

# JAHRES BERICHT 2015

<b>CHARTA</b>	<b>3</b>
<b>EDITORIAL</b>	<b>4</b>
Dr. Volker Westerbarkey und Florian Westphal über den Bombenangriff auf das Krankenhaus in Kundus, Afghanistan	
<b>EINSATZLÄNDER</b>	<b>8</b>
<b>WER WAR WO?</b>	<b>10</b>

---

## **KRISEN IM FOKUS**

<b>SÜDSUDAN</b>	<b>13</b>
Massive Gewalt und wenig Hilfe	
<b>SEXUELLE GEWALT</b>	<b>16</b>
Schnell und umfassend helfen	
<b>SEENOTRETTUNG</b>	<b>18</b>
Flüchtlinge auf dem Mittelmeer in Gefahr	
<b>EBOLA</b>	<b>21</b>
Wird die Welt in Zukunft besser gewappnet sein?	

---

## **STRUKTUR KONTROLLE STRATEGIE**

<b>STRUKTUR UND GOVERNANCE</b>	<b>23</b>
<b>KONTROLLE UND RISIKOMANAGEMENT</b>	<b>26</b>
<b>VISION UND STRATEGIE</b>	<b>28</b>

---

## **AM BEISPIEL ERKLÄRT**

<b>WIRKUNGSKONTROLLE</b>	<b>31</b>
Kriterien für die Öffnung und Schließung von Projekten	
<b>JEMEN</b>	<b>32</b>
Hilfe im Konfliktgebiet	
<b>SIERRA LEONE</b>	<b>34</b>
Behandlung von Ebola-Patienten	
<b>MOSAMBIK</b>	<b>35</b>
Behandlung von HIV und Tuberkulose	
<b>ERDBEBEN IN NEPAL</b>	<b>36</b>
Hilfe in abgeschnittenen Dörfern	

---

## **PROJEKTFINANZIERUNG**

<b>ALLE AUS DEUTSCHLAND IM JAHR 2015 MITFINANZIERTEN PROJEKTE</b>	<b>39</b>
---	-----------

---

## **ZAHLEN KONKRET**

<b>EINNAHMEN UND AUSGABEN 2015</b>	<b>56</b>
<b>JAHRESABSCHLUSS 2015</b>	<b>60</b>
<b>LAGEBERICHT</b>	<b>66</b>
<b>VIELEN DANK</b>	<b>74</b>

# 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.



D. R. KONGO © Matthias Steinbach

39



GUINEA © Sam Phelps

21



SUDSUDAN © Pierre-Yves Bernard/MSF

13

# INHALT



UGANDA © Sydelle Willow Smith

28



Einen Monat nach dem Angriff auf das Krankenhaus in Kundus erinnern Mitarbeiter und Unterstützer von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** an die Toten und Verletzten. Vor dem Reichstagsgebäude in Berlin fordern sie zudem eine unabhängige Untersuchung der Ereignisse.  
© Stephanie Pilick

# EDITORIAL

Ein einschneidendes Ereignis im Oktober 2015 beschäftigt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** bis heute: die Zerstörung eines unserer Krankenhäuser in Afghanistan durch die US-Streitkräfte. Warum es zu dem Luftangriff kam, ist bisher nicht von unabhängiger Seite geklärt worden. Daher bleibt die Frage: Gilt in bewaffneten Konflikten und Kriegen das humanitäre Völkerrecht immer weniger? Darüber reflektiert der Geschäftsführer von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Deutschland, Florian Westphal, mit dem Vorstandsvorsitzenden Dr. Volker Westerbarkey. Sie erörtern auch die Möglichkeiten von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, in bewaffneten Konflikten trotz der schwierigen Sicherheitslage medizinische Hilfe zu leisten.

**In der Nacht zum 3. Oktober 2015 hat ein Militärflugzeug der USA das Krankenhaus von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Kundus in Afghanistan mehrfach bombardiert. Das Hauptgebäude wurde komplett zerstört, 42 Menschen starben. Was bedeutet dieser Angriff für die Organisation?**

**VOLKER WESTERBARKEY:** Zuerst bedeutet er natürlich eine Tragödie für alle Angehörigen der Patientinnen und Patienten sowie der Kolleginnen und Kollegen, die bei dem Angriff getötet wurden. Für die Menschen, die in Kundus leben, bedeutet er, dass das einzige Krankenhaus nicht mehr da ist, das ihnen umfassende medizinische Versorgung geboten hat. Auch für uns als medizinische Nothilfeorganisation ist der Angriff eine Katastrophe. Wir sind immer noch dabei, ihr Ausmaß zu begreifen. Es gibt wenige Ereignisse in unserer 45-jährigen Geschichte, die vergleichbar prägend waren. Und nicht zuletzt bedeutet dieser Angriff eine schwere Verletzung des humanitären Völkerrechts.



**In den vergangenen Jahren wurden Gesundheitseinrichtungen von ÄRZTE OHNE GRENZEN immer wieder Ziel von bewaffneten Angriffen. Warum ist der Angriff in Kundus anders?**

**FLORIAN WESTPHAL:** Das Ausmaß der Zerstörung und die Zahl der Opfer sind einmalig. Und was diesen Angriff zudem von allen bisherigen unterscheidet, ist, dass man ihn als gezielte Aktion einer sehr großen militärischen Macht ansehen muss. Als voll funktionsfähiges Krankenhaus hätte es nach dem Völkerrecht nicht beschossen werden dürfen. Auch die USA bekennen sich zum Völkerrecht und sollten dieses maßgeblich mittragen. All dies macht diesen Angriff so unglaublich verstörend.

**Gibt es eine Erklärung für den Angriff?**

**FLORIAN WESTPHAL:** Es gibt keine zufriedenstellende Erklärung. Wir fordern bisher vergeblich, dass die Vorfälle von einer unabhängigen Stelle aufgeklärt werden. Die US-Streitkräfte und die afghanischen Behörden haben verschiedene und zum Teil widersprüchliche Erklärungen abgegeben. Inzwischen liegt auch eine bearbeitete Fassung eines offiziellen Berichtes aus den USA vor. Wir können als medizinische Organisation die Aussagen aber nicht wirklich bewerten. Wir beobachten allerdings immer öfter, dass Angriffe auf medizinische Einrichtungen heruntergespielt und als „Fehler“ oder „Versehen“ bezeichnet werden. Wir können in Kundus nur weiter arbeiten, wenn eine Wiederholung solcher Angriffe ausgeschlossen ist. Eine Voraussetzung dafür ist, dass die Vorgänge in der Nacht zum 3. Oktober für alle nachvollziehbar sind.

**Zurück zu den direkten Folgen für die Bevölkerung in Kundus. Was genau bedeutet es, dass das Krankenhaus von ÄRZTE OHNE GRENZEN nicht mehr da ist?**

**VOLKER WESTERBARKEY:** Seit 2011 war das Traumazentrum in Kundus das einzige Krankenhaus im Nordosten Afghanistans, in dem auch komplizierte chirurgische Eingriffe vorgenommen werden konnten. Wir behandelten sowohl Patientinnen und Patienten, die sich zum Beispiel bei Verkehrsunfällen verletzt hatten, als auch Menschen, deren Verletzungen Folge der bewaffneten Konflikte waren. Ich weiß, dass jetzt Verletzte und Kranke diese Hilfe nicht mehr bekommen. Das ist schwer zu ertragen und absolut inakzeptabel.

**War der Angriff auf das Krankenhaus in Afghanistan ein gezielter Angriff auf ÄRZTE OHNE GRENZEN?**

**VOLKER WESTERBARKEY:** Wir gehen nicht davon aus, dass mit der Zerstörung unseres Krankenhauses die Organisation als solche getroffen werden sollte. Vielleicht kann man sagen, dass die Bomben darauf fielen, obwohl wir dort arbeiteten. Gewissheit können wir jedoch nur erlangen, wenn eine unabhängige Institution den Fall untersucht. Klar ist, dass wir mit den US-Streitkräften und den afghanischen Behörden vereinbart hatten, dass wir medizinische Hilfe für alle Menschen, unabhängig von Herkunft und Zugehörigkeit, leisten. Und wir hatten die GPS-Koordinaten des Standorts unseres Krankenhauses mehrfach kommuniziert. Eigentlich war ein versehentlicher Beschuss ausgeschlossen.



**FLORIAN WESTPHAL:** Auch im Jemen sind in den vergangenen drei Monaten Gesundheitseinrichtungen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** dreimal angegriffen worden. Am 10. Januar dieses Jahres zum Beispiel starben sechs Menschen nach dem Angriff auf das von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** unterstützte Schiara-Krankenhaus in Razeh. Auch hier fordern wir eine Untersuchung der International Humanitarian Fact Finding Commission – eine Institution, die 1977 im Rahmen des humanitären Völkerrechts eigens für solche Fälle geschaffen wurde. Bisher hat sie aber noch keinen Angriff untersucht.

**Auch in Syrien und im Südsudan wurden medizinische Einrichtungen gezielt beschossen und medizinisches Personal sowie Patientinnen und Patienten angegriffen. Ist medizinische Hilfe stärker in Gefahr als früher?**

**FLORIAN WESTPHAL:** Wir vermuten aufgrund unserer Beobachtungen tatsächlich, dass die Angriffe zunehmen und der Respekt vor humanitärer Hilfe abnimmt. Statistisch können wir dies nicht belegen. Doch das betrifft längst nicht nur unsere Einrichtungen, auch andere medizinische Hilfe gerät zunehmend unter Beschuss.

**VOLKER WESTERBARKEY:** Medizinische Hilfe gerät nicht nur durch Bombardements in Gefahr. Wir erleben immer wieder, dass Bewaffnete an Straßensperren Krankentransporte aufhalten und am Weiterfahren hindern. Unsere Patientinnen und Patienten werden in ihren Betten bedroht, Kliniken werden ausgeraubt, Personal entführt oder mit der Waffe bedroht. Kein Vorfall ist wie der andere, doch alle sind sie inakzeptabel.

**Was kann **ÄRZTE OHNE GRENZEN** tun, um sich vor Angriffen zu schützen?**

**VOLKER WESTERBARKEY:** Unser bester Schutz ist gute humanitäre Arbeit, auf die keine Seite verzichten kann und die von unserer Neutralität und Unparteilichkeit zeugt. Gleichzeitig fordern wir von jeder staatlichen und nicht staatlichen Konfliktpartei die Zusage, unsere Einrichtungen zu respektieren. An vielen Orten können wir aufgrund dieser Absprachen trotz bewaffneter Konflikte arbeiten. Fehlen die Zusagen, dann wird es sehr schwierig. In Syrien zum Beispiel hat uns die Regierung keine Erlaubnis erteilt, in den von ihr kontrollierten Gebieten zu arbeiten. In nicht von ihr kontrollierten Gebieten hat sie jegliche medizinische Hilfe als kriminell eingestuft. Viele Medizinerinnen und Mediziner arbeiten daher dort im Verborgenen und wir müssen uns darauf beschränken, Krankenhäuser aus der Ferne mit Material, Geld und Knowhow zu unterstützen.

**FLORIAN WESTPHAL:** In unseren Einsatzgebieten müssen wir unsere Grundprinzipien vielleicht noch deutlicher kommunizieren. Ein gewisses Maß an Sicherheit gibt es nur, wenn alle unsere Prinzipien verstehen und auch erleben: nämlich dass wir neutral und unabhängig von den Interessen der Konfliktparteien agieren und unparteilich allen Bedürftigen helfen. Grundvoraussetzung dafür ist unsere finanzielle Unabhängigkeit, die wir nur dank unserer vielen privaten Spenderinnen und Spender haben.

**Und was können Sie tun, wenn wie in Afghanistan eine der Konfliktparteien dennoch angreift?**

Überlebende Mitarbeiter von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Kundus unmittelbar nach dem Angriff. Nur wenige Teile des Krankenhauses wurden nicht zerstört.  
© MSF

Blick in das zerstörte Krankenhaus in Kundus, in dem **ÄRZTE OHNE GRENZEN** bis zum 2. Oktober 2015 Tausende Kranke und Verletzte behandelte.  
© Victor J. Blue



**FLORIAN WESTPHAL:** Dann bleibt uns nur, an die Öffentlichkeit zu gehen und immer wieder die Einhaltung des humanitären Völkerrechts einzufordern. Der politische Preis muss hoch sein für alle, die medizinische Einrichtungen angreifen. Im Dezember 2015 haben wir der US-Regierung in Washington eine Petition übergeben, bei der mehr als eine halbe Million Menschen mit uns eine unabhängige Untersuchung fordern. Auch das Echo in den Medien war enorm. Ein große Unterstützung sind auch all unsere Patientinnen und Patienten, die sich für unsere Arbeit einsetzen.

**Sorgt ÄRZTE OHNE GRENZEN dafür, dass die Täter bestraft werden?**

**VOLKER WESTERBARKEY:** Wir sind eine humanitäre Hilfsorganisation und keine Richter. Für die Aufklärung der Taten, die Ahndung der Angriffe sowie die Bestrafung der Täter sind die Staaten verantwortlich, die das humanitäre Völkerrecht unterschrieben haben. Doch leider fehlt es am politischen Willen, die geltenden Regeln auch durchzusetzen. Wir können lediglich unsere Stimme erheben – und das werden wir weiter tun.

