Zusammenhang mit dem Ebola-Einsatz bewährt. In diesem Kontext musste darauf hingearbeitet werden, dass nicht mehr zweckgebundene Spenden eingehen, als in den Projekten vor Ort ausgegeben werden können. Die 2010 erarbeitete Fünf-Jahres-Strategie für die Fundraising-Abteilung für die Jahre 2011 bis 2015 dient als wichtiges Steuerungselement. 2015 wird eine neue Fundraising-Strategie für die Jahre 2016 bis 2019 entwickelt und vom Vorstand verabschiedet 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-Ratio). Für die Berechnung dieser Kennzahlen gibt es Vorgaben im internationalen Netzwerk. Sie sollen die Überwachung der Angemessenheit der Ausgaben langfristig gewährleisten.

Um ein dynamisches und innovatives Management sicherzustellen, gibt es seit 2012 eine Rotationsrichtlinie, die vorsieht, dass Mitglieder des Management-Teams (Geschäftsführung und Abteilungsleitungen) ihren Posten maximal sechs Jahre ausüben sollen.

Die Projekte des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN werden mit eigenen internationalen und nationalen Mitarbeitern durchgeführt. 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 projekt-durchführenden Sektionen selbst, teilweise durch andere Sektionen von ÄRZTE OHNE GRENZEN. In finanziell vertretbarem Umfang werden auch externe Wirtschaftsprüfer hinzugezogen.

Alle von ÄRZTE OHNE GRENZEN finanzierten Projekte werden von ÄRZTE OHNE GRENZEN selbst durchgeführt. Es werden keine finanziellen Mittel an andere projektdurchführende Organisationen außerhalb des Netzwerkes weitergereicht.

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 Regelwerkes (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 2014 kann erst nach Vorliegen der Einzelabschlüsse der Sektionen und der weiteren Einheiten erstellt werden und liegt im Juni 2015 vor.

Berlin, 14. April 2015

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (MSF) – ÄRZTE OHNE GRENZEN, Deutsche Sektion e. V.
Der Vorstand und die Geschäftsführung



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 2014 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, vermittelt insgesamt ein zutreffendes Bild von der Lage des Vereins und stellt die Chancen und Risiken der zukünftigen Entwicklung zutreffend dar.

Berlin, 15. April 2015

Ernst & Young GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Seidel
Wirtschaftsprüfer

Weinberg
Wirtschaftsprüfer



A-Z: KLEINES LEXIKON DER FACHBEGRIFFE

Antiretrovirale

Kombinationstherapie, ART

Kombination aus Medikamenten zur Behandlung von → HIV/Aids. Die antiretrovirale Kombinationstherapie besteht meist aus drei kombinierten Wirkstoffen, so sollen → Resistenzen gegen einzelne Wirkstoffe verhindert werden. Die Präparate hemmen die Vermehrung des Virus und führen damit eine Erholung des Immunsystems herbei. Das Leben vieler Patienten wird durch die Therapie erheblich verlängert, die Lebensqualität steigt.

Cholera

Schwere, lebensgefährliche Durchfallerkrankung, die durch Erregervarianten des Bakteriums *Vibrio cholerae* hervorgerufen wird. Unbehandelt führt sie bei bis zu 40 Prozent der Fälle zum Tod. Die Übertragung erfolgt durch verschmutztes Wasser, verunreinigte Lebensmittel oder direkten Kontakt mit Infizierten. ÄRZTE OHNE GRENZEN isoliert die Patienten in Behandlungszentren und therapiert sie vor allem mit einer speziellen Rehydrationslösung, um den hohen Elektrolyt- und Flüssigkeitsverlust auszugleichen. So kann die Sterblichkeit meist auf unter ein Prozent gesenkt werden.

Ebola

Ebola ist eine durch Viren verursachte Erkrankung. Je nach Virusstamm liegt die Sterblichkeit bei 25 bis 90 Prozent der Erkrankten. Die Inkubationszeit beträgt zwei bis 21 Tage. Infizierte sind nur ansteckend, wenn sie Symptome zeigen. Anders als Grippe-Viren wird das Ebola-Virus nicht über die Luft übertragen, sondern über Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel, Urin und Schweiß. Es gibt derzeit weder eine Therapie, noch eine Impfung gegen Ebola. Man kann allerdings die Symptome behandeln und so die hohe Sterblichkeit verringern. Patienten, die zum Beispiel infolge starken Durchfalls dehydriert sind, bekommen eine spezielle Rehydrationslösung oder Infusionen.



Untersuchung in einem Ebola-Behandlungszentrum in Sierra Leone.

