



# JAHRES BERICHT 2012

# WER WAR WO?

**2012 arbeiteten die Teams des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN in rund 70 Ländern. Über die deutsche Sektion sind insgesamt 292 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie Ärzte/innen, Krankenschwestern und -pfleger, Logistiker/innen und Hebammen in die Einsatzländer gereist.**

## 1 AFGHANISTAN

Fernando Galvan/Projektkoordinator, Christoph Hey/Logistiker, Andrea Magaard/Anästhesistin, Elmar Mehring/Arzt, Kathleen Nicolaus (2x)/Logistikerin, Bettina Pöpping (2x)/Laborantin, Anja Schmidt/Ärztin, Nikos Georgios Vasiliadis/Arzt

## 2 ÄGYPTEN

Andreas Spaett/Logistikkoordinator

## 3 ARMENIEN

Irene Malvina Haupt/Psychosoziale Beraterin, Elisabeth Kromemeyer/Krankenschwester, Gisela Skrobek-Engel/Krankenschwester

## 4 ÄTHIOPIEN

Petra Becker/Projektkoordinatorin, Anja Biemann/Hebamme, Janine Bilsing/OP-Schwester, Jenny Dörnemann/Ärztin, Stephan Gubsch/Logistiker, Andreas Hansmann/Gesundheitsberater, Irene Malvina Haupt/Gesundheitsberaterin, Brigitte Häusle/Laborantin, Paul Holzweber/Logistiker, Verena Krön/Hebamme, Stefanie Künzel/Administratorin, Carolin Meinus/Ärztin, Henrike Meyer/Chirurgin, Frauke Ossig/Projektkoordinatorin, Verena Peters/Ärztin, Jürgen Popp/Projektkoordinator, Peter Rinker (2x)/Projektkoordinator, Matthias Segerer/Logistiker, Claudia Stephan/Projektkoordinatorin, Kolja Stille/Medizinischer Projektteamleiter, Joachim Tisch/Logistikkoordinator

## 5 BAHRAIN

Stefan Hilscher/Psychosozialer Berater

## 6 BANGLADESCH

Anja Drame/Logistikerin, Katy Gruber/Krankenschwester, Verena Krön/Hebamme, Martin Macholz/Arzt, Chris Ringtho/Logistiker, Lucia Ringtho/Landeskoordinatorin, Oksana Stolnikova/Psychosoziale Beraterin, Jan Wulf/Logistiker

## 7 BURUNDI

Volker Herzog/Chirurg, Veronika Siebenkotten-Branca/Ärztin

## 8 DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO

Haled Al-Hashimi/Administrator, Jutta Bachmann/Projektkoordinatorin, Stefan Birckmann/Krankenpfleger, Annegret Bosert/Ärztin, Ilka Brodt/Krankenschwester, Stefanie Dittmann/Medizinische Projektteamleiterin, Katrin Draber/Ärztin, Henrike Elbert/Hebamme, Anja Engel/Projektkoordinatorin, Matthias Felber/Arzt, Leonardo Figueroa Ibacache/Logistiker, Richard Cece Gbamou/Logistiker, Isabelle von Glasenapp/Ärztin, Janna Greve/Administratorin, Elisabeth Groß/Administratorin, Frank Gusinde/Logistiker, Maike Hadenfeldt/Krankenschwester, Angelika Herb/Projektkoordinatorin, Gregor Hotz/Logistiker, Gudrun Jellinghaus/Anästhesistin, Natalie Junkersdorf/Krankenschwester, Jan Kanzleiter/Logistikkoordinator, Bernd Kessler (2x)/Chirurg, Wibke Keßler/Krankenschwester, Thomas Kratz/Medizinischer Projektteamleiter, Emilie Kuhn/Logistikerin, Inken Lehmann/Ärztin, Bernhard Mager/Chirurg, Mirka Meyer/Projektkoordinatorin, Katrin Mielck/Projektkoordinatorin, Amadeus von der Oelsnitz/Medizinischer Projektteamleiter, Luise Petersen/Krankenschwester, Wencke Petersen/Administratorin, Christian Poblth (4x)/Logistikkoordinator, Christa Puhl/Logistikerin, Jens Raab/Administrator, Anke Raber/Projektkoordinatorin, Massimiliano Rebaudengo/Projektkoordinator, Hans-Peter Richter/Chirurg, Michael Schmidt/Logistiker, Melanie Silbermann (2x)/Medizinische Koordinatorin, Andreas Spaett/Logistikkoordinator, Susa Stein/Krankenschwester, Marcus Stettin/Logistiker, Jacques Tshiang Tshiananga/Epidemiologe, Ruth Ulrich/Ärztin, Clausjörg Walter/Chirurg, Jan Walter/Epidemiologe, Klaus Weidenbrücher/Logistiker, Niko Wiesner/Logistiker

## 9 ELFENBEINKÜSTE

Andrea Czekanski/Apothekerin, Stefanie Künzel/Finanzkoordinatorin

## 10 GUINEA

Daniel Mouqué/Projektkoordinator

## 11 HAITI

Marita Anwander/Ärztin, Martine Neeltje Blom/Logistikerin, Mareike Böllmann/OP-Schwester, Tatjana Dinkelaker/Chirurgin, Claudia Evers/Landeskoordinatorin, Christoph von Hasselbach/Chirurg, Judith Herrmann/OP-Schwester, Sebastian Jung/Logistiker, Susanne Kreutzer/Anästhesistin, Susanne Meiser/Chirurgin, Carolin Möhrke/Ärztin, Wencke Petersen/Administratorin, Jens Raab/Administrator, Matthias Richter-Turtur/Chirurg, Oliver Schulz/Landeskoordinator, Anika Schwarzmann/Apothekerin, Margarete Sepulveda Calfucura/Krankenschwester, Marcus Stettin/Administrator

## 12 INDIEN

Martin Frank/Arzt, Sandra Hufnagel/Ärztin, Christoph Jankhöfer/Logistikkoordinator, Barbara von Keßler/Anästhesistin, Karola Klaperski/Ärztin, Jennifer Köb/Krankenschwester, Nicole Langer/Psychosoziale Beraterin, Nerida Mönter/Ärztin, Kathrin Saube/Krankenschwester, Anja Schmidt/Ärztin, Dagmar Steinmetz/Krankenschwester, Julia Stempel/Psychosoziale Beraterin

## 13 IRAK

Tanja Karen/Ärztin, Volker Lankow/Projektkoordinator, Sonja Schmidtke/Krankenschwester, Klaus Volmer/Arzt, Clausjörg Walter/Chirurg, Anja Wolz/Projektkoordinatorin

## 14 JEMEN

Katharina Bayer/Ärztin, Carla Böhme/Chirurgin, Ulrich Dittmer/Anästhesist, Christiane Lagrave-Jürgens/Anästhesistin, Christian Renken/Anästhesist, Heiko Schmitz/Chirurg, Dorrit Wagner/Administratorin, Birgitt Wenzel-Wierich/Anästhesistin, Robert Wessendorf/Anästhesist

## 15 JORDANIEN

Volker Lankow/Projektkoordinator

## 16 KAMBODSCHA

Iris Dvorak/Ärztin, Karin Hergarden/Epidemiologin, Jaspal Singh Kaeda/Laborant, Andreas Neunert/Arzt, Sabine Nidermajer/Laborantin, Bettina Pöpping/Laborantin

## 17 KAMERUN

Claudia Beiersmann/Epidemiologin, Anja Wolz/Medizinische Koordinatorin

## 18 KENIA

Elisabeth Lipsewers/Medizinische Projektteamleiterin, Ali Ouatara/Medizinischer Koordinator, Gabriele Reichelt/Ärztin, Sandra Sedlmaier/Hebamme

## 19 KIRGISISTAN

Ellen Wiegel/Krankenschwester

## 20 KOLUMBIEN

Natalie Junkersdorf/Krankenschwester

## 21 LIBANON

Anja Wolz/Projektkoordinatorin

## 22 LIBYEN

Jutta Bachmann/Medizinische Koordinatorin, Claudia Evers/Projektkoordinatorin, Nicole Langer/Psychosoziale Beraterin

## 23 MALAWI

Carmen Heeg/Krankenschwester, Katharina Hermann/Krankenschwester, Christina Jung (2x)/Assistentin Medizinische Koordination, Gabriela Majkut/Ärztin, Daniel von Rège/Projektkoordinator, Sabine Weingast/Hebamme

## 24 MOSAMBIK

Jan Walter/Epidemiologe

## 25 MYANMAR

Christine Braun/Projektkoordinatorin, Claire Chenot/Projektkoordinatorin, Tina Varga/Projektkoordinatorin

## 26 NIGER

Solveig Köbel/Ärztin, Hannah Schumann/Ärztin, Wolfgang Weber/Epidemiologe

## 27 NIGERIA

Petra Becker/Projektkoordinatorin, Christine Braun/Administratrin, Matthias Göddecke/Anästhesist, Martin Hofmeister/Chirurg, Miriam Kaiser/Ärztin, Ulrike Krebs/Krankenschwester, Helmut Lux/Chirurg, Marta Majewska/Personalkoordinatorin, Inga Osmers/Chirurgin, Ariane Petney/Gesundheitsberaterin, Hannes Pietschmann/Chirurg, Peter Rinker/Projektkoordinator, Lolimar del Valle Rojas Rosas/Anästhesistin, Brigitte Rospert/Anästhesistin, Anike Schirmer/Krankenschwester, Carla Schwanfelder/Ärztin, Christiane Tennhardt/Ärztin, Alexandra Wanner/Krankenschwester, Isabel Weese/Projektkoordinatorin, Michael Winter (4x)/Chirurg

## 28 PAKISTAN

Philip de Almeida/Arzt, Jutta Bachmann/Medizinische Koordinatorin (2x), Anja Biemann/Hebamme, Anja Braune/Projektkoordinatorin, Philipp Burtzlauff/Logistiker (2x), Kathrin Dongus/Ärztin, Franziska Göttele/Ärztin, Petra Gröger-Rodenbäck/Anästhesistin, Bertrand Ilg/Medizinischer Projektteamleiter, Wolfgang Kaiser/Berater, Isabel Klitzsch/Krankenschwester, Klaus Konstantin/Anästhesist, Bernhard Mager/Chirurg, Waltraud Martin/Anästhesistin, Henrike Meyer/Chirurgin, Anna Morris/Krankenschwester, Siw Müller/Personalkoordinatorin, Massimiliano Rebaudengo (2x)/Projektkoordinator, Nadia Safar/Ärztin, Susa Stein (2x)/Medizinische Projektteamleiterin, Birgitt Wenzel-Wierich/Anästhesistin, Alexander Wessel/Krankenpfleger, Robert Wessendorf/Anästhesist

## 29 PALÄSTINENSISCHE AUTONOMIEGEBIETE

Jörg Fimpeler (2x)/Anästhesist, Stefan Krieger/Chirurg, Hannes Pietschmann/Chirurg

## 30 PAPUA-NEUGUINEA

Oliver Adams (2x)/Anästhesist, Anja Engel/Logistikkoordinatorin, Christine Roloff/Personalkoordinatorin, Katja Senkel/Ärztin, Martina Spitz/Ärztin, Claudia Stephan/Projektkoordinatorin, Siegfried Weszkalny/Finanzkoordinator

## 31 RUSSISCHE FÖDERATION

Fernando Galvan/Landeskoordinator, Emilie Kuhn/Logistikerin

## 32 SIERRA LEONE

Philip de Almeida/Arzt, Elena Baumann/Ärztin, Martin Frank/Arzt, Stan Gorski/Arzt, Christoph Hey/Logistiker, Katrin Klein/Ärztin, Sebastian Neugebauer/Logistiker, Irmgard Posch/Ärztin

## 33 SIMBABWE

Michael Bader/Logistikkoordinator, Dietrich Gröbe/Logistiker, Saskia Rössing/Ärztin, Julika Steinberg/Ärztin, Florian Vogt/Epidemiologe

## 34 SOMALIA

Brit Häcker/Ärztin, Philipp Lindauer/Arzt, Turid Piening/Medizinische Koordinatorin, Philip Reuter/Arzt, Sebastian Weber/Landeskoordinator

## 35 SÜDAFRIKA

Katharina Schmidt/Laborantin

## 36 SÜDSUDAN

Gesine Agena/Hebamme, Haled Al-Hashimi/Logistiker, Heidi Anguria/Krankenschwester, Juan Bascopé Romero/Logistikkoordinator, Ruben Baudisch/Administrator, Carla Böhme/Chirurgin, Stefan Cordes/Logistiker, Stefanie Dittmann/Medizinische Projektteamleiterin, Joseph Duku/Logistiker, Monika Eger-Weess/Logistikerin, Nina Egger-Büssing/Administratorin, Thomas Eichholz/Arzt, Annette Eidemüller/Ärztin, Anna Eschweiler/Apothekerin, Tessa Fuhrhop/Personalkoordinatorin, Felix Gärtner/Administrator, Dennis Granowski/Chirurg, Patricia Günther/Hebamme, Ines Hake/Medizinische Koordinatorin, Angelika Herb/Projektkoordinatorin, Volker Herzog/Chirurg, Christoph Hey/Logistiker, Georg Holland/Logistiker, Tobias Homann/Logistiker, Katrin Jullien/Projektkoordinatorin, Christiane Jungermann/Krankenschwester, Lucia Junk/Ärztin, Roland Kersten/Berater, Reinhard von Kietzell/Arzt, Sigrid Köck-Sauvagerd/Krankenschwester, Sigrid Kopp/Hebamme, Jennifer Kowal/Krankenschwester, Dana Krause/Landeskoordinatorin (2x), Steffen Leiser/Logistiker, Tobias Löw/Krankenpfleger, Elmar

Mehring/Arzt, Mirka Meyer/Projektkoordinatorin, Anna Morris/Medizinische Projektteamleiterin, Frauke Ossig/Projektkoordinatorin, Sabrina Othman/Ärztin, Hartmut Pacht/Medizinischer Projektteamleiter, Christian Pobloth/Logistikkoordinator, Paul Randles (2x)/Logistiker, Annika Rzaza/Hebamme, Michael Schaefers/Logistiker, Joachim Schneider/Chirurg, Sonja Schumacher (2x)/Ärztin, Annika Schwarzmann/Apothekerin, Julia Stempel/Psychosoziale Beraterin, Claudia Stephan/Projektkoordinatorin, Oksana Stolnikova/Psychosoziale Beraterin, Joachim Tisch/Logistikkoordinator, Katharina Uhlmann (2x)/Personalkoordinatorin, Fabienne Vilette/Finanzkoordinatorin, Dirk Vogel/Log-Mechanic, Dorrit Wagner/Administratorin, Hubert Wiczorek/Arzt

## 37 SWASILAND

Erkin Chinasylova/Ärztin, Oliver Moldenhauer/Referent für humanitäre Angelegenheiten

## 38 SYRIEN

Patricia Günther/Hebamme, Brigitte Rospert/Anästhesistin, Tankred Stöbel/Arzt, Michael Winter/Arzt

## 39 TADSCHIKISTAN

Anniemieke Bont/Gesundheitsberaterin, Tomislav Dunderovic/Logistiker, Christoph Höhn/Arzt, Sabine Nidermajer/Laborantin, Anika Schwarzmann/Apothekerin

## 40 TSCHAD

Cordula Barthe/Ärztin, Claudia Beiersmann/Epidemiologin, Miran Ebrahimzadeh/Arzt, Khalid Grein/Projektkoordinator, Benjamin Jonas/Logistiker, Anja Junker/Ärztin, Jan Kanzleiter/Logistikkoordinator, Oliver Kleine/Logistiker, Sigrid Kopp/Hebamme (2x), Mirka Meyer/Projektkoordinatorin, Christa Puhl/Administratorin, Margaretha Saker/Krankenschwester, Mariel Selter/Ärztin, Petra Stadler/Laborantin

## 41 TÜRKEI

Florian Asis Schulz/Logistiker

## 42 UGANDA

Renate Bittrich/Krankenschwester, Inga Burgmann/Finanzkoordinatorin, Markus Fritsch/Psychosozialer Berater, Karin Herdgen/Epidemiologin, Sebastian Neugebauer/Logistiker,

## 43 USBEKISTAN

Barbara Breig/Psychosoziale Beraterin, Andreas Bründer/Landeskoordinator, Katy Gruber/Krankenschwester, Stephan Gubsch/Logistiker, Jorge Rojas Mahecha/Logistiker, Natalia Sergeeva/Referentin für humanitäre Angelegenheiten

## 44 ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK

Kathrin Austrup/Apothekerin, Inga Burgmann/Administratorin, Jenny Dörnemann/Ärztin, Heike Elm/Krankenschwester, Andreas Ewen/Arzt, Jochen Fröhlich/Logistiker, Günter Fröschl/Arzt, Volker Herzog/Chirurg, Katrin Jullien/Projektkoordinatorin, Oliver Kleine/Logistiker, Florentina Kosely/Ärztin, Theodoros Krommydakis/Arzt, Susanne Lang/Krankenschwester, Claus Lehr/Logistiker, Andreas Lindner/Arzt, Jantina Mandelkow/Medizinische Projektteamleiterin, Siw Müller/Personalkoordinatorin, Maria Overbeck/Medizinische Koordinatorin, Karl Rheinwald/Chirurg, Nadia Safar/Ärztin, Sibylle Sang/Ärztin, Christine Schanze/Krankenschwester, Michael Schmidt/Assistent Logistikkoordinatorin, Margarete Sepulveda Calfucura/Krankenschwester, Esther Velten/Laborantin

Das internationale Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN war im Jahr 2012 in rund 70 Ländern weltweit tätig. Diese Länder sind dunkel markiert. In den Ländern, die zusätzlich mit Ziffern versehen sind, arbeiteten Mitarbeiter, die in Deutschland leben oder über das deutsche Büro ausgereist sind. Gebiete mit unklarem politischen Status sind schraffiert dargestellt.

2012 waren insgesamt 390 Projektstellen des Internationalen Netzwerks von ÄRZTE OHNE GRENZEN mit 292 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besetzt, die in Deutschland leben oder über das deutsche Büro ausgereist sind.

Berufsaufteilung:

<b>Ärztinnen/Ärzte</b>	<b>38,5%</b>
<b>Pflegepersonal und andere medizinische Berufe</b>	<b>30,0%</b>
<b>Andere Berufe</b>	<b>31,5%</b>
<b>Davon Koordinationspositionen</b>	<b>21,0%</b>

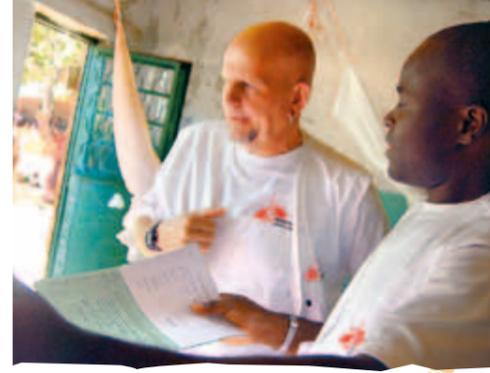
Im Jahr 2012 haben uns zudem Praktikant/innen sowie ehrenamtliche Mitarbeiter/innen in den Büros in Berlin und Bonn unterstützt. Hierfür möchten wir uns ganz herzlich bedanken.



SÜDSUDAN: Volker Herzog © Isabel Corthier



NIGERIA: Carla Schwanfelder © Olga Overbeek/MSF



D.R. KONGO: Amadeus von der Ölsnitz © Sandra Smiley/MSF



PAKISTAN: Philip de Almeida © Sam Phelps

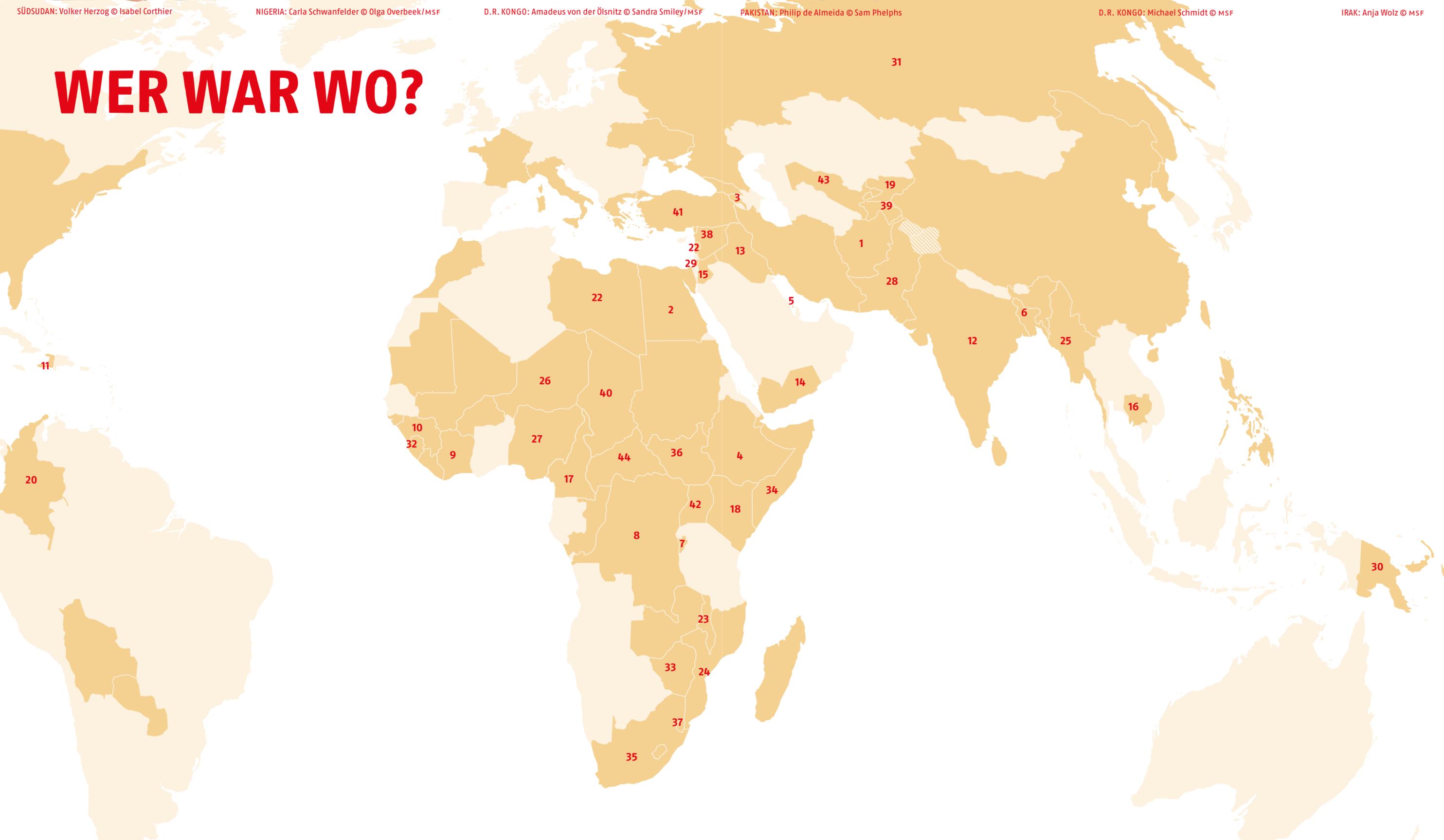


D.R. KONGO: Michael Schmidt © MSF



IRAK: Anja Wolz © MSF

# WER WAR WO?



## 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: Christian Bauer, Corinna Ditscheid, Dr. Frank Dörner, Alina Kanitz, Svenja Kühnel, Andreas Marggraf, Petra Meyer, Natalie Schmidthäussler, Oliver Moldenhauer, Tankred Stöbe, Mathias Wagner

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

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

Redaktionsschluss: 8.5.2013

Titelbild:  
SÜDSUDAN: Zehntausende Flüchtlinge aus dem Sudan brauchen dringend medizinische Versorgung.  
© Shannon Jensen

Rückseitenfoto:  
ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK: Noch ist die Behandlung der Schlafkrankheit sehr aufwendig, da es keine einfach zu verabreichenden Medikamente gibt. Das Team bereitet eine Infusion für ein erkranktes Mädchen vor.  
© Sebastian Bolesch

# INHALT 16



MOSAMBIK © Andre Francois



AFGHANISTAN © Michael Goldfarb/MSF

6



ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK © Sebastian Bolesch

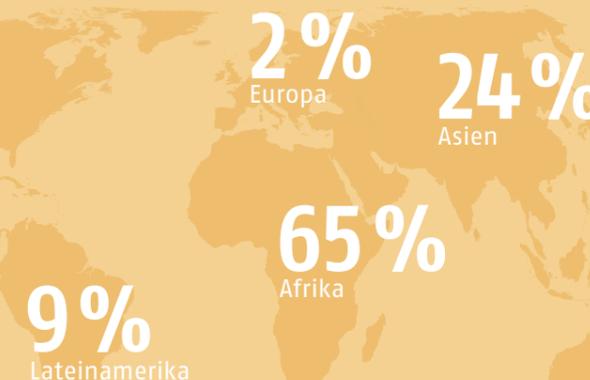
41



PAKISTAN © Sam Phelps

27

## 44 UNTERSTÜTZUNG NACH KONTINENTEN



## WER WAR WO?

Mit ÄRZTE OHNE GRENZEN im Einsatz 2012 **2**

## EDITORIAL

Dr. Frank Dörner und Dr. Tankred Stöbe über die Instrumentalisierung humanitärer Hilfe **6**

## KRISEN IM FOKUS

### SYRIEN

Bürgerkrieg: Begrenzte Möglichkeiten gegen unendliches Leid **10**

### SÜDSUDAN

Geflüchtet ins Nichts **12**

### VERNACHLÄSSIGTE KRANKHEITEN

Chagas, Malaria, Schlafkrankheit, Kala Azar, Tuberkulose **14**

### MEDIKAMENTENKAMPAGNE

Etappensieg für bezahlbare Medikamente **16**

## STRUKTUR, KONTROLLE, STRATEGIE

STRUKTUR UND GOVERNANCE **18**

### VISION UND STRATEGIE

Die Verantwortung wächst **21**

### KONTROLLE UND RISIKOMANAGEMENT

Finanzcontrolling und Überwachung in den Projekten und am Standort Deutschland **23**

## AM BEISPIEL ERKLÄRT

### KRITERIEN FÜR EINEN EINSATZ

Wann öffnen wir, wann schließen wir ein Projekt? **26**

### PAKISTAN

Hilfe für Menschen in Überschwemmungsgebieten **27**

### D.R. KONGO

Einsatz im Konfliktgebiet **28**

### TSCHAD

Impfkampagne gegen Meningitis **30**

### SWASILAND

Behandlung von (multiresistenter) Tuberkulose **32**

## PROJEKTFINANZIERUNG

### IM ÜBERBLICK

Alle aus Deutschland im Jahr 2012 mitfinanzierten Projekte **34**

### BESSERE MEDIKAMENTE

Projekte zur Förderung von Forschung und Innovation **42**

## ZAHLEN KONKRET

### FINANZIELLER ÜBERBLICK

Die Mittelverwendung 2012 **44**

### ANHANG

**46**

### LAGEBERICHT

**52**

### KLEINES MEDIZINISCHES LEXIKON

**58**

### DANKE!

**59**

# EDITORIAL



Dr. Tankred Stöbe



Dr. Frank Dörner

D. R. KONGO: Ein UN-Fahrzeug passiert ein provisorisches Vertriebenenlager in Nordosten des Landes. Tausende Menschen sind vor Kämpfen aus ihren Dörfern geflohen und hoffen auf Hilfe. © Dominic Nahr/Magnum

**Nothilfe für Flüchtlinge im Südsudan, die Programme im konfliktgeplagten Osten der Demokratischen Republik Kongo und medizinische Hilfe im syrischen Bürgerkrieg – das waren die prägendsten Einsätze von ÄRZTE OHNE GRENZEN im Jahr 2012. Der Geschäftsführer Frank Dörner und Tankred Stöbe, Vorstandsvorsitzender von ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland, reflektieren im Interview die Schwerpunkte der humanitären Arbeit im vergangenen Jahr und schildern die wesentlichen Aufgaben für die nächsten Monate und Jahre.**

## **Was waren die größten Herausforderungen im Jahr 2012?**

**FRANK DÖRNER:** Auch im vergangenen Jahr waren wir wieder mit fast unüberwindbaren Schwierigkeiten konfrontiert, weil wir in einigen Krisengebieten die Menschen kaum erreichen konnten, die unsere Hilfe dringend benötigen. Ein Beispiel ist Somalia: Zu einigen Regionen haben wir aus Sicherheitsgründen keinerlei Zugang, wir vermuten jedoch, dass die Menschen dort fast keine medizinische Versorgung haben. Gleichzeitig sind wir noch immer in großer Sorge um unsere beiden Kolleginnen, Blanca Thiebaut und Montserrat Serra, die im Oktober 2011 im somalischen Flüchtlingslager Dadaab in Kenia entführt wurden. Jeden Tag arbeiten unsere Krisen-Teams dafür, dass sie baldmöglichst freigelassen werden.

**TANKRED STÖBE:** In Syrien stehen wir ebenfalls vor einer enormen Herausforderung. Dort werden medizinische Helfer, Krankentransporte und medizinische Einrichtungen

gezielt militärisch angegriffen. Als wir in den Bergen im Norden Syriens eine Klinik eröffneten, wurde diese Region regelmäßig bombardiert. Die Bevölkerung hatte Angst, dass durch die Klinik auch ihr Dorf zur Zielscheibe werden könnte. Eine schreckliche Situation für Menschen, die dringend medizinische Hilfe benötigen.

**Das humanitäre Völkerrecht garantiert ja eigentlich allen Helfern freien und sicheren Zugang zu den Menschen, die Hilfe brauchen.**

**FRANK DÖRNER:** Wenn medizinische Hilfe nicht respektiert, sondern im Gegenteil gezielt blockiert oder angegriffen wird, dann ist dies eine klare Verletzung des Völkerrechts. Das ist in keinem Falle tolerierbar. Aber auch wenn militärische und politische Akteure die humanitäre Hilfe für sich beanspruchen, untergraben sie damit die Unparteilichkeit, Unabhängigkeit und Neutralität der Hilfsorganisationen. In Somalia zum Beispiel möchten die Vereinten Nationen die humanitäre Hilfe zur Stabilisierung des Landes in die politischen und militärischen Konzepte integrieren.

## **Was bedeutet das genau?**

**FRANK DÖRNER:** Das heißt, dass humanitäre Hilfe parallel zu den Kampfhandlungen als Teil einer militärischen Strategie eingesetzt wird. In Somalia haben wir wegen der schlechten Sicherheitslage heute schon große Schwierigkeiten, die Bevölkerung zu erreichen. Wenn nun durch diesen Schritt das Misstrauen gegen die Hilfsorganisationen weiter steigt, geraten sowohl unsere Patienten als auch unsere Mitarbeiter in noch größere Gefahr.



**ÄRZTE OHNE GRENZEN hat im Januar 2013 Außenminister Guido Westerwelle den Missbrauch der humanitären Hilfe vorgeworfen. Er hatte angekündigt, den französischen Militäreinsatz in Mali unter anderem auch mit humanitärer Hilfe zu unterstützen. Was ist daran falsch?**

**FRANK DÖRNER:** Es widerspricht den humanitären Prinzipien. Eine zentrale, international anerkannte Regel besagt, dass humanitäre Hilfe kein Instrument der Außen- und Sicherheitspolitik sein darf. Die Hilfe darf nicht dazu missbraucht werden, militärischen Interventionen ein menschlicheres Gesicht zu verleihen.

**TANKRED STÖBE:** Das Militär verfolgt primär politische und militärische Ziele. Und sobald diese Ziele mit humanitärer Arbeit vermischt werden, werden humanitäre Einrichtungen als Teil der militärischen Agenda wahrgenommen und geraten damit ins Visier der Konfliktparteien, zum Schaden der Patienten.

**FRANK DÖRNER:** Wir haben darum immer mehr Probleme, den Menschen vor Ort zu erklären, dass wir unabhängig von militärischen und politischen Interessen handeln. Wenn man uns das nicht glaubt, steigt das Risiko, selbst zum Ziel von Angriffen zu werden.

**Lässt sich denn ein direkter Zusammenhang zwischen der Instrumentalisierung der humanitären Hilfe und der Unsicherheit für die Helfer nachweisen?**

**FRANK DÖRNER:** Es ist nicht möglich, Angriffe auf medizinische Einrichtungen oder die Entführung von Helfern direkt auf solche Äußerungen zurückzuführen. Aber unsere Erfahrungen vor Ort zeigen, dass es schwieriger wird, Akzeptanz und Verständnis zu erreichen. Denn die Menschen

fragen sich natürlich, ob wir mit dem Militär zusammenarbeiten. Deshalb finanzieren wir unsere Projekte in vielen Regionen ausschließlich mit privaten Spenden, um unabhängig arbeiten zu können.