**Wie viel Unterstützung erhält ÄRZTE OHNE GRENZEN von der Bundesregierung in Deutschland?**

**FLORIAN WESTPHAL:** Wir haben nach den Vorfällen in Kundus auch den deutschen Außenminister und andere Regierungsmitglieder gesprochen. Obwohl wir auf Verständnis stießen, hat auch die deutsche Regierung unserer Ansicht nach zu wenig getan, um eine unabhängige Untersuchung anzustoßen. Wir müssen weiter auch auf diesem Weg versuchen, Einfluss auf internationale Gremien zu nehmen.

**In den akuten Krisenregionen sind die Bedürfnisse groß, gleichzeitig steigt die Gefahr für Helferinnen und Helfer, angegriffen zu werden. Wie reagiert ÄRZTE OHNE GRENZEN auf dieses Dilemma?**

**VOLKER WESTERBARKEY:** Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter machen weiter, und sie wollen unbedingt weitermachen, wir ziehen uns nicht zurück. Doch leider können wir aufgrund mangelnder Sicherheitsgarantien in manchen Gebieten gar nicht oder nur noch eingeschränkt arbeiten. Und wir überlassen die Sicherheit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter natürlich nicht jedem Einzelnen, sondern tragen als Organisation die Verantwortung.

**FLORIAN WESTPHAL:** Gleichzeitig müssten noch mehr Organisationen und staatliche Institutionen auf die massiven Bedürfnisse nach humanitärer Hilfe reagieren, gerade in akuten Krisen. Wir fordern die internationale Staatengemeinschaft und Hilfsorganisationen auf, dafür Strukturen und Kapazitäten zu schaffen. Unter anderem konnte sich im Jahr 2014 die Ebola-Epidemie in Westafrika so massiv ausbreiten, weil die Hilfe zu spät kam. Und auch jetzt: im Südsudan, in Syrien und den Nachbarländern sowie im Jemen und in Afghanistan benötigen enorm viele Menschen Hilfe. Und das, was momentan geleistet wird, reicht nicht aus.

**Und wie reagieren die einzelnen Helferinnen und Helfer?**

**FLORIAN WESTPHAL:** Viele Beispiele zeigen, wie sehr der Einsatz und Mut unserer Kolleginnen und Kollegen die Hilfe auch in extremen Situationen möglich macht. Und damit meine ich vor allem auch unsere Angestellten aus den Einsatzländern selbst.

# EINSATZLÄNDER



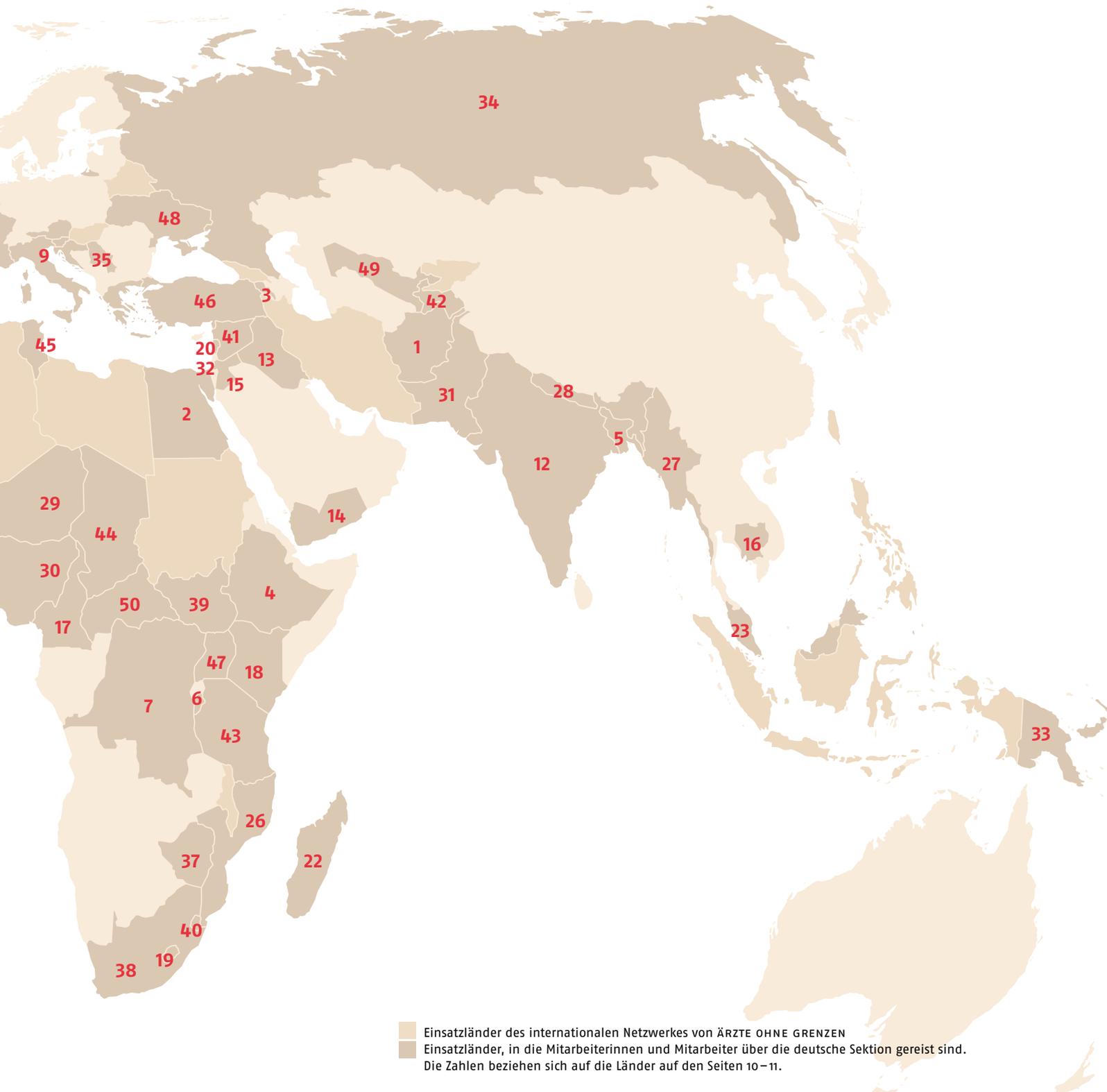
PAKISTAN: Marta Florea © MSF



SÜDSUDAN: Christine Ochwadt © Matthias Steinbach



JEMEN: Mateusz Mackos © Guillaume Binet/MYOP



MITTELMEER: Tankred Stöbe © Anna Surinyach



SÜDSUDAN: Michael Emde © CAIOCLICK



DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO:  
Simone Vollmer © MSF

# WER WAR WO?

2015 arbeiteten die Teams des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in rund 60 Ländern. Über die deutsche Sektion sind insgesamt 307 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger, Logistikerinnen und Logistiker sowie Hebammen in die Einsatzländer gereist. Sie besetzten insgesamt 452 Projektstellen.

**1 AFGHANISTAN** Gudrun Adams, Ärztin · Theresa Berthold, Administratorin · Hartmut Brandenburg, Anästhesist · Stefanie Brockt, Anästhesistin · Julia Dedynska, Administratorin · Ulrich Dittmer, Anästhesist · Joseph Duku, Logistiker · Marianne Flindt, Anästhesistin · Jens Hahn, Arzt · Teresa Haupt, Gynäkologin · Christoph Hey, Projektteamleiter · Steffen Hillebrand, Arzt · Justyna Jablonska, Administratorin · Christiane Jungermann, Krankenschwester · Lena Krieger, Anästhesistin · Carolin Möhrke, Ärztin · Franziska Noll, Ärztin · Peter Schumacher, stellvertretender Logistikkordinator · Clemens Stehl, Arzt · Jens Tews, Logistiker · Monica Toma, Gynäkologin · Robert Wessendorf, Anästhesist

**2 ÄGYPTEN** Senka Stojanovic, Ärztin

**3 ARMENIEN** Petra Becker, Projektteamleiterin

**4 ÄTHIOPIEN** Steffen Bürk, Krankenpfleger · Waltraud Gebhard, Krankenschwester · Barbara HeBel, Administratorin · Caroline Jenckel, Ärztin · Ingo Kurzweil, technischer Berater · Marcel Lenke, Logistiker · Heidi Niehus, Krankenschwester · Christa Puhl, Logistikerin · Chris Ringtho, Logistiker · Lucia Ringtho, Landeskoordinatorin · Phillip Steffens, Arzt · Jens Tews, Logistiker · Brian Watt, Projektteamleiter · Holger Weihe, Arzt · Anne Zentgraf, Laborantin · Jürg Zimmermann, Logistiker

**5 BANGLADESCH** Jens Ruschke, Finanzkoordinator · Stefanie Seib, Logistikerin

**6 BURUNDI** Volker Herzog, Chirurg · Hannes Pietschmann, Chirurg

**7 DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO**

Robert Angerer, Chirurg · Michael Arnegger, Arzt · Nicola Bennett, stellvertretende Landeskoordinatorin · Astrid Bodendieck, Ärztin · Carla Böhme, Chirurgen · Hartmut Brandenburg, Anästhesist · Joachim Brauer, Chirurg · Abiol Deng, Referent für humanitäre Fragen · Sonja Denjean, Ärztin · Katrin Draber, medizinische Projektteamleiterin · Lena Drehsen, Ärztin · Nina Egger-Büssing, Administratorin · Anja Engel, Projektteamleiterin · Sebastian Frowein, Projektteamleiter · Tanja Gargulla, Administratorin · Felix Gärtner, Logistikkordinator · Richard Cece Gbamou (3 x), Logistiker · Philipp Gresse, Logistiker · Elisabeth Groß, Logistikerin · Annina Haid, Logistikerin · Christian Heck, Chirurg · Stefanie Hofstetter, Hebamme · Benjamin Jonas, Logistiker · Sebastian Jung, Projektteamleiter · Anja Junker, Ärztin · Bernd Kessler (2 x), Chirurg · Jonas König, Arzt · Theodoros Krommydakis, Projektteamleiter · Ingo Kurzweil (3 x), technischer Berater · Hans-Jörg Lang, Arzt · Reinhard Lehmann, Arzt · Judith Lindert, Ärztin · Elisabeth Lipsewers, Landeskoordinatorin · Bernhard Mager, Chirurg · Marta Majewska-Vaassen, Administratorin ·

Katrin Mielck, Projektteamleiterin · Dorothea Müller, Hebamme · Siw Müller, Personalkoordinatorin · Miranda Ndula, Laborantin · Michael Petry, Kfz-Experte · Denise de Quervain, Administratorin · François Redon, Logistiker · Karl Rheinwald, Chirurg · Miriam Scheffler, Ärztin · Sonja Schumacher, Ärztin · Philip Steffens, Arzt · Lydia Stockmanns, Krankenschwester · Oksana Stolnikova, psychosoziale Beraterin · Tobias Theilacker, Logistiker · Jacques Tshiang Tshiananga, Epidemiologe · Ruth Ulrich, psychosoziale Beraterin · Fabienne Vilette, Finanzkoordinatorin · Bianca Vogel, Ärztin · Simone Vollmer, Laborantin · Klaus Volmer, Arzt · Gabriele von Wahlert, Ärztin · Henrike Zellmann, psychosoziale Beraterin

**8 ELFENBEINKÜSTE** Michael Petry, mobiler Kfz-Experte und Koordinator in Westafrika

**9 FLÜCHTLINGE IN EUROPA** Jenny Dörnemann, Projektteamleiterin (Belgien) · Amy Neumann-Volmer, Ärztin (Frankreich) · Tomislav Dunderovic (2 x), Projektteamleiter (Griechenland) · Matthias Heukäufer (2 x), Arzt (Italien) · Nazek Raouf, Ärztin (Italien) · Tankred Stöbe, Arzt (Italien)

**10 GUINEA** Claudia Evers, Landeskoordinatorin · Michael Krick, Elektriker · Wencke Petersen, Logistikerin · Marcus Stettin, Logistiker

**11 HAITI** Alfhild Böhringer, Logistikerin · Lena Bös, Epidemiologin · Elisabeth Brandt (2 x), Logistikerin · Karl Breuer, Logistiker · Doreen Geissler, Logistikerin · Cordula Häffner, Epidemiologin · Carina Haslach, Logistikerin · Katja Hilgenstock, Chirurgen · Martin Hofmeister, Chirurg · Wibke Keßler (2 x), Projektteamleiterin · Steffen Klammer, Anästhesist · Emilie Kuhn, Logistikerin · Ingo Kurzweil, technischer Berater · Ulrike Müller, Ärztin · Jürgen Müller-Färber, Chirurg · Hannes Pietschmann, Chirurg · Lolimar del Valle Rojas Rosas, Anästhesistin · Oliver Schulz, Landeskoordinator · Andreas Spaett, Projektteamleiter · Sevim Tuglaci, Ärztin · Bianca Vogel, Ärztin

**12 INDIEN** Iwona Andrzejczyk, Administratorin · Verena Hanfand, Ärztin · Julia Jung, Beauftragte für Patienten-Unterstützung · Ingo Kurzweil, technischer Berater · Nora Matar, Ärztin · Anna Morris, Krankenschwester · Sabine Nidermajer, Projektteamleiterin · Nicole Wolf, Ärztin