© Sylvain Cherkauoi

HIV/Aids

Aids ist eine Immunschwächekrankheit, die durch das HI-Virus verursacht wird. Nach Angaben der UN sind weltweit mehr als 35,3 Millionen Menschen infiziert, ungefähr 1,6 Millionen Menschen sterben jährlich an den Folgen der HIV-Infektion. Zwei Drittel aller HIV-Infizierten leben in Afrika, südlich der Sahara. HIV/Aids zählt neben → Tuberkulose, → Malaria, Lungen-

entzündungen und infektiösen Durchfallerkrankungen zu den häufigsten Todesursachen in ärmeren Ländern. Die Therapie ist zweigleisig: Um die Vermehrung der Viren zu hemmen, werden antiretrovirale Medikamente (→ Antiretrovirale Kombinationstherapie, ART) eingesetzt. Treten aufgrund des geschwächten Immunsystems zusätzliche Krankheiten auf, werden diese gezielt behandelt.

Impfkampagne

Besteht die Gefahr einer Epidemie, beispielsweise durch → Masern, wird die Bevölkerung in dem betroffenen Gebiet geimpft, um weitere Ansteckungen mit der Krankheit zu verhindern. Jede geimpfte Person wird registriert und erhält einen Impfpass. Oft werden bei einer Kampagne mehrere Zehntausend Menschen erreicht.



Steriles Wasser zur Verdünnung von Impfmitteln. © Phil Moore

Kala-Azar

Gefährlichste Form der Infektionskrankheit Leishmaniose, die durch eine Art der Sandfliege übertragen wird. Kala-Azar greift das Immunsystem an und kann tödlich verlaufen. Obwohl sich weltweit 200.000 bis 400.000 Menschen jährlich neu infizieren, ist die Krankheit in den Industrieländern weitgehend unbekannt.

Malaria

Häufigste Tropenkrankheit, die durch die weibliche Anopheles-Mücke übertragen wird. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erkranken jährlich rund 200 Millionen Menschen an Malaria. Nach ersten grippeähnlichen Symptomen kommt es im weiteren Krankheitsverlauf zu den charakteristischen Fieberschüben; unbehandelt kann es zu einem schweren Verlauf kommen, der Organschäden verursacht. Insbesondere die Kindersterblichkeit ist bei Malaria sehr hoch. ÄRZTE OHNE GRENZEN hat in vielen Ländern als erste Organisation einen zuverlässigen Schnelltest zur Diagnose eingesetzt und behandelt Patienten mit Kombinationspräparaten.

Mangelernährung

Wenn Kinder einzelne oder mehrere Nährstoffe nicht in ausreichenden Mengen zu sich nehmen, kommt es zu Mangelernährung. Vor allem bei kleinen Kindern hat dies lebensbedrohliche Folgen: Sie wachsen verzögert, entwickeln sich langsamer und werden anfälliger für Krankheiten. Wenn ein Kind weniger als 75 Prozent seines größenentsprechenden Gewichts wiegt, bezeichnet man es als schwer mangelernährt.



Armaßband zum schnellen Testen des Ernährungszustands. © Remi Djian/MSF

Masern

Die Krankheit zählt in ärmeren Ländern zu den häufigsten Todesursachen bei Kindern. Besteht die Gefahr einer Masern-Epidemie oder ist eine solche bereits ausgebrochen, führt ÄRZTE OHNE GRENZEN in dem betroffenen Gebiet flächendeckende → Impfkampagnen durch. Der Impfstoff muss ununterbrochen gekühlt werden.

Mobile Klinik

Kleinste und flexibelste Form der Gesundheitsversorgung. Vor allem in unwegsamen, entlegenen oder schwach bevölkerten Gebieten werden Menschen so medizinisch betreut. Das Team, bestehend aus zwei bis vier Ärzten oder Krankenpflegern und einem Logistiker, erreicht die entlegenen Regionen mit dem Geländewagen, Boot oder Esel, führt dort Untersuchungen durch und gibt Medikamente aus. Wenn nötig, organisiert das mobile Team den Transport von Patienten ins nächstgelegene Krankenhaus.



Mobile Klinik in der Zentralafrikanischen Republik. © Jeroen Oertlemans

Psychologische Hilfe

Hilfe zur Bewältigung psychischer Traumata, zum Beispiel nach Naturkatastrophen oder in Kriegsgebieten. Häufig findet die Therapie in Form von Gruppen- oder Einzelgesprächen statt, die von ausgebildeten Beratern begleitet werden. Die Sitzungen sind an die jeweiligen kulturellen und sozialen Bedingungen angepasst.

Resistenz

Eingeschränkte oder fehlende Sensitivität von Krankheitserregern gegenüber Medikamenten, die dadurch ihre Wirksamkeit verlieren. Resistenzen bilden sich, wenn Medikamente nicht vorschriftsmäßig oder über sehr lange Zeiträume eingenommen werden. Multiresistente und extrem resistente Formen einer Erkrankung sind besonders schwer oder gar nicht mehr behandelbar, etwa bei → Tuberkulose.