**Neben dem Missbrauch warnt ÄRZTE OHNE GRENZEN auch vor einer Kriminalisierung der humanitären Hilfe. Was ist damit gemeint?**

**FRANK DÖRNER:** Das lässt sich gut am Beispiel von Somalia erklären. Dort herrscht ein Dauerkonflikt, in dem viele internationale Akteure ihre Interessen mit Waffengewalt vertreten. Für die westlichen Regierungen, besonders die USA, steht der Kampf gegen den islamistischen Terrorismus im Vordergrund. Deshalb müssen Hilfsorganisationen nachweisen, dass ihre Hilfe keinen Gruppen zu Gute kommt, die potenziell als Mitglied eines terroristischen Netzwerks gesehen werden könnten. Das schließt Verhandlungen mit solchen Gruppen und Hilfe für die von ihnen kontrollierte Bevölkerung mit ein. Wer sich nicht daran hält und trotzdem hilft, kann sogar verklagt werden.

**Was kann die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN gegen die Vermischung von humanitären und militärischen Zielen unternehmen?**

**TANKRED STÖBE:** Wir versuchen seit dem vergangenen Jahr verstärkt, alle politischen Akteure in Deutschland für die Fragen der humanitären Hilfe und deren Prinzipien zu sensibilisieren. Im Zentrum steht dabei die Unparteilichkeit – das heißt die Tatsache, dass wir uns ausschließlich an den Bedürfnissen der Menschen orientieren – ohne Diskriminierung und unabhängig von politischen Lagern.



SYRIEN: In einem Zelt-Krankenhaus entfernt das Team von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** dem Patienten operativ eine Gewehr- und Handkugel.  
© Nicole Tung/MSF

**FRANK DÖRNER:** Wir wollen dabei auch besonders das Wahljahr 2013 in Deutschland nutzen, um mit den Politikern zu diskutieren, welche Verantwortung sie und wir jeweils haben und wie wichtig es ist, dass auch sie die humanitären Prinzipien und damit die humanitäre Arbeit verteidigen.

**Als medizinische Organisation ist ÄRZTE OHNE GRENZEN auch mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen konfrontiert. Wo liegen dabei die Schwerpunkte für das kommende Jahr?**

**TANKRED STÖBE:** Die Behandlung der multiresistenten Tuberkulose ist einer der strategischen Schwerpunkte für die deutsche Sektion. Dabei arbeiten wir an der Entwicklung einer effektiveren, kürzeren Therapie mit weniger Nebenwirkungen. Denn noch immer müssen wir unseren Patienten die einzig existierenden, hoch-toxischen und oft unwirksamen Medikamente zumuten. Zunehmend Sorgen macht uns auch die Entwicklung von Resistenzen gegen die weltweit gängigen Kombinationspräparate gegen Malaria auf Basis des Wirkstoffs Artemisinin. Wir müssen weiter daran mitwirken, dass die Entwicklung neuer Medikamente trotz beträchtlicher Erfolge in den vergangenen zehn Jahren auch hier nicht stehenbleibt.

**FRANK DÖRNER:** Vergessen, aber nicht verschwunden, ist die Schlafkrankheit. Sie ist zwar vielerorts weitgehend eingedämmt, doch vor allem in Zentralafrika sterben noch immer viele Menschen an dieser Infektionskrankheit, weil sie keinen Zugang zu Diagnostik und Behandlung haben.

Von Deutschland aus betreuen wir ein mobiles Schlafkrankheitsprojekt, das länderübergreifend Tausende Menschen testet und gegebenenfalls behandelt. Denn die Menschen, die meist in schwer zugänglichen Gebieten leben, dürfen mit diesem Problem nicht allein gelassen werden.

**Welche Kontexte machen Ihnen darüber hinaus die größten Sorgen?**

**TANKRED STÖBE:** Vor allem die Folgen des Bürgerkriegs und das große Leid der Bevölkerung in Syrien treiben uns um und müssen uns anspornen, mehr zu tun. Mit viel Aufmerksamkeit werden wir auch die Entwicklung in Afghanistan beobachten, wenn sich die westlichen Truppen zurückziehen.

**FRANK DÖRNER:** Die Situation in Zentralafrika ist sehr alarmierend. In der Demokratischen Republik Kongo ist ein Ende der Gewalt nicht absehbar. Und auch die Zentralafrikanische Republik hat sich leider in jüngster Zeit wieder zu einem Krisenherd entwickelt, nachdem die ehemalige Opposition die Macht übernommen hat. Die Bevölkerung braucht dringend medizinische Hilfe, doch gleichzeitig erschwert die zugespitzte Sicherheitslage unsere Arbeit.

**TANKRED STÖBE:** Auch die Lebensbedingungen für die Menschen in Somalia bleiben furchtbar. Wir werden weiter versuchen, trotz extrem schwieriger Bedingungen, möglichst viele Menschen dort mit medizinischer Hilfe zu erreichen.

# 2012: KRISEN IM FOKUS





Rund 32.000 syrische Flüchtlinge leben Anfang Januar 2013 im Domeez-Camp im Norden Iraks. Die Frauen sind auf dem Weg in die Klinik von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**. Die Teams versorgen dort jeden Tag 450 Patienten.  
© Michael Goldfarb/MSF

# SYRIEN: BEGRENZTE MÖGLICHKEITEN GEGEN UNENDLICHES LEID

„Es ist gefährlicher mit einem Patienten angetroffen zu werden als mit einer Waffe“, erzählte uns ein syrischer Arzt im März 2012. Der Konflikt in Syrien währte zu diesem Zeitpunkt schon ein Jahr, Angriffe auf medizinische Einrichtungen und deren Mitarbeiter waren längst ein Teil der Kriegstaktik geworden.

Medizinische Hilfe zu leisten, gilt in diesem Krieg als ein Akt des Widerstandes, medizinische Einrichtungen werden zu militärischen Angriffszielen, und immer wieder werden Ärzte unter Druck gesetzt, verwundete Patienten auszuliefern – ein klarer Bruch des humanitären Völkerrechts.

Die Folgen davon sind dramatisch: Das medizinische Personal in Syrien flieht aus Angst vor Verfolgung ins Ausland oder leistet nur im äußersten Notfall Hilfe. In weiten Teilen Syriens gibt es heute nicht einmal mehr die einfachste medizinische Versorgung.

Dabei war das Gesundheitssystem in Syrien ehemals gut. Doch jetzt ist es zusammengebrochen, und die geleistete humanitäre Hilfe ist völlig unzureichend. Kleine Kliniken in Privathäusern, in Küchen oder Kellerräumen, sind vielerorts die einzigen Gesundheitseinrichtungen; häufig sind die dort arbeitenden Helfer medizinisch nicht oder nicht ausreichend geschult. „Ich habe gesehen, wie ein Zahnarzt kleinere chirurgische Eingriffe durchführte und Pharmazeuten Kranke und Verletzte behandelten“, berichtete einer unserer Mitarbeiter im März 2013.

Dabei benötigen nicht nur Kriegsverletzte dringend kompetente medizinische Hilfe. Auch Menschen mit chronischen Krankheiten, Frauen mit schwierigen Geburten und

Tausende Kinder, die unter Atemwegsinfektionen oder Durchfall leiden, geraten aufgrund der fehlenden Unterstützung in immer größere Not. In den vergangenen Monaten stellten unsere Teams unter anderem Tausende Fälle von unbehandelter Tuberkulose, Typhus, Diabetes und Hautkrankheiten fest.

ÄRZTE OHNE GRENZEN konnte erstmals im Juni 2012 in einem Privathaus eine inoffizielle provisorische chirurgische Klinik einrichten. Innerhalb von sechs Tagen baute ein kleines Team ein Dutzend Betten, einen Sterilisationsraum, einen Operationssaal, einen Reanimationsraum und einen Aufwachraum in die leer stehenden Wohnräume. Die Klinik lag in einem von der Opposition gehaltenen Gebiet im Norden des Landes. Im Laufe des Jahres konnte ÄRZTE OHNE GRENZEN dort weitere Kliniken aufbauen. Die genaue Lage unserer Kliniken halten wir aus Sicherheitsgründen bis heute geheim.

Parallel dazu unterstützen wir seit 2011 Netzwerke syrischer Ärzte und Krankenhäuser in Gebieten, in denen unsere Mitarbeiter selbst nicht aktiv sein können. Und wir versorgen syrische Flüchtlinge im Libanon, in Jordanien, im Irak und in der Türkei. Die schwierigen Bedingungen und die große Unsicherheit schränken den Umfang unserer Aktivitäten jedoch ein.

In den von der Regierung in Damaskus kontrollierten Gebieten konnten wir bisher gar nicht tätig werden. Damaskus kontrolliert und limitiert die Hilfe in diesen Landesteilen und verweigerte uns trotz hartnäckiger Bemühungen während des gesamten Jahres 2012 die Erlaubnis



Die Zwillinge kamen durch einen Kaiserschnitt zur Welt. Der Mutter ging es sehr schlecht, zwei Wochen lang suchte die Familie Hilfe, bis sie das Krankenhaus von ÄRZTE OHNE GRENZEN fand.  
© Nicole Tung

zu arbeiten. Wir gehen davon aus, dass auch dort die Menschen dringend medizinische Hilfe benötigen. In von der Regierung kontrollierten Gebieten wird die Hilfe vom syrisch-arabischen Roten Halbmond und anderen von der Regierung autorisierten lokalen Organisationen geleistet. UN-Organisationen und einzelne internationale Hilfsorganisationen, die von der Regierung eine Bewilligung haben, sind verpflichtet, mit lokalen Organisationen zusammenzuarbeiten. Deren Einsatzgebiete sind jedoch begrenzt und die Kapazitäten bereits erschöpft. Und auch in den Gebieten der Opposition ist die internationale Hilfe nicht ausreichend. Der größte Teil der Unterstützung kommt von der syrischen Diaspora, aus Ländern, die sich mit der Opposition solidarisieren oder von politisch-religiösen Wohlfahrtsnetzwerken.

Die humanitäre Situation im gesamten Land ist demnach katastrophal. Die geleistete Hilfe ist völlig unzureichend. ÄRZTE OHNE GRENZEN veröffentlichte im März 2013, zum zweiten Jahrestag des Beginns des Bürgerkriegs, einen Bericht über die medizinische Lage in Syrien\*. Die Organisation rief alle Konfliktparteien dazu auf, ein Übereinkommen auszuhandeln, das im ganzen Land humanitäre Hilfe ermöglicht. Darüber hinaus müssen auch die Nachbarstaaten mehr tun, um unabhängige Hilfe über ihre Grenzen hinweg in Syrien möglich zu machen. Nur so können die Menschen die medizinische Versorgung bekommen, die sie so dringend benötigen. Sie können nicht warten, bis eine politische Lösung für den Konflikt gefunden wird.

\*  [www.aerzte-ohne-grenzen.de/syrien](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/syrien)

## ZAHLEN UND FAKTEN ZU UNSERER HILFE IN SYRIEN 2012:

### Innerhalb Syriens:

- 3 Hilfsprojekte
- 10.000 Konsultationen (Juni bis Ende Dezember)
- 900 chirurgische Eingriffe (Juni bis Ende Dezember)

### In den Nachbarländern:

- IRAK: Medizinische und psychologische Hilfe für Flüchtlinge im Lager Domeez (15.000 Menschen).
- JORDANIEN: Chirurgische Hilfe in Amman, wo rund 45 Prozent der Neuaufnahmen Syrer sind.
- LIBANON: Medizinische Hilfe und Verteilung von Hilfsgütern in der Bekaa-Ebene und in Tripoli mit insgesamt 23.000 Konsultationen.

- 10 Millionen Euro Gesamtbudget

Ein Team von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Flüchtlingslager Batil trägt einen Patienten mit Verdacht auf eine Blinddarmentzündung zum Krankenwagen.  
© Nichole Sobecki



# SÜDSUDAN: GEFLÜCHTET INS NICHTS

„Es gibt hier nichts, das nicht schwierig wäre. Die Menschen sterben, und noch mehr Menschen leiden – es ist eine Katastrophe.“ Das berichtet die Ärztin Erna Rijniere im Juni 2012 über die Lage im nördlichen Südsudan. In den Wochen zuvor sind Zehntausende Menschen vor den Kämpfen aus dem Sudan in die junge Republik geflohen. Die Flüchtlingslager sind überfüllt, und die zuletzt eintreffenden Flüchtlinge müssen sich an notdürftigen Sammelstellen niederlassen. Unsere Teams kämpfen um das Überleben Tausender Menschen – und stoßen dabei an ihre eigenen Grenzen. Im Norden des Südsudans ereignet sich eine der schlimmsten Flüchtlingskrisen der vergangenen Jahre, die zu einem der größten Nothilfeinsätze für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Jahr 2012 wird.

Mehr als 160.000 Menschen fliehen in der ersten Jahreshälfte in die südsudanesischen Bundesstaaten Upper Nile und Unity. Allein von Ende Mai bis Anfang Juni kommen in der Region Maban in Upper Nile rund 35.000 Menschen an. Doch wo sie sich Zuflucht erhoffen, erwartet sie karges und unwirtliches Gebiet: Maban gleicht in der Trockenzeit einer ausgetrockneten Ödnis und in der Regenzeit – die zum Zeitpunkt der großen Flüchtlingswelle gerade einsetzt – einem schlammigen Überschwemmungsgebiet. In diesem Nichts stranden Zehntausende völlig erschöpfte Frauen, Kinder und Männer. Viele waren tage-, mitunter wochenlang unterwegs und haben auf ihrer Flucht Familienangehörige verloren, die einfach keine Kraft mehr hatten weiterzugehen.

„Zuerst haben wir nur verstreut einzelne Menschen gesehen, doch ein paar Meter weiter befanden wir uns plötzlich in einem Meer von Menschen. Die meisten saßen und versuchten, sich mit einem Fetzen Plastikplane zu schützen. Ich habe noch nie etwas Ähnliches erlebt. Jeder sah krank und sehr erschöpft aus“, berichtet eine unserer Mitarbeiterinnen damals.

Viele Flüchtlinge lassen sich zunächst an provisorisch errichteten Sammelstellen nieder, wo es nicht genügend Unterkünfte, Nahrung und Wasser gibt. Die Menschen essen Baumrinde und Blätter. Viele verdursten und sterben an Durchfall. Nach und nach werden die völlig entkräfteten Flüchtlinge in Lager umgesiedelt, doch dort geht es ihnen nicht viel besser, weil die meisten Lager überfüllt sind.

Insgesamt entstehen in Maban im Laufe des Jahres vier Flüchtlingslager: Batil, Doro, Gendrassa und Jamam. Im Bundesstaat Unity entsteht das Flüchtlingslager Yida. Die Sterblichkeitsraten in den Lagern liegen weit über dem Schwellenwert, der eine akute Notsituation kennzeichnet. In Yida sterben im Juni jeden Tag fünf Kinder, in Jamam täglich drei. Die Teams in Maban arbeiten rund um die Uhr. Sie betreiben drei Kliniken und sieben Gesundheitsposten. Zeitweise sind dort bis zu 1.270 Mitarbeiter im Einsatz.



Die medizinischen Teams führen wöchentlich bis zu 8.000 Konsultationen durch, behandeln Mangelernährung, Haut- und Atemwegserkrankungen sowie Durchfall. In Batiil ist im Juli jedes zweite Kleinkind mangelernährt, Anfang August behandeln unsere Mitarbeiter rund 1.200 akut mangelernährte Kinder in den dortigen Ernährungsprogrammen. Neben Nahrungsmitteln ist auch sauberes Trinkwasser knapp. Obwohl **ÄRZTE OHNE GRENZEN** allein im Flüchtlingslager Doro bis zu 2,5 Millionen Liter sauberes Trinkwasser pro Woche zur Verfügung stellt, reicht es nicht aus. Zeitweise überschwemmt heftiger Regen weite Teile der Lager und kontaminiert das Trinkwasser mit Fäkalien.

In den Lagern bricht Hepatitis E aus – eine schwere Erkrankung, die direkt auf verschmutztes Trinkwasser zurückzuführen ist. Zwischen Juni 2012 und Februar 2013 behandeln unsere Teams fast 4.000 Hepatitis E-Patienten. 88 Menschen sterben, darunter 15 schwangere Frauen.

Unsere Mitarbeiter in Maban können nicht alle Menschen mit Trinkwasser, Unterkünften und medizinischer Hilfe versorgen. In dieser akuten Flüchtlingskrise sind viel zu wenige andere humanitäre Helfer im Einsatz. Wiederholt fordern wir – auch öffentlich – andere Akteure auf, mehr Nothilfe zu leisten.

Denn ein Jahr nach Gründung des Staates Südsudan liegt der Fokus der internationalen Gemeinschaft nicht auf akuter Not-, sondern auf Entwicklungshilfe. Dabei hat das Land selbst im Jahr 2012 – und bis heute – kaum Möglichkeiten, auf akute oder chronische Notsituationen zu

reagieren. Das ist das Erbe eines jahrzehntelangen Bürgerkriegs, in dem die Gebiete im heutigen Südsudan vernachlässigt und Infrastrukturprojekte zerstört wurden. Das Leben der meisten Südsudanesen ist nach wie vor bestimmt von Armut, Krankheiten und Mangelernährung. Die Mütter- und Kindersterblichkeitsraten gehören zu den höchsten weltweit.

Die Katastrophe, die sich 2012 im Norden des Landes abspielt, ist nur ein Beispiel für die dramatische Lage in der jungen Republik. Sie hält bis heute an.

Weil das Wasser im Flüchtlingslager mit Tausenden Flüchtlingen nicht mehr ausreichte, wurden die Menschen teilweise auf Lastwagen zu einem Ort gebracht, an dem es noch Wasser gab. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** stand den Menschen mit medizinischer Hilfe zur Seite. © Shannon Jensen



SCHLAFKRANKHEIT © Sebastian Bolesch

# VERNACHLÄSSIGTE KRANKHEITEN

Noch immer infizieren sich jedes Jahr Millionen Menschen mit tödlichen Infektionskrankheiten wie Kala Azar, Malaria oder der Schlafkrankheit, für die es kaum wirksame Medikamente gibt. Neue Wirkstoffe zu entwickeln, ist für die Pharmaindustrie kaum profitabel, da die Krankheiten nur in ärmeren Ländern vorkommen. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** versorgt Patienten weltweit und setzt sich auf politischer Ebene dafür ein, dass neue und effektive Arzneimittel, Impfstoffe sowie Diagnostika entwickelt werden und zu erschwinglichen Preisen auf den Markt kommen.

## **SCHLAFKRANKHEIT**

Die unbehandelt tödlich verlaufende Schlafkrankheit ist in afrikanischen Ländern südlich der Sahara verbreitet. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** hat dort unter anderem mit einem mobilen Team im Jahr 2012 mehr als 80.000 Menschen auf die Schlafkrankheit getestet und die Erkrankten behandelt. Da Diagnose und Behandlung derzeit medizinisch aufwändig und für die Patienten äußerst schmerzhaft sind, ist die Entwicklung besserer Medikamente und Schnelltests dringend notwendig.



CHAGAS © Mads Nissen



TUBERKULOSE © Sami Siva



MALARIA © Barbara Siege



KALA AZAR © Juan Carlos Tomasi

### CHAGAS

Die Infektionskrankheit kommt fast ausschließlich in Lateinamerika vor. Die Erreger werden von Wanzen übertragen, die in den Wänden der auf dem Land typischen Lehmhütten nisten. Chagas schädigt langsam das Herz des infizierten Menschen, ohne dass auffällige Symptome auftreten. Irgendwann kommt es zu Herzversagen. Weltweit sind mindestens zehn Millionen Menschen von Chagas betroffen. Die Mitarbeiter behandeln die Kranken und bekämpfen die Wanzen mit Insektiziden (im Bild).

### MALARIA

Obwohl es Fortschritte bei der Entwicklung von Diagnostik und Medikamenten gab, gehört die Tropenkrankheit immer noch zu den häufigsten Todesursachen bei Kindern. Seit etlichen Jahren wird Malaria erfolgreich mit Kombinationspräparaten auf Basis des Wirkstoffs Artemisinin behandelt, gegen die sich jedoch bereits Resistenzen ausbilden. Die Entwicklung neuer Medikamente ist damit enorm wichtig.

### TUBERKULOSE

Weltweit sterben nach Angaben der WHO immer noch mehr als zwei Millionen Menschen jährlich an der Infektionskrankheit. Die Entwicklung von Resistenzen gegen die vorhandenen Medikamente ist dabei besonders gefährlich: Die ohnehin langwierige Behandlung wird noch komplizierter. Die Patienten müssen die abgebildete Dosis an Medikamenten mindestens 18 Monate lang täglich einnehmen und leiden unter erheblichen Nebenwirkungen. Große Hoffnungen setzt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in den Wirkstoff Bedaquilin, der Ende 2012 als erstes neues TB-Medikament seit 50 Jahren zugelassen wurde.

### KALA AZAR

Nach Malaria ist Kala Azar die zweithäufigste Todesursache einer durch Parasiten übertragenen Krankheit. Im Februar 2012 begannen erste Studien zur Entwicklung eines Impfstoffes – unter anderem in Indien, wo weltweit die Hälfte aller Fälle auftreten. 90 Prozent davon betreffen den armen Bundesstaat Bihar; dort behandelte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** seit 2007 mehr als 10.000 Kala-Azar-Patienten (im Bild). Die Erfolgsrate der Behandlung beträgt dabei über 98 Prozent – unbehandelt verläuft die Krankheit meist tödlich.



Aktivisten von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** protestieren im September 2012 in Nürnberg vor dem deutschen Sitz des Pharmakonzerns Novartis. Sie wehrten symbolisch den Angriff des Konzerns auf das gegenwärtige indische Patentrecht ab.  
© Michael Eckstein

# MEDIKAMENTENKAMPAGNE: EIN ETAPPENSIEG FÜR BEZAHLBARE MEDIKAMENTE

Im Jahr 1999 hat **ÄRZTE OHNE GRENZEN** mit dem Geld des Friedensnobelpreises die Kampagne für den Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten, kurz Medikamentenkampagne, gegründet. Anlass war die häufige Erfahrung unserer Mitarbeiter, ihre Patienten in den Projekten nicht oder nur eingeschränkt behandeln zu können, weil Arzneimittel fehlten oder nur zu unerschwinglichen Preisen auf dem Markt waren. Damals wie heute kollidieren wirtschaftliche Interessen von Pharmafirmen mit dem Menschenrecht auf Gesundheit.

Bis heute können viele Menschen nicht behandelt werden, weil angemessene Arzneimittel fehlen oder die existierenden Präparate zu teuer sind. Die Medikamentenkampagne setzt sich für die Forschung für Medikamente gegen sogenannte vernachlässigte Krankheiten ein und bekämpft die hohen Preise. Diese sind vor allem durch Patente, die in den Händen von westlichen Pharmaunternehmen liegen, verursacht. Unsere Erfahrung zeigt, dass bezahlbare Medikamentenversorgung am besten durch Wettbewerb gesichert werden kann. Dabei spielen Generika-Hersteller, die Nachahmerpräparate herstellen, eine entscheidende Rolle. Besonders wichtig ist hierbei Indien als Produktionsland. So kommen mehr als 80 Prozent der HIV-Medikamente, die **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in den Projekten einsetzt, aus indischer Generika-Produktion. Pharmaunternehmen versuchen jedoch immer wieder, diese günstigen Varianten ihrer Medikamente zu verhindern.

Nach indischem Patentrecht müssen mehr Voraussetzungen erfüllt sein, damit ein neuer Wirkstoff patentiert werden kann, als dies zum Beispiel in Deutschland der Fall ist. So rechtfertigen leichte Veränderungen eines bestehenden

Wirkstoffes in Indien kein neues Patent. Diese Besonderheit ermöglicht in vielen Fällen die bezahlbare Versorgung von Patienten, da weniger Medikamente patentiert sind. Gegen diese erhöhten Patentierungsanforderungen hatte der Schweizer Pharmaunternehmen Novartis in mehreren Instanzen geklagt.

**ÄRZTE OHNE GRENZEN** hat Novartis seit Beginn des ersten Prozesses vor sieben Jahren immer wieder aufgefordert, die Klage fallen zu lassen. Die Medikamentenkampagne hat Proteste organisiert, Interviews gegeben und in verschiedenen Online-Aktionen in den vergangenen Jahren gemeinsam mit anderen Organisationen fast eine halbe Million Unterschriften gegen die Klage gesammelt. Allein über unsere Kampagnenseiten haben im Jahr 2012 mehr als 3.000 Personen über Twitter Protestbotschaften an Novartis verschickt. Darunter auch Menschen, die selbst auf lebensnotwendige Medikamente angewiesen sind, wie z.B. Aung Kyaw, der twitterte: „Ich überlebe nur dank günstiger Medikamente. Ich habe Angst, sie zu verlieren.“

Anfang April 2013 lehnte der Oberste Indische Gerichtshof die Klage in letzter Instanz ab.

Nach diesem Etappensieg geht die Arbeit der Medikamentenkampagne in die nächste Runde, denn auch das EU-Indien-Freihandelsabkommen enthält Bestimmungen, die den Zugang zu Generika erschweren. Um die Hilfe für die Patienten auch in Zukunft noch erschwinglich machen zu können, läuft derzeit die Kampagne: „EU-Hände weg von unseren Medikamenten!“

🌐 [www.aerzte-ohne-grenzen.de/haende-weg-eu](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/haende-weg-eu)

# 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 rund 70 Ländern weltweit humanitäre Hilfe und setzt sich aus 23 Mitgliedsverbänden\* zusammen. 19 von ihnen tragen als Sektionen die Verantwortung für die Steuerung des Netzwerkes.**

## **DIE DEUTSCHE SEKTION**

Die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN beteiligt sich an den Hilfseinsätzen des internationalen Netzwerkes auf vielfältige Weise: Sie rekrutiert qualifiziertes Personal, wirbt Spenden- 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 387 ordentlichen Mitgliedern. Darüber hinaus zählt der Verein 9.167 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.

Auf der Mitgliederversammlung im Mai 2012 wurde per Satzungsänderung die Bildung eines unabhängigen, ehrenamtlichen Aufsichtsrats beschlossen. Dieser wurde erstmals von den Mitgliedern auf der Mitgliederversammlung im Mai 2013 gewählt. Der Aufsichtsrat dient der besseren Kontrolle des Vorstands und einer klaren Trennung von Leitung und Aufsicht.

Sitz der deutschen Sektion ist Berlin, ein weiteres kleines Büro gibt es in Bonn. Im Jahr 2012 arbeiteten in insgesamt sechs Abteilungen 55 Voll- und 28 Teilzeitangestellte, außerdem 41 Studenten und geringfügig Beschäftigte.

## **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 kompetentem Personal. Das OCA wird durch die deutsche, britische und niederländische Sektion gebildet. Die kanadische Sektion hat einen Partnerstatus im OCA und als solche eine beratende Funktion inne. Zudem gehört der Mitgliedsverband Ostafrika als Beobachter dazu.

Die Mitglieder 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

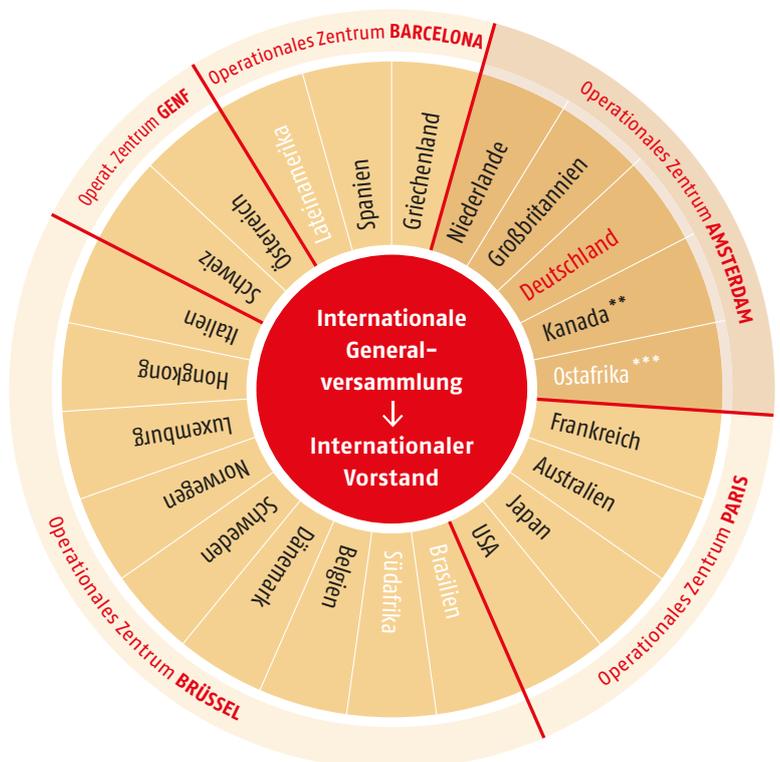


OCA-Strategieplan. Dieser legt jeweils für vier Jahre die medizinische Ausrichtung der Arbeit vor Ort fest und leitet daraus Ziele für Finanzierung, Personal, Logistik und Kommunikation ab. Im Jahr 2012 führte das OCA Projekte in mehr als 20 Ländern durch.

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 Hilfsprojekte 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 (OCA-MT). 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.

## DIE 23 MITGLIEDSVERBÄNDE VON ÄRZTE OHNE GRENZEN



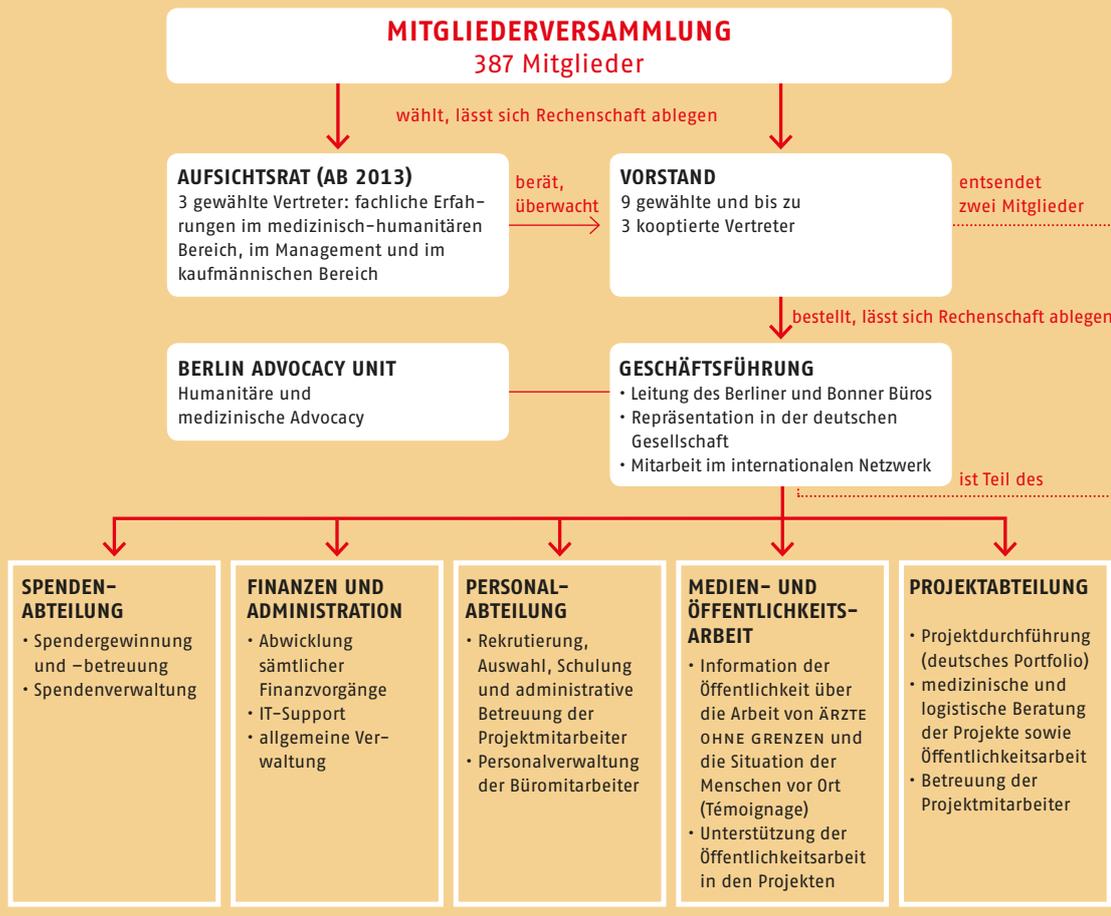
- A Mitgliedsverbände, die gleichzeitig Sektionen sind
- B Mitgliedsverbände ohne Sektionsstatus

\* Zusätzlich zu den nationalen bzw. regionalen Mitgliedsverbänden wird aktuell eine internationale, länderübergreifende Mitgliedschaft für das gesamte Netzwerk geschaffen.

\*\* Kanada: Partner des OCA mit beratender Funktion

\*\*\* Ostafrika: Beobachter des OCA

## DEUTSCHE SEKTION



## OPERATIONALES ZENTRUM AMSTERDAM (OCA)

besteht aus den Sektionen:  
Niederlande  
Deutschland  
Großbritannien  
Kanada  
(Kanada ist seit Ende 2011 nicht mehr Teil des OCA-MT.)