**13 IRAK** Fabian Erwig, Administrator · Christa Helmke (3 x), Hebamme · Elmar Mehring, Arzt · Luise Petersen, Krankenschwester · Wencke Petersen, Logistikerin · Joachim Tisch, Logistikkordinator · Sabine Weingast, Hebamme

**14 JEMEN** Haled Al Hashimi, Logistikkordinator · Steffen Bernard, Anästhesist · Stefanie Brockt, Anäs-

thesistin · Veit Busam, Chirurg · Jochen Ganter, Projektteamleiter · Patricia Günther, Hebamme · Jens Gutmann, Logistiker · Sabine Heim, Gynäkologin · Christoph Hey, Logistikkordinator · Andreas Karden, Logistikkordinator · Jörg Kustermann, Anästhesist · Mateusz Mackos, Chirurg · Waltraud Martin, Anästhesistin · Daniel Mouqué, Landeskoordinator · Franz Josef Müller, Chirurg · Immanuel Pompe, Flugkoordinator · Nazek Raouf, Ärztin · Roberta Rehnig (2 x), Anästhesistin

**15 JORDANIEN** Jutta Bachmann, Ärztin · Michael Bader, Logistikkordinator · Steffen Bürk, Krankenpfleger · Andreas Engel, Apothekenkoordinator · Margarita Hoegele, Chirurgen · Henrike Meyer, Chirurgen · Christa Puhl, Logistikerin · Manuela Rehr, Epidemiologin · Peter Rinker, Projektteamleiter · Jorge Rojas Mahecha, Logistiker · Birgit Schönharting, Physiotherapeutin · Josefin Schreckenberger, Krankenschwester · Lydia Stry, Anästhesistin

**16 KAMBODSCHA** Siw Müller, Administratorin

**17 KAMERUN** Juliane Intek, Ärztin

**18 KENIA** Jennifer Engel, Ärztin · Bettina Pöpping, Laborantin · Daniel von Rége, Landeskoordinator

**19 LESOTHO** Sandra Sedlmaier-Ouattara, medizinische Projektteamleiterin

**20 LIBANON** Marion Thimm, psychosoziale Beraterin

**21 LIBERIA** Petra Becker (2 x), Landeskoordinatorin · Lisa Beyer, Administratorin · Stefan Cordes, Logistiker · Andreas Hansmann, Arzt · Michael Krick (2 x), Elektriker

**22 MADAGASKAR** Jacques Tshiang Tshiananga, Epidemiologe

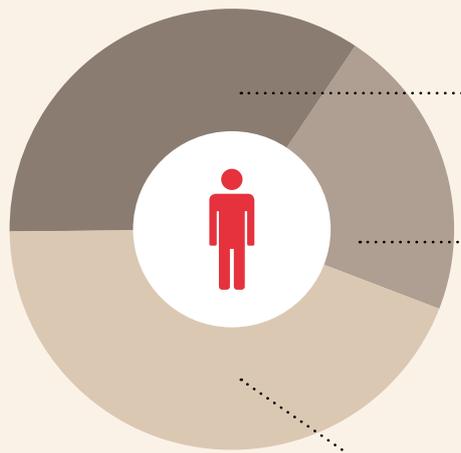
**23 MALAYSIA** Jutta Bachmann, medizinische Koordinatorin

**24 MALI** Hans-Jörg Lang, Arzt

**25 MEXIKO** Fernando Galvan, Projektkoordinator

**26 MOSAMBIK** Raphaela Marinho Leitao Da Cunha, Ärztin · Eveline Stoffel (2 x), Logistikerin

**27 MYANMAR** Sophia Buvelot, stellvertretende Personalkoordinatorin · Raina Klüppelberg, Krankenschwester · Norbert Lünenborg, medizinischer Koordinator · Jens Raab, Administrator · Saskia Rössing, Ärztin · Johanna Senft (2 x), Personalkoordinatorin · Claudia Stephan, stellvertretende Landeskoordinatorin



**34,5 %**  
ÄRZTINNEN / ÄRZTE

**21,5 %**  
PFLEGEPERSONAL  
UND ANDERE  
MEDIZINISCHE BERUFE

**44 %**  
ANDERE BERUFE

**28 NEPAL** Darina Finsterer, Administratorin · Jürgen Popp, Logistiker · Pamela Rosales, Finanzkoordinatorin · Sibylle Sang, medizinische Koordinatorin

**29 NIGER** Darina Finsterer, Administratorin

**30 NIGERIA** Lilli Boje, Krankenschwester · Annemieke Bont, Gesundheitsberaterin · Erkin Chinasylowa, medizinische Projektteamleiterin · Andreas Groß, Logistiker · Sabine Heim, Gynäkologin · Olaf Hußler, Anästhesist · Henrike Meyer, Chirurgen · Sabine Nidermajer, Projektteamleiterin · Jens Rabbels, Chirurg · Josefin Schreckenberger, Krankenschwester · Veronika Siebenkotten-Branca, Gynäkologin · Oksana Stolnikova, psychosoziale Beraterin · Aleksander Wroblewski, Chirurg

**31 PAKISTAN** Moritz Beitzten, Logistiker · Iwona Bugala, Finanzkoordinatorin · Julia Dedyńska, Administratorin · Anja Engel, Logistikkoordinatorin · Marta Florea, Gynäkologin · Juliane Fürst, Logistikerin · Malte Garbade, Logistiker · Jens Gutmann, Logistiker · Matthias Heukäufer, Arzt · Justyna Jablonska (2 x), Administratorin · Solveig Köbe, Ärztin · Yasmine Ley, Ärztin · Judith Lindert, Ärztin · Monika Lottmann, Hebamme · Bernhard Mager, Chirurg · Dorothea Müller, Hebamme · Ricarda Redeker, Administratorin · Anne Ruscher, Krankenschwester · Elke Schäl, Hebamme · Doris Stobbe, Krankenschwester · Simone Wählt, Krankenschwester

**32 PALÄSTINENSISCHE AUTONOMIEGEBIETE** Susanne Döttling, Kommunikationsbeauftragte · Steven Frisch, Logistiker

**33 PAPUA-NEUGUINEA** Maria Akritidou, psychosoziale Beraterin · Sophia Buvelot, Personalkoordinatorin · Malte Garbade, Logistiker · Alissa Hein, Logistikerin · Angelika Herb, Landeskoordinatorin · Susanne Kraemer, Laborantin · Andrea Maggaard, Anästhesistin · Henrike Meyer, Chirurgen · Saria Novoa Gomez, Krankenschwester · Bettina Pöpping, Laborantin · Peter Rinker, Projektteamleiter · Peter Schumacher, Logistiker · Frank Terhorst, Logistikkoordinator · Michael Krick, Elektriker

**34 RUSSISCHE FÖDERATION** Ralf Göres, Arzt · Ingo Kurzweil (2 x) / technischer Berater · Nicole Langer, Projektteamleiterin · Jorge Rojas Mahecha (3 x), Logistiker · Ewald Stals (2 x), Landeskoordinator

**35 SERBIEN** Stefan Cordes, Projektteamleiter · Jean-Daniel Dias, Logistiker

**36 SIERRA LEONE** Otasowie Akhionbare (2 x), Logistiker · Melanie Allen, Krankenschwester · Theresa Berthold, Administratorin · Lisa Beyer, Administratorin ·

Markus Böning, Projektteamleiter · Stefan Cordes (2 x), Flugkoordinator · Gordon Finkbeiner (3 x), Finanzkoordinator · Jochen Fröhlich, Logistiker · Andreas Groß, Logistiker · Elisabeth Groß, Administratorin · Alexandra Hoffmann, Epidemiologin · Christoph Höhn, Arzt · Jenny Hoppe, Administratorin · Benjamin Jonas, Logistiker · Gisa Kohler, Landeskoordinatorin · Gerit Korr, Epidemiologin · Dana Krause, Landeskoordinatorin · Jörn Marder, Logistiker · Siw Müller, Personalkoordinatorin · Jürgen Popp, Logistikkoordinator · Mariana Rossi Campos (3 x), Personalkoordinatorin · Christiane Ruhmich, Krankenschwester · Peter Schumacher, Logistiker · Tankred Stöbe, Arzt

**37 SIMBABWE** Andrea Braum, psychosoziale Beraterin · Stefanie Dittmann, Projektteamleiterin

**38 SÜDAFRIKA** Anna Luczynska, Epidemiologin

**39 SÜDSUDAN** Maria Akritidou, psychosoziale Beraterin · Melanie Allen, Krankenschwester · Heidi Anguria (3 x), Krankenschwester · Rose Ansoerge, Ärztin · Katrin Bauermees, Krankenschwester · Fiona Bay, Krankenschwester · Steffen Bernard, Anästhesist · Anna-Catrina Blume, Ärztin · Hartmut Brandenburg, Anästhesist · Iwona Bugala (2 x), stellvertretende Finanzkoordinatorin · David Chatel, stellvertretender Logistikkoordinator · Jörg Cordes, Logistiker · Jean-Daniel Dias, Logistiker · Anja Drame, Administratorin · Tomislav Dunderovic (2 x), Projektteamleiter · Iris Dvorak, Ärztin · Michael Emde, Logistiker · Gordon Finkbeiner, Administrator · Steven Frisch (2 x), Kfz-Experte · Chloé Haberstroh, Ärztin · Jens Hahn, Arzt · Carl-Ulrich Hecker, Logistiker · Monika Hillebrand, Anästhesistin · Katrin Hitzler (2 x), Krankenschwester · Martin Hofmeister, Chirurg · Jenny Hoppe, Administratorin · Johanna Hünic, Hebamme · Lysann Kaiser (2 x), Krankenschwester · Andreas Karden (2 x), Logistikkoordinator · Dominika Kubicka, Apothekerin · Anna Leuchtwies, Chirurgen · Marta Majewska-Vaassen, Personalkoordinatorin · Raphaela Marinho Leitao Da Cunha, Ärztin · Eric Mitjans Serveto, Logistiker · Sara Montag, Ärztin · Dieter Mühl-Benninghaus, Chirurg · Christine Ochwaldt, Ärztin · Frauke Ossig (2 x), Projektteamleiterin · Luise Petersen, Krankenschwester · Christiane Piepel, Ärztin · Gerd Pirkel, Logistiker · Jürgen Popp, Logistikkoordinator · Pamela Rosales, Finanzkoordinatorin · Mariana Rossi Campos, Personalkoordinatorin · Anna Sandoni, Ärztin · Gisela Skrobek-Engel, Krankenschwester · Daniela Steuermann, Krankenschwester · Mona Tamannai, Ärztin · Igor Ullrich, stellvertretender Finanzkoordinator · Dirk Vogel, Kfz-Experte · Alexander Wessel, Krankenpfleger · Sabine Zante, Krankenschwester · Jürg Zimmermann, Logistiker

**40 SWASILAND** Aleksandra Lasota, Ärztin

**41 SYRIEN** Jens Gutmann, Logistiker

**42 TADSCHIKISTAN** Lisa Beyer, stellvertretende Finanzkoordinatorin · Monika Meinhard, Projektteamleiterin

**43 TANSANIA** Michael Arnegger, Arzt · Dana Krause, Landeskoordinatorin · Mona Tamannai, Ärztin

**44 TSCHAD** Haled Al Hashimi, stellvertretender Logistikkoordinator · Malte Antaszek, Anästhesist · Eline Bauer, Anästhesistin · Jörg Fimpeler, Anästhesist · Doreen Geissler, Logistikerin · Christian Kaiser, Finanzkoordinator · Ingo Kurzweil, technischer Berater · Jörg Nitschke, Chirurg · Anna Maria Nothnagel, Anästhesistin · Eberhard Prokop, Chirurg · Verena Schuster, Logistikerin · Sarah Schwarz, Ärztin · Antje Theurer, Ärztin · Dennis Vocke, Logistiker · Simone Wählt, Krankenschwester

**45 TUNESIEN** Nazek Raouf, Ärztin

**46 TÜRKEI** Jutta Bachmann, Ärztin · Andreas Engel, Apotheker · Peter Heikamp, Logistikkoordinator · Frauke Ossig, Projektteamleiterin · Christine Roloff, Personalkoordinatorin