Schlafkrankheit

Die Schlafkrankheit (Afrikanische Trypanosomiasis) wird durch die Tsetse-Fliege übertragen und führt ohne Behandlung zum Tod. Im Endstadium schädigen die Parasiten das zentrale Nervensystem, was zu Schlafstörungen, Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus, Verhaltensänderungen, geistiger Verwirrung und schließlich zum Tod führt.

Triage

Triage ist ein wichtiges Prinzip bei der Patientenaufnahme, das zum Ziel hat, schnellstmöglich die richtige Behandlung zu ermitteln und eine Reihenfolge der Patienten nach Dringlichkeit festzulegen. Anlass zur Triage können plötzliche Anträge von Verletzten aufgrund von Katastrophen, Kriegen oder Unfällen sein.

Trinkwasser

Sauberes Trinkwasser ist eine Voraussetzung zum Überleben und zur Vermeidung von Krankheiten. Mitarbeiter bohren Brunnen, organisieren Wassertransporte oder pumpen Flusswasser ab und reinigen (entkeimen) es, meist mit Chlor. Mindestens fünf Liter pro Tag braucht ein Mensch im Flüchtlingslager zum Überleben, Ziel sind jedoch mindestens 20 Liter zum Trinken, Waschen und Kochen.

Tuberkulose

Weltweit verbreitete und infektiöse Krankheit, die durch Mykobakterien verursacht wird. Häufig tritt sie zusammen mit → HIV/Aids auf. Jährlich erkranken rund neun Millionen Menschen an Tuberkulose, fast 500.000 an einer multiresistenten Form. In solchen Fällen sind die Krankheitserreger gegen die beiden wichtigsten Tuberkulose-Medikamente resistent, was die Behandlung erschwert (→ Resistenz). Die Heilungsraten liegen bei etwa 60 Prozent, die Kosten für die langwierige Behandlung betragen viele Tausend Euro.



TB-Patient in Kirgisistan.

© Pierre-Yves Bernard/MSF

Vernachlässigte Krankheiten

Jährlich infizieren sich Millionen Menschen mit Krankheiten wie → Kala-Azar, → Malaria oder der → Schlafkrankheit. Weil diese Krankheiten häufig nur in den ärmeren Ländern vorkommen, ist die Entwicklung von Medikamenten nicht lukrativ und wird vernachlässigt. Daher stellt die Behandlung von vernachlässigten Krankheiten einen der Schwerpunkte der Arbeit von ÄRZTE OHNE GRENZEN dar. Die Organisation behandelt Betroffene und setzt sich dafür ein, dass neue und effektive Arzneimittel, Impfstoffe sowie Diagnostika entwickelt werden und zu erschwinglichen Preisen auf den Markt kommen.



DANKESCHÖN!

LIEBE UNTERSTÜTZERINNEN UND UNTERSTÜTZER,

nur mit Ihrer Spende können wir helfen – und im vergangenen Jahr war Ihre Unterstützung besonders großzügig. Wir freuen uns sehr über die vielen verlässlichen Dauerspender, die unsere Hilfe schnell und unbürokratisch möglich machen. Im Jahr 2014 haben wir zudem außerordentlich viele neue Spender dazugewonnen.

Wir bedanken uns herzlich für
all die zuverlässige Unterstützung

... bei insgesamt 543.728 Spenderinnen und Spendern, die an **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gespendet haben – 155.534 Menschen dürfen wir als neue Unterstützer bei **ÄRZTE OHNE GRENZEN** begrüßen. Herzlich Willkommen!

... bei 950 Unterstützern, die ihre Geburtstage, Hochzeiten oder Jubiläen zugunsten von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gefeiert haben.

... bei 190 Stiftungen, die uns mit Zuwendungen bedacht haben.

... bei 953 Unterstützern, die eigenes Engagement für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gezeigt haben – und Benefiz-Veranstaltungen wie Läufe, Basare, Konzerte und Sammlungen initiiert haben.

... bei 11.777 Firmen, die uns mit einer Spende unterstützt haben.

... bei 1.302 Firmen, die an der Aktion „Unternehmen Weihnachtsspende“ teilgenommen haben.

... bei 145 Menschen, die uns im Jahr 2014 mit einer Erbschaft bedachten.

... bei 585 Menschen, die im Namen eines Verstorbenen um Spenden für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gebeten haben.

Wir hören nicht auf zu helfen,

... denn wir finden, dass Menschen in Not ein Recht auf unabhängige und professionelle medizinische Hilfe haben. Hören Sie nicht auf zu spenden, denn unsere Arbeit braucht Unterstützer wie Sie. Vielen Dank!



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



ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK: Mobile Klinik nahe Bambari © Jeroen Oerleman

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



ÄTHIOPIEN: Mutter-Kind-Projekt in Sidama © Matthias Steinbach

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



ÄTHIOPIEN: Ein Team auf dem Weg nach Sidama © Matthias Steinbach



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

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

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

Zweigstelle Bonn
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.
Rosenstraße 10, 53111 Bonn
Tel. 0228 55 950-0
Fax 0228 55 950-420