**OCA COUNCIL**  
stimmberechtigte Mitglieder:  
Jeweils 2 aus dem deutschen, niederländischen und britischen Vorstand entsandte Mitglieder und bis zu 4 kooptierte Vertreter

genehmigt strategische Jahresplanung, lässt sich Rechenschaft ablegen

**OCA-MANAGEMENT-TEAM**  
Geschäftsführer der deutschen, niederländischen und britischen Sektion; medizinischer Leiter, Programmleiter und Leiter Ressourcen-Management des OCA

**OCA PROJEKTLEITUNG**  
Verantwortung für Projekte in mehr als 20 Ländern (alle Portfolios des OCA)

### 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 2012 für Projekte von allen fünf operationalen Zentren:

- **OC Amsterdam: 34 Mio. Euro (66%)**
- **OC Genf: 10 Mio. Euro (19%)**
- **OC Brüssel: 6 Mio. Euro (12%)**
- **OC Barcelona: 1 Mio. Euro (2%)**
- **OC Paris: 0,4 Mio. Euro (1%)**

### DIE INTERNATIONALE ZUSAMMENARBEIT

**ÄRZTE OHNE GRENZEN** ist heute ein weltweites Netzwerk aus 23 nationalen bzw. regionalen Mitgliedsverbänden. Diese sind durch eine gemeinsame Charta verbunden. 19 von ihnen, darunter auch **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Deutschland, tragen als Sektionen die Verantwortung für die Steuerung und Finanzierung der Nothilfe-Projekte.

Das höchste Organ des Netzwerkes ist die Internationale Generalversammlung (International General Assembly, IGA). Sie besteht aus Vertretern der 23 Mitgliedsverbände sowie dem internationalen Präsidenten (Unni Karunakara) 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 bewahrt werden. Dabei sind die Beschlüsse der IGA für die Mitgliedsverbände verbindlich.

Die IGA wählt sechs Mitglieder aus den Mitgliedsverbänden in den internationalen Vorstand (International Board, IB), dem darüber hinaus die fünf Präsidenten der operationalen Zentren sowie der internationale Präsident 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 des internationalen Präsidenten.

Weitere Informationen zu Vorstand und Geschäftsführung der deutschen Sektion finden Sie auf Seite 50.

SÜDSUDAN: Im Flüchtlingslager in Yida hat ÄRZTE OHNE GRENZEN im Mai 2012 ein Krankenhaus und eine Klinik aufgebaut. Auch die Verwaltung ist in Zelten untergebracht. © James Keogh



# KONTROLLE BEI ÄRZTE OHNE GRENZEN

Um den satzungsgemäßen und transparenten Einsatz der Mittel sicherzustellen, hat ÄRZTE OHNE GRENZEN ein umfassendes Kontrollsystem etabliert: In jedem Einsatzland arbeitet ein Finanzkoordinator, der die Verwendung der Mittel auf der Grundlage von detaillierten Budgets vor Ort überwacht und die Projektbuchhaltung zur Prüfung an die Projektcontroller der operationalen Zentren schickt. Ein- bis zweimal im Jahr werden im Rahmen von Projektberichten und Budgetauswertungen die vergangenen Monate evaluiert. Auf dieser Basis werden mögliche Projektanpassungen vorgenommen. Im Februar des jeweiligen Folgejahres erfolgt eine umfangreiche Soll-Ist-Analyse des gesamten Jahres (12M-Evaluierung). Dies geschieht nach einheitlichen Standards, die regelmäßig überprüft werden.

Darüber hinaus werden regelmäßig Sach- und Finanzprüfungen in den Projekten durchgeführt: Eigene Mitarbeiter sowie externe Berater evaluieren neben der Finanzkontrolle auch die Qualität der Arbeit, den effizienten Mitteleinsatz sowie das Management der Projekte. Die Verantwortlichen der operationalen Zentren erhalten daraus resultierende Empfehlungen, deren Umsetzung nach einem festgelegten Zeitraum überprüft wird.

Zentraler Bestandteil des Kontrollsystems in den Projekten von ÄRZTE OHNE GRENZEN sind Beschaffungsrichtlinien und Unterschriftenregeln, denen durchgängig das Vier-Augen-Prinzip zugrunde liegt. Für Bestellungen, deren Wert über 500 Euro liegt, sind Angebotsvergleiche bzw. Ausschreibungen erforderlich. Darüber hinaus gibt es ein klares Verbot der Annahme von Bestechungsgeldern, Geschenken und Provisionen sowie Richtlinien, die das

Vorgehen im Falle von Verlusten, Diebstahl oder Betrug regeln. Um insbesondere Korruption zu verhindern, wird die Einhaltung aller Richtlinien regelmäßig überprüft.

## AM STANDORT DEUTSCHLAND

Auch am Standort Deutschland gelten Beschaffungsrichtlinien sowie Unterschriftenregeln auf Grundlage des Vier-Augen-Prinzips. Hier unterliegen die Ausgaben einer ständigen Kontrolle anhand von Auftragsvergabebüchern. Das Management-Team führt monatlich einen Plan-Ist-Abgleich der Ausgaben durch, und alle vier Monate wird darüber hinaus über Plan-Ist-Abweichungen und die Zielerreichung der vergangenen Monate an den Vorstand Bericht erstattet. Gegebenenfalls werden dabei auch Plananpassungen vorgenommen.

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 deutsche Jahresabschluss von ÄRZTE OHNE GRENZEN wird von einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft geprüft (siehe S. 57). Um die Unabhängigkeit zu gewährleisten, findet jeweils nach einigen Jahren ein Wechsel der Prüfungsgesellschaft statt. Die Verwendung der öffentlichen Fördermittel wird außerdem vom Auswärtigen Amt bzw. dem Bundesverwaltungsamt geprüft.

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



**MAURETANIEN:** Flüchtlinge aus Mali leben in dem Nachbarland unter schwierigen Bedingungen. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** hilft u.a. mangelernährten Kindern.  
© Lynsey Addario/VII

**MALI:** In Timbuktu unterstützt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** das Gesundheitssystem, das im Krieg schwer beschädigt wurde.  
© Trevor Snapp

basierende TÜV-Siegel bescheinigt, dass die Arbeitsabläufe in der Spendenabteilung effektiv strukturiert und dokumentiert sind sowie laufend optimiert werden. TQEF steht für Total Quality Excellence for Fundraising und ist ein Managementsystem speziell für Spenden sammelnde Organisationen.

ÄRZTE OHNE GRENZEN hat auch 2012 das Siegel des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen (DZI) erhalten. Dieses bescheinigt eine leistungsfähige und transparente Arbeit, eine nachprüfbar, sparsame und satzungsgemäße Verwendung der Mittel sowie eine wahre, eindeutige und sachliche Berichterstattung und Werbung. Zudem bescheinigt es wirksame Kontroll- und Aufsichtsstrukturen.

### **RISIKOMANAGEMENT**

Um alle organisatorischen, operativen und finanziellen Risiken überwachen und notwendige Gegenmaßnahmen ergreifen zu können, hat ÄRZTE OHNE GRENZEN ein Risikoinventar eingeführt. Hier werden die wichtigsten Risiken nach Bereichen aufgeführt sowie adäquate Maßnahmen zur Risikosteuerung und -kontrolle festgehalten. Das Risikoinventar am Standort Deutschland wird zweimal jährlich vom Management-Team aktualisiert und mit dem Vorstand diskutiert. Dabei werden alle Risiken aktuell bewertet, neue Risiken aufgenommen und notwendige Gegenmaßnahmen beschlossen.

In den Einsatzländern kommt dem Risikomanagement eine besondere Bedeutung zu: Als Nothilfeorganisation arbeitet ÄRZTE OHNE GRENZEN in vielen Krisen- und Kriegsgebieten, in denen die Sicherheitslage häufig angespannt ist. Deshalb existieren für jedes Einsatzland Sicherheitsrichtlinien, die das Verhalten der Mitarbeiter reglementieren. Die Einhaltung dieser Richtlinien wird durch die Landeskoordinatoren streng überwacht und laufend an die aktuelle Situation angepasst. 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.

Um einen effizienten Mitteleinsatz in den Projekten sicherzustellen, reicht ÄRZTE OHNE GRENZEN keine 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.

Um das Risikomanagement des gesamten Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN weiter zu verbessern, wurde im Jahr 2012 mit einer umfangreichen Risikoanalyse aller Sektionen begonnen. Ziel ist neben einem verbesserten internationalen Risikomanagement eine genauere Festlegung der notwendigen finanziellen Reserven.

TADSCHIKISTAN: Das 16-jährige Mädchen leidet an multiresistenter Tuberkulose. ÄRZTE OHNE GRENZEN versorgt sie zu Hause, jeden Tag muss sie viele Tabletten mit starken Nebenwirkungen einnehmen.  
© Ron Haviv/vii



# VISION UND STRATEGIE DER DEUTSCHEN SEKTION VON ÄRZTE OHNE GRENZEN

Der Arbeit von ÄRZTE OHNE GRENZEN in Deutschland liegen folgende Leitsätze der deutschen Sektion zugrunde:

- 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 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.

## STRATEGISCHE PRIORITÄTEN VON ÄRZTE OHNE GRENZEN DEUTSCHLAND FÜR 2013–2015

Auf der Grundlage dieser Leitsätze hat die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN im Jahr 2012 einen strategischen Plan für die Jahre 2013 bis 2015 verabschiedet. Ziel ist es, unsere Aktivitäten auf die sich verändernden Bedingungen und Herausforderungen in den Projektländern sowie in Deutschland auszurichten. Er berücksichtigt auch den Strategieplan des Operational Center Amsterdam (OCA) für die Jahre 2011 bis 2014.\* Auf der Basis umfangreicher Analysen wurden für die Jahre 2013 bis 2015 die folgenden strategischen Prioritäten festgelegt:

### Verbesserung der Qualität unserer medizinischen Programme:

Um angemessen auf die Bedürfnisse unserer Patienten in den Krisenregionen reagieren zu können, arbeiten wir weiter an der Verbesserung der medizinischen Qualität unserer Arbeit. Dazu werden wir u.a. ein neues Evaluierungskonzept einführen. Darüber hinaus werden wir verstärkt medizinisch geschulte Mitarbeiter in Management-Positionen einsetzen. Im Bereich der Behandlung von multiresistenter Tuberkulose setzen wir uns für die Behandlung mit neuen Medikamenten ein.

### Stärkung der humanitären Debatte in Deutschland

Die Verletzung der humanitären Prinzipien – Unparteilichkeit, Unabhängigkeit und Neutralität – stellt eine große Gefahr für unsere Arbeit in den Projektländern dar. Wir wollen daher ein stärkeres Bewusstsein für die Bedeutung der humanitären Prinzipien in der deutschen Politik und Gesellschaft schaffen. Im Bereich der Medi-



D.R. KONGO: In einem Vertriebenenlager in Nord-Kivu haben die Menschen nach einem Angriff von Rebellen all ihre Habseligkeiten verloren. ÄRZTE OHNE GRENZEN verteilt Nahrungsmittel und Hilfsgüter.  
© Sven Torfinn

kamentenkampagne werden wir uns vor allem für patientenfreundliche Patentrechte, mehr Forschung für die Behandlung von vernachlässigten Krankheiten und eine bedarfsorientierte Finanzierung von internationaler Gesundheit durch die deutsche Regierung einsetzen.

#### **Effiziente und effektive Kooperation innerhalb des Netzwerkes**

Indem wir mehr Projektverantwortung übernehmen, werden wir unseren Beitrag zum OCA steigern. Gleichzeitig gestalten wir unsere Arbeit durch eine neue Struktur der Projektteilung effizienter. Neue sektionsübergreifende Rekrutierungsmodelle werden uns helfen, wichtige Positionen in unseren Projekten schneller und besser zu besetzen.

#### **Einsatz von digitalen Medien**

Mit einer zukunftsweisenden Strategie zur Nutzung digitaler Medien werden wir dazu beitragen, die deutsche Öffentlichkeit über die Situation der Menschen in unseren Projektländern zu informieren und sie auf die Herausforderungen der humanitären Hilfe aufmerksam zu machen. Zudem werden neue Kanäle genutzt, um neue Projektmitarbeiter und Spender anzuwerben.

#### **Verbesserte internationale Zusammenarbeit**

Durch ein verbessertes internationales Berichtswesen wollen wir unsere interne Rechenschaft und Steuerung der Organisation weiter verbessern. Dazu gehört auch die Umsetzung verschiedener internationaler Projekte innerhalb des Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN, die zu einem effizienteren Ressourceneinsatz führen werden.

#### **Steigerung der personellen und finanziellen Ressourcen**

Die jährlichen Spendeneinnahmen sollen entsprechend dem bereits bestehenden Fünfjahresplan im Fundraising auf 80 Millionen Euro im Jahr 2015 gesteigert werden. Dies geschieht durch die Fokussierung auf regelmäßige Spender, Großspender und Online-Spender. Um mehr Projektmitarbeiter zu gewinnen, deren Qualifikationen möglichst genau den benötigten Anforderungen in den Projekten entsprechen, werden wir die Anwerbung zielgruppengenaue ausrichten, die längerfristige Bindung der Projektmitarbeiter an uns erhöhen und Kooperationen mit anderen medizinischen Organisationen eingehen.

# AM BEISPIEL ERKLÄRT





**TSCHAD:** Mit mobilen Impfteams fährt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** nach einem Meningitis-Ausbruch in die Dörfer, um alle Zwei- bis 30-jährigen gegen die gefährliche Krankheit zu schützen.  
© Marja Scholten

## KRITERIEN FÜR DIE ÖFFNUNG UND SCHLISSUNG VON PROJEKTEN

Das Ziel von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ist es, in Krisensituationen schnell und professionell auf akute medizinische 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, wann ein Nothilfeinsatz stattfinden soll. In bewaffneten Konfliktsituationen 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).

Anhand dieser Indikatoren werden die Strategien und Ziele eines Projekts definiert. Ob und wie diese Ziele erreicht werden, und wie groß die Wirkung des Projekts ist, wird während der gesamten Projektlaufzeit überwacht. Wenn es keinen Bedarf an medizinischer Nothilfe mehr gibt, kann ein Projekt wieder geschlossen beziehungsweise 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.

### WIRKUNGSBEOBACHTUNG

Zwei- bis dreimal im Jahr evaluieren die Projektverantwortlichen anhand von Indikatoren wie 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. Eine zentrale und sektionsübergreifende Evaluierungseinheit in Wien untersucht zudem regelmäßig Projekte auf ihre Wirksamkeit.

Auf den folgenden sechs Seiten werden vier Projekte vorgestellt, die exemplarisch für die Arbeit von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** stehen: Die Reaktion auf Naturkatastrophen, die Bekämpfung von Epidemien, Einsätze in Konfliktgebieten und die Behandlung von Patienten vernachlässigter Krankheiten.

## PROJEKTBEISPIEL

# PAKISTAN:

## Hilfe für Menschen in Überschwemmungsgebieten



**Ausgaben 2012: 654.420 Euro**

Finanziert durch das internationale Netzwerk – Anteil der deutschen Sektion siehe Seiten 34–41.

Davon u.a.:

- Internationale Mitarbeiter: **116.164 Euro**
- Nationale Mitarbeiter: **64.106 Euro**
- Medikamente/medizinisches Material/therapeutische Fertignahrung: **73.994 Euro**
- Logistik/Sanitäreanlagen: **209.580 Euro**

Zum vierten Mal in sechs Jahren war die Region um Jacobabad in weiten Teilen überschwemmt.  
© Sam Phelps

### AUSGANGSLAGE

In den vergangenen Jahren waren die pakistanischen Provinzen Baluchistan und Sindh immer wieder von verheerenden Überschwemmungen betroffen. Im Jahr 2010 gingen die Bilder um die Welt, auch 2007 und 2011 verloren viele Menschen Familienangehörige, Freunde und einen großen Teil ihres Hab und Guts. Politische Konflikte hemmten den Wiederaufbau und die Zugangsmöglichkeiten für internationale Helfer.

Auch zwischen dem 7. und 11. September 2012 brachte der anhaltende Monsunregen Hunderttausende Menschen um ihre mühsam wieder aufgebaute Lebensgrundlage: 275.000 Häuser wurden zerstört, Straßen überschwemmt, Ernten weggespült. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** arbeitet schon seit 2008 in der Region und konnte daher schnell auf die Not reagieren.

### ZIEL DES PROJEKTES

Durch schnelle medizinische Nothilfe soll das Überleben und die Gesundheit der von den Überschwemmungen betroffenen Menschen in der Region um Dera Murad Jamali in Ost-Beluchistan und in Jacobabad in Nord-Sindh gesichert werden. Dafür wird vor allem sauberes Trinkwasser benötigt. Hygiene-Artikel sollen die Ausbreitung von schweren Durchfallerkrankungen verhindern.

### AKTIVITÄTEN

Mit zehn Tanklastwagen und 21 mobilen Wassertanks versorgten die Teams die Menschen mit sauberem Trinkwasser. Zudem verteilten sie Hilfsgüter und bauten Latrinen. In den Dörfern und provisorischen Camps versorgten mobile Teams die Menschen medizinisch. Ab Anfang September unterstützte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** auch das lokale Krankenhaus in Dera Murad Jamali: Die Mitarbeiter arbeiteten unter anderem im Ernährungszentrum, eröffneten einen Operationssaal und errichteten ein Behandlungszentrum für Patienten mit schweren Durchfallerkrankungen.

### ZAHLEN UND FAKTEN

- Verteilung von 36 Millionen Litern sauberem Trinkwasser
- Verteilung von Hygienekits, Zelten, Wasserkanistern und Moskitonetzen an 10.000 Haushalte (rund 60.000 Menschen); zusätzlich wurden fast 40.000 Stück Seife und mehr als 118.000 Aktivkohle-Tabletten, die verunreinigtes Wasser binnen dreißig Minuten trinkbar machen, verteilt
- Bau von 470 Latrinen
- 9.705 medizinische Konsultationen mit mobilen Kliniken
- Aufnahme von 1.071 Kindern ins Ernährungsprogramm
- Begleitung von 1.100 Geburten
- Behandlung von 97 Patienten mit schweren Durchfall-Erkrankungen

### SCHWIERIGKEITEN

Aufgrund von Visa-Schwierigkeiten konnten Mitarbeiter aus dem internationalen Notfallteam nur sehr verspätet ins Land reisen. Auch wenn 20 pakistanische Mitarbeiter aus anderen Landesteilen umgehend vor Ort waren, mussten die Aktivitäten mit weniger Personal durchgeführt werden als geplant.

Aufgrund der schwierigen Sicherheitslage in der politisch polarisierten Region konnten zudem die Teams in Jacobabad mit der Versorgung der Menschen erst einige Wochen später beginnen als geplant, die Verteilung von Hilfsgütern wurde erschwert.

### AUSBLICK

Trotz der anfänglichen Schwierigkeiten bekam **ÄRZTE OHNE GRENZEN** die Möglichkeit, in Regionen zu arbeiten, die zuvor aufgrund von Sicherheitsrestriktionen für die Nothilfe nicht zugänglich waren. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** konnte dort Netzwerke knüpfen, die auch in Zukunft Hilfseinsätze in dieser Region möglich machen. Es ist davon auszugehen, dass auch in den kommenden Jahren Überschwemmungen eintreten werden.

## PROJEKTBEISPIEL

# MWESO, DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO:

## Hilfe im Konfliktgebiet



Bewohner Nord-Kivus sind auf der Flucht, weil bewaffnete Gruppen ihre Dörfer angegriffen haben. © MSF

## Ausgaben 2012: 3.062.972 Euro

Finanziert durch das internationale Netzwerk – Anteil der deutschen Sektion siehe Seiten 34–41.

Davon u.a.:

- Internationale Mitarbeiter: 617.489 Euro
- Nationale Mitarbeiter: 849.556 Euro
- Medikamente/medizinisches Material/therapeutische Fertignahrung: 777.889 Euro
- Logistik/Sanitäreanlagen: 126.017 Euro



Kaiserschnitt im Krankenhaus in Mweso  
© Ben Milpas

## AUSGANGSLAGE

Der seit Jahrzehnten andauernde Konflikt im Osten der Demokratischen Republik Kongo ist im Jahr 2012 vor allem in der Provinz Nord-Kivu erneut eskaliert; auch in Süd-Kivu bleibt die Lage sehr instabil. In diesen Gebieten kämpfen verschiedene bewaffnete Gruppen in stetig wechselnden Konstellationen um die Kontrolle über Land und Bodenschätze. Sie plündern Dörfer, um ihren Lebensunterhalt und die Kämpfe zu finanzieren. Zentrale Akteure sind die Hutu- und Tutsi-Milizen, die kongolesische Regierungarmee FARDC und die Gruppe M23 sowie „Mai Mai“-Bürgermilizen, von denen es allein in den Kivu-Provinzen rund 50 verschiedene gibt.

Die Zivilbevölkerung leidet unter den Kämpfen und Plünderungen: Viele Menschen sterben oder werden verletzt. Wenn eine bewaffnete Gruppe sich den Dörfern nähert, fliehen die Bewohner aus Angst vor der Gewalt in die Wälder, wo sie weder Nahrung noch medizinische Versorgung haben. Auch sexuelle Gewalt wird immer wieder und systematisch als Kriegswaffe eingesetzt. Das staatliche Gesundheitssystem funktioniert nur sehr lückenhaft und ist für die Patienten kostenpflichtig, was für die sehr arme Bevölkerung ein großes Problem darstellt. ÄRZTE OHNE GRENZEN ist in Nord-Kivu mit neun Projekten aktiv. Eines der umfangreichsten ist das Projekt in Mweso. Die Gegend war im Jahr 2012 selbst von Gefechten betroffen, im nahen Nyanzale musste ÄRZTE OHNE GRENZEN ein Projekt nach einer kurzzeitigen Entführung von Mitarbeitern im April 2012 schließen. Vertriebene aus diesem und anderen Teilen Nord-Kivus sammelten sich oft in Mweso oder den Flüchtlingslagern im Umland.

## ZIEL DES PROJEKTES

Sowohl die ansässige Bevölkerung als auch die Vertriebenen in den Camps in Mweso und in den Wäldern in der Region sollen kostenlose umfassende und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung erhalten. Damit soll die Sterberate in der Region gesenkt und Krankheiten eingedämmt werden. Menschen, die aufgrund von erlebter Gewalt, Plünderung und Vertreibung unter posttraumatischen Beschwerden leiden, sollen diese mit psychosozialer Hilfe soweit bewältigen können, dass sie einer Arbeit nachgehen und am Gemeinschaftsleben teilhaben können.

## AKTIVITÄTEN

In Mweso betreibt ÄRZTE OHNE GRENZEN ein Krankenhaus, in dem im vergangenen Jahr mehr als 120.000 Konsultationen durchgeführt und 5.251 Patienten stationär behandelt wurden. Das Krankenhaus bietet eine umfassende Versorgung inklusive Intensivstation und Operationsaal (1.179 chirurgische Eingriffe, über 90 Prozent davon Notfall-Operationen). Zudem erhielten 79 HIV-Patienten antiretrovirale Medikamente. 327 Tuberkulose-Patienten begannen eine Behandlung, und 153 Cholera-Patienten wurden im separaten Cholera-Behandlungszentrum aufgenommen.

In der Geburtshilfe wurden im Jahr 2012 mehr als 3.800 Geburten begleitet und 11.675 Beratungen für Schwangere durchgeführt. Diese Beratungen finden in einer abseits liegenden Station, im Tumaini („Haus der Hoffnung“) statt, wo auch die Überlebenden sexueller Gewalt Hilfe finden – diese Zusammenlegung verhindert, dass Frauen Stigmatisierung befürchten müssen.



Im Ernährungszentrum im Krankenhaus in Mwezo behandelt ÄRZTE OHNE GRENZEN schwer mangelernährte Kinder. © Ben Milpas

Ein psychologisches Team betreut zudem eines der größten psychologischen Programme von ÄRZTE OHNE GRENZEN weltweit. Im vergangenen Jahr wurden mehr als 2.000 Patientinnen und Patienten in 10.120 Einzelsitzungen behandelt. Bei 445 Gruppensitzungen sowie psychologischen Aufklärungsveranstaltungen wurden insgesamt 36.600 Menschen erreicht. 2012 betreuten die Teams zudem 75 Patienten psychiatrisch.

Mit einem mobilen Team versorgt ÄRZTE OHNE GRENZEN Menschen in den umliegenden Dörfern Kalembe, Kashuga, Ihula. Bis zum Anfang des Jahres 2012 fuhren die Teams jede Woche in die Dörfer. Da aufgrund der Sicherheitslage die Versorgung immer wieder unterbrochen werden musste, unterstützt das Team jetzt stattdessen die ambulanten staatlichen Gesundheitszentren. Das dortige Personal wurde geschult und wird nun mit Medikamenten und Material versorgt und medizinisch beraten.

### SCHWIERIGKEITEN

Aufgrund ständiger Bewegungen der bewaffneten Gruppen ändert sich die Sicherheitslage fast täglich, immer wieder kommt es zu bewaffneten Überfällen auf internationale Hilfsorganisationen. Die Aktivitäten außerhalb Mwesos müssen daher immer wieder unterbrochen werden. ÄRZTE OHNE GRENZEN ist konstant mit möglichst allen in der Region vertretenen Gruppierungen in Kontakt, um die Sicherheit der Mitarbeiter und Patienten ständig neu auszuhandeln. Für die Akzeptanz ist es besonders wichtig, als unabhängiger, neutraler und unparteiischer Akteur wahrgenommen zu werden – ÄRZTE OHNE GRENZEN setzt deshalb in dieser Region nur Gelder aus privaten Spenden und Zuwendungen ein, keine öffentlichen Mittel.

Da das Projekt von ÄRZTE OHNE GRENZEN in Nyanzale geschlossen werden musste, suchten im Krankenhaus Mwezo wesentlich mehr Patienten Hilfe als zuvor. Damit waren die Betten häufig zu weit über 100 Prozent ausgelastet. Neben der Überlastung des Teams birgt dies die Gefahr, dass die Qualität der Versorgung sinkt.

### AUSBLICK

Im Jahr 2013 sollen die Aktivitäten in der Region auf Mweso konzentriert werden – im rund 45 Autominuten entfernten Kitchanga betreibt ÄRZTE OHNE GRENZEN bisher ebenfalls ein eigenes Projekt, das jedoch geschlossen wird. Zwei der von Kitchanga aus versorgten Gesundheitszentren, Mpati und Bibwe, werden in Zukunft von Mweso aus mit Medikamenten versorgt. Das Tumaini-Haus in Kitchanga zur Beratung von Schwangeren, zur Begleitung von Geburten und der Versorgung Überlebender von sexueller Gewalt wird zukünftig von Mweso aus koordiniert.

Darüber hinaus ist eine Ausweitung des Programms zur Behandlung multiresistenter Tuberkulose und des erst 2012 gestarteten HIV-Programms geplant.

Da keine Entspannung der politischen Lage abzusehen ist, bleibt es Hauptaufgabe, auf Vertreibungen zu reagieren und die Betroffenen des Konflikts medizinisch und psychologisch zu betreuen.

## PROJEKTBEISPIEL

# TSCHAD:

## Impfkampagne nach einem Meningitis-Ausbruch

Oum Hadjer  
N' Djamena

## Ausgaben 2012: 443.009 Euro

Finanziert durch das internationale Netzwerk – Anteil der deutschen Sektion siehe Seiten 34–41.

Davon u.a.:

- Internationale Mitarbeiter: 45.163 Euro
- Nationale Mitarbeiter: 57.798 Euro
- Medikamente/medizinisches Material/therapeutische Fertignahrung: 141.128 Euro
- Logistik/Sanitäreanlagen: 16.007 Euro



Der neue Impfstoff MenAfriVac®  
© Marja Scholten

### AUSGANGSLAGE

Der Tschad gilt als eines der ärmsten Länder der Welt: Die medizinische Versorgung ist sehr lückenhaft, regelmäßig breiten sich Krankheiten wie Malaria, Masern, Cholera und Meningitis aus. Zudem ist der Anteil an akut mangelernährten Kindern bei den unter Fünfjährigen einer der höchsten weltweit. ÄRZTE OHNE GRENZEN ist seit 1981 in verschiedenen Landesteilen aktiv. Um möglichst schnell auf den Ausbruch von Epidemien reagieren zu können, steht ein Notfallteam im Land bereit, das innerhalb von 48 Stunden einsatzbereit ist.

Das Land liegt im so genannten Meningitis-Gürtel, der sich vom Senegal im Westen bis Äthiopien im Osten Afrikas erstreckt. Regelmäßig treten dort in der Trockenzeit Meningitis-Epidemien auf, in den meisten Fällen mit hoch ansteckenden A-Meningokokken. Betroffen sind vor allem Menschen bis 30 Jahre.

In der Region Oum Hadjer, im Zentrum des Tschads, kam es im März/April 2012 zu einem Meningitis-Ausbruch mit 350 Erkrankten, bei einer Bevölkerung von 211.000 Menschen. Da es seit mindestens drei Jahren keine Impfkampagne in der Region gab und der zuletzt eingesetzte Impfstoff nur ein bis zwei Jahre wirkte, hatten die Menschen dort keinen Schutz mehr.

### ZIEL DES PROJEKTES

Mehr als 90 Prozent aller Zwei- bis Dreißigjährigen in der Region Oum Hadjer sollen gegen Meningitis geimpft werden. Damit soll die Ausbreitung der Krankheit gestoppt werden. Um die Sterberate unter den bereits Infizierten zu senken, sollen alle an Meningitis erkrankten Menschen im zentralen Krankenhaus in Oum Hadjer behandelt werden.

Der Kontakt mit der Bevölkerung während der Impfkampagne wird zudem genutzt, um alle Kinder unter fünf Jahren auf Mangelernährung zu untersuchen und gegebenenfalls eine Behandlung zu ermöglichen.

### AKTIVITÄTEN

Es wurden 20 Impfteams à 15 Mitarbeiter zusammengestellt und drei Tage lang geschult. Jedes Team bestand aus jeweils zwei Mitarbeitern, die impften, zwei Mitarbeitern, die Kinder auf Mangelernährung untersuchten, und insgesamt elf Mitarbeitern, die die Impfkampagne in jedem Ort vorbereiteten, die Menschen registrierten und die Warteschlangen organisierten. Innerhalb von 19 Tagen impften sie insgesamt 137.100 Menschen gegen Meningitis. Eine Untersuchung nach der Kampagne ergab, dass 93 Prozent der Zwei- bis Dreißigjährigen geimpft wurden. Geimpft wurde mit einem neuen Meningitis-Impfstoff gegen die A-Meningokokken mit einer Wirkdauer von vielen Jahren, der seit 2010 auf dem Markt ist. Der bisherige Impfstoff schützte die Menschen für nur ein bis zwei Jahre.

Während der Kampagne diagnostizierten die Teams Patienten mit Meningitis und behandelten sie sofort. Patienten mit schwerem Krankheitsverlauf brachte das Team ins Referenzkrankenhaus Oum Hadjer, das ÄRZTE OHNE GRENZEN mit Personal, Material, Medikamenten und Training unterstützte. Insgesamt organisierte ÄRZTE OHNE GRENZEN den Transport und die Behandlung von mehr als 200 Erkrankten.

In 14 staatlichen Gesundheitszentren führten die Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN Schulungen zu Diagnose und Behandlung von Meningitis durch und stellten die Zentren mit Medikamenten und Impfdosen aus.



Mit Plakaten klärt das Team von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** die Bevölkerung über die Impfkampagne gegen Meningitis auf.  
© Marja Scholten

Insgesamt wurden zudem 41.000 Kinder unter fünf Jahren auf Mangelernährung untersucht und bei positivem Befund in die bereits bestehenden Ernährungszentren anderer Organisationen in regionalen Gesundheitszentren überwiesen.

### SCHWIERIGKEITEN

Die Temperaturen liegen im Tschad während den Monaten März/April bei bis zu 45–48 Grad Celsius. Da der Impfstoff jedoch bis zum Einsatz am Patienten durchgehend zwei bis acht Grad kühl sein musste, stellte dies eine logistische Herausforderung dar. Die Impfstoffe müssen durchgehend in Kühlschränken gelagert und dann von den Impf-Teams in Kühlboxen mit ausreichend Kühl-Akkus transportiert werden. All dies erforderte ausreichend elektrischen Strom, der über den Einsatz von Generatoren beschafft werden musste.

Die meisten Orte in der Region Oum Hadjer sind nur über schwer zu befahrende Sandpisten zu erreichen. Betrug der Hin- und Rückweg von Oum Hadjer mehr als 95 Kilometer, konnte der Einsatz nicht an einem Tag durchgeführt werden – und die Übernachtung in den Ortschaften bedeutete u.a. ein erhöhtes Sicherheitsrisiko.