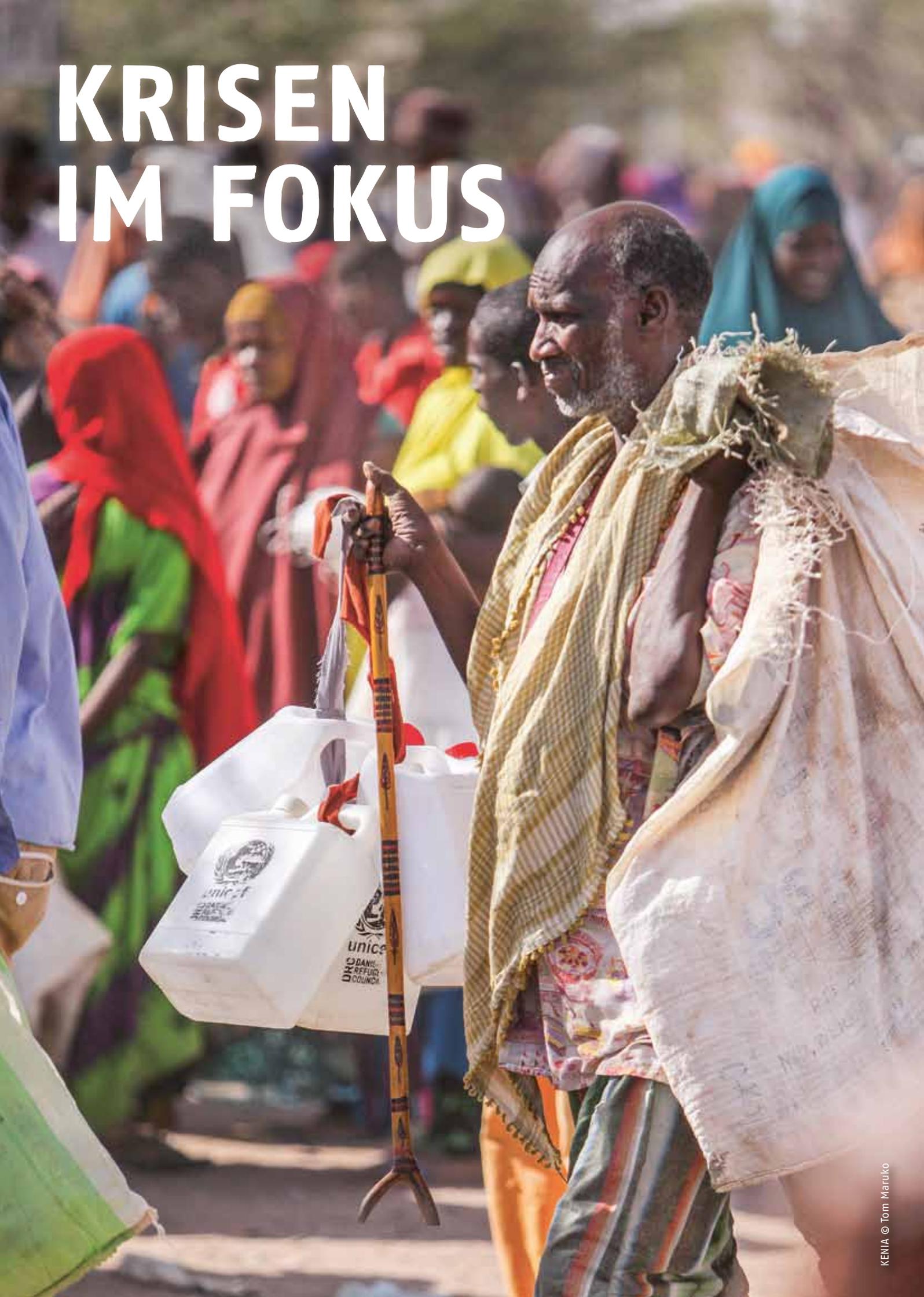
**47 UGANDA** Ingo Kurzweil (2 x), technischer Berater · Pascal Muhitira, Projektteamleiter

**48 UKRAINE** Rose Ansoerge, medizinische Projektteamleiterin · Eric Mitjans Serveto, Logistiker · Ewald Stals, Landeskoordinator · Margret Thieme, Referentin für Projektkommunikation

**49 USBEKISTAN** Andreas Bründer, Landeskoordinator · Sonja Henne, Ärztin · Agnieszka Kicun, Logistikerin · Abelardo Lavente, Laborant · Susan Meier, Ärztin · Kathrin Osterziel, psychosoziale Beraterin · Leonardo Palumbo, Referent für Humanitäre Fragen

**50 ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK** Elisabeth Albig, Ärztin · Malte Antaszek, Anästhesist · Rainer Baumann, Chirurg · Jennifer Bock (2 x), Logistikerin · Carla Böhme, Chirurgen · Alfhild Böhringer, Logistikerin · Henrike Elbert, Hebamme · Jutta Gerber, Krankenschwester · Silvia Ghiani, Administratorin · Peter Heikamp, Logistikkoordinator · Angelika Herb, stellvertretende Landeskoordinatorin · Stefanie Hofstetter, Hebamme · Andreas Karden, Logistiker · Cordelia Krajewski, Anästhesistin · Felix Machleidt, Arzt · Bernhard Mager, Chirurg · Inga Meyer, Ärztin · Katrin Mielck, Projektteamleiterin · Michael Petry, Kfz-Experte · Denise de Quervain, Administratorin · Sibylle Sang, medizinische Koordinatorin · Anna Schiller, Ärztin · Nico Stenger, Arzt · Lydia Stockmanns, Krankenschwester · Bonny George Thekumthala, Arzt · Dennis Vocke (2 x), Projektteamleiter

# KRISEN IM FOKUS



Der 50-jährige Peter Gatlek bekommt von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Krankenhaus von Lankien neue Verbände. Bewaffnete überfielen sein Dorf und schossen ihm in den Kopf. © Dominic Nahr



## SÜDSUDAN: MASSIVE GEWALT UND WENIG HILFE

Im jüngsten Staat der Welt müssen viele Menschen täglich um ihr Leben fürchten. Bei bewaffneten Kämpfen werden sie zum Ziel und viele Krankheiten sind ohne medizinische Hilfe lebensbedrohlich.

Adut Chuor Kujal lebt mit ihrer Familie in einem kleinen abgelegenen Dorf im Norden des Südsudans. Die Achtjährige ist schon einige Tage lang krank, als ihr Vater sich mit ihr auf den langen Weg ins Krankenhaus von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in der Stadt Aweil macht. Zuvor hatte er seine Tochter in eine private Klinik in der Nähe gebracht. Dort konnte sie nicht behandelt werden, weil es keine Medikamente gab. Im Krankenhaus von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** wird sie sofort stationär aufgenommen und versorgt: Adut leidet an einer lebensgefährlichen, schweren Malaria. Sie bekommt Medikamente und eine Bluttransfusion.

Malaria ist eine häufige Todesursache im Südsudan. Dies wäre mit ausreichend medizinischer Versorgung zu vermeiden. Doch die ohnehin schlechte Gesundheitsversorgung in dem jungen Staat ist zusammengebrochen. Grund dafür ist die Gewalt im Land, ausgelöst durch einen bewaffneten Konflikt zwischen Regierungstruppen und bewaffneten Gruppen, der seit mehr als zwei Jahren anhält. Die Konfliktparteien greifen auch die Zivilbevölkerung gezielt an und zwingen sie dazu, die Dörfer und Städte in

den umkämpften Regionen zu verlassen. 2,3 Millionen Menschen sind im Südsudan auf der Flucht. Nur ein kleiner Teil flieht in die Nachbarländer. Die meisten suchen Schutz in anderen Landesteilen, wo sie im Freien oder in provisorischen Lagern leben. Dort sind sie Sonne und Regen ausgesetzt und kaum vor den Insekten geschützt, die Krankheiten übertragen. Es fehlt an sauberem Trinkwasser und Nahrung. Diese Lebensbedingungen führen dazu, dass viele Kinder mangelernährt sind, und die Menschen an Lungenentzündung, Durchfall, Cholera, Malaria und an der Parasitenerkrankung Leishmaniose (Kala-Azar) erkranken. Besonders gefährdet sind kleine Kinder und schwangere Frauen.

### **MANCHMAL SIND WIR DIE EINZIGEN**

**ÄRZTE OHNE GRENZEN** hat seit dem Beginn des Konflikts die Hilfe stark ausgebaut und arbeitet an 17 Orten in fast allen Landesteilen. Insgesamt behandelten die Teams im Jahr 2015 rund 800.000 Patientinnen und Patienten. In manchen Regionen sind wir die Einzigen, die medizinische Hilfe anbieten. Wir versorgten mehr als 5.000 Menschen, die durch die Kämpfe verletzt wurden. Viele von ihnen waren Zivilisten, deren Dörfer angegriffen wurden.

So auch der 50-jährige Peter Gatlek (siehe Foto). Als er versuchte, vor einem Angriff aus seinem Dorf zu fliehen, schossen ihm Bewaffnete in den Kopf. Er konnte ins Krankenhaus von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** nach Lankien gebracht werden, wo er stationär aufgenommen wurde. „Ich versteckte mich in einem Sumpf. Einige, die mit mir rannten, waren ebenfalls verwundet, andere wurden getötet“, berichtet Peter Gatlek.



Vertriebenenlager in einer Schutzzone der Vereinten Nationen in Melut. ÄRZTE OHNE GRENZEN bietet dort umfassende medizinische Hilfe.  
© Matthias Steinbach

## KRANKHEITEN BREITEN SICH AUS

Einer der Orte, an den die Menschen fliehen, ist die Stadt Malakal im Nordosten des Landes. 47.000 Menschen lebten dort Ende des Jahres 2015 in einer Schutzzone der Vereinten Nationen. Auch Nya Gaw brachte sich dort in Sicherheit. Die 40-Jährige, die früher als Hebamme arbeitete, lebt im Lager mit ihren zwei Söhnen in einem großen Gemeinschaftszelt. Dazu nimmt sie noch vier Kinder auf, die ihre Eltern in den Wirren des Konflikts verloren haben. Gemeinsam besitzen sie ein Kinderbett und ein paar Plastikmatten. Nachts ist es kalt und feucht im Zelt, Mücken schwirren durch die Luft. „Viele Menschen husten und die Krankheiten breiten sich aus“, sagt Nya Gaw. „Wir brauchen mehr Platz zum Leben.“ ÄRZTE OHNE GRENZEN betreibt in der Schutzzone ein Krankenhaus. Die Teams versorgten dort bis Februar 2016 rund 400 Patientinnen und Patienten pro Woche. Auch zwei Schützlinge von Nya Gaw wurden in dem Krankenhaus aufgenommen. Von Juni bis Ende des Jahres 2015 verfünffachte sich die Anzahl der Behandlungen von Malaria, lebensbedrohlichen Fällen von Lungenentzündung und anderen Krankheiten.

Am 17. und 18. Februar 2016 zerstörten Bewaffnete absichtlich und flächendeckend humanitäre Einrichtungen und Unterkünfte von Vertriebenen in der Schutzzone von Malakal. Mindestens 19 Menschen wurden bei den Angriffen getötet, darunter zwei südsudanesischen Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN. Einer von ihnen wurde getötet, als er Verwundeten half. Von den zahlreichen Verletzten behandelten wir 108 in unserem Krankenhaus, darunter 46 mit Schusswunden. Das Lager wurde komplett zerstört. Daher mussten mehr als 40.000 Menschen in ein nahegelegenes, noch schlechter ausgestattetes und überfülltes Lager der Vereinten Nationen fliehen. In dem zerstörten Lager in Malakal verblieben einige tausend Menschen, die wir weiter medizinisch versorgen.

Immer wieder werden die Krankenhäuser oder Gesundheitsposten von ÄRZTE OHNE GRENZEN angegriffen und geplündert. Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden bedroht.



## GEZIELT ANGEGRIFFEN UND GEPLÜNDERT

Wenn unser Personal und unsere Einrichtungen gezielt angegriffen werden, müssen wir die Aktivitäten vorübergehend einstellen. In Leer im Bundesstaat Unity zum Beispiel drangen im Oktober 2015 bewaffnete Männer in unser Krankenhaus ein. Sie bedrohten unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und stahlen medizinisches Material, technische Geräte und persönliche Gegenstände. Als am darauffolgenden Tag die gleiche bewaffnete Gruppe wieder kam, war klar: Das Team muss Leer verlassen und kann die umfangreiche Hilfe im Krankenhaus nicht weiter fortführen. Nachdem die Sicherheitslage sich etwas entspannte, konnte unser Team einen Monat später die dringenden medizinischen Notfälle wieder mit mobilen Kliniken behandeln. Inzwischen ist auch das Krankenhaus wieder in Betrieb.

Wie sehr die Menschen schutzlos der Gewalt ausgeliefert bleiben, zeigte sich jedoch bei einem weiteren Angriff auf die Stadt Leer im März 2016, bei dem unsere Einrichtung unbeschadet blieb. „Am Abend des 14. März hat das Team Schreie gehört, die vom Dorf kamen“, erzählt Jens Pagotto, der die Projekte in Leer koordiniert. „Dann sahen wir Frauen, Kinder und auch Männer, die in unsere Richtung um ihr Leben rannten. Unser Krankenhaus war der einzige Ort, an dem sie Schutz suchen konnten.“

„Diese blinde Gewalt und Terrorisierung von Zivilisten muss aufhören“, sagt Raquel Ayora, Leiterin der Einsätze von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Südsudan. „Alle Akteure, in deren Macht es liegt, dieser Gewalt ein Ende zu setzen und menschliches Leben zu schützen, müssen handeln.“

Dr. Christine Ochwadit kämpft mit dem Team in Malakal um das Überleben eines schwer mangelernährten und dehydrierten Kindes. In dem Vertriebenenlager sind die Lebensbedingungen vor allem für kleine Kinder sehr schlecht.  
© Matthias Steinbach

# SEXUELLE GEWALT: SCHNELL UND UMFASSEND HELFEN

Wer sexuelle Gewalt erfahren musste, benötigt Hilfe – leicht zu erreichen, kompetent und für die gesundheitlichen Konsequenzen, die solch ein brutaler Übergriff nach sich ziehen kann. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** hat Möglichkeiten entwickelt, diesen Menschen auch in Krisengebieten nachhaltig zu helfen.

Ihr Herz sei gebrochen, sagt die Patientin. Bei einem Workshop von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Mbare, Simbabwe, hat sie sich selbst gemalt. „Body Mapping“ heißt dieser therapeutische Prozess, bei dem die Patientinnen und Patienten ihre Traumata mithilfe von Bildern zum Ausdruck bringen. Nun sehe sie wieder Licht am Ende des Tunnels. Im Rahmen der psychologischen Hilfe habe sie zum ersten Mal über ihre Erlebnisse sprechen können, ohne sich verurteilt zu fühlen.

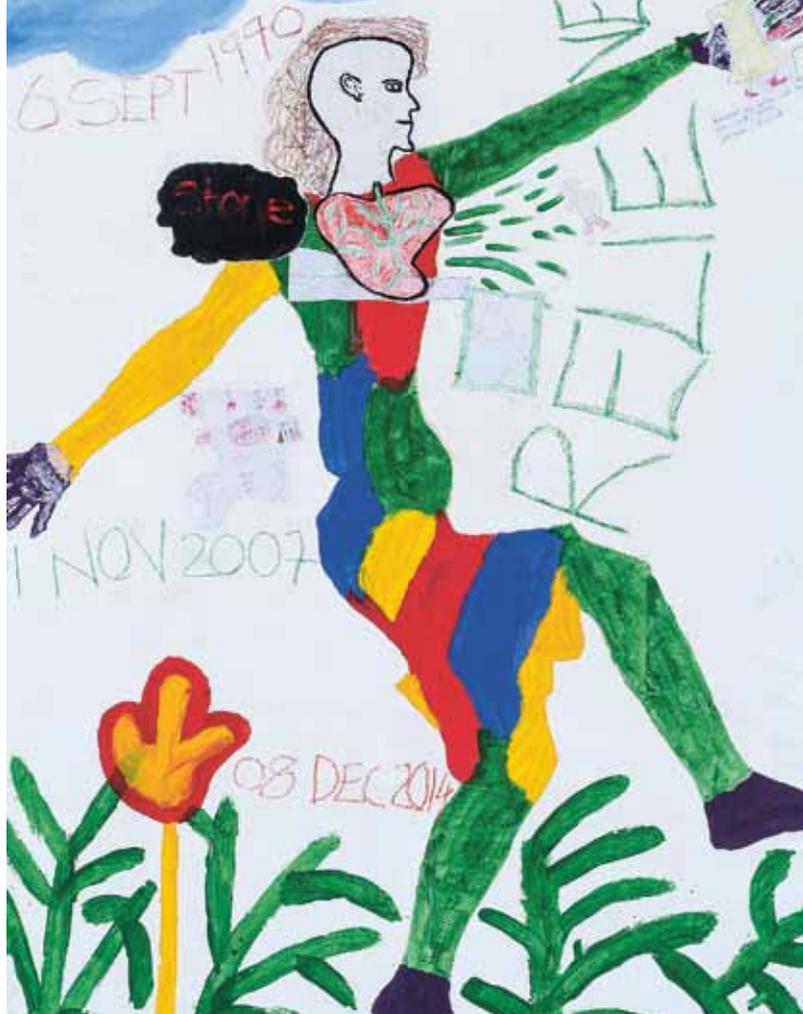
Sexuelle Gewalt trifft Menschen in allen Ländern und Gesellschaften. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation ist weltweit jede dritte Frau davon betroffen. Die Folgen sind besonders schwer, wenn es keine angemessene medizinische und psychologische Hilfe gibt: in armen Ländern und entlegenen Regionen mit schwacher Gesundheitsversorgung oder in Konfliktgebieten.

Durch sexuelle Gewalt verursachte Wunden und Blutungen können ohne Behandlung zu schweren Infektionen und anderen Komplikationen führen. Zudem besteht die Gefahr sexuell übertragbarer Krankheiten wie Syphilis, Gonorrhoe oder einer HIV-Infektion. Gleichzeitig benötigen die Betroffenen psychologische Unterstützung. „Wenn die Frauen mit qualifiziertem Personal in vertraulicher Atmosphäre sprechen können, rutschen sie später seltener in Depressionen ab. Sie sind stabiler im Alltag und können mit dem Stress, den ihre Erinnerungen auslösen, besser umgehen“, sagt die Hebamme Patricia Günther, die Anfang des Jahres 2016 für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Südsudan Opfer sexueller Gewalt behandelt hat.

## **DIE BETROFFENEN SCHNELL UND BEHUTSAM BEHANDELN**

**ÄRZTE OHNE GRENZEN** betreibt derzeit in 29 Ländern Projekte für die Behandlung von Menschen, die sexuelle Gewalt erfahren haben. Die Teams bieten medizinische und psychologische Hilfe in einem Termin an: So müssen die Patientinnen und Patienten die Gewalt nicht wiederholt schildern, haben keine zusätzlichen Wege und verlieren keine Zeit. Die HIV-Prophylaxe muss spätestens 72 Stunden nach dem Übergriff eingenommen werden, und auch weitere sexuell übertragbare Krankheiten sowie ungewollte Schwangerschaften können in diesem Zeitfenster verhindert werden. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sorgen für Empfängnisverhütung, impfen die Opfer und versorgen ihre Wunden.

Damit sie über die Gewalt sprechen können, brauchen die Betroffenen Ansprechpartnerinnen, die ihre Sprache und Kultur teilen. Viele haben Angst, sie fühlen sich schuldig oder fürchten, von ihrer Gemeinschaft verstoßen zu werden. „Die Hilfe muss behutsam geplant werden“, sagt Clare Brennan, die bis vor Kurzem die psychologische Hilfe in unserer Klinik für die Behandlung der Folgen sexueller Gewalt in Port Harcourt, Nigeria, leitete. „Um Behandlungsmethoden zu entwickeln, die tatsächlich funktionieren, ist der Beitrag der einheimischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entscheidend“, so Brennan. Weil sie großen Anteil an den Erlebnissen der Patientinnen und Patienten nehmen, unterstützt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** sie mit regelmäßigen Supervisionen in Einzel- und Gruppengesprächen.



SIMBABWE: Ihr Herz sei zerbrochen, sagt eine Patientin. Durch künstlerische Ausdrucksformen können Patientinnen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, ihre Gefühle thematisieren. Hier ging es in einem Workshop darum, die körperlichen und seelischen Wunden zu zeigen.

© MSF

Die Teams sind 24 Stunden am Tag bereit, Betroffene aufzunehmen. In Konfliktgebieten wie der Demokratischen Republik Kongo, in denen sexuelle Gewalt zum Teil als Kriegswaffe eingesetzt wird, fahren sie durch die Dörfer und bieten ihre Hilfe an. „Allein im März 2016 haben wir 123 Opfer sexueller Gewalt versorgt“, sagt die Projektleiterin Mame Anna Sane über die Hilfe in der kongolesischen Region Mambasa. Wie vielerorts liegt die Dunkelziffer vermutlich höher: „Das Thema ist tabu, und viele suchen keine Hilfe“, so Mame Anna Sane.

### **DAS TABU BRECHEN**

ÄRZTE OHNE GRENZEN arbeitet eng mit den Dorfgemeinschaften und den Gesundheitsbehörden zusammen. Die Teams informieren über die Folgen der Gewalt, bieten Trainings an und ermutigen die Menschen, Hilfe zu suchen – unter anderem über Radiospots und Straßentheater. Der Erfolg solcher Kampagnen zeigt sich zum Beispiel in Mathare in Kenia: Die Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten pro Jahr ist dort von 150 in den Vorjahren auf mehr als 2.600 im Jahr 2015 gestiegen. Rund 80 Prozent von ihnen konnten innerhalb des kritischen Zeitfensters von drei Tagen nach dem Übergriff behandelt werden.

Doch wie geht es für die Betroffenen nach der Behandlung weiter? Viele müssen erneut Gewalt erleben. „Obwohl medizinische Hilfe überlebenswichtig ist, wird sie dazu degradiert, Betroffene zwischen gewaltsamen Übergriffen zusammenzuflicken“, sagt Angelika Herb, Landeskoordinatorin von ÄRZTE OHNE GRENZEN in Papua-Neuguinea. Dort hat ÄRZTE OHNE GRENZEN seit 2007 mehr als 27.000 Betroffene sexueller und familiärer Gewalt behandelt. Im März 2016 konnten die Teams die Projekte an die Behörden übergeben. Diese haben sexuelle Gewalt als Gefahr für die öffentliche Gesundheit anerkannt. Doch es fehlt an Schutzhäusern, die Täter bleiben häufig unbestraft. ÄRZTE OHNE GRENZEN unterstützt die Betroffenen in allen Projekten so gut es geht, vermittelt sichere Unterkünfte und stellt medizinische Gutachten bereit, wenn sie Anzeige erstatten möchten. Doch es ist Aufgabe der staatlichen Stellen, die Menschen vor sexueller Gewalt zu schützen.

**ÄRZTE OHNE GRENZEN behandelt seit dem Jahr 1999 die medizinischen und psychologischen Folgen sexueller Gewalt. Seit dem Jahr 2004 erfassen wir die Zahl der Patientinnen und Patienten. Seitdem haben wir mehr als 130 000 Betroffene versorgt, rund 90 Prozent waren Frauen. Viele Patientinnen und Patienten sind zudem jünger als 18 Jahre. Für diese Kinder bietet ÄRZTE OHNE GRENZEN besondere Hilfe an.**

# SEENOTRETTUNG

Im Jahr 2015 flohen mehr als eine Million Menschen über das Mittelmeer nach Europa. Nach Angaben der Internationalen Organisation für Migration starben mindestens 3.771 Menschen bei dem Versuch, das Meer zu überqueren. Angesichts der zahlreichen Toten begann **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Mai einen Such- und Rettungseinsatz vor der libyschen Küste mit drei Schiffen. In der zweiten Hälfte des Jahres weiteten wir den Einsatz aus und setzten zwischen Griechenland und der Türkei in der Ägäis Schlauchboote ein. In Italien und Griechenland versorgten unsere Teams die Ankommenden. Als immer mehr Menschen über die Balkanländer weiter nach Nordeuropa reisten, halfen unsere Teams mit mobilen Kliniken und verteilten Hilfsgüter wie Decken und Regenjacken.



© Anna Surinyach / MSF



© Francesco Zizola / NOOR

## PANIK VERMEIDEN

Mit einem Beiboot (Foto rechts oben) nähert sich das Team des Rettungsschiffes „Bourbon Argos“ einem Flüchtlingssschiff. Es fordert die Menschen an Bord auf, ruhig zu bleiben, um Panik zu vermeiden. Denn wenn sich alle Menschen zu einer Seite bewegen, kann das Schiff kentern.

Damit die Menschen sicher auf das Rettungsschiff gelangen können, wirft ihnen das Rettungsteam wenn möglich Schwimmwesten zu. Häufig sind die Flüchtlingsboote klein, kaum seetüchtig und völlig überfüllt. Unsere Teams bringen die Menschen dann mit einem Beiboot an Bord des Rettungsschiffes. Informationen darüber, wo ein Schiff vor Libyen in Not geraten ist, kommen von der italienischen Seenotrettung. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** rettete zwischen Mai und Dezember im zentralen Mittelmeer und in der Ägäis 23.747 Menschen.

## MEDIZINISCHE HILFE AUF SEE

Das Team des Rettungsschiffes „Bourbon Argos“ holt eine verletzte Frau an Bord, die aus einem sinkenden Schlauchboot gerettet wurde. Insgesamt nahm **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Jahr 2015 in den Projekten für Flüchtlinge und Migranten in Europa und auf dem Mittelmeer etwa 100.000 Behandlungen vor. Die medizinischen Teams auf den Schiffen behandelten Unterkühlung, Dehydrierung, Hautinfektionen, Verletzungen, Verbrennungen sowie Schwangerschaftskomplikationen und boten psychologische Hilfe an. Viele der Menschen auf der Flucht leiden an den Folgen der Erlebnisse in ihren Herkunftsländern. Die meisten der medizinischen Probleme werden jedoch durch die Bedingungen der Flucht verursacht.



© Francesco Zizola / NOOR



© Francesco Zizola / NOOR



© Francesco Zizola / NOOR

## MENSCHENLEBEN RETTEN

Die „Bourbon Argos“ bringt die aus Seenot Geretteten nach Italien. Die Menschen in den Booten fliehen zumeist vor Krieg, Unterdrückung, Armut oder Ungleichheit. Die Teams von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** arbeiten im Mittelmeerraum, um Leben zu retten und medizinische Hilfe zu leisten – solange es keine sicheren Fluchtwege nach Europa gibt.

## EIN SICHERER ORT

An Bord der „Bourbon Argos“ trocknen Gerettete ihre Kleidung und ruhen sich von den Strapazen aus. Die Schiffe sind speziell für Rettungseinsätze ausgestattet. An Deck sind Container aufgestellt, in denen eine Notaufnahme, ein Untersuchungsraum, ein Verbandsraum, ein Lager und eine Leichenhalle untergebracht sind. Das Such- und Rettungsteam arbeitet mit dem Nothilfepersonal an Bord eng zusammen. Auch Logistiker, Wasser- und Sanitätsexperten sowie interkulturelle Mediatoren sind Teil der Besatzung.