### AUSBLICK

Da bis Ende 2012 in allen Regionen des Landes Impfkampagnen mit dem neuen Impfstoff gegen A-Meningokokken durchgeführt wurden, ist in nächster Zukunft nicht mit großen Meningitis-Ausbrüchen zu rechnen. Das Notfall-Team versorgt seit April 2013 Zigtausende Flüchtlinge aus Darfur im Osten des Tschad. Zudem wird es weiter auf den Ausbruch von Krankheiten wie Cholera und Masern sowie auf Ernährungskrisen reagieren.

## MENAFRIVAC® – NEUER IMPFSTOFF GEGEN MENINGITIS

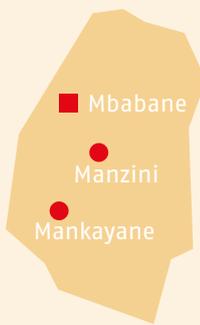
- schützt vor Meningokokken der Gruppe A, die rund 85 Prozent der Meningitis-Epidemien in Afrika verursachen
- Beginn der Entwicklung 2001, erste Impfungen 2010
- Ende 2012 mehr als 100 Millionen Menschen mit MenAfriVac® geimpft

### VORTEILE:

- **Wirksamkeit:** Im Gegensatz zu vorherigen Wirkstoffen bietet die Impfung einen langfristigen Schutz von vielen Jahren.
- **Logistik:** Bisher mussten Impfstoffe ständig zwischen 2°C und 8°C gekühlt werden. MenAfriVac® ist der erste Impfstoff, der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Ende 2012, einige Monate nach der Impfkampagne von Oum Hadjer, die Zulassung dafür erhielt, bis zu vier Tage bei maximal 40° Celsius transportiert oder gelagert zu werden – das vereinfacht die Logistik in afrikanischen Ländern immens.
- **Kosteneffizienz:** Mit Kosten von weniger als 50 Cent pro Impfung sind groß angelegte Impfkampagnen finanzierbar.

## PROJEKTBEISPIEL

# MANZINI, SWASILAND:



## Behandlung von (multiresistenter) Tuberkulose

### Ausgaben 2012: 3.531.880 Euro

Finanziert durch das internationale Netzwerk – Anteil der deutschen Sektion siehe Seiten 34–41.

Davon u.a.:

- Internationale Mitarbeiter: 624.445 Euro
- Nationale Mitarbeiter: 1.300.870 Euro
- Medikamente/medizinisches Material/therapeutische Fertignahrung: 783.214 Euro
- Logistik/Sanitäreanlagen: 367.972 Euro



Ein Team von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ist unterwegs in den Dörfern, um HIV- und Tuberkulose-Patienten zu betreuen. © Giorgos Moutafis

### AUSGANGSLAGE

Nirgends ist die Tuberkulose (TB) stärker verbreitet als in Swasiland: Auf 100.000 Einwohner kommen statistisch 1.258 Tuberkulose-Fälle. Einer der Gründe dafür ist die hohe HIV-Infektionsrate in dem kleinen Königreich, denn durch die Immunschwäche steigt das Risiko, an Tuberkulose zu erkranken, deutlich an. Mehr als 30 Prozent der 18- bis 49-Jährigen sind mit dem HI-Virus infiziert, das entspricht einem der höchsten Werte weltweit.

Wirtschaftlich durchlebte Swasiland in den vergangenen beiden Jahren eine schwere Krise, Arbeitslosigkeit und Inflation sind hoch – auch dem Gesundheitssystem fehlen Mittel.

### ZIEL DES PROJEKTES

Im Einzugsgebiet von Manzini, der größten Stadt des Landes, soll die Diagnose und Behandlung von (multiresistenter) Tuberkulose für alle Patienten zugänglich gemacht werden – sowohl im eher ländlich geprägten Mankayane als auch im Industriegebiet Matsapha. Dort sollen zudem Fabrikarbeiterinnen und Gefängnisinsassen Zugang zu medizinischer Grundversorgung und HIV-Behandlung bekommen.

### AKTIVITÄTEN

ÄRZTE OHNE GRENZEN unterstützt in Mankayane sowie in vier Gesundheitszentren im direkten Umkreis die Tuberkulose-Behandlung mit einem besonderen Fokus auf die multiresistente Tuberkulose. In Matsapha betreibt ÄRZTE OHNE GRENZEN seit 2011 eine Klinik, behandelt Patienten und versorgt HIV-Patienten mit antiretroviralen Medikamenten. Seit Juli 2012 wird auch hier multiresistente Tuberkulose behandelt. An beiden Standorten wurde die TB-Diagnose im vergangenen Jahr durch die Einführung eines neuen Instruments (GenXpert) verbessert, auch Resistenzen sind damit schneller erkennbar.

### ZAHLEN UND FAKTEN

- Diagnose von Tuberkulose und Beginn einer Behandlung bei 1.158 Patienten im Jahr 2012
- Steigerung der Erfolgsrate in der Behandlung nicht-resistenter Tuberkulose auf 75 Prozent.
- Zum Jahresende waren 185 Patienten mit multiresistenter Tuberkulose in Behandlung; die ersten Patienten konnten die langwierige Behandlung bereits erfolgreich abschließen.
- In Matsapha wurden 43.056 ambulante Konsultationen durchgeführt und 2.646 HIV-Patienten behandelt.

### SCHWIERIGKEITEN

Da viele junge Menschen HIV-infiziert sind, fehlt qualifiziertes medizinisches Personal. Viele Fachkräfte verlassen zudem das wirtschaftlich schwache Land. Wir konnten im vergangenen Jahr daher nur 78 Prozent der Stellen für lokale Mitarbeiter besetzen.

Die Behandlung von Tuberkulose wird vor allem durch die hohe Verbreitung von Resistenzen erschwert: Fast jeder zehnte TB-Patient reagiert nicht auf die gängigen Tuberkulose-Medikamente. Das macht die Behandlung sehr teuer und langwierig – die Patienten müssen bis zu zwei Jahre lang viele Medikamente mit toxischen Nebenwirkungen einnehmen.

### AUSBLICK

- Ausweitung der Aktivitäten auf zwei Gefängnisse und vier Fabriken nahe Matsapha sowie eine weitere ländliche Gesundheitseinrichtung in der Nähe von Mankayane.
- Entwicklung neuer Behandlungsprotokolle für die multiresistente Tuberkulose, um die Behandlung zu verkürzen und die Nebenwirkungen zu minimieren.
- Ausbildung von Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums, um diesen ab Ende 2013 schrittweise die Verantwortung für die Projekte übertragen zu können.

# IM ÜBERBLICK: MITFINANZIERT VON DER DEUTSCHEN SEKTION

## PROJEKTFINANZIERUNGEN 2012

Auf den folgenden Seiten geben wir einen Überblick über die Aktivitäten von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, die wir als deutsche Sektion im Jahr 2012 mitfinanziert haben. Die deutsche Sektion beteiligt sich finanziell nicht an allen Projekten, die **ÄRZTE OHNE GRENZEN** insgesamt durchführt. Informationen zu sämtlichen Projekten des internationalen Netzwerkes in allen Einsatzländern finden Sie im „International Activity Report“. Sie können ihn auf der englischsprachigen Website [www.msf.org](http://www.msf.org) lesen und herunterladen. Dort finden Sie auch den „MSF Financial Report 2012“ mit detaillierten Informationen zu den Einnahmen und Ausgaben des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**. Medizinische Begriffe und Abkürzungen finden Sie auf Seite 58 erklärt.

LAND Ausgangslage	Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte	Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Patienten- und Behandlungszahlen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion
<b>AFGHANISTAN</b> Die Gesundheitsversorgung ist vielerorts aufgrund des jahrzehntelangen Konflikts völlig unzureichend.	<b>Kundus</b>	Betrieb eines Krankenhauses: Notaufnahme, Chirurgie, Physiotherapie	9.790 Notaufnahmen, 1.534 Operationen, 6.105 ambulante und 2.539 stationäre Behandlungen, 8.777 physiotherapeutische Behandlungen	<b>430.000 Euro</b>
<b>ÄTHIOPIEN</b> Die Gesundheitsversorgung ist vor allem in Konfliktgebieten unzureichend. In der Grenzregion zu Somalia kommen bis Mitte 2012 viele Flüchtlinge über die Grenze, die dringend medizinische Hilfe benötigen.	<b>Addis Abeba</b>	Koordination der Projekte		<b>700.000 Euro</b>
	<b>Imey</b>	Basisgesundheitsversorgung, Geburtshilfe, TB-Behandlung	30.700 Konsultationen, 3.120 Schwangeren-Beratungen	<b>400.000 Euro</b>
	<b>Liben</b>	Koordination der Nothilfe für Flüchtlinge bis Mai 2012		<b>300.000 Euro</b>
	<b>Buramino</b>	Basisgesundheitsversorgung für Flüchtlinge; wurde teilweise an andere Akteure übergeben	17.707 Konsultationen, 1.240 Schwangeren-Beratungen	<b>200.000 Euro</b>
	<b>Dolo Ado</b>	Betrieb eines Gesundheitszentrums	9.552 Konsultationen, 25.591 Masernimpfungen	<b>300.000 Euro</b>
<b>BANGLADESCH</b> Vor allem Minderheiten leiden unter Armut und haben kaum Zugang zu med. Versorgung.	<b>Dhaka</b>	Koordination: Kala Azar-Behandlung, medizinische Hilfe für Flüchtlinge aus Myanmar (Birma)	69.084 Konsultationen, 586 neu aufgenommene Kala Azar-Patienten	<b>400.000 Euro</b>
<b>DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO</b> 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 Südkivu kommt es zudem immer wieder zu Gewalt und Vertreibungen.	<b>Katanga / Kinkondya</b>	Cholera- und Malaria-Behandlung bis Juli 2012	1.139 Cholera-Patienten, 35.266 ambulante und 1.077 stationäre Malaria-Patienten	<b>150.000 Euro *</b>
	<b>Nord-Kivu / Kitchanga</b>	Mobile Kliniken, Impfungen; andere Akteure werden Aktivitäten 2013 teilweise übernehmen	98.631 Konsultationen, 12.920 Schwangeren-Beratungen, Behandlung von 585 Opfern sexueller Gewalt	<b>300.000 Euro</b>
	<b>Nord-Kivu / Masisi</b>	Ambulante und stationäre med. Versorgung, Ausweitung der mobilen Kliniken 2013 geplant	104.741 Konsultationen, 7.424 stationäre Patienten, 762 Operationen, 3.027 Geburten	<b>850.000 Euro</b>
	<b>Nord-Kivu / Mweso</b>	umfassende ambulante und stationäre Behandlung, psychosoziale Hilfe (siehe S. 28/29)	120.650 Konsultationen, 15.434 Malaria-Patienten, 1.179 Operationen, 3.858 Geburten	<b>300.000 Euro</b>
	<b>Orientale / Niangara</b>	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	62.756 Konsultationen, 810 Operationen, 1.032 Geburten	<b>400.000 Euro *</b>
	<b>Orientale / Gety</b>	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	42.307 Konsultationen, 594 Geburten, 827 Notaufnahmen, 1.132 Kinder stationär behandelt	<b>500.000 Euro</b>
	<b>Bukavu</b>	Koordination der Projekte in Süd-Kivu		<b>700.000 Euro</b>
	<b>Süd-Kivu / Baraka</b>	umfassende ambulante und stationäre med. Versorgung, Behandlung von HIV und TB	153.472 Konsultationen, 9.193 stationäre und 42.305 Malaria-Patienten, 6.141 Geburten, 268 HIV-Patienten (ART)	<b>1.200.000 Euro</b>
	<b>Süd-Kivu / Kimbi Lulenge</b>	umfassende ambulante und stationäre med. Versorgung, Behandlung von HIV und TB	43.002 Konsultationen, 4.925 stationäre Patienten, 19.800 Malaria-Patienten, 1.663 Geburten	<b>620.000 Euro</b>
	<b>DSCHIBUTI</b> Schlechte Ernten und Armut führen zu Mangelernährung bei Kindern.	<b>Dschibuti Stadt</b>	Ernährungszentrum, übergeben an Behörden im März 2012	377 Konsultationen, 235 stationäre Aufnahmen, 272 Masernimpfungen
<b>GRIECHENLAND</b> Migranten aus Asien und Afrika benötigen medizinische Hilfe.	<b>Evros</b>	Hilfe für Migranten, in Zukunft Ausweitung der Aktivitäten auf andere Regionen	3.547 Patienten	<b>4.000 Euro</b>
<b>GUINEA</b> Die unzureichende staatliche Gesundheitsversorgung gefährdet vor allem Kinder und Mütter. Malaria gehört zu den Haupttodesursachen bei kleinen Kindern.	<b>Guéckédou</b>	Malaria-Prävention und -Behandlung	78.616 Malaria-Patienten, 65.000 Moskitonetze verteilt	<b>300.000 Euro</b>
	<b>Conakry / Matam</b>	Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Behandlung	57.987 Konsultationen von Kindern unter fünf Jahren, 6.852 Geburten, 782 stationäre Behandlungen	<b>700.000 Euro</b>

AFGHANISTAN: Operationssaal im einzigen Unfallkrankenhaus der Region Kundus © Michael Goldfarb/MSF



ÄTHIOPIEN: Hilfe für Flüchtlinge © Yann Libessart/MSF



GRIECHENLAND: Psychologische und medizinische Hilfe für Migranten © Juan Carlos Tomasi

LAND Ausgangslage	Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte	Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Patienten- und Behandlungszahlen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion
<b>HAITI</b> Die Mütter- und Säuglings-Sterblichkeitsrate im Land ist sehr hoch, das Gesundheitssystem funktioniert kaum. Die Lebensbedingungen sind nach dem schweren Erdbeben im Jahr 2010 weiterhin unzureichend, besonders die hygienischen Bedingungen sind katastrophal. Es kommt immer wieder zu Cholera-Ausbrüchen.	Port-au-Prince	Koordination der Projekte		<b>700.000 Euro</b>
	Léogâne	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung, Geburtshilfe, psychologische Beratungen, Chirurgie	48.365 Konsultationen, 12.582 stationäre Patienten, 6.623 Geburten, 2.783 Operationen	<b>1.500.000 Euro</b>
	Port-au-Prince / Martissant	Medizinische Hilfe im Notaufnahmезentrum, Cholera-Behandlung Ende 2012 an Behörden übergeben	61.200 Konsultationen, 4.460 Cholera-Patienten, 1.940 Geburten	<b>400.000 Euro</b>
	Port-au-Prince	Geburtshilfe, Versorgung von Neugeborenen, Cholera-Behandlung (Notfallteam für 2013 geplant)	17.330 Konsultationen, 6.572 Geburten, 11.723 Cholera-Patienten, 17 Mio. Liter Wasser aufbereitet	<b>1.900.000 Euro</b>
<b>INDIEN</b> Die Sicherheitslage ist in einigen Bundesstaaten instabil und die Gesundheitsversorgung insbesondere für die Behandlung von Krankheiten wie HIV/Aids und Tuberkulose (TB) teilweise unzureichend.	Delhi	Koordination der Projekte		<b>250.000 Euro</b>
	Chhattisgarh	Basisgesundheits- und Mutter-Kind-Versorgung, Malaria-Aktivitäten im Nov. 2012 an Regierung übergeben	27.826 Konsultationen, 4.305 Schwangeren-Beratungen 282 Geburten	<b>200.000 Euro</b>
	Kaschmir	Psychologische Hilfe, med. Projekte im April 2012 eingestellt	2.701 psychologische Einzelgespräche	<b>300.000 Euro</b>
	Manipur	HIV- und TB-Behandlung in vier Kliniken	865 HIV-Patienten (ART), 136 TB-Patienten	<b>500.000 Euro</b>
<b>IRAK</b> Die Gewalt im Land führt zu enormen seelischen und gesundheitlichen Belastungen; das Gesundheitssystem ist unzureichend.	Amman	Koordination der Projekte für syrische Flüchtlinge im Irak	9.383 psychologische Einzelgespräche	<b>200.000 Euro</b>
	Kirkuk	Medizinische Versorgung von Dialyse-Patienten	1.058 Dialyse-Behandlungen	<b>300.000 Euro</b>
<b>JEMEN</b> Vor allem in entlegenen Regionen ist die Gesundheitsversorgung vielerorts nicht ausreichend. Dies zeigt auch die hohe Mütter- und Kindersterblichkeitsrate.	Aden	Koordination der Projekte		<b>200.000 Euro</b>
	Ad Dhale	Basisgesundheitsversorgung, Notaufnahme im Krankenhaus, 2013 Fokus auf Mutter- und Kind-Programm geplant	15.974 Notaufnahmen, 4.824 Konsultationen	<b>800.000 Euro</b>
<b>KENIA</b> Seit zwanzig Jahren kommen somalische Flüchtlinge ins Land, die in riesigen Flüchtlingslagern leben. Zudem ist Nairobi ein logistisches Zentrum für Projekte in Afrika.	Dagahaley	Med. und psycholog. Hilfe für somalische Flüchtlinge, Chirurgie, Ernährungszentrum	187.791 Konsultationen, 1.345 Operationen, 3.102 Geburten	<b>500.000 Euro *</b>
	Nairobi	Ankauf und Lagerung von medizinischem Material für Projekte	63.580 Pakete mit 1.039 Tonnen Gesamtgewicht	<b>200.000 Euro</b>
<b>KIRGISISTAN</b> Die Tuberkulose hat sich aufgrund des schlechten Gesundheitssystems ausgebreitet.	Kara Su	Behandlung von Patienten mit multiresistenter TB und HIV, Lobbyarbeit für TB-Patienten	67 Patienten mit multiresistenter Tuberkulose	<b>200.000 Euro</b>
<b>KOLUMBIEN</b> Trotz Beginn des Friedensprozesses geht die Gewalt im Land nur langsam zurück.	Bogotá	Koordination der medizinischen Hilfe in Konfliktgebieten, Chagas-Behandlung wurde an die Behörden übergeben	4.153 Konsultationen, 43 Chagas-Patienten	<b>300.000 Euro</b>
<b>LIBANON</b> Palästinensische Flüchtlinge sowie Migranten aus Ägypten und Syrien leben unter schwierigen Bedingungen.	Ain al-Helweh	Psychologische und psychiatrische Hilfe, Versorgung von Opfern sexueller Gewalt	2.562 psycholog. und 1.231 psychiatrische Konsultationen, Behandlung von 40 Opfern sexueller Gewalt	<b>350.000 Euro</b>
<b>MALI</b> Aufgrund des Krieges ist die medizinische Versorgung unzureichend.	Douentza	Basisgesundheitsversorgung, Notfallmedizin, Ernährungsprogramm	1.451 mangelernährte Kinder	<b>200.000 Euro</b>
<b>MOSAMBIK</b> Die Gesundheitsversorgung ist vor allem für HIV- und TB-Patienten nicht ausreichend.	Maputo	Behandlung von HIV und Tuberkulose	23.680 HIV-Konsultationen, 16 Patienten mit multiresistenter Tuberkulose	<b>500.000 Euro</b>
<b>MYANMAR (BIRMA)</b> Die HIV- und TB-Versorgung ist vollkommen unzureichend. Vor allem für Minderheiten und in Konfliktgebieten gibt es kaum Zugang zu medizinischer Hilfe.	Rangun	Koordination der Projekte		<b>900.000 Euro</b>
	Rangun	HIV- und TB-Behandlung	13.686 HIV-Patienten (ART), 1.308 TB-Patienten	<b>300.000 Euro</b>
	Insein	HIV-Behandlung für Häftlinge	5.428 Konsultationen, 207 HIV-Patienten (ART)	<b>350.000 Euro</b>
	Kachin	Basisgesundheitsversorgung, TB- und HIV-Behandlung, Fokus auf TB soll 2013 verstärkt werden.	7.795 Malaria-Patienten, 7.222 HIV-Patienten (ART), 1.135 TB-Patienten	<b>500.000 Euro</b>

HAITI: Cholera-Behandlung in einem Container-Krankenhaus in Léogâne © Emilie Régnier



INDIEN: Behandlung eines Patienten mit multiresistenter TB. © Sami Siva

MYANMAR: Aufklärungsmaterial zur TB-Behandlung © Greg Constantine



LAND Ausgangslage	Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte	Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Patienten- und Behandlungszahlen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion
<b>NIGER</b> Nahrungsmittelengpässe zwischen den Erntezeiten führen oftmals zu Mangelernährung. Besonders Kinder sind gefährdet.	Tahoua	Ernährungsprogramm, ambulante und stationäre Pädiatrie	22.112 mangelernährte Kinder, 127.701 Kinder behandelt	<b>400.000 Euro *</b>
	Zinder, Magaria, Tillabery	Versorgung von kranken und mangelernährten Kindern	26.716 mangelernährte Kinder, 245.320 Kinder medizinisch behandelt	<b>400.000 Euro</b>
<b>NIGERIA</b> Im Nordwesten des Landes ist die medizinische Versorgung unzureichend, es kommt zum Ausbruch von Epidemien. Zudem kommt es durch den Goldabbau in der Region zu hoher Bleikonzentration in der Umwelt – vor allem Kinder leiden an Vergiftungen.	Sokoto	Koordination der Projekte		<b>200.000 Euro</b>
	Goronyo	Ambulante und stationäre Behandlung, teilweise Übergabe an Behörden Ende 2012	74.401 Konsultationen für Kinder unter fünf Jahren, 17.113 Schwangeren-Beratungen, 1.603 Geburten	<b>500.000 Euro</b>
	Zamfara	Behandlung von schwerer Bleivergiftung und Malaria	7.557 Konsultationen, 3.961 Malaria-Patienten	<b>700.000 Euro</b>
	Notfallteam	Fokus auf Malaria, Meningitis, Masern und Cholera	370 Cholera-Patienten	<b>300.000 Euro</b>
<b>PAKISTAN</b> In der konfliktreichen Grenzregion zu Afghanistan leiden vor allem Frauen und Kinder unter der schlechten medizinischen Versorgung.	Islamabad	Koordination der Projekte		<b>500.000 Euro</b>
	Chaman	Geburtshilfe, Pädiatrie, Notaufnahme	7.506 Schwangeren-Beratungen, 2.725 Geburten	<b>700.000 Euro</b>
	Kuchlak	Betreuung einer Mutter-Kind-Klinik	60.203 Konsultationen, 3.331 Geburten	<b>600.000 Euro</b>
	Quetta	Betreuung eines 60-Betten-Kinderkrankenhauses	1.162 Kinder, 438 mangelernährte Kinder	<b>600.000 Euro</b>
	Sindh / Ost-Beluchistan	Medizinische Hilfe für Überlebende der Flut (siehe S. 27)	9.705 Konsultationen, 1.071 mangelernährte Kinder	<b>100.000 Euro</b>
<b>PALÄST. AUTONOMIEGEBIETE</b> Viele Palästinenser leiden unter Armut und dem seit Jahrzehnten andauernden Konflikt.	Gaza und Nablus	Psychologische Hilfe und plastische Chirurgie	282 Operationen, 3.144 psychologische Konsultationen	<b>6.000 Euro</b>
<b>PAPUA-NEUGUINEA</b> Häusliche und sexuelle Gewalt sind weit verbreitet.	Port Moresby	Koordination der Projekte		<b>200.000 Euro</b>
	Tari	Basismedizin, Chirurgie, psychologische Hilfe für Gewaltopfer	1.194 Operationen, 1.862 psychologische Einzelgespräche	<b>100.000 Euro</b>
<b>PHILIPPINEN</b> Heftige Regenfälle führen im Dez. in 17 Provinzen nahe Manila zu Überschwemmungen.	Bulacan	Mobile medizinische Hilfe, Verteilung von Hilfsgütern	Verteilung von 3.000 Hygiene-Kits	<b>2.000 Euro</b>
<b>RUSSISCHE FÖDERATION</b> In Tschetschenien hat sich (v.a. multiresistente) TB aufgrund des zerstörten Gesundheitssystems und großer Armut ausgebreitet.	Moskau	Koordination der Projekte		<b>500.000 Euro</b>
	Grosny	TB-Behandlung, psychologische Hilfe für Gewaltopfer	290 TB-Patienten, 6.467 psychologische Gespräche	<b>500.000 Euro</b>
<b>SIERRA LEONE</b> Die Mütter- und Kindersterblichkeitsrate im Land ist sehr hoch.	Gondama	Stationäre Pädiatrie und Geburtshilfe	8.667 stationär behandelte Kinder, 2.211 Geburten, 1.061 mangelernährte Kinder	<b>400.000 Euro</b>
<b>SIMBABWE</b> Das staatliche Gesundheitssystem ist nicht in der Lage, die hohe Zahl an HIV- und TB-Patienten zu versorgen.	Harare / Epworth	Behandlung von HIV- und TB-Patienten	13.086 HIV-Patienten (ART) und 1.171 TB-Patienten	<b>1.400.000 Euro</b>
	Murabinda	Behandlung von HIV und multiresistenter TB (MDR-TB)	15.030 HIV-Patienten (ART), 15 neu aufgenommene Patienten mit MDR-TB	<b>900.000 Euro</b>
<b>SOMALIA</b> Seit Jahrzehnten anhaltende Konflikte haben das Gesundheitssystem zerstört. Die Mütter- und Kindersterblichkeitsraten sind extrem hoch, Epidemien und Mangelernährung weit verbreitet. Zudem mehren sich Fälle von Tuberkulose. Die instabile Sicherheitslage erschwert die Hilfe.	Nairobi (Kenia)	Koordination der Projekte aus Sicherheitsgründen in Kenia		<b>450.000 Euro</b>
	Kismayo	Stationäre und ambulante medizinische Versorgung	3.428 mangelernährte Kinder, 1.075 Cholera- und 1.525 Masern-Patienten, 610 stationäre Patienten	<b>400.000 Euro</b>
	Mogadischu	Pädiatrie, Ernährungsprogramm, Prävention von Epidemien	7.258 mangelernährte Kinder, 2.487 Masern-Impfungen	<b>1.000.000 Euro</b>
	Nord-Galkayo	Geburtshilfe, Pädiatrie, TB-Behandlung und Ernährungsprogramm	42.168 Konsultationen, 2.207 Geburten, 475 TB-Patienten	<b>450.000 Euro</b>
<b>SÜDAFRIKA</b> In den Städten haben sozial Schwache und Migranten oft keinen Zugang zu Gesundheitsversorgung	Johannesburg	Aufklärung über sexuell übertragbare Krankheiten (v.a. HIV) sowie Diagnose und Behandlung	12.757 Bewohner von 25 betreuten Gebäuden im Zentrum Johannesburgs	<b>700.000 Euro</b>
<b>SUDAN</b> Besonders in entlegenen und umkämpften Regionen des Sudan ist die Gesundheitsversorgung unzureichend.	Nuba-Gebirge	Ambulante und stationäre med. Versorgung (seit Mai 2012)	38.684 Konsultationen, 592 stationäre Patienten	<b>500.000 Euro</b>
	Sennar	Behandlung von Kala Azar	20.275 Kala Azar-Tests, 684 Kala Azar-Patienten	<b>500.000 Euro</b>



NIGERIA: Mutter-Kind-Projekt in Goronyo. © Olga Overbeek/MSF



PAPUA-NEUGUINEA: Hilfe für eine Frau, die von ihrem Ehemann schwer misshandelt wurde. © Basia Asztabska



SIERRA LEONE: Schwangeren-Vorsorge ist wichtig, um Komplikationen bei der Geburt zu vermeiden. © Lynsey Addario/VII

LAND Ausgangslage	Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte	Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Patienten- und Behandlungszahlen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion
<b>SÜDSUDAN</b> Auch im Jahr nach der Unabhängigkeitserklärung des Südsudans bleibt die Lage dramatisch, es kommt immer wieder zu bewaffneten Kämpfen, das Gesundheitssystem ist völlig unzureichend. In den Grenzregionen zum Sudan kamen Hunderttausende Flüchtlinge aus dem nördlichen Nachbarstaat an, die vor bewaffneten Kämpfen fliehen mussten. In den Flüchtlingslagern sind die Lebensbedingungen katastrophal: es fehlt an Nahrung und sauberem Trinkwasser, Krankheiten verbreiten sich rasant. Mehr zur humanitären Lage im Südsudan lesen Sie auf Seite 12/13.	<b>Juba</b>	Koordination der Projekte		<b>200.000 Euro</b>
	<b>Bentiu</b>	Ernährungszentrum, Impfungen, Notfallteam; TB-Behandlung für 2013 geplant	4.049 mangelernährte Kinder, 4.925 Impfungen	<b>1.000.000 Euro</b>
	<b>Jonglei</b>	Ambulante und stationäre med. Versorgung, TB-, HIV-Behandl.	84.956 Konsultationen, 24.153 Malaria-Patienten	<b>400.000 Euro *</b>
	<b>Leer</b>	Ambulante und stationäre med. Versorgung, Chirurgie	83.226 Konsultationen, 371 Operationen, 208 HIV-, 642 TB- und 744 Kala Azar-Patienten	<b>2.300.000 Euro</b>
	<b>Schlafkrankheits-Team</b>	Mobilie Kliniken (Tests und Behandlung) bis Mai 2013	37.185 Menschen getestet, davon 14 positiv und behandelt	<b>300.000 Euro</b>
	<b>Nasir</b>	Stationäre Pädiatrie, Mutter-Kind-Versorgung	65.505 Konsultationen, 2.495 stationäre Behandlungen	<b>200.000 Euro</b>
	<b>Jamam</b>	Med. Versorgung in drei Flüchtlingslagern: Ernährungsprogramm, Trinkwasser-Versorgung; HIV-Behandlung geplant	55.916 Konsultationen, 1.103 stationäre Behandlungen, 1.864 mangelernährte Kinder, 1.750 Hepatitis-E Patienten	<b>1.500.000 Euro</b>
	<b>Maban</b>	Medizinische Versorgung für zwei Flüchtlingslager, Trinkwasserversorgung (Übergabe geplant)	141.664 Konsultationen, 39.853 Masern-Impfungen, 3.505 mangelernährte Kinder, 450.000 Liter Trinkwasser am Tag	<b>500.000 Euro *</b>
	<b>Yida</b>	Med. Versorgung im Flüchtlingslager, Trinkwasserversorgung	mehr als 10 Mio. Liter Trinkwasser, 39.985 Konsultationen	<b>400.000 Euro *</b>
<b>SWASILAND</b> HIV und Tuberkulose (TB) verursachen die meisten Todes- und Krankheitsfälle im Land. Infizierte leiden oft an HIV und TB gleichzeitig, multiresistente TB ist weit verbreitet.	<b>Manzini</b>	Behandlung von HIV- und TB-Patienten (siehe S. 32)	43.056 Konsultationen, 2.646 HIV-Patienten (ART) und 1.158 TB-Patienten	<b>1.000.000 Euro</b>
	<b>Shiselweni</b>	Behandlung von HIV- und TB-Patienten	8.500 HIV-Patienten (ART), 1.430 TB-Patienten	<b>1.750.000 Euro</b>
<b>SYRIEN</b> Der Bürgerkrieg gefährdet das Überleben von Millionen Menschen, die medizinische Versorgung ist vielerorts zusammengebrochen.	<b>Jabal al-Akrad</b>	Ambulante und stationäre Behandlung; Verteilung von medizinischem Material, Medikamenten und Hilfsgütern	711 Konsultationen	<b>530.000 Euro</b>
<b>TADSCHIKISTAN</b> Die Armut und das schwache Gesundheitssystem begünstigen die Verbreitung von multiresistenter TB – besonders bei Kindern.	<b>Duschanbe und Kulyab</b>	TB-Diagnose und Behandlung von Kindern und ihren Familien; Lobbyarbeit für TB-kranke Kinder, deren Behandlung im Land bisher nicht stattfindet	21 Patienten mit multiresistenter TB	<b>670.000 Euro</b>
<b>TSCHAD</b> 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.	<b>Abou Deia</b>	stationäre und ambulante medizinische Versorgung	1.354 mangelernährte Kinder	<b>30.000 Euro</b>
	<b>Am Timan</b>	Unterstützung eines Krankenhauses, Pädiatrie, Mutter-Kind-Versorgung	2.237 stationäre Behandlungen, 20.786 Schwangeren-Beratungen, 1.868 Geburten, 7.781 mangelernährte Kinder	<b>1.400.000 Euro</b>
	<b>Biltine</b>	Ernährungszentrum; wurde im November 2012 geschlossen	3.652 mangelernährte Kinder	<b>300.000 Euro</b>
	<b>Bokoro</b>	Ernährungszentrum; Übergabe an Behörden ist geplant	3.900 mangelernährte Kinder	<b>150.000 Euro</b>
	<b>Notfallteam</b>	Koordination der Notfallprojekte		<b>100.000 Euro</b>
	<b>Oum Hadjer</b>	Meningitis-Impfkampagne (siehe S. 30/31)	137.100 Impfungen	<b>180.000 Euro</b>
	<b>Massakori</b>	Pädiatrie, Ernährungszentrum, Notfallvorsorge	12.399 Konsultationen, 2.904 pädiatrische Notaufnahmen, 16.999 Masern-Impfungen, 5.595 mangelernährte Kinder	<b>500.000 Euro</b> <b>300.000 Euro *</b>
	<b>UGANDA</b> Da die Gesundheitsbehörden auch im Norden des Landes zunehmend aktiv sind, zieht sich ÄRZTE OHNE GRENZEN aus dem Land zurück.	<b>Kampala</b>	Koordination der Projekte	
<b>Pader</b>	Übergabe der HIV/TB-Aktivitäten an die Regierung (Oktober)	101 TB-Patienten, Behandl. von 38 Opfern sexueller Gewalt	<b>100.000 Euro</b>	
<b>Entebbe</b>	Logistik-Training für Mitarbeiter	31 Teilnehmer	<b>70.000 Euro</b>	
<b>USBKISTAN</b> Das schlechte Gesundheitssystem und die Armut beschleunigen die Ausbreitung von TB, einschließlich der multiresistenten Form.	<b>Taschkent</b>	Koordination der Projekte		<b>600.000 Euro</b>
	<b>Karakalpakstan</b>	TB-Diagnose und -Behandlung, die 2013 auf weitere Distrikte ausgeweitet werden soll; zudem psychosoziale Begleitung	670 Patienten mit MDR-TB, 714 Patienten mit TB	<b>1.400.000 Euro</b>
<b>ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK</b> Anhaltende Kämpfe und Vertreibungen sowie ein völlig zerrüttetes Gesundheitssystem tragen zu hohen Sterblichkeitsraten bei. Oftmals haben weder Flüchtlinge und Vertriebene noch die ansässige Bevölkerung Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung.	<b>Bangui</b>	Koordination der Projekte		<b>400.000 Euro</b>
	<b>Boguila</b>	Ambulante und stationäre med. Versorgung, Malaria-, HIV- und TB-Behandlung	102.109 Konsultationen, 53.913 Malaria- und 299 HIV-Patienten (ART)	<b>150.000 Euro</b>
	<b>Haut-Mbomou / Zémio</b>	Ambulante und stationäre med. Versorgung für Flüchtlinge und Vertriebene; Malaria-, HIV- und TB-Behandlung	72.740 Konsultationen, 726 stationäre Patienten, 13.000 Malaria-Patienten	<b>400.000 Euro *</b> <b>300.000 Euro</b>
	<b>Kabo</b>	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung, psychologische Hilfe, HIV- und TB-Behandlung	85.586 Konsultationen, 165 Operationen, 1.130 Geburten	<b>400.000 Euro *</b>
	<b>Notfallteam</b>	Vorbereitung auf mögliche Krankheits-Ausbrüche	Aufbau eines Materiallagers	<b>100.000 Euro</b>

SYRIEN: Verladung von Hilfsgütern für Vertriebene in Syrien. © Nicole Tung



TSCHAD: Mangelernährte Kinder kommen mit therapeutischer Fertignahrung schnell wieder zu Kräften. © Florian Lems/MSF



ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK: Republik: Schlafkrankheits-Test in Mboki. © Sebastian Bolesch



INDIEN: Die Patientin, die an multiresistenter Tuberkulose leidet, muss jeden Tag viele Tabletten einnehmen. Häufig kommt es zu starken Nebenwirkungen.  
© Sami Siva

**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 die Erforschung vernachlässigter Krankheiten und für einen besseren Zugang zu Medikamenten in ärmeren Ländern ein.