© Willi Rose



© Jodi Hilton

### BALKANROUTE

Das zehnjährige Mädchen aus dem Iran ist wie Tausende andere Menschen auf der Flucht an der griechisch-mazedonischen Grenze gestrandet. Es bekommt Hilfe und Beistand in der Klinik von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im provisorischen Lager in Idomeni. Durch willkürliche Grenzschließungen können die Flüchtenden von Griechenland aus nicht weiter auf der Balkanroute nach Nordeuropa reisen. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** bietet in Griechenland und entlang der Route medizinische und psychologische Hilfe an und verteilt Hilfsgüter wie Zahnbürsten, Regenjacken und Decken.

### ES FEHLEN LEGALE FLUCHTWEGE

Rettungsteams bringen Flüchtende in Sicherheit, deren Boot am 16. Dezember vor der griechischen Insel Lesbos kenterte. Als die Mitarbeiter von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** und anderen Organisationen eintrafen, kämpften die Menschen im kalten Wasser um ihr Leben. 83 Personen wurden gerettet. Ein achtzigjähriger Mann und ein neun Monate altes Mädchen ertranken. Den meisten Flüchtlingen bleibt kein anderer Weg nach Europa als die gefährliche Route über das Mittelmeer, weil die Landgrenzen Europas abgeriegelt sind und Europa für Menschen auf der Flucht auch über den Luftweg nicht erreichbar ist. Um zu verhindern, dass noch mehr Menschen auf dem Mittelmeer sterben, fordert **ÄRZTE OHNE GRENZEN** die Europäische Union dazu auf, legale Fluchtwege nach Europa zu schaffen. Zudem fordert **ÄRZTE OHNE GRENZEN** von der EU, mehr Such- und Rettungsschiffe einzusetzen.

**ÄRZTE OHNE GRENZEN** wird den Menschen auf der Flucht weiterhin zur Seite stehen und setzt auch 2016 wieder Rettungsschiffe auf dem Mittelmeer ein.

GUINEA: Dieses drei Wochen alte Baby war nach der großen Epidemie in dem westafrikanischen Land die letzte Ebola-Patientin. Das Team konnte das Mädchen im November 2015 gesund in die Obhut ihres Onkels übergeben.  
© Tommy Trenchard



# EBOLA: WIRD DIE WELT IN ZUKUNFT BESSER GEWAPPNET SEIN?

Die Bekämpfung der Ebola-Epidemie in Westafrika 2014 und 2015 war einer der größten Nothilfeinsätze in der Geschichte von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**. In 15 Einrichtungen behandelten wir mehr als 5.000 Ebola-Patienten. Der Einsatz brachte uns an die Grenzen unserer Leistungsfähigkeit – und mitunter auch darüber hinaus.

Die Gesundheitssysteme der drei betroffenen Staaten Sierra Leone, Liberia und Guinea waren völlig unzureichend auf den Ebola-Ausbruch vorbereitet. Hinzu kam, dass die internationale Hilfe viel zu spät angelaufen ist und lange Zeit unkoordiniert war. Mit einer schnelleren Reaktion hätten viele Menschenleben gerettet werden können.

Deshalb bemüht sich **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, die Erfahrungen aus der Bekämpfung der Epidemie im Gespräch mit Entscheidungsträgern zu vermitteln, damit die Weltgemeinschaft in Zukunft besser auf Epidemien dieser Art vorbereitet ist. Weltweit führten unsere Kolleginnen und Kollegen Gespräche mit Entscheidungsträgern aus Parlamenten, Ministerien und überstaatlichen Organisationen. Auch auf dem G7-Gipfel 2015 unter deutscher Präsidentschaft wurde Ebola diskutiert. Nach Einschätzung von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** versäumten es die Staats- und Regierungschefs dort jedoch, konkrete Maßnahmen für die Entwicklung eines effektiven Notfallsystems gegen Epidemien und internationale Gesundheitskrisen zu beschließen.

Ein Grund, warum die Ausbreitung der Epidemie nicht früher gestoppt werden konnte, war der Mangel an Impfstoffen, Diagnostika und Medikamenten. Die kommerzielle Pharmaforschung vernachlässigt systematisch Krankheiten, die vor allem Menschen in armen Ländern treffen, nicht dauerhaft behandelt werden müssen oder nicht häufig auftreten und daher wenig Profit versprechen – so auch Ebola. Lange vor dem Ausbruch der Krankheit in Westafrika existierten bereits vielversprechende Kandidaten für einen Impfstoff gegen Ebola. Jedoch waren diese Impfstoffe nicht zur Marktreife weiterentwickelt worden und konnten deshalb nicht verwendet werden. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** hat sich aus diesem Grund gemeinsam mit anderen Akteuren dazu entschieden, während der Epidemie klinische Studien zu initiieren und so die Effektivität des Impfstoffes zu prüfen.

Um die Bereitstellung von wirksamen und bezahlbaren Impfstoffen, Diagnostika und Medikamenten sowohl für Krankheiten wie Ebola als auch für vernachlässigte und armutsassoziierte Krankheiten voranzutreiben, unterstützt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** die Einrichtung eines öffentlich finanzierten globalen Forschungsfonds. Dieser wird seit der Ebola-Epidemie auf WHO-Ebene verstärkt diskutiert. Ziel ist es, dringend benötigte medizinische Forschung zu finanzieren und international zu koordinieren.

**Die internationale Gemeinschaft muss Ebola als Alarmsignal verstehen und politische Reformen im Gesundheitsbereich umsetzen, die die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen. Dafür werden wir uns weiterhin im Rahmen unserer politischen Arbeit in Deutschland und darüber hinaus stark machen.**

# STRUKTUR KONTROLLE STRATEGIE



# STRUKTUR UND GOVERNANCE

Die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN wurde 1993 als gemeinnütziger Verein gegründet. Als Teil des internationalen Netzwerkes verfolgt sie das Ziel, Menschen in Not ungeachtet ihrer ethnischen Herkunft, 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 60 Ländern weltweit humanitäre Hilfe und setzt sich aus 24 Mitgliedsverbänden zusammen. 21 von ihnen tragen als Sektionen die Verantwortung für die Steuerung des Netzwerkes.

## **DIE DEUTSCHE SEKTION**

Die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN beteiligt sich an den 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 zuständig sowie für ein länderübergreifendes mobiles medizinisches Team zur Behandlung der Schlafkrankheit.

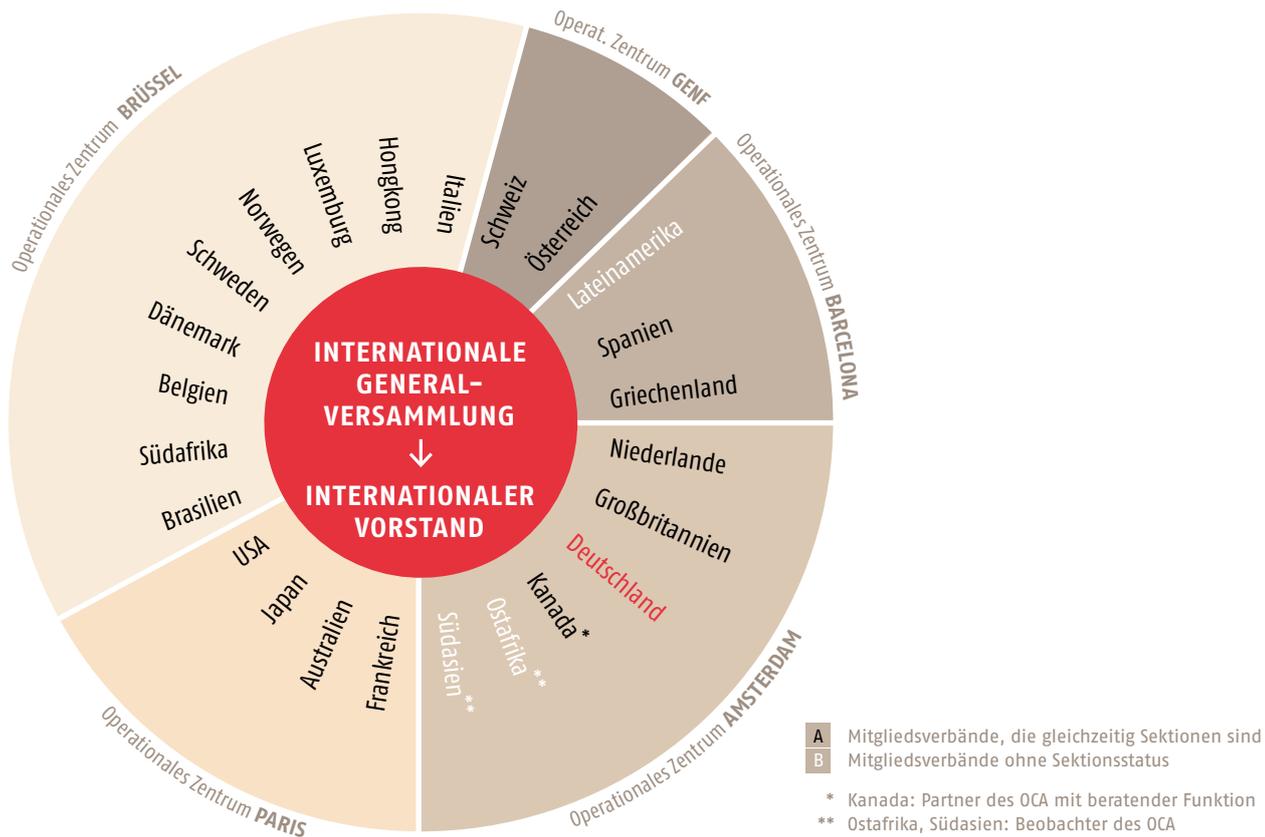
Das höchste Organ des Vereins ist die Mitgliederversammlung mit 510 ordentlichen Mitgliedern. Darüber hinaus zählt der Verein 8.232 Fördermitglieder ohne Antrags- und Stimmrecht. Die Mitgliederversammlung tagt einmal jährlich. Sie wählt und entlastet den Vorstand, nimmt den Jahresbericht des Vorstands entgegen und kann zudem Änderungen der Vereinssatzung beschließen.

Der Vorstand tagt mindestens sechsmal pro Jahr. Er ist für die strategische Ausrichtung des Vereins und die Umsetzung der Satzung von ÄRZTE OHNE GRENZEN zuständig. Der Vorstand nimmt das Jahresbudget an, erstellt den Jahresbericht und entscheidet über die Aufnahme und den Ausschluss von Vereinsmitgliedern. Zur Koordination und Steuerung der laufenden Geschäfte bestellt er eine hauptamtliche Geschäftsführung. Diese stellt gemeinsam mit den Abteilungsleiterinnen und Abteilungsleitern die Jahresplanung inklusive Budget- und Personalplanung auf, setzt diese um und berichtet regelmäßig an den Vorstand.

Die Mitgliederversammlung wählt auch den Aufsichtsrat. Dieser berät und überwacht den Vorstand bei der Leitung des Vereins und muss in alle Entscheidungen von grundlegender Bedeutung für den Verein eingebunden werden.

Sitz der deutschen Sektion ist Berlin, mit einer Zweigstelle in Bonn und jeweils kleinen Büros in Hamburg und Köln für regionale Standwerbung. Im Jahr 2015 arbeiteten in insgesamt sechs Abteilungen durchschnittlich 79 Voll- und 37 Teilzeitangestellte, außerdem 50 Studierende.

## DIE 24 MITGLIEDSVERBÄNDE VON ÄRZTE OHNE GRENZEN



### 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 und schließen Finanzierungsverträge ab. Das OCA wird durch die deutsche, britische und niederländische Sektion gebildet. Die kanadische Sektion hat einen beratenden Status im OCA. Als Beobachter gehören die Mitgliedsverbände Ostafrika und Südasien dazu.

Die Sektionen des OCA tragen für die Hilfsprojekte gemeinsame Verantwortung und teilen die hierfür vorgesehenen Ressourcen. Grundlage dieser Zusammenarbeit ist neben der detaillierten jährlichen Projektplanung der OCA-Strategieplan. Dieser legt jeweils für vier Jahre die medizinische Ausrichtung der Arbeit vor Ort fest und leitet daraus Ziele für Finanzierung, Personal, Logistik und Kommunikation ab. Im Jahr 2015 steuerte das OCA Projekte in mehr als 20 Ländern.