Im Jahr 2012 setzte sich die Medikamentenkampagne gegen ein Zustandekommen des internationalen Anti-Piraterie-Abkommens ACTA ein. Dieses hätte die Lieferung kostengünstiger Generika in Zukunft verzögern oder gar gefährden können. Zudem mobilisierte die Kampagne gegen die Klage des Pharmaunternehmens Novartis in Indien. Mit dem Scheitern von ACTA und der Ablehnung der Klage von Novartis konnten wichtige Erfolge für die Verbesserung der Versorgung mit lebenswichtigen Medikamenten von Patienten in ärmeren Ländern verzeichnet werden. Lesen Sie dazu auch den Bericht auf Seite 16.

Finanzieller Beitrag der dt. Sektion: **349.806 Euro**

### **INITIATIVE FÜR MEDIKAMENTE GEGEN VERNACHLÄSSIGTE KRANKHEITEN (DNDi)**

Die Initiative für Medikamente gegen vernachlässigte Krankheiten (DNDi) wurde im Jahr 2003 von ÄRZTE OHNE GRENZEN zusammen mit fünf Forschungs- und Gesundheitsinstitutionen gegründet. Seitdem ist ÄRZTE OHNE GRENZEN Mitglied im Vorstand. Ziel der Non-Profit-Organisation ist es, bedarfsgerechte Medikamente gegen Krankheiten zu entwickeln, an denen vor allem Menschen

in ärmeren Ländern leiden. Seit 2003 hat DNDi bereits sechs neue Therapien gegen vernachlässigte Krankheiten entwickelt, fünf bis sieben weitere sind bis 2018 geplant.

Unter anderem wurden im Jahr 2012 für die Behandlung der Schlafkrankheit zwei neue Wirkstoffe in klinischen Studien getestet, um ein oral zu verabreichendes Medikament zu entwickeln. Bislang muss diese Krankheit mit Infusionen behandelt werden, was vor allem in ländlichen Gebieten schwierig ist.

Für die Entwicklung eines neuen Medikaments zur Behandlung der Chagas-Krankheit erhielt DNDi im Jahr 2012 eine auf zwei Millionen Euro dotierte Auszeichnung durch den Wellcome Trust, um zu erforschen, wie Chagas besser diagnostiziert werden kann.

Finanzieller Beitrag der dt. Sektion: **182.244 Euro**

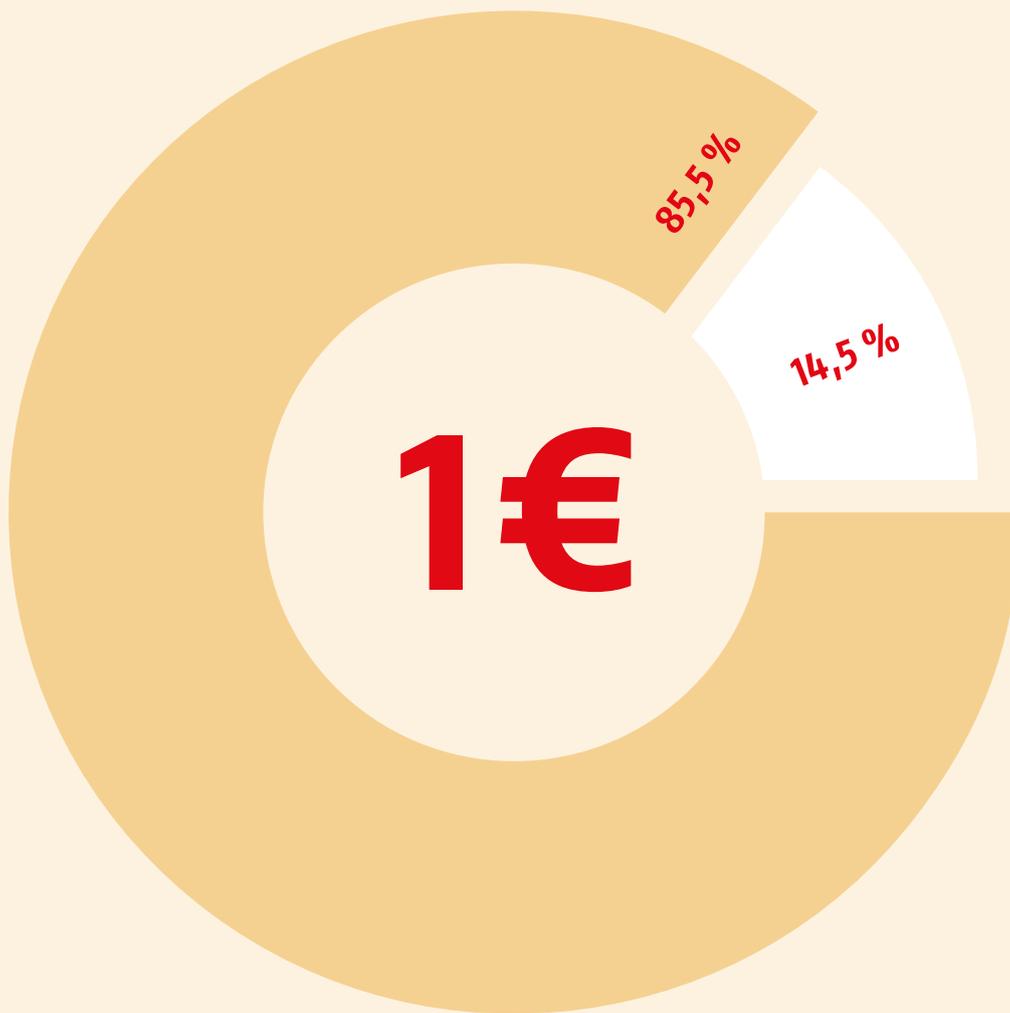
### **INTERNATIONALER FONDS**

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

Im Jahr 2012 gingen die Mittel unter anderem an Projekte zur Verbesserung der Behandlung mangelernährter Kinder unter fünf Jahren in der Demokratischen Republik Kongo, Nigeria und Uganda. Zudem wurden ein Programm zur besseren Röntgen-Diagnose von Lungentuberkulose in Südafrika sowie Einsätze gegen Malaria, die Schlafkrankheit und HIV unterstützt. Auch ein Projekt für bleivergiftete Kinder in Nigeria bekam Mittel aus dem Fonds.

Finanzieller Beitrag der dt. Sektion: **89.958 Euro**

# ZAHLEN KONKRET



Anteil für weltweite  
Projekte und weitere  
satzungsgemäße Aufgaben

Anteil für allgemeine  
Verwaltung sowie Spenden-  
verwaltung und -werbung

# FINANZIELLER ÜBERBLICK

Im Jahr 2012 konnte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Einnahmen von insgesamt **71,0 Millionen Euro** erzielen. Die Ausgaben für Projekte lagen bei **57,3 Millionen Euro**.

## WO KOMMT DAS GELD HER?

Die Einnahmen setzen sich aus privaten Spenden und Zuwendungen, öffentlichen Fördermitteln und sonstigen Erträgen zusammen. Auch wenn sie im Vergleich zum Vorjahr um mehr als 7,5 Millionen Euro zurückgingen, sind sie dennoch höher als erwartet. Im Jahr 2011 waren die Einnahmen aufgrund der großen Spendenbereitschaft für die Krise in Somalia überdurchschnittlich hoch gewesen. Die privaten Spenden und Zuwendungen im Jahr 2012 lagen mit 63,1 Millionen Euro um 8,3 Millionen Euro unter dem Ergebnis des Jahres 2011. Die öffentlichen Fördermittel sind auf 3,7 Millionen Euro (2011: 3,0 Millionen Euro) gestiegen. Die sonstigen Erträge sind leicht um 0,1 Millionen Euro auf 4,2 Millionen Euro gestiegen.

Einnahmen	2012		2011	
	Mio. EUR	%	Mio. EUR	%
Private Spenden	55,2	77,8	64,8	82,6
Bußgelder, Erbschaften, Mitgliedsbeiträge	7,9	11,1	6,6	8,4
	<b>63,1</b>	<b>88,9</b>	<b>71,4</b>	<b>91,0</b>
Öffentliche Fördermittel	3,7	5,2	3,0	3,8
Sonstige Erträge	4,2	5,9	4,1	5,2
<b>Summe Einnahmen</b>	<b>71,0</b>	<b>100,0</b>	<b>78,5</b>	<b>100,0</b>
noch nicht verbrauchte Spendenmittel	–	–	10,5	–
<b>Summe Erträge</b>	<b>71,0</b>	–	<b>89,0</b>	–

Einnahmen-Entwicklung 2006 – 2012



## PRIVATE SPENDEN UND ZUWENDUNGEN

Zu den privaten Spenden und Zuwendungen zählen alle Spenden, Mitgliedsbeiträge, Erbschaften und Bußgelder von Privatpersonen sowie die Zuwendungen von Stiftungen und Firmen. Ihr Anteil an den Gesamteinnahmen lag im Jahr 2012 mit 63,1 Millionen Euro bei 89 Prozent. Die Anzahl der Spender ist im Vergleich zum Vorjahr um 43.000 auf rund 342.000 zurückgegangen, weil viele der Spender, die im Jahr 2011 für Somalia gespendet hatten, keine Folgespende geleistet haben. Der Anteil der zweckgebundenen Spenden an den gesamten privaten Spenden und Zuwendungen betrug 2 Prozent. Frei verfügbare Spenden eröffnen **ÄRZTE OHNE GRENZEN** die Möglichkeit, die Mittel dort einzusetzen, wo die Not am größten ist. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** unterscheidet Bestandsspenden, die uns im Berichtsjahr bereits zum wiederholten Mal unterstützten, und Neuspender, die erstmals für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** spendeten. Die Bestandsspenden

Private Spenden und Zuwendungen	2012 Mio. EUR	2011 Mio. EUR
Bestandsspenden	38,7	41,3
Neuspender	13,4	19,7
Sonstige private Zuwendungen	11,0	10,4
	<b>63,1</b>	<b>71,4</b>

unterstützten uns im Jahr 2012 mit 38,7 Millionen Euro und damit fast so umfangreich wie im Vorjahr. Bei den Neuspendern liegen wir mit 13,4 Millionen Euro um 6,3 Millionen Euro unter den Einnahmen des Vorjahres. Auch hier sehen wir die vielen Spontanspenden im Jahr 2011 aufgrund der Krise in Somalia als Ursache. Bei den sonstigen privaten Zuwendungen (Erbschaften, Bußgelder, Zuwendungen von Stiftungen, Firmen und Benefizaktionen) wurden 0,6 Millionen Euro mehr erzielt als im Vorjahr.

## ÖFFENTLICHE FÖRDERMITTEL

Das Auswärtige Amt unterstützte die Arbeit von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Jahr 2012 mit insgesamt 3,7 Millionen Euro, wobei das Geld erneut ausschließlich an Projekte in Afrika ging – in die Demokratische Republik Kongo, nach Kenia, nach Niger, in den Südsudan, in den Tschad und in die Zentralafrikanische Republik. Überwiegend wurde die medizinische Versorgung von Vertriebenen und Flüchtlingen aus Regionen mit bewaffneten Konflikten finanziert.

## SONSTIGE ERTRÄGE

Die sonstigen Erträge sind vor allem Einnahmen aus Zinserträgen, Kostenerstattungen und Firmen-Kooperationen. Sie stiegen um 0,1 Millionen Euro auf 4,2 Millionen Euro.

## WO GEHT DAS GELD HIN?

Insgesamt wurden 69,0 Millionen Euro für die Projekte\* des internationalen Netzwerkes, Témoignage\*\*, Verwaltung, Werbung und allgemeine Öffentlichkeitsarbeit verwendet. Der größte Teil der Mittel floss auch 2012 in die Projekte. Im Vergleich zum Vorjahr gab es dabei einen Rückgang um 19,3 Millionen Euro. Im Vorjahr hatten noch 10,5 Millionen Euro aus Spendeneinnahmen des Jahres 2010 (Erdbeben in Haiti) zur Verfügung gestanden, die erst 2011 verbraucht wurden. Um die Absicherung der Kosten für den Standort Deutschland weiterhin für sechs Monate zu gewährleisten, wurden den Rücklagen 2,0 Millionen Euro zugeführt.

## AUSGABEN FÜR PROJEKTARBEIT

Insgesamt verwendete die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN 59,0 Millionen Euro für satzungsgemäße Aufgaben. Das entspricht 85,5 Prozent aller Ausgaben des Jahres. 57,3 Millionen Euro flossen in die medizinische Nothilfe in 38 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 jeweils in Länder mit lang anhaltenden Krisen wie Haiti, Südsudan und die Demokratische Republik Kongo (siehe Grafik). 1,7 Millionen Euro wurden für Témoignage\*\* aufgewendet.

## AUSGABEN FÜR ALLGEMEINE VERWALTUNG UND ALLGEMEINE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Der Anteil der Ausgaben für allgemeine Öffentlichkeitsarbeit und Verwaltung betrug 3,4 Prozent, damit wurden 2,4 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.

## AUSGABEN FÜR SPENDENWERBUNG UND SPENDENVERWALTUNG

In der Spendenabteilung werben wir Interessenten dafür, die medizinische Nothilfe von ÄRZTE OHNE GRENZEN zu unterstützen. Dies geschieht zum Beispiel durch Spenderbriefe und Standwerbung auf der Straße. Unsere bereits bestehenden Spender betreuen wir, indem wir sie u.a. über die Arbeit von ÄRZTE OHNE GRENZEN informieren. Zudem bitten wir sie um weitere Spenden. Dies geschieht vor allem mit dem Spendermagazin AKUT, das vier Mal im Jahr erscheint. Für die Spendenwerbung und -verwaltung wurden im Jahr 2012 7,6 Millionen Euro ausgegeben, 0,5 Millionen Euro mehr als im Vorjahr. Der Anteil der Ausgaben für Spendenwerbung und -verwaltung an den Gesamtausgaben betrug 11,1 Prozent und liegt somit um 3 Prozentpunkte höher als 2011. In Jahren, in denen Katastrophen eine hohe mediale Aufmerksamkeit erlangen, wie dies im Jahr 2011 mit der Somaliakrise der Fall war, erfordert der verhältnismäßig hohe Anteil an spontanen Spenden weniger Werbemittel als in Jahren mit weniger stark beachteten Katastrophen. Es bleibt grundsätzlich unser Anliegen, die Ausgaben der Spendenabteilung so gering wie möglich zu halten.

### Ausgaben nach Spendergruppen

	2012 Mio. EUR	2011 Mio. EUR
Bestandsspender	2,8	1,9
Neuspender	3,6	4,2
Sonstige private Zuwendungen	1,2	1,0
	<b>7,6</b>	<b>7,1</b>

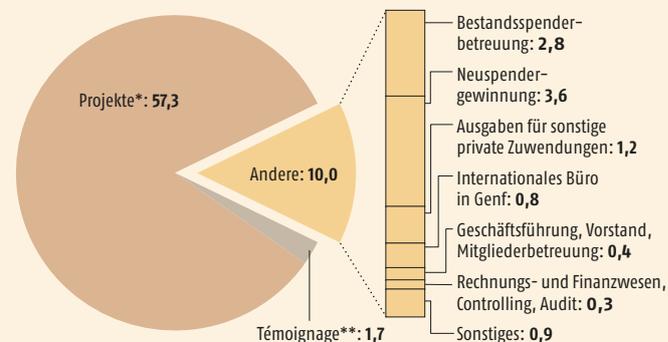
Die Ausgaben für die Bestandsspender stiegen 2012 um 0,9 Millionen Euro gegenüber dem Vorjahr auf 2,8 Millionen Euro. Sie beinhalteten hauptsächlich die Produktions- und Versandkosten für das Spendermagazin AKUT und für Briefe an Spender, die uns schon seit längerem nicht mehr gespendet haben. Ein Viertel der Gesamtkosten für diese Produkte wird dem Bereich Témoignage\*\* zugerechnet. Um Neuspender zu gewinnen, wendeten wir im Jahr 2012 3,6 Milli-

Ausgaben	2012		2011	
	Mio. EUR	%	Mio. EUR	%
Projekte*	57,3	83,0	78,1	88,4
Témoignage**	1,7	2,5	1,2	1,4
<b>Summe Satzungsaufwendungen</b>	<b>59,0</b>	<b>85,5</b>	<b>79,3</b>	<b>89,8</b>
Spendenverwaltung und -werbung	7,6	11,1	7,1	8,1
Allgemeine Verwaltung/ Allgemeine Öffentlichkeitsarbeit	2,4	3,4	1,9	2,1
<b>Summe Aufwendungen</b>	<b>69,0</b>	<b>100,0</b>	<b>88,3</b>	<b>100,0</b>
<b>Veränderung Rücklagen</b>	<b>2,0</b>		<b>0,7</b>	

### Unterstützung nach Projektländern (2,0 Mio. EUR und mehr)

<b>Südsudan</b>	<b>6.800.000 €</b>
<b>Demokratische Republik Kongo</b>	<b>5.414.972 €</b>
<b>Haiti</b>	<b>4.500.000 €</b>
<b>Tschad</b>	<b>2.960.000 €</b>
<b>Swasiland</b>	<b>2.750.000 €</b>
<b>Pakistan</b>	<b>2.500.000 €</b>
<b>Simbabwe</b>	<b>2.300.000 €</b>
<b>Somalia</b>	<b>2.300.000 €</b>
<b>Myanmar (Birma)</b>	<b>2.050.000 €</b>
<b>Usbekistan</b>	<b>2.000.000 €</b>

### Ausgaben Projekte und Verwaltung (in Mio. EUR)



onen Euro für Spenderbriefe und weitere Werbemaßnahmen auf, 0,6 Million Euro weniger als im Vorjahr. Die Aufwendungen für die sonstigen privaten Zuwendungen stiegen um 0,2 Millionen Euro bei gleichzeitigem Wachstum der Zuwendungen um 0,6 Millionen Euro.

### Ausgaben und Einnahmen im Vergleich

Den Einnahmen aus privaten Spenden und Zuwendungen in Höhe von insgesamt 63,1 Millionen Euro (2011: 71,4 Millionen Euro) standen die Ausgaben der Spendenwerbung und -verwaltung von 7,6 Millionen Euro (2010: 7,1 Millionen Euro) gegenüber. Damit änderte sich das Verhältnis von Einnahmen zu Ausgaben nur leicht. Für jeden gespendeten Euro wurden in der Spendenabteilung zwölf Cent aufgewendet. Im Jahr zuvor waren es zehn Cent.

\* Projekte: Hierunter werden direkte Projektkosten, Projektbetreuung sowie Aufwendungen für deutsche Projektmitarbeiter ausgewiesen.

\*\* Aus dem Französischen: Zeugnis ablegen. Das Berichten über die Situation in den Projekten gehört zu den satzungsgemäßen Aufgaben von ÄRZTE OHNE GRENZEN.

# JAHRESABSCHLUSS 2012

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

## BILANZ ZUM 31. DEZEMBER 2012

AKTIVA	31.12.2012 EUR	31.12.2011 EUR	PASSIVA	31.12.2012 EUR	31.12.2011 EUR
<b>A. ANLAGEVERMÖGEN</b>			<b>A. RÜCKLAGEN</b>		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände			Freie Rücklage		
1. Entgeltlich erworbene Software	791.086,39	39.738,53	Vortrag zum 1. Januar	7.501.887,66	6.767.315,00
2. Geleistete Anzahlungen	0,00	235.706,29	Entnahmen	0,00	0,00
	791.086,39	275.444,82	Einstellungen	1.980.396,09	734.572,66
<b>II. Sachanlagen</b>			Stand am 31. Dezember	9.482.283,75	7.501.887,66
Büro- und Geschäftsausstattung	241.909,83	179.384,40			
	1.032.996,22	454.829,22			
<b>B. UMLAUFVERMÖGEN</b>			<b>B. NOCH NICHT VERBRAUCHTE SPENDENMITTEL</b>		
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände			Noch nicht satzungsgemäß verwendete Erbschaften	919.194,49	1.595.838,93
1. Forderungen gegen andere MSF-Büros	1.243.417,86	1.079.133,68			
2. Forderungen aus Erbschaften	919.194,49	1.595.838,93			
3. Übrige Forderungen	378.808,76	265.655,43	<b>C. RÜCKSTELLUNGEN</b>		
	2.541.421,11	2.940.628,04	Sonstige Rückstellungen	429.000,00	390.000,00
II. Wertpapiere					
Sonstige Wertpapiere	93.578,00	54.891,82	<b>D. VERBINDLICHKEITEN</b>		
III. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten	12.212.858,32	16.232.441,98	1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	373.133,70	481.850,38
	14.847.857,43	19.227.961,84	2. Verbindlichkeiten gegenüber anderen MSF-Büros	4.626.741,51	9.745.374,25
<b>C. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN</b>	103.224,30	64.377,67	3. Sonstige Verbindlichkeiten	153.724,50	32.217,51
	15.984.077,95	19.747.168,73		5.153.599,71	10.259.442,14
	15.984.077,95	19.747.168,73		15.984.077,95	19.747.168,73

## ANHANG FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2012

### BILANZIERUNGS- UND BEWERTUNGSGRUNDSÄTZE

Der Jahresabschluss des Vereins ist 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) aufgestellt worden.

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. Für Vermögensgegenstände, die 2008 und 2009 angeschafft wurden und deren Anschaffungskosten ohne Umsatzsteuer mehr als EUR 150,00, aber höchstens EUR 1.000,00 betragen, wurde in den Vorjahren ein jahrgangsbezogener Sammelposten gebildet. Dieser Sammelposten wurde bzw. wird im Geschäftsjahr der Bildung und in den folgenden vier Jahren jeweils mit einem Fünftel ergebnismindernd aufgelöst.

Sachspenden werden zu dem am Tag der Spende beizulegenden Zeitwert bewertet.

Die **Forderungen und sonstigen Vermögensgegenstände** sind unter Beachtung des strengen Niederstwertprinzips grundsätzlich zum Nominalwert angesetzt.

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

Die **Wertpapiere** des Umlaufvermögens sind zu dem niedrigeren Wert aus den Anschaffungskosten und dem beizulegenden Wert zum Bilanzstichtag angesetzt.

Der **Kassenbestand** und die **Guthaben bei Kreditinstituten** werden zum Nennwert bewertet.

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.

Die Freie Rücklage dient dazu, die Kosten am Standort Deutschland für einen Zeitraum von sechs Monaten 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 Seiten 48/49 dargestellt.

Die **Zugänge** bei den immateriellen Vermögensgegenständen resultieren im Wesentlichen aus der Anschaffung einer Fundraising-Datenbank.

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 aus Guthaben bei der PayPal (Europe) S.à r.l. et Cie, S.C.A., Luxemburg, (TEUR 241) sowie Forderungen gegen die **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Stiftung, München, (TEUR 50) sowie geleistete Vorauszahlungen für Anzeigenschaltungen an die Google Germany GmbH, Hamburg, und die Microsoft Deutschland GmbH, Unterschleißheim (TEUR 49).

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

Der aktive **Rechnungsabgrenzungsposten** beinhaltet TEUR 26 Beitragsanteile für Versicherungen für 2013, TEUR 20 abgegrenzte Aufwendungen für Jahresabonnements im Bereich des öffentlichen Personennahverkehrs, TEUR 14 Wartungsvorauszahlungen für 2013 sowie TEUR 43 sonstige Vorauszahlungen.

Die **Rücklagen** haben sich um den Jahresüberschuss 2012 in Höhe von TEUR 1.980 erhöht.

Die im Jahr 2012 eingegangenen Spenden wurden im Geschäftsjahr vollständig und zeitnah verwendet und werden im Jahr 2012 ertragswirksam ausgewiesen. Die Einstellung in den Posten **Noch nicht satzungsgemäß verwendete Spenden** war deshalb nicht erforderlich.

Der Posten **Noch nicht satzungsgemäß verwendete Erbschaften** umfasst zum 31. Dezember 2012 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 919). Der satzungsgemäße Verbrauch dieser Mittel ist für das Jahr 2013 geplant. Die unter dem Posten **Noch nicht satzungsgemäß verwendete Erbschaften** zum Vorjahresstichtag ausgewiesenen noch nicht verbrauch-

ten Erbschaften (TEUR 1.596) wurden im Jahr 2012 vollständig verbraucht.

Die **Sonstigen Rückstellungen** betreffen im Wesentlichen Beiträge an das internationale Büro in Genf für die Forschungsinitiative „**Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi)**“ (TEUR 143), Urlaubsrückstellungen (TEUR 140), Rückstellungen für ausstehende Rechnungen (TEUR 90) sowie die Schwerbehindertenausgleichsabgabe (TEUR 30). Der Zinsaufwand aus der Aufzinsung langfristiger Rückstellungen beträgt TEUR 0 (Vorjahr TEUR 0). Der Zinsertrag aus der Abzinsung langfristiger Rückstellungen beträgt TEUR 0 (Vorjahr TEUR 0).

Die **Verbindlichkeiten gegenüber anderen MSF-Büros** betreffen im Wesentlichen Projektaufwendungen und Weiterberechnungen von Kosten, die Anfang 2013 bezahlt wurden.

Unter den **Sonstigen Verbindlichkeiten** werden im Wesentlichen Verbindlichkeiten aus noch nicht verbrauchten Zuwendungen des Auswärtigen Amtes (TEUR 105) und Verbindlichkeiten gegenüber Mitarbeitern ausgewiesen (TEUR 28). Die Verbindlichkeiten aus Steuern betragen TEUR 11 (Vorjahr TEUR 0). Die Verbindlichkeiten im Rahmen der sozialen Sicherheit belaufen sich auf TEUR 0 (Vorjahr TEUR 1).

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 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 282.

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 zu DNDi. Die dafür entstehenden Kosten werden im Verhältnis der privaten Spendeneinnahmen auf die einzelnen Sektionen umgelegt. Im Jahr 2012 betrug der Kostenanteil der deutschen Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** insgesamt TEUR 1.432 (davon für das internationale Büro in Genf TEUR 810).

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 2012 betrug der Anteil der deutschen Sektion für den internationalen Fonds TEUR 90.

## GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG FÜR 2012

	2012 EUR	2011 EUR
<b>1. Spenden und Zuwendungen</b>		
a) Spenden (im Geschäftsjahr zugeflossene Spenden)	55.168.208,28	64.789.759,94
+ Verbrauch in Vorjahren zugeflossener Spenden	0,00	10.544.369,07
- noch nicht verbrauchter Spendenzufluss d. Geschäftsj.	0,00	0,00
= Ertrag aus Spendenverbrauch des Geschäftsjahres	55.168.208,28	75.334.129,01
b) Bußgelder	1.321.515,47	1.104.752,09
c) Mitgliedsbeiträge	10.068,00	8.960,00
d) Erbschaften	6.548.214,04	5.511.295,09
e) Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln	3.744.972,00	3.039.560,00
	<b>66.792.977,79</b>	<b>84.998.696,19</b>
<b>2. Sonstige betriebliche Erträge</b>	<b>4.006.849,71</b>	<b>3.780.631,40</b>
<b>3. Projektaufwand</b>		
Projektaufwendungen für internationale Projekte	-52.258.980,00	-73.323.915,00
<b>4. Personalaufwand</b>		
a) Gehälter	-6.483.291,78	-5.869.273,11
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung davon für Altersversorgung EUR 56.949,04 (Vorjahr: EUR 47.591,32)	-1.270.869,84	-1.155.427,04
	<b>-7.754.161,62</b>	<b>-7.024.700,15</b>
<b>5. Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen</b>	<b>-190.871,62</b>	<b>-124.517,10</b>
<b>6. Sonstige betriebliche Aufwendungen</b>	<b>-8.774.282,51</b>	<b>-7.817.704,37</b>
<b>7. Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge</b>	<b>158.864,34</b>	<b>246.081,69</b>
<b>8. Jahresüberschuss</b>	<b>1.980.396,09</b>	<b>734.572,66</b>
<b>9. Einstellungen in die Freie Rücklage</b>	<b>-1.980.396,09</b>	<b>-734.572,66</b>
<b>10. Bilanzergebnis</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

## 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 51). Basis hierfür ist die steuerliche Untergliederung gemäß Abgabenordnung sowie die Gliederung gemäß MSF-GAAP.

Die **Spenden und Zuwendungen** in Höhe von TEUR 66.793745 resultieren aus zweckgebundenen und freien Spenden, Bußgeldern, Mitgliedsbeiträgen, Erbschaften und Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln. Davon entfallen TEUR 1.214 (Vorjahr TEUR 15.944) auf private zweckgebundene Spenden und Zuwendungen abzüglich der anteiligen Verwaltungskosten sowie TEUR 3.745 auf zweckgebundene Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln (Vorjahr TEUR 3.040).

Die öffentlichen Fördermittel des Auswärtigen Amtes sind für die medizinische Nothilfe in zehn Projekten in sechs afrikanischen Ländern bestimmt (siehe Seite 48). Für die Förderung eines Projektes in der Demokratischen Republik Kongo lief der Bewilligungszeitraum des Auswärtigen Amtes über den Bilanzstichtag hinaus bis zum 31. März 2013. Das Auswärtige Amt hat für das betroffene Projekt TEUR 400 zur Verfügung gestellt und bereits im Jahr 2012 überwiesen. Im Jahr 2012 wurde hiervon ein Betrag von TEUR 295 verbraucht und handelsrechtlich als Ertrag vereinnahmt.

Der Restbetrag von TEUR 105 wurde zum 31. Dezember 2012 als sonstige Verbindlichkeit ausgewiesen und 2013 verbraucht.

Die **Sonstigen betrieblichen Erträge** resultieren im Wesentlichen aus dem ideellen Bereich (TEUR 3.434; Vorjahr TEUR 3.319) und aus Erträgen aus der Vermögensverwaltung (TEUR 571; Vorjahr TEUR 461).

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 Freiwillige aus Deutschland zur Übernahme von medizinischen oder logistischen und administrativen Aufgaben in den Projekten des internationalen Netzwerkes rekrutiert.

Die Sonstigen betrieblichen Erträge enthalten periodenfremde Erträge aus der Auflösung von Rückstellungen in Höhe von TEUR 130.

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

Die Projektaufwendungen verteilen sich im Geschäftsjahr 2012 auf die in der Übersicht auf Seite 48 dargestellten Länder. Neben der Gesamtsumme der Projektaufwendungen werden jeweils die verwendeten freien und zweckgebundenen Mittel angegeben.

## PROJEKTAUFWENDUNGEN

	Freie Mittel EUR	Zweckgebundene Mittel EUR	Summe EUR
<b>AFRIKA</b>			
1 Äthiopien	1.895.218,30	4.781,70	1.900.000,00
2 Demokratische Republik Kongo	4.948.576,29	466.395,71	5.414.972,00
3 Dschibuti	199.991,00	9,00	200.000,00
4 Guinea	999.685,00	315,00	1.000.000,00
5 Kenia	185.563,10	514.436,90	700.000,00
6 Mali	189.564,95	10.435,05	200.000,00
7 Mosambik	498.840,30	1.159,70	500.000,00
8 Niger	396.242,50	403.757,50	800.000,00
9 Nigeria	1.698.744,50	1.255,50	1.700.000,00
10 Sierra Leone	390.679,60	9.320,40	400.000,00
11 Simbabwe	2.297.804,26	2.195,74	2.300.000,00
12 Somalia	2.040.421,74	259.578,26	2.300.000,00
13 Südafrika	698.474,50	1.525,50	700.000,00
14 Sudan	930.937,23	69.062,77	1.000.000,00
15 Südsudan	5.221.520,19	1.578.479,81	6.800.000,00
16 Swasiland	2.749.865,00	135,00	2.750.000,00
17 Tschad	2.495.702,79	464.297,21	2.960.000,00
18 Uganda	268.433,80	1.566,20	270.000,00
19 Zentralafrikanische Republik	947.786,27	802.213,73	1.750.000,00
<b>ASIEN</b>			
20 Afghanistan	424.529,48	5.470,52	430.000,00
21 Bangladesch	397.775,41	2.224,59	400.000,00
22 Indien	1.244.803,47	5.196,53	1.250.000,00
23 Irak	498.506,00	1.494,00	500.000,00
24 Jemen	998.975,80	1.024,20	1.000.000,00
25 Kirgisistan	200.000,00	0,00	200.000,00
26 Libanon	349.122,50	877,50	350.000,00
27 Myanmar (Birma)	2.041.644,11	8.355,89	2.050.000,00
28 Pakistan	2.475.856,77	24.143,23	2.500.000,00
29 Palästinensische Autonomiegebiete	595,50	5.404,50	6.000,00
30 Papua-Neuguinea	299.640,00	360,00	300.000,00
31 Philippinen	458,61	1.541,39	2.000,00
32 Syrien	417.914,49	112.085,51	530.000,00
33 Tadschikistan	607.168,71	62.831,29	670.000,00
34 Usbekistan	1.996.670,34	3.329,66	2.000.000,00
<b>LATEINAMERIKA</b>			
35 Haiti	4.373.589,46	126.410,54	4.500.000,00
36 Kolumbien	297.826,50	2.173,50	300.000,00
<b>EUROPA</b>			
37 Griechenland	85,00	3.915,00	4.000,00
38 Russische Föderation	999.469,00	531,00	1.000.000,00
<b>SONSTIGE</b>			
39 Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi)	182.244,00	0,00	182.244,00
40 Internationaler Fonds	89.958,00	0,00	89.958,00
41 Medikamentenkampagne	349.128,07	677,93	349.806,00
<b>SUMME</b>	<b>47.300.012,54</b>	<b>4.958.967,46</b>	<b>52.258.980,00</b>

### Öffentliche Fördermittel

In den zweckgebundenen Mitteln sind enthalten:

- 2\* EUR 444.972,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 5 EUR 500.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 8 EUR 400.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 15 EUR 1.300.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 17 EUR 300.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 19 EUR 800.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes

### Zweckpräzisierungen

In den zweckgebundenen Mitteln sind enthalten:

- 7 EUR 324,00 *Malawi und andere*
- 10 EUR 1.012,50 *Westafrika*
- 12 EUR 98.379,36 *Afrika*; EUR 2.583,00 *Afrika und andere*; EUR 21.180,25 *Horn von Afrika und andere*; EUR 29.564,24 *Ostafrika*; EUR 1.152,00 *Ostafrika und andere*
- 13 EUR 103,50 *Südliches Afrika*
- 17 EUR 45,00 *Afrika Flut 2007*; EUR 72,00 *Afrika Flut 2007 und andere*; EUR 11.622,19 *Sahelzone*; EUR 251,93 *Sahelzone und andere*
- 21 EUR 1.035,00 *Seebeben und andere*; EUR 67,50 *Seebeben 25.12.04*
- 22 EUR 108,00 *Erdbeben Indonesien 30.09.2009 und andere*; EUR 270,00 *Indonesien und andere*
- 23 EUR 270,00 *Jordanien und andere*
- 27 EUR 1.085,40 *Asien*; EUR 378,00 *China und andere*; EUR 243,00 *Japan und andere*; EUR 67,50 *Myanmar/China*; EUR 234,00 *Südostasien*
- 28 EUR 103,50 *Erdbeben Kaschmir 08.10.2005*; EUR 531,00 *Erdbeben Kaschmir 08.10.2005 und andere*
- 29 EUR 139,50 *Nahost*
- 35 EUR 180,00 *Guatemala und andere*; EUR 27,00 *Erdbebenopfer*
- 36 EUR 216,00 *Peru und andere*; EUR 270,00 *Südamerika*
- 38 EUR 90,00 *Europa 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 49.)

In den zweckgebundenen Mitteln sind enthalten:

- 2 EUR 1.125,00 *Angola*; EUR 276,08 *Ruanda*
- 5 EUR 450,00 *Tansania*
- 6 EUR 918,00 *Burkina Faso*; EUR 900,00 *Mauretanien*
- 7 EUR 117,00 *Madagaskar*; EUR 135,00 *Malawi*
- 9 EUR 715,50 *Kamerun*
- 10 EUR 157,50 *Elfenbeinküste*; EUR 90,00 *Liberia*
- 19 EUR 585,00 *Republik Kongo*
- 20 EUR 495,00 *Iran*
- 22 EUR 18,00 *Nepal*; EUR 126,00 *Sri Lanka*
- 23 EUR 900,00 *Jordanien*
- 27 EUR 234,00 *China*; EUR 90,00 *Indonesien*; EUR 1.161,00 *Japan*; EUR 91,80 *Kambodscha*; EUR 64,19 *Nordkorea*; EUR 90,00 *Thailand*; EUR 450,00 *Vietnam*
- 32 EUR 193,50 *Ägypten*; EUR 108,00 *Algerien*; EUR 577,85 *Libyen*; EUR 22,50 *Marokko*
- 34 EUR 90,00 *Armenien*; EUR 162,00 *Erdbeben Türkei*; EUR 3.077,66 *Türkei*
- 35 EUR 162,00 *El Salvador*; EUR 203,85 *Honduras*
- 36 EUR 175,50 *Bolivien*; EUR 81,00 *Paraguay*; EUR 621,00 *Peru*
- 37 EUR 90,00 *Balkan*; EUR 45,00 *Italien (Erdbeben)*

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

## ENTWICKLUNG DES ANLAGEVERMÖGENS IM GESCHÄFTSJAHR 2012

	ANSCHAFFUNGS- UND HERSTELLUNGSKOSTEN				
	01.01.2012 EUR	Zugänge EUR	Abgänge EUR	Umbuchungen EUR	31.12.2012 EUR
<b>I. Immaterielle Vermögensgegenstände</b>					
1. Entgeltlich erworbene Software	412.119,85	587.671,01	0,00	235.706,29	1.235.497,15
2. Geleistete Anzahlungen	235.706,29	0,00	0,00	-235.706,29	0,00
	647.826,14	587.671,01	0,00	0,00	1.235.497,15
<b>II. Sachanlagen</b>					
1. Büroausstattung	311.584,05	61.670,84	21.051,69	0,00	352.203,20
2. Geschäftsausstattung	478.995,10	119.696,77	0,00	0,00	598.691,87
	790.579,15	181.367,61	21.051,69	0,00	950.895,07
	<b>1.438.405,29</b>	<b>769.038,62</b>	<b>21.051,69</b>	<b>0,00</b>	<b>2.186.392,22</b>

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.

Im Jahr 2012 vereinnahmte die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN als Ertrag zweckgebundene Spenden und Zuwendungen von privaten und öffentlichen Gebern in Höhe von TEUR 4.959. Das entspricht 9,5 % der gesamten Projektaufwendungen und 7,4 % der gesamten als Ertrag erfassten Spenden und Zuwendungen. 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 verwendet werden, wird ab einer Einzelspende von EUR 100,00 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. Im Jahr 2012 ist dieser Fall nicht eingetreten.

Weiterhin gehen teilweise Spenden ein, deren Zweckbindung eine gewisse Wahlmöglichkeit 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.

Die Fußnoten zur Tabelle auf Seite 48 oben weisen auf Umwidmungen, Zweckpräzisierungen und öffentliche Fördermittel hin.

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 481 und ist in den jeweiligen o. g. Beträgen enthalten.

## KOSTENRECHNUNG

Alle Erträge und Aufwendungen werden Kostenstellen zugerechnet. Die Auswertung dieser Kostenrechnung auf Seite 51 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 Spendenverwaltung/-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 entsprechend der Anzahl der jeweiligen Mitarbeiter

auf Kostenstellen verteilt. Die Personalkosten werden entsprechend einem Schlüssel, der die Gehaltsstruktur berücksichtigt, ebenfalls auf die Kostenstellen verteilt.

Die Kosten der Informationstechnologie und des Sekretariats werden anteilig auf die übrigen Kostenstellen verteilt.

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

Die **Gesamtaufwendungen** im Geschäftsjahr 2012 entfielen auf:

	EUR	%
Projekte und Aufwendungen für Projektmitarbeiter	54.325.223,28	78,8
Projektbetreuung	2.742.108,30	4,0
Témoinage	1.691.916,41	2,5
Sonstige Programme (DNDi)	182.244,00	0,2
<b>Summe satzungsgemäße Aufwendungen</b>	<b>58.941.491,99</b>	<b>85,5</b>
Spendenverwaltung und -werbung	7.647.586,58	11,1
Allgemeine Verwaltung/allg. Öffentlichkeitsarbeit	2.389.217,18	3,4
<b>Summe Verwaltungs- und Werbekosten</b>	<b>10.036.803,76</b>	<b>14,5</b>
	<b>68.978.295,75</b>	<b>100,0</b>

Der Anteil der Verwaltungs- und Werbekosten an den Gesamtkosten betrug demnach 14,5 % (Vorjahr: 10,2 %).

## KUMULIERTE ABSCHREIBUNGEN

01.01.2012 EUR	Zugänge EUR	Abgänge EUR	31.12.2012 EUR
372.381,32	72.029,44	0,00	444.410,76
0,00	0,00	0,00	0,00
372.381,32	72.029,44	0,00	444.410,76
232.522,70	54.404,40	21.051,69	265.875,41
378.672,05	64.437,78	0,00	443.109,83
611.194,75	118.842,18	21.051,69	708.985,24
<b>983.576,07</b>	<b>190.871,62</b>	<b>21.051,69</b>	<b>1.153.396,00</b>

## BUCHWERTE

31.12.2012 EUR	31.12.2011 EUR
791.086,39	39.738,53
0,00	235.706,29
791.086,39	275.444,82
86.327,79	79.061,35
155.582,04	100.323,05
<b>241.909,83</b>	<b>179.384,40</b>
<b>1.032.996,22</b>	<b>454.829,22</b>

## 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) in den Büros in Berlin und Bonn betrug im Geschäftsjahr 2012 (in Klammern Vorjahresangabe):

Vollzeitbeschäftigte	55	(41)
Teilzeitbeschäftigte	28	(39)
Studenten und geringfügig Beschäftigte	41	(36)

Die durchschnittliche Anzahl der Projektmitarbeiter betrug 114 (Vorjahr 122). Die Kosten für die Projektmitarbeiter wurden von der deutschen Sektion an andere Sektionen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** weiterberechnet.

Des Weiteren waren im Geschäftsjahr 2012 38 (Vorjahr 40) Praktikanten und ehrenamtliche Mitarbeiter für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** tätig.

### Vereinsregister und Satzung

Die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** wurde mit Satzung vom 9. Juni 1993 gegründet und ist ein eingetragener Verein. Die Satzung wurde zuletzt geändert am 4. Mai 2012. Die wichtigste Änderung bezieht sich auf die Einführung eines Aufsichtsrats, der aber erst im Jahr 2013 gewählt und damit eingerichtet wird. Die Eintragung der Satzungsänderung in das Vereinsregister erfolgte am 14. Januar 2013.

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

Geschäftsjahr des Vereins ist das Kalenderjahr.

### Organe des Vereins

Gemäß § 7 der im Jahr 2012 wirksamen Satzung sind die Organe des Vereins die Mitgliederversammlung und der Vorstand.

#### 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
- Wahl und Abberufung der Mitglieder des Vorstands
- Beschlussfassung über die Vergütung von Vorstandsämtern
- Festsetzung der Rahmenbedingungen für die Vergütung der Vorstandstätigkeit
- Beschlussfassung über Änderung der Satzung und über die Auflösung des Vereins. 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 zugewiesen sind. Er hat nach § 13 der Satzung insbesondere folgende Aufgaben:

- Annahme des Jahresbudgets und Aufstellung von Richtlinien über die Verwendung der Spenden
- Feststellung des Jahresabschlusses
- Bestellung eines unabhängigen Abschlussprüfers
- 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
- Eingehung und Aufhebung von Verträgen mit Vorstandsmitgliedern unter Beachtung von Rahmenbedingungen, die von der Mitgliederversammlung gemäß § 8 Abs. 4 der Satzung festgesetzt werden.

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 acht 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 gehörten 2012 bzw. gehören an:

- Dr. med. Tankred Stöbe**, Berlin, Arzt – Vorsitzender
- Klaus Volmer**, Amtzell, Kinderarzt – stellv. Vorsitzender (seit 10/2012)
- Katja Kusche**, M.Sc., Berlin, Ärztin – stellv. Vorsitzende (bis 10/2012)
- Norbert Backhaus**, Nümbrecht, Consultant – Schatzmeister, kooptiert
- Dr. med. Volker Westerbarkey**, Berlin (seit 05/2012) – Schriftführer seit 05/2012
- Dr. med. Maximilian Gertler**, Berlin, Arzt – Schriftführer (bis 05/2012)
- Dr. med. Philip de Almeida**, Berlin, Arzt (bis 05/2012)
- Michel Farkas**, Amsterdam/Niederlande, Manager, kooptiert
- Dr. med. Christine Firnhaber**, Lüttich/Belgien, Kinderärztin
- Katja Hilgenstock**, Ulm, Chirugin, (seit 05/2012)
- Meike Hülsmann**, Hamburg, Umwelt-schutztechnikerin (bis 05/2012)
- Dr. med. Johannes Leidinger**, Husby-Rekarne/Schweden, Arzt, kooptiert (bis 05/2012)
- Maja Zimmer**, Berlin, Architektin.

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 225,06 pro Tag für Tätigkeiten, die über den Rahmen der allgemeinen Vorstandstätigkeiten hinausgehen. Das maximale jährliche Honorar ist limitiert auf EUR 16.838,58 und betrug für 2012 EUR 16.838,53.

Alle weiteren Vorstandsmitglieder sind ehrenamtlich tätig und erhalten außer reinen Kostenerstattungen, wie z. B. Reisekostenerstattungen, keine Aufwandsentschädigungen.

### c) 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:

- die Aufstellung und Umsetzung der Jahresplanung sowie die Erarbeitung und Durchführung von Konzepten zur Verwirklichung der Satzungszwecke
- die Führung der hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (inkl. Abschluss und Kündigung von Arbeitsverträgen), ausgenommen Angelegenheiten betreffend die Vergütung von Mitgliedern des Vorstands
- das Berichts-, Kontroll- und Rechnungswesen
- die Bereitstellung erforderlicher Arbeitshilfen für Vorstand, Mitglieder und – soweit bestellt – Beirat.

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.

Seit dem 1. Mai 2008 ist Herr Dr. med. Frank Dörner, Berlin, Geschäftsführer als besonderer Vertreter im Sinne des § 30 BGB. Im Jahr 2012 erhielt der Geschäftsführer von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ein Bruttogehalt in Höhe von EUR 85.384,00 (inklusive 13. Monatsgehalt).

#### Honorar des Abschlussprüfers

Das im Aufwand des Geschäftsjahres 2012 enthaltene Honorar des Abschlussprüfers beträgt EUR 17.480,00 und entfiel auf Prüfungsleistungen.

#### Vergütungsstruktur

In der deutschen Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** werden sieben Gehaltsgruppen unterschieden. Jede Position wird auf der Grundlage verschiedener Kriterien (z. B. Grad der Verantwortung, geforderte Kompetenzen) einer Gehaltsgruppe zugeordnet. Innerhalb einer Gehaltsgruppe gibt es zudem 13 Gehaltsstufen, die die jeweilige Berufserfahrung bzw. Organisationszugehörigkeit reflektieren. Es werden 13 Monatsgehälter gezahlt. Die Vergütungen in den Gehaltsgruppen auf Monatsbasis betragen im Jahr 2012 brutto:

Gruppe	Position	von EUR	bis EUR
1	z. B. Hilfskräfte	1.844	2.764
2	z. B. Assistenten	2.175	3.264
3	z. B. Referenten	2.568	3.852
4	z. B. Koordinatoren	3.028	4.543
5	Abteilungsleiter	3.574	5.363
6	Leiter Projektmanagement	4.219	6.327
7	Geschäftsführer	4.978	7.467

#### Mitgliedschaft

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

Ordentliche Mitglieder können nur natürliche volljährige Personen werden, die bereits sechs Monate als Freiwillige in einem Projekt des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** oder als Mitarbeiter/innen im Büro gearbeitet haben, in drei Kurzeinsätzen mit **ÄRZTE OHNE GRENZEN** tätig waren oder als ehrenamtliche Mitarbeiter/innen längere Zeit **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im In- oder

Ausland unterstützt haben. Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand. Der Vorstand hat abweichend davon die Möglichkeit, Mitglieder aufgrund besonderer Qualifikation aufzunehmen.

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

#### Steuerliche Verhältnisse

Der Verein **MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (MSF) – ÄRZTE OHNE GRENZEN** Deutsche Sektion e. V., Berlin, wurde beim Finanzamt Bonn-Innenstadt unter der Steuernummer 205/5758/0873 geführt. Seit dem 6. Februar 2001 wird er unter der Steuernummer 27/672/52443 beim Finanzamt für Körperschaften I in Berlin geführt.

Mit vorläufigem Bescheid vom 3. Januar 2012 wurde dem Verein die Freistellung von der Körperschaft- und Gewerbesteuer für das Kalenderjahr 2010 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 2012 betrug das Stiftungskapital TEUR 2.317. Darin enthalten sind die Zustiftungen des Geschäftsjahres 2012 in Höhe von TEUR 18. Die Erträge beliefen sich 2012 auf TEUR 139. Das Jahresergebnis lag bei TEUR 8. Ferner besteht zum 31. Dezember 2012 ein Treuhändervermögen in Höhe von TEUR 1.387 aus unselbstständigen, nicht rechtsfähigen Stiftungen, die von der **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Stiftung treuhänderisch verwaltet werden.

Hauptaktivität der **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Stiftung war 2012 die Organisation und Förderung des XIV. Humanitären Kongresses

mit rund 600 Teilnehmern. Ferner stellte die **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Stiftung der deutschen Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Mittel für die Förderung eines Projekts im Tschad zur Verfügung (TEUR 50).

Die Stiftung beschäftigte 2012 keine Mitarbeiter, die Organe sind ehrenamtlich tätig. Berlin, 13. April 2013

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

**ZUORDNUNG DER ERTRÄGE UND AUFWENDUNGEN DES GESCHÄFTSJAHRES 2012 NACH SPARTEN UND FUNKTIONEN**

	Summe		Ideell						Summe		Vermögens- verwaltung		Wirtschaftl. Geschäftsbetr.	
	EUR	EUR	Erträge EUR	Projekte und Projektmitarbeiter EUR	Projekt- betreuung EUR	Témoignage EUR	Sonstige Programme EUR	Spendenverwaltung und -werbung EUR	Allg. Verwaltung/allg. Öffentlichkeitsarbeit EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
<b>Spenden und Zuwendungen</b>														
a) Spenden	55.168.208,28	55.168.208,28												
b) Bußgelder	1.321.515,47	1.321.515,47												
c) Mitgliedsbeiträge	10.068,00	10.068,00												
d) Erbschaften	6.548.214,04	6.548.214,04												
e) Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln	3.744.972,00	3.744.972,00												
	<b>66.792.977,79</b>	<b>66.792.977,79</b>												
<b>Sonstige betriebliche Erträge</b>	<b>4.006.849,71</b>	<b>4.006.849,71</b>		<b>3.079.293,28</b>	<b>149.531,02</b>	<b>10.567,25</b>	<b>0,00</b>	<b>51.444,29</b>	<b>143.537,16</b>	<b>3.434.370,00</b>	<b>572.022,60</b>	<b>457,11</b>		
<b>Projektaufwendungen für internationale Projekte</b>	<b>-52.258.980,00</b>	<b>-52.258.980,00</b>		<b>-51.245.930,00</b>	<b>-481.000,00</b>	<b>-349.806,00</b>	<b>-182.244,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>-52.258.980,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>		
<b>Personalaufwand</b>														
a) Gehälter	-6.483.291,77	-6.483.291,77		-2.421.348,95	-1.365.885,69	-464.288,12								
b) Soziale Abgaben	-1.270.869,85	-1.270.869,85		-448.364,29	-276.579,12	-94.014,02								
	<b>-7.754.161,62</b>	<b>-7.754.161,62</b>		<b>-2.869.713,24</b>	<b>-1.642.464,81</b>	<b>-558.302,14</b>	<b>0,00</b>	<b>-1.805.604,16</b>	<b>-878.077,27</b>	<b>-7.754.161,62</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>		
<b>Abschreibungen</b>	<b>-190.871,62</b>	<b>-190.871,62</b>		<b>0,00</b>	<b>-57.872,33</b>	<b>-20.661,28</b>	<b>0,00</b>	<b>-83.404,40</b>	<b>-28.933,61</b>	<b>-190.871,62</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>		
<b>Sonstige betriebliche Aufwendungen</b>														
a) Reisekosten	-603.054,15	-603.054,15		-6.998,14	-229.786,31	-81.656,54								
b) Fremdleistungen	-1.260.514,34	-1.260.514,34		0,00	-67.071,40	-132.555,16								
c) Porto und Telefon	-2.165.860,60	-2.165.860,60		-8,69	-37.382,47	-274.425,09								
d) Publikationen	-24.863,49	-24.863,49		0,00	0,00	-17.202,10								
e) Information und Werbung	-2.772.219,05	-2.772.219,05		0,00	-20.605,80	-162.251,05								
f) Bürokosten	-608.926,92	-608.926,92		-174,10	-182.524,00	-71.000,10								
g) Nebenkosten des Geldverkehrs	-44.684,17	-44.684,17		0,00	0,00	0,00								
h) Sonstiges	-1.294.159,79	-1.294.159,79		-202.399,11	-23.401,18	-24.056,95								
	<b>-8.774.282,51</b>	<b>-8.774.282,51</b>		<b>-209.580,04</b>	<b>-560.771,16</b>	<b>-763.146,99</b>	<b>0,00</b>	<b>-5.758.578,03</b>	<b>-1.460.206,29</b>	<b>-8.752.282,51</b>	<b>-22.000,00</b>	<b>0,00</b>		
<b>Zinserträge</b>	<b>158.864,34</b>	<b>158.864,34</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>158.864,34</b>	<b>0,00</b>		
<b>Ergebnis</b>	<b>1.980.396,09</b>	<b>1.980.396,09</b>		<b>-51.245.930,00</b>	<b>-2.592.577,28</b>	<b>-1.681.349,16</b>	<b>-182.244,00</b>	<b>-7.596.145,30</b>	<b>-2.223.680,01</b>	<b>1.271.052,04</b>	<b>708.886,94</b>	<b>457,11</b>		

# LAGEBERICHT FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2012

## I. GESCHÄFTS- UND RAHMENBEDINGUNGEN

### 1. Aufbau

ÄRZTE OHNE GRENZEN ist eine internationale private medizinische Nothilfeorganisation. Das internationale Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN setzt sich aus 23 Mitgliedsverbänden zusammen, die die gemeinsame Strategie festlegen. Davon tragen 19 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 Zentralisierung 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 Usbekistan, in Tadschikistan, in Papua-Neuguinea sowie in der Russischen Föderation. Zudem ist die Projektabteilung für die Durchführung eines mobilen Schlafkrankheitsprojekts in Zentralafrika verantwortlich.

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

Die Finanzierung erfolgt zum überwiegenden Teil durch private Spenden und private Zuwendungen, durch öffentliche Fördermittel sowie aus Erträgen der Vermögensverwaltung.

Der Sitz der deutschen Sektion ist in Berlin. In Bonn gibt es zusätzlich ein kleines Büro, das für Personalrekrutierung, Fortbildungen für Projektmitarbeiter sowie für regionale Standwerbung zuständig ist.

Auf der Mitgliederversammlung des deutschen Vereins von ÄRZTE OHNE GRENZEN im Mai 2012 wurde eine neue Satzung verabschiedet, die die Einrichtung eines Aufsichtsrates als zusätzliches Kontrollgremium vorsieht. Der Aufsichtsrat wird von der Mitgliederversammlung im Mai 2013 erstmalig gewählt werden und aus drei Mitgliedern bestehen. Andere maßgebliche organisatorische Veränderungen haben sich im Berichtsjahr nicht ergeben.

### 2. Darstellung und Erläuterungen des intern eingesetzten Steuerungssystems und der verwendeten Kennzahlen

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 den aktuellen Stand 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 ein Strategieplan für die Jahre 2013 bis 2015 entwickelt und vom Vorstand beschlossen. Auf diesem basierend wurden Ziele für den Jahresplan 2013 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 Mai und September wird darüber hinaus 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 und das Inventar wird gegebenenfalls um neue Risiken erweitert.

Im Jahr 2009 hat ÄRZTE OHNE GRENZEN ein Qualitätsmanagement als Steuerungsinstrument in der Spendergewinnung und -betreuung (Fundraising) eingeführt und ist vom TÜV nach DIN ISO 9001 zertifiziert worden. Nach jährlichen Überwachungsaudits in den Vorjahren fand 2012 eine Rezertifizierung durch den TÜV statt. Dabei konnte wieder nachgewiesen werden, dass die mit dem Fundraising verbundenen Arbeitsprozesse den geforderten Qualitätsstandards entsprechen und laufend optimiert wurden.

Speziell bei großen Budgets wie dem der Fundraising-Abteilung ist die monatliche Überprüfung der Einnahmen und Ausgaben im Vergleich zum Budget von großer Wichtigkeit. Dabei werden bestellte Leistungen mit der Finanzbuchhaltung abgeglichen und die Einnahmen auf die Planung hin überprüft. Seit Mitte 2012 findet eine tägliche Überwachung der Spender-einnahmen statt, um die Ergebnisse besser analysieren zu können. Die 2010 erarbeitete Fünf-Jahres-Strategie für die Fundraising-Abteilung für die Jahre 2011–2015

dient als weiteres Steuerungselement. Das monatliche Kennzahlensystem wurde 2012 durch genauere Ausrichtung auf die strategischen Ziele der Fünf-Jahres-Strategie weiter optimiert.

Zur Überwachung unserer Ausgaben für Verwaltung und Spendenwerbung errechnen und beobachten wir über die absoluten Kennzahlen hinaus anhand von relativen Kennzahlen 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.

Der neu einzurichtende ehrenamtliche Aufsichtsrat soll der besseren Kontrolle des Vorstands und einer klaren Trennung von Leitung und Aufsicht dienen, um Interessenkonflikte zu vermeiden. Damit erfüllen wir national und international anerkannte Standards guter und verantwortungsvoller Organisationsführung.

Um ein dynamisches und innovatives Management sicherzustellen, wurde im Dezember 2012 eine Rotationsrichtlinie verabschiedet. Diese sieht vor, 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 projektdurchführenden 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 Mittel an andere projektdurchführende Organisationen außerhalb des Netzwerkes weitergereicht.

Das internationale Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN veröffentlicht neben den nationalen Abschlüssen der 19 Sektionen sowie weiterer Einheiten (wie z. B. das internationale Büro in Genf, das Logistikzentrum in Frankreich oder die ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung in Deutschland) einen gemeinsamen geprüften Jahresabschluss („Combined Accounts“). Die Überführung der nationalen Einzelabschlüsse in den gemeinsamen Abschluss erfolgt auf Basis eines komplexen Regelwerks (MSF-GAAP), das von allen Sektionen verbindlich angewendet wird. Durch die Zusammenführung der nach den MSF-GAAP angepassten Einzelabschlüsse werden durch die Eliminierung von Forderungen und Verbindlichkeiten sowie Aufwendungen und Erträgen Effekte ausgeblendet, die auf Verrechnungen der Sektionen untereinander beruhen und möglicherweise zu Verzerr-

ungen wie z. B. 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 2012 kann erst nach Vorliegen der Einzelabschlüsse der Sektionen und der weiteren Einheiten erstellt werden und liegt erst im Juni 2013 vor.

### 3. Geschäftsentwicklung

Die geplanten Einnahmen von EUR 59,2 Mio. für private Spenden und Zuwendungen einschließlich Einnahmen aus Kooperationen, die unter den sonstigen betrieblichen Erträgen ausgewiesen werden, sind mit tatsächlichen Einnahmen von insgesamt EUR 63,6 Mio. um 7 % übertroffen worden. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies zwar einen Rückgang der privaten Mittel um insgesamt EUR 8,3 Mio., dennoch fiel der Spendenrückgang geringer als erwartet aus. Das Ergebnis im Jahr 2011 war durch die medial stark wirksame Katastrophe in Somalia außergewöhnlich hoch gewesen.

Die Ausgaben für Spendenverwaltung und -werbung sind 2012 um EUR 0,5 Mio. gegenüber dem Vorjahr auf EUR 7,6 Mio. gestiegen. Der Ausgabenanstieg ist darauf zurückzuführen, dass die Anzahl der Kontakte mit unseren Bestandsspendern durch Mailings gestiegen ist und eine stärkere Anwerbung von neuen Dauerspendern durch Standwerbung stattfand, insbesondere durch eine neue Regionalkampagne im Raum Köln/Bonn.

Der Verein ÄRZTE OHNE GRENZEN erhielt im Jahr 2012 Zuwendungen in Höhe von EUR 50.000 (2011: EUR 65.000) aus der ihm nahe stehenden ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung, die satzungsgemäß in Projekte von ÄRZTE OHNE GRENZEN flossen. Darüber hinaus förderte die Stiftung den jährlich stattfindenden Humanitären Kongress. Aufgrund des derzeit niedrigen Zinsniveaus waren diese Zuwendungen rückläufig, das Stiftungskapital stieg zum Jahresende hingegen leicht um EUR 0,1 Mio. auf EUR 2,3 Mio. an.

Das Einwerben von öffentlichen Fördermitteln konnte im Jahr 2012 über den geplanten Umfang hinaus realisiert und die Einnahmen aus öffentlichen Fördermitteln gegenüber dem Vorjahr um EUR 0,7 Mio. auf EUR 3,7 Mio. gesteigert werden (Plan 2012: EUR 3,5 Mio.). Auch im Jahr 2012 kamen alle öffentlichen Fördermittel vom Auswärtigen Amt. Darüber hinaus haben wir für das Operational Centre Amsterdam die Einwerbung von Fördermitteln vom Amt für Humanitäre Hilfe der Europäischen Kommission (ECHO) koordiniert. ÄRZTE OHNE GRENZEN nimmt 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 öffentlichen Fördermitteln ist daher begrenzt, weil diese durch die Fördermittelgeber bevorzugt für Kontexte gewährt werden, in denen ÄRZTE OHNE GRENZEN bewusst nur private Gelder zur Finanzierung einsetzt.