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

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

## DEUTSCHE SEKTION

### MITGLIEDERVERSAMMLUNG

510 Mitglieder

wählt, lässt sich Rechenschaft ablegen

#### AUFSICHTSRAT

3 gewählte Vertreter: fachliche Erfahrungen im medizinisch-humanitären Bereich, im Management und im kaufmännischen Bereich

berät,  
überwacht

#### VORSTAND

bis zu 8 gewählte und bis zu 3 kooptierte Vertreter

entsendet  
2 Mitglieder

#### BERLIN ADVOCACY UNIT

#### BERLIN MEDICAL UNIT

#### GESCHÄFTSFÜHRUNG

- Leitung des Berliner und Bonner Büros
- Repräsentation in der deutschen Gesellschaft
- Mitarbeit im internationalen Netzwerk

bestellt, lässt sich Rechenschaft ablegen

ist Teil des

#### SPENDEN- ABTEILUNG

- Spendergewinnung
- Spenderbetreuung
- Spendenverwaltung

#### FINANZEN UND ADMINISTRATION

- Abwicklung sämtlicher Finanzvorgänge
- IT-Support
- allgemeine Verwaltung

#### PERSONAL- ABTEILUNG

- Rekrutierung, Auswahl, Schulung und administrative Betreuung der Projektmitarbeiter
- Personalverwaltung der Büromitarbeiter

#### MEDIEN- UND ÖFFENTLICHKEITS- ARBEIT

- Information der Öffentlichkeit über die Arbeit von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** und die Situation der Menschen vor Ort (Témoignage)
- Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit in den Projekten

#### PROJEKTABTEILUNG

- Projektsteuerung (deutsche Portfolios)
- medizinische und logistische Beratung der Projekte
- Betreuung der Projektmitarbeiter

## 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 im Jahr 2015 für Projekte von allen fünf operationalen Zentren und für das internationale Büro in Genf:

• OC Amsterdam:	58,7 Mio €	50 %
• OC Genf:	22,9 Mio €	19 %
• OC Brüssel:	11,1 Mio €	9 %
• OC Barcelona:	24,0 Mio €	20 %
• OC Paris:	0,9 Mio €	1 %
• Internationales Büro in Genf:	0,8 Mio €	1 %

## DIE INTERNATIONALE ZUSAMMENARBEIT

**ÄRZTE OHNE GRENZEN** ist ein weltweites Netzwerk aus 24 nationalen bzw. regionalen Mitgliedsverbänden. Diese sind durch eine gemeinsame Charta verbunden. 21 von ihnen, darunter auch **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Deutschland, tragen als Sektionen die Verantwortung für die Steuerung und Finanzierung der Nothilfprojekte.

Das höchste Organ des Netzwerkes ist die internationale Generalversammlung (International General Assembly, IGA). Sie besteht aus je zwei Vertretern der 24 Mitgliedsverbände sowie der internationalen Präsidentin Dr. Joanne Liu und tagt einmal jährlich. Die IGA legt die Vision und die übergeordnete Strategie von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** fest. Zudem stellt sie sicher, dass die Grundwerte der Organisation gewahrt werden. Die Beschlüsse der IGA sind für die Mitgliedsverbände bindend.

Die IGA wählt sechs Mitglieder aus den Mitgliedsverbänden in den internationalen Vorstand, dem darüber hinaus die fünf Präsidentinnen und Präsidenten der operationalen Zentren sowie die internationale Präsidentin angehören. Der internationale Vorstand stellt sicher, dass Entscheidungen der IGA umgesetzt werden und überwacht die ausführenden Organe. Zur Koordination und Unterstützung der Zusammenarbeit im Netzwerk gibt es in Genf das internationale Büro, das vom internationalen Generalsekretär (Jérôme Oberreit) geleitet wird. Es ist auch Sitz der internationalen Präsidentin.

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

# KONTROLLE UND RISIKOMANAGEMENT

## KONTROLLE IN DEN PROJEKTEN

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

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

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

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

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

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

## KONTROLLE AM STANDORT DEUTSCHLAND

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

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

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



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

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

ÄRZTE OHNE GRENZEN hat auch 2015 das DZI-Spendensiegel erhalten. Dieses bescheinigt eine leistungsfähige und transparente Arbeit, eine nachprüfbare, sparsame und satzungsgemäße Verwendung der Mittel sowie eine

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

### RISIKOMANAGEMENT

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

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



# VISION UND STRATEGIE

Die Arbeit von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Deutschland orientiert sich an den Leitsätzen und strategischen Prioritäten der deutschen Sektion, am strategischen Plan des operationalen Zentrums Amsterdam (OCA) sowie an den Grundsätzen und Vereinbarungen des internationalen Netzwerkes. (Zur Struktur von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** lesen Sie bitte die Seiten 23–25.)

## LEITSÄTZE DER DEUTSCHEN SEKTION

**ÄRZTE OHNE GRENZEN** Deutschland trägt dazu bei, medizinische Hilfe für Menschen in Not zu leisten und ihr Leid zu lindern – ungeachtet ihrer ethnischen Herkunft, politischen und religiösen Überzeugungen sowie ihres Geschlechts. Die Hilfe orientiert sich allein an den Bedürfnissen der Notleidenden.

**ÄRZTE OHNE GRENZEN** Deutschland geht davon aus, dass die Zukunft der humanitären Hilfe vor allem durch von Menschen verursachte Krisen, immer komplexer werdende Konflikte, knapper werdende Ressourcen, die fortwährende Vernachlässigung bedürftiger Menschen und die Folgen von Naturkatastrophen 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 möglichst effektiv reagieren.

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

## DIE STRATEGIE DER DEUTSCHEN SEKTION

Im Jahr 2015 hat die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN einen neuen strategischen Plan für die Jahre 2016 bis 2019 verabschiedet, der den Plan für die Jahre 2013 bis 2015 fortschreibt.

Unter der Überschrift „Wir bauen auf unseren Stärken auf“ umfasst der Plan sieben strategische Prioritäten. Denn die Voraussetzungen in Deutschland sind gut: Immer mehr Menschen kennen und schätzen ÄRZTE OHNE GRENZEN. Zudem sind die Einnahmen durch private Spenderinnen und Spender weiter gewachsen. Damit werden wir die weltweite Nothilfe noch effektiver unterstützen und u. a. mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter rekrutieren. Unsere Erfahrung in der Steuerung und im Management der internationalen Projekte werden wir für die weitere Verbesserung der medizinischen Nothilfe einsetzen.

### DIE PRIORITÄTEN IM EINZELNEN

**1. Wir werden die gemeinsamen Ziele im operationalen Zentrum Amsterdam (OCA) unterstützen:** Neben der Steuerung von Hilfsprojekten wird die deutsche Sektion zusätzliche Managementaufgaben übernehmen. Wir werden helfen, die medizinische Qualität weiter zu verbessern sowie gezielt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Projekte zu rekrutieren und fortzubilden. (Näheres zu den gemeinsamen Zielen im OCA und zum strategischen Plan finden Sie unter: [www.aerzte-ohne-grenzen.de/organisation/ziele/strategie](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/organisation/ziele/strategie).)

**2. Wir rekrutieren ausreichend qualifizierte und erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die weltweiten Projekte:** Wir wollen noch zielgerichteter auf bestimmte Berufsgruppen in Deutschland zugehen, um diese für eine Mitarbeit bei ÄRZTE OHNE GRENZEN zu gewinnen. Beispiele hierfür sind Chirurginnen und Chirurgen sowie Logistikerinnen und Logistiker. Zudem werden wir in Deutschland verstärkt erfahrene Kräfte für leitende Positionen in den Projekten rekrutieren. Außerdem wollen wir die derzeitigen Projektmitarbeiterinnen und –mitarbeiter stärker an ÄRZTE OHNE GRENZEN binden. Ziel ist, dass sie mehr Projekteinsätze mit uns machen.

**3. Politische Akteure in Deutschland sollen ÄRZTE OHNE GRENZEN zukünftig noch stärker in medizinisch humanitäre Debatten einbeziehen und unsere Ziele unterstützen:** Mit Gesprächen, Veröffentlichungen und Konferenzen werden wir Politikerinnen und Politiker über unsere Arbeit informieren und von den Zielen medizinischer humanitärer Hilfe überzeugen. Damit sollen sie ihre

Verantwortung etwa bei der strikten Trennung von militärischen und humanitären Interessen besser wahrnehmen. Sie sollen sich zudem stärker für vergessene Krisen einsetzen. Außerdem werden wir weiterhin für bezahlbare Medikamente gegen vernachlässigte Krankheiten kämpfen. Die Verantwortlichen sind hier u. a. in der Pflicht, dafür zu sorgen, dass mehr geforscht wird, um z. B. neue Medikamente gegen Tuberkulose zu entwickeln.

**4. Die Qualität der medizinischen Arbeit des operationalen Zentrums Genf wollen wir verbessern, insbesondere in den Bereichen Chirurgie und Notfallmedizin:** Die Berlin Medical Unit (BeMU) wird weiterhin eng mit dem Operationalen Zentrum Genf zusammenarbeiten. Sie wird die chirurgischen Projekte begleiten und helfen, die allgemeine medizinische Qualität weiter zu verbessern – auch im gesamten internationalen Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN.

**5. ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland wird bis zum Jahr 2019 seine Spendeneinnahmen auf 147 Millionen Euro steigern, mit weiterhin hoher Effizienz bei den Fundraisingaktivitäten:** Unter anderem planen wir, mehr Dauerspender zu gewinnen. Dafür werden wir die Standwerbung intensivieren. Zudem wollen wir mehr Spenderinnen und Spender über digitale Kanäle erreichen und sie gleichzeitig bei Veranstaltungen in ganz Deutschland an unsere Organisation binden. Wachsen soll auch die Zahl der Groß- und Firmenspender sowie der Legatsversprecher. Das Ziel bleibt, viele Spenden ohne Zweckbindung zu erhalten, um sie dort einsetzen zu können, wo sie am dringendsten benötigt werden.

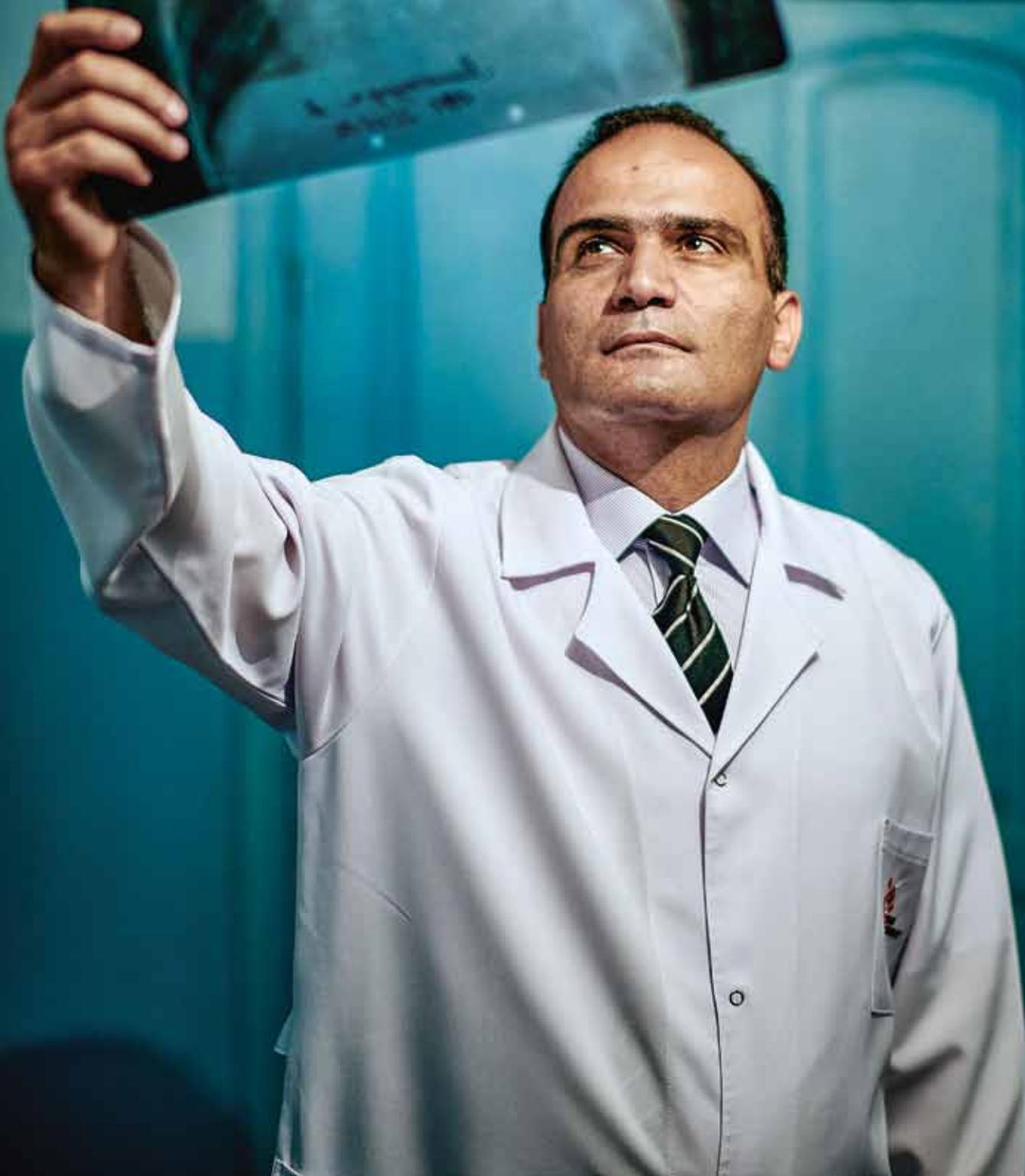
**6. Wir wollen die Personalentwicklung am Standort Deutschland verbessern:** Alle neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen in die weiter wachsende Belegschaft optimal integriert werden. Die Angestellten werden darin unterstützt, ihre Kompetenzen weiterzuentwickeln.