## II. WIRTSCHAFTLICHE LAGE

### 1. Ertragslage

	2012		2011		Veränderung	
	TEUR	%	TEUR	%	TEUR	%
Mittelaufkommen	70.800	100,0	88.779	100,0	-17.979	-20,3
Mittelverwendung	-68.978	-97,4	-88.291	-99,5	-19.313	-21,9
Betriebsergebnis	1.822	2,6	488	0,5	1.334	273,4
Finanzergebnis	158	0,2	246	0,3	-88	-35,8
<b>Jahresergebnis</b>	<b>1.980</b>	<b>2,8</b>	<b>734</b>	<b>0,8</b>	<b>1.246</b>	<b>169,8</b>

Das **Mittelaufkommen** resultiert aus zugeflossenen privaten Spenden und Zuwendungen (ohne Einnahmen aus Kooperationen) (EUR 63,1 Mio.), öffentlichen Zuwendungen (EUR 3,7 Mio.) sowie sonstigen betrieblichen Erträgen (EUR 4,0 Mio.). Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies einen Rückgang des Mittelaufkommens um EUR 18,0 Mio. Das Mittelaufkommen war im Jahr 2011 durch außerordentliche Einnahmen für Somalia sowie den Verbrauch von Spendenmitteln aus dem Vorjahr 2010 besonders hoch gewesen. Die Erträge aus Erbschaften (+ EUR 1,0 Mio.), die sonstigen betrieblichen Erträge (+ EUR 0,2 Mio.) sowie die Einnahmen aus öffentlichen Zuwendungen (+ EUR 0,7 Mio.) haben im Berichtszeitraum zugenommen.

Die **Mittelverwendung** besteht zum größten Teil aus Aufwendungen für Projekte des gesamten internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** (EUR 52,2 Mio.). Die deutsche Sektion stellt diese Mittel aufgrund vertraglicher Vereinbarungen den jeweiligen Projektdurchführenden Sektionen zur Verfügung. Die Projektmittel sind im Jahr 2012 um EUR 21,0 Mio. zurückgegangen. Im Jahr 2011 hatten

noch Spendenmittel aus dem Vorjahr (Erdbeben in Haiti) sowie Einnahmen für die Katastrophe in Somalia für die Projekte zur Verfügung gestanden. Im Jahr 2012 haben wir Projektaufwendungen in Höhe von EUR 48,5 Mio. aus privaten Mitteln finanziert.

Weiterhin fallen unter die Mittelverwendung die Personalaufwendungen (EUR 7,8 Mio.). In den Personalaufwendungen sind Aufwendungen für Projektmitarbeiter enthalten (EUR 2,9 Mio.), die kostenneutral an andere Sektionen weiterbelastet wurden.

Die Abschreibungen haben gegenüber 2011 aufgrund der Investition in eine neue Fundraising-Datenbank leicht um EUR 0,1 Mio. auf EUR 0,2 Mio. zugenommen und die sonstigen betrieblichen Aufwendungen stiegen um EUR 1,0 Mio. auf EUR 8,8 Mio., bedingt durch planmäßig höhere Ausgaben in den Bereichen Projektbetreuung, Fundraising und Advocacy.

Das **Finanzergebnis** resultiert aus der Verzinsung vorhandener liquider Mittel und ist im Vergleich zum Vorjahr vor allem aufgrund des weiterhin niedrigen Zinsniveaus leicht gesunken.

### 2. Finanzlage

	2012	2011	Veränderung	
	TEUR	TEUR	TEUR	%
Cashflow aus laufender Tätigkeit	-3.250	-3.515	265	7,5
Cashflow aus Investitionstätigkeit	-769	-407	-362	-88,9
Cashflow	-4.019	-3.922	-97	-2,5
Finanzmittelbestand Periodenbeginn	16.232	20.154	-3.922	-19,5
Finanzmittelbestand Periodenende	12.213	16.232	-4.019	-24,8

Zum Ende des Geschäftsjahres hat sich der Finanzmittelbestand im Wesentlichen durch die Reduzierung der Verbindlichkeiten gegenüber anderen MSF-Büros reduziert.

Finanzmittel werden in Form von kurz- und mittelfristigen Termingeldern gehalten. In geringem Umfang werden Wertpapiere (TEUR 94), die aus Erbschaften stammen, gehalten. Im Jahr 2012 wurde die bisherige Finanzanlagepraxis in Form einer Investitions-Richtlinie formalisiert. Diese sieht vor, dass in risikobehaftete Anlageformen wie z. B. Aktien oder Derivate von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** selbst nicht investiert wird. Lediglich in Einzelfällen werden Wertpapiere im Rahmen von Nachlässen an uns übertragen. 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 möglichst hohe Rendite erzielt werden.

### 3. Vermögenslage

	31.12.2012		31.12.2011		Veränderung	
	TEUR	%	TEUR	%	TEUR	%
<b>VERMÖGEN</b>						
Anlagevermögen	1.033	6,5	455	2,3	578	127,0
Kurzfristige Forderungen und Wertpapiere	2.635	16,5	2.996	15,2	-361	-12,0
Flüssige Mittel	12.213	76,4	16.232	82,2	-4.019	-24,8
Abgrenzungsposten	103	0,6	64	0,3	39	60,9
<b>Summe</b>	<b>15.984</b>	<b>100,0</b>	<b>19.747</b>	<b>100,0</b>	<b>-3.763</b>	<b>-19,1</b>
<b>KAPITAL</b>						
Rücklagen	9.482	59,3	7.502	38,0	1.980	26,4
Noch nicht verbrauchte Spendenmittel	919	5,7	1.596	8,1	-677	-42,4
Rückstellungen	429	2,7	390	2,0	39	10,0
Kurzfristige Verbindlichkeiten	5.154	32,3	10.259	51,9	-5.105	-49,8
<b>Summe</b>	<b>15.984</b>	<b>100,0</b>	<b>19.747</b>	<b>100,0</b>	<b>-3.763</b>	<b>-19,1</b>

Das Anlagevermögen hat vor allem aufgrund der Investition in eine neue Fundraising-Datenbank zugenommen. Zusammen mit anderen Investitionen, insbesondere in Hard- und Software, hat sich das Anlagevermögen um EUR 0,6 Mio. erhöht.

Die kurzfristigen Forderungen haben sich aufgrund von geringeren Forderungen aus Erbschaften leicht reduziert. Ein Teil der kurzfristigen Forderungen sind Forderungen aus 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 0,9 Mio.). Diese Erbschaften sind zum Bilanzstichtag noch nicht satzungsgemäß verwendet und unter dem

Posten „Noch nicht verbrauchte Spendenmittel“ abgegrenzt worden (EUR 0,9 Mio.).

Die flüssigen Mittel sind zum Jahresende aufgrund frühzeitiger Überweisung von Projektmitteln zurückgegangen.

Der Jahresüberschuss des Berichtszeitraums von EUR 2,0 Mio. wurde in die Rücklagen des Vereins eingestellt.

Die Rückstellungen haben sich aufgrund von höheren Rückstellungen für ausstehende Rechnungen leicht erhöht.

Wie im Vorjahr bestehen zum Bilanzstichtag kurzfristige Verbindlichkeiten aufgrund noch ausstehender Zahlungen von Projektmitteln für 2012, die erst Anfang 2013 abgeflossen sind. Sie fallen niedriger als im Vorjahr aus, da die Überweisungen für die Projektmittel im Jahr 2012 früher stattfanden als im Vorjahr.

### 4. Wichtige 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 Tabelle auf der folgenden Seite gibt einen Überblick über die wichtigsten zur Steuerung verwendeten Kennzahlen.

#### Projektbetreuung

Im Jahr 2012 koordinierte die Projektabteilung der deutschen Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** 20 Projekte in acht Ländern (2011: 17 Projekte in sechs Ländern) sowie ein mobiles Team zur Behandlung der Schlafkrankheit in drei Ländern.

Das 2010 eröffnete Projekt in Zémio im Südosten der Zentralafrikanischen Republik für Menschen, die vor Angriffen der Rebellenarmee LRA (Lord's Resistance Army) geflohen sind, konnte 2012 weiter ausgebaut werden. Das in dieser Region eingesetzte mobile Team hat die ländlichen Kliniken in M'Boki und Djemah regelmäßig

mit Fortbildungen und Medikamenten unterstützt. Seit November 2011 testen und behandeln wir im Krankenhaus in Zémio auch HIV/Aids und Tuberkulose (TB). Im Jahr 2012 erhielten 265 HIV-Patienten antiretrovirale Medikamente, und es wurden 46 TB-Patienten behandelt. Davon waren 29 gleichzeitig mit HIV und TB infiziert.

Das Schlafkrankheitsprojekt in Maitikoulo konnte im Februar 2012 seine Aktivitäten einstellen, weil der Rückgang der Patientenzahlen von 1.000 (2009) auf 27 (2011) im Jahr 2012 in weiteren Screenings bestätigt werden konnte. Es wurden keine neuen Fälle diagnostiziert.

Malaria blieb auch 2012 die am häufigsten von uns behandelte Erkrankung in der Zentralafrikanischen Republik mit insgesamt 70.113 behandelten Patienten in Boguila und Zémio. Davon waren fast 50 % Kinder unter fünf Jahren. Insgesamt wurden in den beiden Projekten in Boguila und Zémio 141.848 Patienten ambulant und 3.277 Patienten stationär versorgt sowie 1.548 Geburten begleitet.

Im Dezember 2011 hat **ÄRZTE OHNE GRENZEN** den Bericht „State of Silent Crisis“ veröffentlicht, in dem die katastrophale Lage der Bevölkerung in der Zentralafrikanischen Republik beschrieben wird. In der

	Plan 2013	Ist 2012	Ist 2011
<b>FINANZIELLE INDIKATOREN</b>			
Private Spendeneinnahmen und Zuwendungen zzgl. Einnahmen aus Kooperationen (in Mio. EUR)	63,8	63,6	71,9
Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln (in Mio. EUR)	4,0	3,7	3,0
Kosten am Standort Deutschland (in Mio. EUR) <sup>1</sup>	15,3	14,0	12,1
Kosten für Spendenverwaltung und -werbung (in Mio. EUR)	8,3	7,6	7,1
Return on Investment (in EUR pro EUR) <sup>2</sup>	7,7	8,4	10,1
Social Mission-Ratio (in %) <sup>3</sup>	84,0	84,8	89,5
Verwaltungs- und Fundraising-Ratio (in %) <sup>4</sup>	16,0	15,2	10,5
Finanzmittelbestand (in Mio. EUR)	7,8	12,2	16,2
Zeitraum der Absicherung durch Rücklagen für den Fall von Einnahmeausfällen (in Monaten)	6,0	6,7	6,2
<b>NICHTFINANZIELLE INDIKATOREN</b>			
<b>Personal</b>			
Vermittelte Projekteinsätze <sup>5</sup>	240	270	276
Anteil der Erstaussreisen (in %)	30	31,2	34,3
Nachbetreuungs-Ratio (in %) <sup>6</sup>	70,0	73,0	62,8
Akzeptierte Bewerber für Projektmitarbeit (in % der Gesamtbewerbungen)	34,0	32,4	40,3
Stellen am Standort Deutschland (auf Basis von Vollzeitstellen) <sup>7</sup>	110,33	96,78	84,81
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>			
Bruttoreichweite (Print und TV in Mio.) <sup>8</sup>	650,0	559,5	645,7
Web-Visits (in Tausend pro Monat)	160,0	171,3	145,5
Vermittelte Interviews mit deutschen Medien	250	233	321
Ungestützte Markenbekanntheit (in %) <sup>9</sup>	23,9	23,9	32,2
Gestützte Markenbekanntheit (in %) <sup>10</sup>	70,7	70,7	69,9
<b>Advocacy<sup>(11)</sup></b>			
Etat im Bundeshaushalt für humanitäre Hilfe im Folgejahr (in Mio. EUR)	>186,5	186,5 <sup>(12)</sup>	105,0
Bruttoreichweite von Themen der Medikamentenkampagne (Print und TV in Mio.)	57,0	74,3	33,8
Zusage der Bundesregierung zur Finanzierung des Global Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria im Folgejahr (in Mio. EUR)	>200	200	200

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

<sup>2</sup> Verhältnis von privaten Spendeneinnahmen, Zuwendungen und Einnahmen aus Kooperationen zu Kosten der Spendenverwaltung und -werbung

<sup>3</sup> Anteil der satzungsgemäßen Ausgaben an den Gesamtausgaben (ohne Personalkosten für Projektmitarbeiter, die von anderen Sektionen erstattet werden)

<sup>4</sup> Anteil der nicht satzungsgemäßen Ausgaben (Verwaltungs- und Fundraisingkosten) an den Gesamtausgaben (ohne Personalkosten für Projektmitarbeiter, die von anderen Sektionen erstattet werden)

<sup>5</sup> Unter deutschem Vertrag

<sup>6</sup> Anteil der Projektmitarbeiter, die nach der Rückkehr aus den Projekten an einer psychosozialen Nachbetreuungsmaßnahme teilnehmen

<sup>7</sup> Einschließlich Standortwerbung (Plan 2013: 17,17) und studentischer Aushilfskräfte (Plan 2013: 17,45)

<sup>8</sup> Anzahl der erreichten Kontakte der Medien, in denen Ärzte ohne Grenzen erwähnt wird

<sup>9</sup> Befragung durch TNS infratest nach Bekanntheit „medizinischer Nothilfeorganisationen“ ohne Vorgabe von ÄRZTE OHNE GRENZEN als Antwortmöglichkeit

<sup>10</sup> Befragung durch TNS infratest nach Bekanntheit „medizinischer Nothilfeorganisationen“ unter Vorgabe von ÄRZTE OHNE GRENZEN als Antwortmöglichkeit

<sup>11</sup> Unter Advocacy ist die Lobbyarbeit für den Zugang zu bezahlbaren Medikamenten (Medikamentenkampagne) und für die humanitäre Hilfe und ihre Prinzipien zusammengefasst

<sup>12</sup> Da im Bundeshaushalt 2013 95 Mio. € vom Etat des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit in den Etat des Auswärtigen Amtes für Humanitäre Hilfe verschoben wurden, handelt es sich tatsächlich um eine Reduzierung um 13,5 Mio. € im Vergleich zum Vorjahr. Ziel im Jahr 2013 ist es, den Etat für das Jahr 2014 zu steigern.

Folge des Berichts wurde eine Arbeitsgruppe zu Malaria unter Leitung des Premierministers Nicolas Tiangaye gegründet, der verschiedene Ministerien, Geldgeberorganisationen und Nichtregierungsorganisationen (NGOs) angehört. Im Dezember 2012 kam es in der Zentralafrikanischen Republik zu bewaffneten Unruhen: ein Zusammenschluss von Oppositionsgruppen (Seleka) hat den Nordwesten des Landes eingenommen und sich bis auf 75 Kilometer der Hauptstadt Bangui genähert. ÄRZTE OHNE GRENZEN eröffnete daraufhin im Januar 2013 zwei medizinische Notfallprojekte in Damara und Sibut. Damara liegt noch auf der von der Regierung kontrollierten Seite und Sibut wird von der Seleka kontrolliert.

Im Tschad litt die Bevölkerung auch 2012 wieder unter einer Nahrungsmittelkrise sowie unter Epidemien wie Masern, Kinderlähmung (Polio), Gelbfieber und Meningitis, weil das schlecht funktionierende Gesundheitssystem keine Kapazitäten hat, diesen ausreichend vorzubeugen oder adäquat darauf zu reagieren. 2012 gab es fünf Notfalleinsätze, mit denen ÄRZTE OHNE GRENZEN in drei Distrikten auf Mangelernährung sowie auf eine Meningitis-Epidemie reagierte. Beim Meningitis-Ausbruch wurden 137.100 Menschen geimpft.

Das Projekt in Am Timan bietet insbesondere für Frauen und Kinder ambulante und stationäre Versorgung an. Schwerpunkte sind Geburtshilfe, Schwangerenvorsorge, die Prävention von HIV-Infektionen für Neugeborene sowie die Diagnose und Behandlung von HIV/Aids und TB. Insgesamt behandelten wir 2.237 (2011: 1.712) Patienten stationär und unterstützten 1.868 (2011: 2.026) Geburten.

2012 gab es in Biltine, Bokoro, Abu Deia und Am Timan vier zusätzliche Ernährungsprogramme für mangelernährte Kinder, in denen zusammen 16.687 Kinder behandelt wurden.

In Simbabwe ist die politische Lage angespannt. ÄRZTE OHNE GRENZEN betreute im Epworth-Projekt, zu dem auch unsere Klinik in Caledonia Farm gehört, 31.409 HIV-Patienten (2011: 14.220 Patienten). Die Teams testeten die Patienten auf HIV und TB, 27.154 Patienten erhielten antiretrovirale Medikamente.

ÄRZTE OHNE GRENZEN eröffnete ein Projekt in Gokwe, einem sehr ländlichen Gebiet, in dem die medizinische Versorgung unzureichend ist. Die dortigen Teams haben das Personal der existierenden Kliniken ausgebildet, damit dieses die Berechtigung erhält, eine HIV-Behandlung durchzuführen. Ziel des Projekts ist es, den Menschen Zugang zu lebenswichtigen HIV- und TB-Medikamenten in der Region zu ermöglichen. Dazu gehört auch, die Verteilung von HIV-Medikamenten der Gesundheitsbehörden aus der Hauptstadt in die abgeschiedene Region zu ermöglichen. Insgesamt wurden in Gokwe 5.658 HIV-Patienten betreut, von denen Ende 2012 3.391 mit antiretroviralen HIV-Medikamenten behandelt wurden. 116 von ihnen waren gleichzeitig mit HIV und TB infiziert.

Insgesamt wurden in Simbabwe 1.495 TB-Patienten behandelt, von denen 1.377 neue TB-Infektionen waren (2011: 1.483). Zudem behandelte ÄRZTE OHNE GRENZEN seit Sommer 2012 Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen in Gefängnissen.

In Swasiland sind 26 % der Erwachsenen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren mit HIV infiziert – eine der höchsten Infektionsraten weltweit. Es wird geschätzt, dass 42 % der schwangeren Frauen HIV-positiv sind.

80 % der TB-Infizierten sind gleichzeitig mit HIV infiziert. Die 2011 eröffnete Klinik in Matsapha für die dezentrale Behandlung von HIV-TB-Koinfektionen wurde auch im Jahr 2012 von vielen Menschen aufgesucht, 2012 wurden hier 43.056 (2011: 34.386) Patienten ambulant versorgt, davon waren 469 gleichzeitig mit HIV und TB infiziert. In der Klinik in Mankayane konnten 52 Patienten mit multiresistenter Tuberkulose (MDR-TB) ihre dringend benötigte Behandlung beginnen. In den Projekten in Swasiland betreut ÄRZTE OHNE GRENZEN insgesamt 96 (2011: 113) MDR-TB-Patienten, die die zwei Jahre andauernde und mit vielen Nebenwirkungen verbundene Therapie benötigen.

In Usbekistan liegt der Schwerpunkt unserer Arbeit darin, die schwierige und langwierige Behandlung der multiresistenten Tuberkulose zu ermöglichen und dezentral für die Bevölkerung erreichbar zu machen. Die Projekte zur Behandlung von Patienten mit MDR-TB wurden auf die Verwaltungsdistrikte Kegely und Nukus City ausgedehnt, in zwei Regionen (Karauzyak und Takhtakupir) konnten die Patienten erfolgreich an die staatlichen Gesundheitseinrichtungen übergeben werden. ÄRZTE OHNE GRENZEN arbeitet eng mit dem Gesundheitsministerium beim Aufbau eines umfassenden Tuberkulose-Programms zusammen. Es ist ein besonderer Erfolg, dass hier ein Strukturwechsel gelingt von zum Teil überholten Behandlungsmethoden aus der Sowjetzeit hin zu moderner Diagnostik und dezentraler ambulanter Behandlung. MDR-TB-Patienten werden jetzt vom ersten Tag ihrer Diagnose an, wenn es der Gesundheitszustand erlaubt, ambulant versorgt. Im Herbst nahm das Team an einem regionalen Tuberkulose-Symposium in Bischkek teil.

2012 konnten 1.384 (2011: 757) neue TB-Patienten die Behandlung beginnen, von denen 547 (2011: 385) MDR-TB-Patienten sind.

Nach langen Verhandlungen erteilte die Regierung Usbekistans 2012 eine Genehmigung für ÄRZTE OHNE GRENZEN, in der zentralen HIV-Klinik in Taschkent zu arbeiten, um dort die Diagnose und Behandlung von HIV-Patienten zu verbessern.

Das Projekt in Tadschikistan, das sich ausschließlich um die speziell schwierige Diagnose und Therapie von Tuberkulose bei Kindern kümmert, ist erfolgreich gestartet. Die Teams diagnostizierten 2012 im zentralen TB-Kinderkrankenhaus in Dushanbe bei 21 Kindern resistente Tuberkulose. Für die Behandlung sind spezielle Medikamentendosierungen nötig, die weltweit bis heute nicht standardisiert zur Verfügung stehen. Darum beschäftigt ÄRZTE OHNE GRENZEN eine Pharmazeutin in Dushanbe, die die Medikamente vor Ort für Kinder in passende Dosierungen und Kombinationen aus vorhandenen Medikamenten neu zusammenstellt.

In der Russischen Föderation ist ÄRZTE OHNE GRENZEN seit September 2012 nur noch in Tschetschenien tätig, wo die Behandlung von TB-Patienten im Mittelpunkt steht. Das nationale Tuberkuloseprogramm funktioniert nach dem langjährigen bewaffneten Konflikt nur ungenügend oder ist teilweise ganz unterbrochen. Eine negative Folge ist beispielsweise unprofessionelle Medikation und damit die Ausbreitung der multiresistenten Tuberkulose (MDR-TB). Insgesamt wurden in Tschetschenien in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium 290 TB-Patienten behandelt, von denen acht mit MDR-TB infiziert waren. ÄRZTE OHNE GRENZEN

ZEN unterstützt die Klinik bei der Verbesserung von Diagnose und Behandlung der TB-Patienten. Das Projekt in Inguschetien, in dem Opfer von Gewalt psychologisch betreut wurden, musste im September 2012 geschlossen werden, nachdem die Regierung uns überraschenderweise mitgeteilt hatte, dass sie keinen weiteren Bedarf für unsere Hilfe mehr sehe. Insgesamt fanden dort im Jahr 2012 mehr als 2.500 psychologische Beratungssitzungen statt.

In Papua Neuguinea bieten wir an zwei Standorten, in Lae und in Tari, in speziellen Familienzentren, eingebettet in das lokale Gesundheitswesen, medizinische und psychologische Behandlungen für Überlebende von häuslicher und sexueller Gewalt an. Diese umfassen Notfallchirurgie, Wundbehandlungen, medikamentöse Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten sowie psychologische Betreuung. Zudem bilden wir einheimisches medizinisches Personal weiter und leisten medizinische Aufklärungsarbeit für die Bevölkerung. In Tari, einem der größten Chirurgie-Projekte von ÄRZTE OHNE GRENZEN, wurden insgesamt 1.194 größere Operationen durchgeführt und 9.137 ambulante Sprechstunden abgehalten. In dem Projekt in Lae bekamen rund 6.500 Überlebende von Gewalt psychologische und medizinische Hilfe. In Papua Neuguinea wurden insgesamt 10.197 Patienten ambulant behandelt.

Das mobile Schlafkrankheitsteam war im Jahr 2012 in der Republik Kongo, in der Zentralafrikanischen Republik und dem Südsudan aktiv. Es testete 4.534 Menschen in der Zentralafrikanischen Republik, 38.884 Menschen in der Republik Kongo und 37.185 Menschen im Südsudan auf Schlafkrankheit. Die Tests fanden jeweils in Regionen statt, in denen die Schlafkrankheit vormals häufig aufgetreten war. Weil diese Gebiete nur schwer zu erreichen sind, haben die Menschen kaum Zugang zu Diagnose und Behandlung der Krankheit. Insgesamt wurden 110 positiv getestete Patienten behandelt. Die Zahl der Erkrankten war wesentlich geringer als wir befürchtet hatten.

Insgesamt haben wir im Jahr 2012 in acht Projektländern 267.911 (2011: 251.744 in sechs Ländern) ambulante und stationäre Behandlungen durchgeführt. Außerdem wurden 14.691 psychologische Beratungssitzungen durchgeführt, 17.864 Kinder gegen Mangelernährung behandelt, 137.100 Menschen geimpft und 80.603 Menschen (2011: 10.052) in drei Ländern auf Schlafkrankheit getestet.

In den 21 von der deutschen Sektion 2012 betreuten Projekten wurden insgesamt 157 Stellen von 238 internationalen Mitarbeitern besetzt und 1.501 nationale Mitarbeiter beschäftigt.

Im Jahr 2012 haben wir innerhalb von ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland außerdem ein Konzept entwickelt, mit dem wir die medizinische Qualität der Projekte des internationalen Netzwerks von ÄRZTE OHNE GRENZEN testen und verbessern können. Das Konzept wurde im Projekt des Operational Centre Genf in Agok im Südsudan getestet, weiterentwickelt und für einen umfangreicheren Einsatz in der Zukunft vorbereitet.

#### Personal

Im Jahr 2012 organisierte die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN insgesamt 270 Ausreisen in Projekte weltweit. Dies bedeutet einen leichten Rückgang gegenüber dem Vorjahr (276 Ausreisen).

Bei den Ausreisen von Projektmitarbeitern in akute Nothilfeinsätze lagen die Schwerpunkte im Jahr 2012 im Südsudan, in der Demokratischen Republik Kongo und in Pakistan. Insgesamt waren die Mitarbeiter aus Deutschland im Jahr 2012 in 41 Ländern tätig. 43% aller ausgereisten Mitarbeiter waren Mediziner, 27% Mitarbeiter aus dem nichtärztlichen medizinischen Bereich und 30% nichtmedizinisches Personal.

Aufgrund der angestrebten Konsolidierung und Qualitätssteigerung wurde die Anzahl der Aktivitäten in der Personalabteilung bewusst auf etwa gleichem Niveau wie im Vorjahr gehalten. Im Bereich der Anwerbung von Projektmitarbeitern wurden verstärkt Online-Aktivitäten und soziale Medien eingesetzt, um potenzielle Projektmitarbeiter zu erreichen und sie für eine Mitarbeit zu gewinnen. So wurden zum Beispiel auch erstmalig sieben Onlineseminare (Webinare) angeboten, um über die Arbeit in den Projekten zu informieren. Sie wurden mit insgesamt 242 Teilnehmern sehr gut angenommen, so dass die Zahl der klassischen Informationsabende reduziert werden konnte. Im Berichtszeitraum organisierten Mitarbeiter unseres Bonner Büros in Deutschland insgesamt 39 Informationsabende (2011: 52) für potenzielle Projektmitarbeiter mit insgesamt 1.390 (2011: 1.816) Teilnehmern. Dazu kamen mehr als 130 Veranstaltungen wie Teilnahmen an Kongressen, Informationsständen etc. Aufgrund der guten Erfahrungen im Vorjahr wurden im November wieder drei Informationsabende

in Polen durchgeführt. Das Bonner Büro ist außerdem für die Organisation der Vorbereitungseminare der Projektmitarbeiter zuständig. Im Jahr 2012 wurden sechs solcher Seminare mit insgesamt 147 Teilnehmern durchgeführt.

Auch 2012 haben wir die Managementkompetenz nationaler Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN, die in den Projektländern arbeiten, weiterentwickelt. In Indien, Kenia und Myanmar haben wir intern Weiterbildungsseminare organisiert, die speziell an die lokale Situation in den Projekten angepasst waren.

ÄRZTE OHNE GRENZEN hat im Jahr 2012 zum vierten Mal in Zusammenarbeit mit der Universität Köln einen internationalen chirurgischen Workshop organisiert, der 25 unsere Chirurgen ein praktisches Training ermöglichte.

#### Öffentlichkeitsarbeit/Advocacy

Im Jahr 2012 gaben die Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN insgesamt 233 Interviews für Print-, TV-, Hörfunk- und Online-Medien in Deutschland. Dies sind deutlich weniger als im Vorjahr (2011: 321, geplant für 2012: 230), in dem wir besonders viel Aufmerksamkeit für die humanitäre Krise in Somalia sowie das 40-jährige Bestehen der Organisation erhalten hatten.

Mit 56 Pressemitteilungen (2011: 60) und drei Pressekonferenzen berichteten wir über die Lage in aktuellen Krisengebieten. Mittels aktiver Medienarbeit versuchten wir, das mediale Interesse auf vergessene Krisen wie die Lage in der Zentralafrikanischen Republik oder der Demokratischen Republik Kongo zu lenken. In sieben Gastbeiträgen (2011: sieben) kritisierten wir zudem die Vermischung von humanitären und militärischen Aktivitäten und wiesen auf die Lage der Migranten an den Grenzen Europas sowie die Konsequenzen europäischer Patentpolitik hin.

Im Laufe des Jahres 2012 wurde ÄRZTE OHNE GRENZEN rund 2.500 Mal in den deutschen TV- und Printmedien genannt. Dies sind etwa 1.100 Nennungen weniger als im Vorjahr (2011: rund 3.600), da es im Jahr 2012 keine stark medial wirksame Katastrophe gab.

Wie geplant haben wir im Jahr 2012 unsere Online-Kommunikation weiter ausgebaut: Zwölf E-Newsletter (2011: neun) informierten über unsere Arbeit. Die Anzahl der Facebook-Fans stieg im Jahresverlauf auf 72.180 (2011: 43.700), und die Zahl der Twitter-Follower erhöhte sich auf 6.013 (2011: 3.978).

Die Ausstellung „Überleben auf der Flucht“ wurde an insgesamt 26 Ausstellungstagen in Berlin, Heidelberg, München und Kiel gezeigt und von rund 10.500 Menschen besucht (2011: 20 Ausstellungstage, 5.800 Besucher). Dies war deutlich mehr als geplant. Auf 72 Veranstaltungen berichteten zurückgekehrte Projektmitarbeiter über ihre Arbeit mit ÄRZTE OHNE GRENZEN (2011: 76). Auch der Dokumentarfilm „Living in Emergency“ wurde 13 Mal in Kinos in ganz Deutschland gezeigt.

Das 2011 entwickelte Unterrichtsmaterial, das zehn- bis zwölfjährigen Schülern einen Einblick in die humanitäre Arbeit von ÄRZTE OHNE GRENZEN gibt, wurde 2.840 Mal an Schulen in zehn Bundesländern verschickt.

Das Spendermagazin „Akut“ wurde viermal an die Leser verschickt. Die Auflage von durchschnittlich 308.000 Exemplaren blieb im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert.

Im Jahr 2012 erreichte ÄRZTE OHNE GRENZEN einen Bekanntheitsgrad von 76,3% (gestützte Abfrage der Bekanntheit „gemeinnütziger Organisationen“ über tns infratest, im Jahr 2011: 77,5%).

2012 haben wir unsere Advocacy-Arbeit in Deutschland in Bezug auf humanitär-politische Fragen ausgeweitet. Dabei haben wir zentrale Themen und Schwierigkeiten der humanitären Hilfe in politischen Institutionen wie dem Bundestag und dem Außenministerium angesprochen. Vor allem die politische Instrumentalisierung der humanitären Hilfe bleibt ein Problem.

Im Rahmen der Medikamentenkampagne haben wir unsere Aktivitäten für den Zugang zu bezahlbaren lebensnotwendigen Medikamenten fortgesetzt und weiter ausgebaut, wozu besonders die erfolgreiche Arbeit gegen das internationale Handelsabkommen ACTA (Anti-Counterfeiting Trade Agreement) gehörte. Unter anderem klärten wir die Öffentlichkeit zu Entwicklungen im indischen Patentrecht auf, wo zum ersten Mal das Instrument der Zwangslizenzen eingesetzt wurde. Dieses stellt die Herstellung von kostengünstigen Generika auch langfristig sicher.

### III. NACHTRAGSBERICHT

Zwischen dem Bilanzstichtag 31. Dezember 2012 und dem Zeitpunkt der Aufstellung des Jahresabschlusses sind keine wesentlichen Ereignisse eingetreten.

## IV. DARSTELLUNG DER CHANCEN UND RISIKEN DER KÜNFTIGEN ENTWICKLUNG

Gemäß unserer Fünf-Jahres-Strategie für den Bereich Fundraising ist das Jahr 2013 als Jahr der finanziellen Konsolidierung und Neustrukturierung des Bereiches geplant. Der im Dezember 2012 verabschiedete Plan für 2013 sieht Einnahmen aus privaten Spenden, Zuwendungen und der Vermögensverwaltung in Höhe von EUR 63,8 Mio. vor. Nach sehr guten Spendeneinnahmen im Dezember gehen wir inzwischen davon aus, dass die Einnahmen für 2013 etwas höher als die 2012 realisierten Einnahmen ausfallen werden. Da 2012 kein Jahr mit einer medienwirksamen Katastrophe war und die stark gestiegene Anzahl an Dauerspendern den Anteil der „sicheren“ Einnahmen in Form von Lastschriften erhöht hat, ist diese Zielsetzung als realistisch einzuschätzen. Die aktuellen Entwicklungen an den Finanzmärkten und der in Deutschland weiterhin wenig spürbare

Einfluss der europäischen Finanzkrise lassen keine Veränderung der Spendenbereitschaft der Deutschen erwarten.

Die Projektausgaben für 2013 sind bisher in gleicher Höhe wie die 2012 realisierten Projektausgaben geplant worden. Bei einer Einnahmesteigerung werden diese entsprechend angepasst. Die realistisch geplanten Einnahmen werden dieses Ziel ohne Risiko ermöglichen. Für die einzelnen von der deutschen Sektion finanzierten Projekte planen wir auch 2012, wie in den Vorjahren, mit steigenden Kosten. Diese berücksichtigen neben der allgemeinen Inflation auch steigende Personalkosten.

Bei der Jahresplanung ist auch berücksichtigt, dass ÄRZTE OHNE GRENZEN Material vorhalten muss, um schnell und effektiv auf Naturkatastrophen, Epidemien oder Flüchtlingskrisen reagieren zu können. Über den geplanten Einsatz in den Projek-

ten hinaus werden Impfstoffe, spezielle Cholera-Kits, Medikamente, Infusionslösungen und logistisches Material zur Wasseraufbereitung sowie Zelte bereitgehalten, um in einem Nothilfefall unmittelbar bereitzustehen. Zudem müssen nationale und internationale Mitarbeiter schnell verfügbar sein, um eine sofortige professionelle Reaktion auf eine Krise zu ermöglichen.

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 2013 (EUR 18,3 Mio. bzw. 12% des Gesamtbudgets) nicht speziellen Projekten zugewiesen, sondern steht kurzfristig für Projekte in Notfallsituationen zur Verfügung.

Auch für das Jahr 2012 haben wir die Finanzierungszusagen an die anderen Sektionen von ÄRZTE OHNE GRENZEN unter

Vorbehalt einer entsprechenden Einnahmentwicklung getroffen.

Zum 31. Dezember 2012 wurde der Jahresüberschuss in Höhe von EUR 2,0 Mio. in die freie Rücklage eingestellt. Die damit zum Bilanzstichtag bestehenden Rücklagen in Höhe von EUR 9,5 Mio. sind ausreichend, um den Zielwert von sechs Monatsausgaben am Standort Deutschland zu decken. Rücklagen für die Projektfinanzierung werden auch weiterhin im internationalen Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN gehalten und sichern die Projektfinanzierung bei möglichen Einnahmefällen für mindestens sechs Monate ab. Zusätzlich besteht eine internationale Risiko-Streuung, so dass Einnahmefälle in einzelnen Sektionen von anderen Sektionen kompensiert werden können.

## V. PROGNOSEBERICHT

Bei der Entwicklung der privaten Spenden und Zuwendungen geht der Anfang Dezember verabschiedete Jahresplan für 2013 von einem etwa gleichbleibenden Niveau von EUR 63,8 Mio. aus. Aufgrund von sehr guten Spendeneinnahmen im Dezember gehen wir allerdings in der Zwischenzeit von Spendeneinnahmen in Höhe von EUR 66,0 Mio. aus. Nach größeren Investitionen in den Vorjahren bleiben auch die Fundraisingausgaben mit einer Steigerung um EUR 0,7 Mio. auf 8,3 Mio. im Vergleich zu 2012 relativ stabil. Die im Rahmen unserer Fünf-Jahres-Strategie für den Bereich Fundraising geplanten Maßnahmen werden wir vor allem durch Umschichtung von Budgets umsetzen können. Dazu gehört unter anderem die deutliche Reduzierung der Akquise von Einzel-Neuspendern über sogenannte Cold-Mailings zugunsten eines deutlichen Ausbaus unserer Standwerbungs-Aktivitäten. Neben dem Ausbau unserer nationalen Standwerbungs-Kampagne in verschiedenen Städten deutschlandweit gehört auch der Start einer zweiten regionalen Kampagne in Hamburg zu den wichtigsten und zukunftsweisenden Maßnahmen in 2013, nachdem wir im Jahr 2012 gute Erfahrungen mit unserer regionalen Kampagne im Raum Köln/Bonn gemacht haben. Darüber hinaus werden wir 2013 einen Großteil unserer Aufmerksamkeit auf die Implementierung von Telefon-Fundraising im Rahmen geltender Datenschutzrichtlinien richten. Zusammen mit den Standwerbungs-Kampagnen wird das Telefon-Fundraising die Bindung von Dauerspendern verstärken. Im Jahr 2013 sollen auch die Potenziale der direkten und persönlichen Ansprache der Spender mehr genutzt werden. Dies soll weiterhin durch das Veranstaltungsformat „Erben und Vererben“, durch die Veranstaltungsreihe „Live vor Ort“ sowie Veranstaltungen im Rahmen der Ausstellung „Überleben auf der Flucht“ geschehen. Diese Veranstaltungen sollen insbesondere auch zur Bindung von Großspendern, Firmen und Stiftungen genutzt werden.

2013 erwarten wir weiterhin eine leichte Steigerung bei den Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln auf EUR 4,0 Mio. Beantragt werden öffentliche Fördermittel ausschließlich für Länder, in denen die deutsche Regierung weder direkt noch indirekt militärisch aktiv ist, um so die Unabhängigkeit von ÄRZTE OHNE GRENZEN zu wahren. Sie stellen nur einen kleinen Teil der Einnahmen von ÄRZTE OHNE GRENZEN dar.

Für das Jahr 2013 planen wir, EUR 52,0 Mio. für Projekte des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN aufzuwenden.

Da wir damit rechnen, im Jahr 2013 etwa genauso viele Projektmitarbeiter wie 2012 von Deutschland aus in die Projektländer zu schicken, gehen wir davon aus, dass die Aufwendungen für Projektmitarbeiter in etwa gleicher Höhe anfallen werden. Sie werden uns von anderen Sektionen kostenneutral erstattet werden.

Der im Folgenden dargestellte Plan für das Jahr 2013 wurde vom Vorstand der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN im Dezember 2012 verabschiedet. Auf der Grundlage der Fünf-Jahres-Strategie für den Bereich Fundraising und einer Vereinbarung über die Finanzierung der Projekte innerhalb des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN gibt es eine Prognose-Planung für die Jahre 2014-

2015. Unter Berücksichtigung einer Aktualisierung dieser Prognose im Februar 2013 sieht diese Planung vor, die Einnahmen der deutschen Sektion bis 2015 auf insgesamt EUR 84,2 Mio., inklusive der öffentlichen Fördermittel, zu steigern. Nach Abzug der Ausgaben am Standort Deutschland in Höhe von EUR 18,9 Mio., einschließlich EUR 5,0 Mio. für Projektbetreuung und Témoinage, können wir damit im Jahr 2015, unter Berücksichtigung der notwendigen Reserven, die Projekte von ÄRZTE OHNE GRENZEN mit voraussichtlich EUR 65,0 Mio. finanzieren.

Der Jahresplan 2013 basiert auf einem strategischen Plan für ÄRZTE OHNE GRENZEN in Deutschland für die Jahre 2013 bis 2015, der im September 2012 verabschiedet wurde. Dieser wurde auf der Basis von verschiedenen Analysen (makroökonomische Umweltanalyse (PESTEL), Stärken-Schwächen-Chancen-Risiken-Analyse (SWOT), Analyse der Trends innerhalb des Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN) entwickelt. Aufbauend auf der Vision für ÄRZTE OHNE GRENZEN in Deutschland und unter Berücksichtigung des Strategieplans des Operational Centre Amsterdam für die Jahre 2011 bis 2014 beinhaltet er sechs strategische Prioritäten: 1. Die Fokussierung auf die Qualität unserer medizinischen Programme, 2. die Steigerung des öffentlichen Bewusstseins für humanitäre Herausforderungen, 3. die Weiterentwicklung von effizienten und effektiven Projektpartnerschaften innerhalb unserer Partnerschaften Operational Centre Amsterdam und Operational Centre Genf, 4. die Steigerung von Accountability und Transparenz sowie effizienter Verwendung unserer internationalen Ressourcen, 5. die Entwicklung und Einführung einer abteilungsübergreifenden und zukunftsweisenden Strategie für den Einsatz digitaler Medien sowie 6. die Steigerung der Gewinnung von Spenden und Projektmitarbeitern.

Unsere Arbeit in den Bereichen Projektbetreuung, Projektpersonal und Öffentlichkeitsarbeit richtet sich zusätzlich auch nach dem vom Operational Centre Amsterdam verabschiedeten Strategieplan für die Jahre 2011-2014. Dieser sieht vor, dass wir uns neben der medizinischen Hilfe in akuten Notsituationen auf die Behandlung von Tuberkulose und von vernachlässigten Krankheiten konzentrieren. Ein Augenmerk soll auch auf der Behandlung psychiatrischer Krankheiten liegen. In der Personalabteilung liegt der Schwerpunkt auf einer noch engeren Zusammenarbeit der einzelnen Büros des Netzwerkes. Wir wollen in unserer Medien- und Öffentlichkeitsarbeit mit verstärkter Kommunikation in den Projektländern und durch eine stärkere internationale Abstimmung die humanitäre Lage unserer Patienten noch deutlicher sichtbar machen.

### Projektbetreuung

Im Jahr 2013 wird die Projektabteilung der deutschen Sektion weiterhin die medizinische Versorgung der notleidenden Bevölkerung im Tschad, in der Zentralafrikanischen Republik, in Simbabwe, Swasiland, Usbekistan, Tadschikistan, in der russischen Föderation (Tschetschenien) und in Papua-Neuguinea steuern. Ein besonderes Augenmerk wird weiterhin auf dem 2011 eingeführten mobilen Schlafkrankheitsprojekt liegen.

Das Schlafkrankheitsprojekt wird 2013 seine Aktivitäten im Südsudan fortsetzen und auf die Demokratische Republik Kongo

	Plan 2013		Ist 2012		Veränderung TEUR
	TEUR	in %	TEUR	in %	
<b>Einnahmen</b>					
Private Spenden, Zuwendungen und Vermögensverwaltung	63.800	89,8	63.619	89,7	181
Öffentliche Fördermittel	4.000	5,6	3.745	5,3	255
Einnahmen Projektpersonal	3.100	4,3	3.079	4,3	21
Sonstiges	200	0,3	515	0,7	-315
	<b>71.100</b>	<b>100,0</b>	<b>70.958</b>	<b>100,0</b>	<b>142</b>
<b>Ausgaben</b>					
Ausgaben in den Projektländern	52.015	73,4	51.246	74,3	769
Projektbetreuung	2.994	4,2	2.742	4,0	252
Ausgaben Projektpersonal	3.100	4,4	3.079	4,4	21
Témoinage, sonstige Programmarbeit	1.931	2,7	1.874	2,7	57
Summe satzungsgemäße Ausgaben	<b>60.040</b>	<b>84,7</b>	<b>58.941</b>	<b>85,4</b>	<b>1.099</b>
Spendenverwaltung/-werbung	8.283	11,7	7.648	11,1	635
Allg. Verwaltung/ Allg. Öffentlichkeitsarbeit	2.558	3,6	2.389	3,5	169
	<b>70.881</b>	<b>100,0</b>	<b>68.978</b>	<b>100,0</b>	<b>1.903</b>
<b>Ergebnis</b>	<b>219</b>		<b>1.980</b>		<b>-1.761</b>

ausweiten. Dort soll das Gebiet Bili in der Region Uélé einbezogen werden. Die Region liegt in einem Verwaltungsbezirk, in dem die Lord's Resistance Army (LRA) eines ihrer Rückzugsgebiete hat und die Regierung aus diesem Grund keine Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten für die Schlafkrankheit anbietet. Schon 2009 hat ein Team von ÄRZTE OHNE GRENZEN drei Monate lang in dieser Region gearbeitet, musste das Projekt trotz hoher Prävalenz aber aus Sicherheitsgründen wieder einstellen. Da wir seit 2010 in Zémio in der Zentralafrikanischen Republik arbeiten, das nur 80 Kilometer nördlich auf der anderen Seite der Grenze liegt, können wir die Situation gezielter einschätzen und wissen, dass ein Einsatz möglich ist.

Die Zentralafrikanische Republik wird auch 2013 auf humanitäre Hilfe angewiesen sein. Die Sicherheitslage ist nach der Übernahme der Hauptstadt Bangui durch die Oppositionskoalition Seleka im März 2013 weiterhin sehr angespannt und die weitere Zukunft des Landes unklar. Die bereits schlechte Gesundheitsversorgung bleibt weiterhin schwierig. Auch die Rebellengruppe Lord's Resistance Army (LRA) im Südosten des Landes stellt eine ernste Gefahr für die Bevölkerung dar.

Die Regierung kann die Bevölkerung weder ausreichend schützen noch medizinisch versorgen. Wir werden mit den zwei bereits bestehenden Projekten in Boguila und Zémio weiterhin den Zugang zu medizinischer Versorgung für die Bevölkerung beider Distrikte sichern. Auch das mobile Team, das von Zémio aus agiert, wird weiterhin umliegende ländliche Kliniken mit Medikamenten und Know-How unterstützen und auf besondere Notsituationen wie Epidemien vorbereitet sein.

Das im Januar eröffnete Notfallprojekt in Damara wurde bereits wieder geschlossen, während das Projekt in Sibut weiter besteht. Unser zukünftiger Einsatz hängt stark von der weiteren politischen Entwicklung im Land ab, die derzeit noch nicht abzusehen ist.

Auch wenn der Tschad im Moment eines der stabilsten Länder der Region ist, gibt es in den Grenzregionen immer wieder Auswirkungen der Unruhen in den Nachbarländern. Ein Notfallteam wird weiterhin im Land bereitstehen, um die Bevölkerung in diesen Regionen gegebenenfalls zu unter-

stützen. Das Projekt in Am Timan im Südosten des Landes werden wir weiterführen und dort die Aktivitäten im Bereich der stationären Behandlung von Kindern und von Patienten mit HIV und Tuberkulose ausweiten. Auch 2013 erwarten wir jahreszeitbedingte Epidemien, die vom lokalen Gesundheitswesen nicht beherrscht werden können. Das mobile Notfallteam wird auch hier eventuell notwendige Projekte starten.

In Simbabwe bleibt die Behandlung von Patienten mit HIV/Aids und/oder Tuberkulose Schwerpunkt der Arbeit. In Epworth werden wir uns hauptsächlich auf die Diagnose und den Behandlungsbeginn neuer HIV-Patienten konzentrieren, während wir gleichzeitig daran arbeiten, stabile Patienten in die Verantwortung des Gesundheitsministeriums zu übergeben und dessen Mitarbeiter entsprechend zu schulen. Im Projekt in Gokwe, einem Distrikt in dem es vorher keinen Zugang zur HIV- und TB-Behandlung gab, wird ÄRZTE OHNE GRENZEN die Versorgung von HIV/Aids- und TB-Patienten in 15 ländlichen Kliniken weiter ausbauen.

In Swasiland wird die Aufmerksamkeit auch 2013 auf der dezentralen Versorgung von HIV/Aids- und TB-Patienten in den von ÄRZTE OHNE GRENZEN unterstützten Kliniken in Mankayane und Matsapha liegen sowie auf der Prävention von HIV-Infektionen bei Neugeborenen. Eine besondere Herausforderung bleibt die langwierige und schwierige Behandlung der multiresistenten Tuberkulose. ÄRZTE OHNE GRENZEN plant ein verkürztes Behandlungsschema einzuführen, das die Behandlung von MDR-TB von zwei Jahren auf neun Monate verkürzen soll.

In Usbekistan wird ÄRZTE OHNE GRENZEN die Projekte zur Behandlung von TB-Patienten in zwei Distrikten an das Gesundheitsministerium übergeben und die Aktivitäten auf drei Gebiete ausweiten. Auch hier plant ÄRZTE OHNE GRENZEN mit der Einführung eines neuen Behandlungsschemas, die Behandlungsdauer auf maximal neun Monate zu verkürzen. ÄRZTE OHNE GRENZEN wird das in der Hauptstadt Taschkent gestartete HIV-Projekt weiter ausbauen.

In Tadschikistan werden wir uns weiter für die Verbesserung der Versorgung von Kindern mit TB einsetzen. Um den Zugang

der Kinder zu Diagnose und Behandlung auszuweiten, wird das Team die Aktivitäten auf den ländlichen Distrikt Kulyab mit hoher TB-Prävalenz ausweiten. Auch werden wir weiterhin TB-Medikamente in kindgerechten Dosierungen selbst herstellen, da diese weltweit bisher nicht zur Verfügung stehen.

In Papua-Neuguinea planen wir für 2013, das Projekt in Lae an die lokalen Gesundheitsbehörden zu übergeben und ein neues Projekt in Port Moresby aufzubauen. Das neue Projekt soll das erfolgreiche Training zur Dezentralisierung medizinischer Versorgung für Gewaltopfer weiterführen. Ziel ist es, der vorwiegend armen und ländlichen Bevölkerung den Zugang zu psychologischer und medizinischer Versorgung zu erleichtern.

Das Projekt in Tari wird weiterhin Gewaltopfer medizinisch und psychologisch versorgen.

Das Projekt in Tschetschenien wird weiterhin daran arbeiten, in Zusammenarbeit mit den lokalen Gesundheitsbehörden ein umfassendes Behandlungsschema für Patienten mit MDR-TB zu etablieren. In Dagestan soll ein Team die medizinischen Bedürfnisse und damit die Notwendigkeit und Möglichkeiten einer Intervention durch ÄRZTE OHNE GRENZEN erkunden.

## Personal

Um dem Bedarf an Projektmitarbeitern in bestimmten Berufsgruppen sowohl quantitativ als auch qualitativ gerecht zu werden, werden wir weiterhin verstärkt Online-Medien für die Rekrutierung einsetzen, um unsere heterogenen Zielgruppen noch besser und effektiver zu erreichen. Ebenso setzen wir unsere Rekrutierungsaktivitäten in Polen in diesem Jahr fort.

Im Jahr 2013 werden wir an der Umsetzung wichtiger Projekte arbeiten, die wir mit den anderen Sektionen des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN entwickelt haben. Dazu gehört die Einführung von Langzeitverträgen, die Revision des Systems der Aufwandsentschädigungen, die Einführung eines standardisierten Kompetenzprofils der Projektmitarbeiter sowie die Entwicklung und Implementierung einer international einheitlichen Personaldatenbank.

## Öffentlichkeitsarbeit/Advocacy

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

Gemäß des 2012 verabschiedeten strategischen Plans der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN für die Jahre 2013 – 2015 wird der aktiven Medienarbeit auch im Jahr 2013 eine wichtige Rolle dabei zukommen, die Debatte über humanitäre Themen in der deutschen Gesellschaft zu stimulieren und die Öffentlichkeit auf Themen hinzuweisen, die sonst kaum Medieninteresse erhalten. Wir werden Themen wie die Unabhängigkeit der humanitären Hilfe, vergessene Krisen, die Behandlung der multiresistenten Tuberkulose sowie die Beiträge der deutschen Regierung zum Globalen Fonds zur

Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria sowie die Verwendung der Erträge aus der Finanztransaktionssteuer für Gesundheitsprogramme in die deutsche Öffentlichkeit tragen.

Für Mitte des Jahres 2013 ist ein Relaunch der Website von ÄRZTE OHNE GRENZEN geplant. Die Zahl der Webvisits soll konstant auf mindestens 160.000 im Monat gehalten werden. Ziel ist es außerdem, 90.000 Fans auf Facebook und 8.000 Follower bei Twitter zu erreichen. Mit einem verstärkten Angebot an Webinaren wollen wir Interessierten die Möglichkeit bieten, sich über unsere Arbeit zu informieren und sich mit zurückgekehrten Projektmitarbeitern auszutauschen. Zum ersten Mal sollen auch öffentliche Veranstaltungen per Livestream im Internet verfolgt werden können.

Nach dem großen Interesse an der Ausstellung „Überleben auf der Flucht“ im vergangenen Jahr wird diese auch im Jahr 2013 an 25 Ausstellungstagen in vier deutschen Städten gezeigt. Damit sollen 10.000 Besucher erreicht werden.

Auch die Vorführung des Dokumentarfilms „Living in Emergency“ in Kinos soll weiter ausgebaut werden: Es ist geplant, den Film in 20 deutschen Städten zu zeigen.

Im Jahr der Bundestagswahl ist es eine Priorität, die Unabhängigkeit von ÄRZTE OHNE GRENZEN regelmäßig in politischen Gremien und in der Öffentlichkeit zu betonen und zu verteidigen. Anlässlich des 20-jährigen Bestehens von ÄRZTE OHNE GRENZEN in Deutschland werden wir im April 2013 eine Konferenz zum Thema: „20 Jahre deutsche Außenpolitik aus humanitärer Sicht“, mit Vertretern aus Politik, Militär, Wissenschaft, Medien und Zivilgesellschaft veranstalten. Monatliche öffentliche Debatten und der Humanitäre Kongress bleiben auch 2013 wichtige Veranstaltungen.

Im Bereich der Medikamentenkampagne wird sich der Schwerpunkt auf das Thema Tuberkulose verschieben. Dabei geht es insbesondere um den bezahlbaren Zugang zu zwei neuen Medikamenten gegen multiresistente Tuberkulose, die 2013 auf den Markt kommen werden. Im Bereich der Finanzierung von Globaler Gesundheit ist die Frage der Wiederauffüllung des Globalen Fonds im Herbst 2013 zentral.

Die Neukonstituierung von Bundestag und Bundesregierung wollen wir dazu nutzen, die Themen ‚Unabhängigkeit der humanitären Hilfe‘ und ‚Forschung und Entwicklung zu vernachlässigten Krankheiten‘ zu stärken. Hierzu werden wir in Kooperation mit der BUKO-Pharmakampagne und der Deutschen Lepra- und Tuberkulosehilfe öffentlich einen Preis zur Forschung und Entwicklung zu vernachlässigten Krankheiten verleihen.

Berlin, 13. April 2013

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

**ERNST & YOUNG**

## 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 2012 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, 13. April 2013

Ernst & Young GmbH  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

  
Seidel  
Wirtschaftsprüfer

  
Köhler  
Wirtschaftsprüferin



# A-Z: KLEINES LEXIKON DER FACHBEGRIFFE

## Antiretrovirale Kombinationstherapie (ART)

Kombination aus Medikamenten zur Behandlung von HIV. Mit dem HI-Virus sind weltweit laut WHO rund 34 Millionen Menschen infiziert, mehr als zwei Drittel davon in den Ländern südlich der Sahara. Das Virus ruft die Immunschwächekrankheit Aids hervor, die das körpereigene Abwehrsystem schwächt und den Patienten anfällig für weitere Infektionen macht. Die ART 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.

## Chagas

In Lateinamerika übertragen blutsaugende Raubwanzen, die in den Wänden der dort verbreiteten Lehm- und Strohütten leben, die Chagas-Krankheit. Diese bleibt oft jahrelang ohne Symptome, kann aber unbehandelt zu lebensbedrohlichen Herzkomplikationen führen.

## 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.



Helfer mit Schutanzügen bei einem Ebola-Ausbruch. © Raphael Ottogalli

## Ebola

Hoch ansteckende Viruserkrankung, die durch Körperflüssigkeiten übertragen wird und meist tödlich verläuft. Symptome sind u. a. hohes Fieber, Erbrechen und Blutungen. Eine Impfung gegen das Ebola-Virus existiert nicht, Patienten müssen isoliert und Kontaktpersonen überwacht werden.

## Ernährungszentrum

Einrichtung, in der mangelernährte Kinder stationär oder ambulant betreut werden. Besonders Kleinkinder unter fünf Jahren tragen oft langfristige und

mitunter lebensbedrohlichen Schaden davon, wenn sie über einen längeren Zeitraum mit Nährstoffen unterversorgt sind: Das Wachstum und die Entwicklung verzögern sich, die Anfälligkeit für Krankheiten steigt. Unterschreitet ein Kind 75 Prozent seines größenentsprechenden Sollgewichtes oder misst der Oberarm im Durchmesser weniger als 115 mm, gilt ein Kind als schwer mangelernährt. In den Ernährungszentren bekommen die Kinder kalorienreiche Milch oder eine spezielle Erdnusspaste, die lebenswichtige Eiweiße, Mineralstoffe und Vitamine enthält. Nach einem Monat haben die meisten von ihnen 80 Prozent ihres größenentsprechenden Sollgewichts erreicht.



Oberarm-Messung an einem potenziell mangelernährten Kind © Robin Meldrum

## Generika

So genannte Nachahmermedikamente, die dieselben Wirkstoffe enthalten wie patentgeschützte, aber meist teurere Originalpräparate. Besonders in Indien, das als „Apotheke der Armen“ gilt, können Generika-Hersteller lebenswichtige Medikamente zu erschwinglichen Preisen herstellen und verkaufen. Davon profitieren auch und vor allem Organisationen wie ÄRZTE OHNE GRENZEN: Mehr als 80 Prozent der HIV-Medikamente für unsere rund 220.000 Patienten in ärmeren Ländern stammen aus Indien.

## Gesundheitszentrum

Herzstück der Arbeit von ÄRZTE OHNE GRENZEN unter anderem in Flüchtlingslagern: Einrichtung, in der Patienten medizinisch untersucht werden und eine Erst- und Grundversorgung erhalten. Kleinere Einheiten werden als Gesundheitsposten bezeichnet.

## Impfkampagne

Besteht die Gefahr einer Epidemie, beispielsweise durch Masern oder Meningitis, 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.

## Kala Azar

Gefährlichste Form der Infektionskrankheit Leishmaniose, die durch eine Sandfliege übertragen wird. Kala Azar greift das Immunsystem an und kann tödlich verlaufen. Obwohl weltweit rund 500.000 Menschen jährlich betroffen sind, ist die Krankheit in den Industrieländern weitgehend unbekannt.



ÄRZTE OHNE GRENZEN verwendet einen zuverlässigen Malaria-Schnelltest. © Bruno De Cock

## Malaria

Häufigste Tropenkrankheit, die durch die weibliche Anopheles-Mücke übertragen wird. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erkranken jährlich rund 215 Millionen Menschen an Malaria. Nach ersten grippeähnlichen Symptomen kommt es im weiteren Krankheitsverlauf zu charakteristischen Fieberschüben; unbehandelt kann sich eine schwere Form ausbilden, die Organschäden verursacht. ÄRZTE OHNE GRENZEN hat in vielen Ländern als erste Organisation einen zuverlässigen Schnelltest zur Diagnose eingesetzt und behandelt Patienten mit Kombinationspräparaten, die unter anderem auf dem Wirkstoff Artemisinin basieren.

## Meningitis

Durch unterschiedliche Bakterien oder Viren ausgelöste Hirnhautentzündung. Besonders gefährlich ist die Infektion mit Meningokokken-Bakterien. Im so genannten „Meningitis-Gürtel“ zwischen Senegal und Äthiopien kommt es regelmäßig zu Meningitis-Epidemien. ÄRZTE OHNE GRENZEN führt dagegen Impfkampagnen durch – seit dafür ein neuer Impfstoff (siehe Seite 31) angewendet werden kann, wurden diese Kampagnen wesentlich effektiver und nachhaltiger.

## 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 Jeep, Boot oder Esel, führt dort Untersuchungen durch und gibt Medikamente aus. Wenn nötig, organisiert das mobile Team den Transport eines Patienten ins nächstgelegene Krankenhaus.



Mit mobilen Kliniken kann ÄRZTE OHNE GRENZEN auch in entlegenen Gebieten helfen. © Juel Rye

## Morbidität, Mortalität

Begriffe aus der Demografie und Epidemiologie, die wichtige Indikatoren für ein Eingreifen von ÄRZTE OHNE GRENZEN darstellen. Die Morbidität bezeichnet die Häufigkeit einer Krankheit in einer Bevölkerung, unterteilt wird dabei in Prävalenz (bereits Erkrankte) und Inzidenz (neu Erkrankte). Zentral für die Bestimmung eines medizinischen Notfalls ist zudem die Mortalität (Sterberate): Mehr als ein Todesfall pro 10.000 Menschen pro Tag signalisiert eine akute Notfallsituation, der fünffache Wert definiert eine extreme Notfallsituation.

## 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 multiresistente 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.



Schlafkrankheits-Patient © REUTERS / Finbarr O'Reilly

## Tuberkulose

Weltweit verbreitete und hoch infektiöse Krankheit, die durch Mykobakterien verursacht wird. Häufig tritt sie zusammen mit der Immunschwächekrankheit HIV auf. Jährlich erkranken rund neun Millionen Menschen an Tuberkulose, mehr als 500.000 an einer multiresistenten Form. In solchen Fällen sind die Krankheitserreger gegen die beiden wichtigsten Tuberkulose-Medikamente resistent, was die Behandlung erschwert. Die Heilungsrate liegt etwa bei 60 Prozent, die Kosten für die langwierige Behandlung betragen viele Tausend Euro.

## Vektorkontrolle

Viele Krankheiten werden von Mücken (z.B. Malaria) oder Wanzen (Chagas) übertragen. Verhindert man den Kontakt von Insekten und Menschen, kann damit auch die Ausbreitung eingedämmt werden. Maßnahmen wie die Verteilung von Insektennetzen oder die Anwendung von Insektenspray werden als Vektorkontrolle zusammengefasst.

# DANKESCHÖN!



HAITI: ÄRZTE OHNE GRENZEN versorgt in der Hauptstadt Port-au-Prince in einem speziellen Krankenhaus Patienten mit Verbrennungen. Die meisten von ihnen sind Kinder.  
© Yann Libessart/MSF

## Liebe Unterstützerinnen und Unterstützer,

ohne Ihre Spenden könnten wir nicht helfen – das gilt besonders für komplexe Konflikte wie zum Beispiel den Bürgerkrieg in Syrien, wo wir ausschließlich private Spenden einsetzen, um unparteiisch, unabhängig und neutral arbeiten zu können. Wir freuen uns sehr über die zahlreichen neuen Spender und die vielen verlässlichen Dauerspender. Von großer Bedeutung ist es, dass die allermeisten Spender ihre Unterstützung an keinen besonderen Verwendungszweck binden. Sie ermöglichen uns damit, in Krisensituationen und bei Katastrophen schnell und unbürokratisch zu reagieren und dort zu helfen, wo die Not am größten ist.

## Wir bedanken uns herzlich für all die zuverlässige Unterstützung

- ... bei insgesamt 342.169 Spendern, die an ÄRZTE OHNE GRENZEN gespendet haben. Mehr als 65.000 Menschen dürfen wir als neue Unterstützer bei ÄRZTE OHNE GRENZEN begrüßen. Herzlich Willkommen!
- ... bei 102.769 Unterstützern, die uns in Form einer regelmäßigen Lastschrift, einem Dauerauftrag oder einer Fördermitgliedschaft unterstützen – das sind fast doppelt so viele wie noch vor drei Jahren. Nur weil Sie verlässlich an unserer Seite stehen, können wir stabil und sicher planen.
- ... bei 116 Menschen, die uns im Jahr 2012 mit einer Erbschaft bedachten – und damit über ihr eigenes Leben hinaus Menschen in Not unterstützten.
- ... bei 341 Menschen, die im Namen eines Verstorbenen um Spenden für ÄRZTE OHNE GRENZEN gebeten haben.
- ... bei 512 Unterstützern, die ihre Geburtstage, Hochzeiten oder Jubiläen zugunsten von ÄRZTE OHNE GRENZEN gefeiert haben.
- ... bei mehr als 100 Stiftungen, die uns mit Zuwendungen bedacht haben.
- ... bei 339 Unterstützern, die eigenes Engagement für ÄRZTE OHNE GRENZEN gezeigt haben – und Benefiz-Veranstaltungen wie Läufe, Basare, Konzerte und Sammlungen initiiert haben.
- ... bei 6.981 Firmen, die uns mit einer Spende unterstützt haben.

## Wir hören nicht auf zu helfen,

- ... denn wir finden, dass Menschen in Not ein Recht auf unabhängige und professionelle medizinische Hilfe haben – jederzeit und weltweit. Deshalb hoffen wir sehr, dass Sie nicht aufhören zu spenden. Unsere Arbeit braucht Unterstützer wie Sie. Vielen Dank!



Spendenkonto 97 0 97  
Bank für Sozialwirtschaft  
BLZ 370 205 00  
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00  
SWIFT-BIC: BFSWDE33XXX



SÜDSUDAN: Ernährungszentrum im Flüchtlingslager in Yida © John Stammejer/VII

---

---

---

---

---

---

Spendenkonto 97 0 97  
Bank für Sozialwirtschaft  
BLZ 370 205 00  
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00  
SWIFT-BIC: BFSWDE33XXX



Haiti: Patientin im Krankenhaus Drouillard in Port-au-Prince © Yann Libesart/MSF

---

---

---

---

---

---

Spendenkonto 97 0 97  
Bank für Sozialwirtschaft  
BLZ 370 205 00  
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00  
SWIFT-BIC: BFSWDE33XXX



D. R. KONGO: Vor einem Gesundheitszentrum in Süd-Kivu. © Juan-Carlos Tomasi

---

---

---

---

---

---



**Spendenkonto 97 0 97**  
**Bank für Sozialwirtschaft**  
**BLZ 370 205 00**  
**IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00**  
**SWIFT-BIC: BFSWDE33XXX**

Deutsche Website: [www.aerzte-ohne-grenzen.de](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de)  
Internationale Website: [www.msf.org](http://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](mailto: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