**7. Mit unserer Expertise wollen wir das internationale Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN stärken:** In den Bereichen Fundraising und Management will die deutsche Sektion den effizienten Einsatz der Ressourcen im Netzwerk stärken und die Zusammenarbeit bei sektionsübergreifenden Projekten mitgestalten. Mit unserer speziellen Projekterfahrung und Expertise werden wir zudem den internationalen Kampf um bessere Tuberkulose-Therapien unterstützen.

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

[www.aerzte-ohne-grenzen.de/leitlinien](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/leitlinien)

# AM BEISPIEL ERKLÄRT





JEMEN: Notaufnahme des Krankenhauses in Aden  
© Guillaume Binet/MYOP

# WIRKUNGSKONTROLLE

## KRITERIEN FÜR DIE ÖFFNUNG UND SCHLISSUNG VON PROJEKTEN

### KRITERIEN FÜR DIE PROJEKTÖFFNUNG

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

### WIRKUNGSBEOBACHTUNG WÄHREND DER PROJEKTLAUFZEIT

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

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

### KRITERIEN FÜR DIE PROJEKTSCHLISSUNG

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

In den Einrichtungen von  
ÄRZTE OHNE GRENZEN  
ist der Zutritt mit Waffen  
verboten. © MSF

Ein Krankenpfleger in Katabaa  
reingt eine entzündete Wunde.  
Der Patient hatte sich das  
Bein gebrochen. © MSF

Sanaa  
al-Dhale



## PROJEKTBEISPIEL

# AL-DHALE JEMEN

## Hilfe im Konfliktgebiet

### AUSGANGSLAGE

Anfang des Jahres 2015 eskalierte der Bürgerkrieg im Jemen. Durch die heftigen Kämpfe und Bombardierungen wurden nach UN-Angaben bis Mai 2016 mehr als 6.000 Menschen getötet und mehr als 30.000 verletzt. Auch Gesundheitseinrichtungen wurden beschossen und zerstört. Die Kämpfe in dem Land haben mehr als 2,7 Millionen Menschen innerhalb des Landes vertrieben. Bereits vor dem aktuellen Bürgerkrieg waren große Teile der Bevölkerung in dem armen Land mangelernährt, der Krieg verschlimmert die Lage. Der Import von lebenswichtigen Gütern wie Lebensmitteln, Treibstoff und Medikamenten wird erschwert. Die Preise dafür steigen und sind für die Menschen kaum bezahlbar. Medizinisches Material ist häufig nicht verfügbar.

Die Provinz al-Dhale liegt etwa hundert Kilometer von der südlichen Küste des Jemen entfernt und ist stark umkämpft. Die Front zwischen den sich bekämpfenden Gruppen geht durch die Provinz hindurch. Verletzte und Kranke suchen aufgrund der Gefahr, der sie sich auf den Straßen aussetzen, zumeist nur in sehr dringenden Fällen medizinische Hilfe. Auch Straßensperren verhindern, dass Patientinnen und Patienten medizinische Einrichtungen erreichen.

### ZIEL

Die Menschen in der Provinz al-Dhale sollen Zugang zu möglichst umfassender medizinischer Nothilfe bekommen. Verletzte sollen auch chirurgisch versorgt werden. Schwangere Frauen sollen Zugang zu medizinischer Vorsorge und Hilfe bei Geburten erhalten.

**3.418.055 €**

davon unter anderem

**935.397 €** Mitarbeiter

**626.115 €** Medizinisches Material,  
Ernährung

**1.856.663 €** Logistik, Wasser und  
sanitäre Versorgung

Finanziert durch das internationale Netzwerk –  
Anteil der deutschen Sektion siehe Seiten 40–53



## AKTIVITÄTEN

Die Teams von ÄRZTE OHNE GRENZEN arbeiten in zwei Gesundheitszentren und einem Krankenhaus in der Provinz al-Dhale. Dort waren im Jahr 2015 sechs internationale und 203 jemenitische Mitarbeiter im Einsatz. Im Nasr-Krankenhaus behandelten sie 17.493 Menschen in der Notaufnahme und nahmen bei 1.021 Patientinnen und Patienten chirurgische Eingriffe vor. 776 Kranke und Verletzte versorgten sie stationär. Im Salam-Gesundheitszentrum in Katabaa behandelte das Team die Menschen ambulant und transportierte sie bei Bedarf in einem Krankenwagen in ein Krankenhaus, auch über die Frontlinien hinweg. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nahmen in Katabaa 17.215 und im Thee Dschalal-Gesundheitszentrum in al-Asarik 26.369 ambulante Behandlungen vor. In al-Asarik unterstützte das Team zudem die Geburtsstation. Dabei wurden 2.120 Schwangere medizinisch versorgt und 118 Geburten begleitet. Zudem behandelten die Teams mangelernährte Kinder.

## SCHWIERIGKEITEN

Die Kämpfe in der Provinz und die gefährliche Situation für die Helfenden beeinträchtigten die medizinische Nothilfe. Im März 2015 musste ÄRZTE OHNE GRENZEN die internationalen Mitarbeiter der Krankenhäuser in der Provinz al-Dhale aus Sicherheitsgründen abziehen. Sie konnten erst Mitte Mai 2015 zurückkehren. Auch viele der jemenitischen Kollegen konnten aufgrund der gefährlichen Situation

nicht zur Arbeit kommen. ÄRZTE OHNE GRENZEN unterstützte in dieser Zeit die Krankenhäuser weiter mit medizinischem Material und Medikamenten und beriet medizinisches Personal telefonisch. Im Oktober mussten die Aktivitäten im Nasr-Krankenhaus erneut für einige Wochen ausgesetzt werden.

Auch die allgemeinen Lieferengpässe bei Treibstoff führten zu einer Einschränkung der Aktivitäten. Da ÄRZTE OHNE GRENZEN elektrischen Strom teilweise mit Dieselgeneratoren erzeugt, konnte zum Beispiel der Impfstoff nicht immer ausreichend gekühlt werden, Pumpen für die Versorgung mit sauberem Trinkwasser fielen aus, und es fehlte an elektrischem Licht. Auch der Nachschub an Betäubungsmitteln und Sauerstoff war nicht immer in ausreichendem Maße möglich.

## AUSBLICK

Die Kämpfe im Jemen dauern an. ÄRZTE OHNE GRENZEN wird weiterhin in den zwei Gesundheitszentren in al-Asarik und Katabaa und dem Krankenhaus in der Stadt al-Dhale medizinische Nothilfe leisten. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Ausbildung von jemenitischem medizinischem Personal, damit die Krankenhäuser weiter arbeiten können, falls die internationalen Mitarbeiter wieder ausreisen müssen.

# MAGBURAKA SIERRA LEONE

## Behandlung von Ebola-Patienten



Magburaka  
Freetown



Mitarbeiter testen ein Tablet zur Datenaufnahme in der Isolierstation. Es ist so gebaut, dass es in einem Chlorbad desinfiziert werden kann.  
© Ivan Gayton/MSF

**1.708.059 €**

davon unter anderem

**1.001.911 €** Mitarbeiter

**101.424 €** Medizinisches Material, Ernährung

**605.354 €** Logistik, Wasser und sanitäre Versorgung

Finanziert durch das internationale Netzwerk – Anteil der deutschen Sektion siehe Seiten 40–53

### AUSGANGSLAGE

Im Herbst 2014 hatte die Ebola-Epidemie in Westafrika dramatische Ausmaße angenommen. Alleine in Sierra Leone war die Zahl der Infizierten von rund 1.000 im August auf mehr als 6.500 im November angestiegen. Das Gesundheitssystem war kollabiert, es fehlte an Behandlungszentren und qualifiziertem Personal – auch in Magburaka im Distrikt Tonkilili.

Das Ausmaß des Ebola-Ausbruchs war völlig neu, genaue Vorhersagen über den Verlauf der Epidemie waren unmöglich. Erfreulicherweise ging die Zahl der Neuinfizierten Ende des Jahres 2014 schneller zurück als erwartet. Dennoch traten auch 2015 Fälle von Ebola auf. Viele einheimische medizinische Helfer starben durch die Epidemie, zahlreiche Kliniken mussten schließen. Impfungen und Gesundheitsversorgung fanden kaum noch statt.

### ZIEL

Ebola-Infizierte sollten bestmöglich isoliert, versorgt und ihre Symptome behandelt werden. Die Sterblichkeitsrate sollte gesenkt und die Gesundheitsbehörden unterstützt werden.

### SCHWIERIGKEITEN

Dass der Verlauf der Epidemie nicht sicher zu bestimmen war, erschwerte die Entscheidungen über die Ausweitung beziehungsweise Reduzierung der Hilfe. Im Rückblick hätte das Behandlungszentrum in Magburaka früher eröffnet werden müssen. Auch die durch Ebola entstandenen Lücken im Gesundheitssystem hätten rechtzeitiger geschlossen werden müssen. Bis Anfang 2015 hatte die

Isolation aller Patienten mit Verdacht auf Ebola oberste Priorität. ÄRZTE OHNE GRENZEN hatte dafür Tausende Mitarbeiter mobilisiert und geschult. Insgesamt erkrankten mehr als 15.200 Menschen in Westafrika an Ebola, ÄRZTE OHNE GRENZEN hat ein Drittel aller Patienten behandelt.

### AKTIVITÄTEN

Am 15. Dezember 2014 eröffneten die Teams das Ebola-Isolations- und Behandlungszentrum in Magburaka. Geplant war, bis zu 250 Patientinnen und Patienten pro Monat aufzunehmen. Letztlich haben die Teams insgesamt 158 Patienten mit Ebola-Verdacht aufgenommen. Bei 46 wurde die Infektion bestätigt, von diesen haben 23 überlebt. Die Teams schlossen das Behandlungszentrum im Mai 2015 und dekontaminierten das Gelände. Sie leiteten eine Masernimpfkampagne in die Wege und erkundeten, wie ÄRZTE OHNE GRENZEN mit einem Anschlussprojekt die Gesundheitsbehörden in der Region am besten unterstützen kann.

### AUSBLICK

Die Epidemie gilt heute offiziell als beendet, einzelne Fälle treten aber nach wie auf. ÄRZTE OHNE GRENZEN hilft im Krankenhaus von Magburaka mit einem neuen Projekt beim Screening und der Isolation von Ebola-Verdachtsfällen. Gleichzeitig unterstützen wir dort die Kinder-Abteilung und die Geburtsstation. Die Gesundheitsversorgung in Sierra Leone ist nach wie vor lückenhaft und benötigt Unterstützung. Für kleine Kinder, Schwangere und stillende Frauen ist das Fehlen medizinischer Hilfe besonders gefährlich.

## PROJEKTBEISPIEL

# MAPUTO MOSAMBIK

## Behandlung von HIV und Tuberkulose

● Maputo

Im Labor in Maputo bereitet ein Mitarbeiter einen Viruslasttest vor, der die Virusmenge im Blut von HIV-Patienten genau bestimmt.  
© Sarah-Eve Hammond / MSF

**3.231.498 €**

Finanziert durch das internationale Netzwerk –  
davon unter anderem Anteil der deutschen Sektion siehe Seiten 40–53

**1.235.584 €** Mitarbeiter

**1.293.698 €** Medizinisches Material, Ernährung

**701.405 €** Logistik, Wasser und sanitäre  
Versorgung



### AUSGANGSLAGE

Mosambik zählt zu den Ländern mit der höchsten HIV-Infektionsrate der Welt. Obwohl die staatliche HIV-Versorgung in den vergangenen Jahren verbessert wurde, bleibt das Virus die Haupttodesursache in dem Land. Weniger als die Hälfte (45 Prozent) der Infizierten hat dort Zugang zu lebensverlängernden antiretroviralen Medikamenten (ART). Auch Tuberkulose (TB) ist stark verbreitet, sehr häufig im Zusammenhang mit HIV. Das Gesundheitssystem in dem armen Land ist überlastet. Es fehlt an Personal, Kliniken und der notwendigen Logistik, um Gesundheitszentren ausreichend mit Medikamenten zu versorgen.

### ZIEL

Die Teams sollen die Gesundheitsbehörden unterstützen und insbesondere die Behandlung von komplizierten HIV-Fällen sicherstellen. Frauen und Kinder mit HIV sollen besseren Zugang zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung erhalten. Die Behandlung von TB und resistenten Formen der TB soll durch neue Therapieansätze verbessert werden.

### AKTIVITÄTEN

ÄRZTE OHNE GRENZEN unterstützt die Gesundheitsbehörden in der Hauptstadt Maputo. Die Teams versorgen HIV-Patienten, die spät mit ihrer Infektion vorstellig werden, und solche, die gleichzeitig an TB, Hepatitis oder dem durch die Immunschwäche begünstigten Tumor Kaposi-Sarkom erkrankt sind. Im Jahr 2015 haben sie die Behandlung von 31.425 HIV-Patienten unterstützt. Davon benötigten 917 Patienten Medikamente der zweiten Therapielinie, weil sie Resistenzen gegen die der ersten

Therapielinie entwickelt hatten. Um Resistenzen frühzeitig zu erkennen, führten die Teams in öffentlichen Krankenhäusern Viruslasttests ein. Zudem haben sie 90 Patienten mit resistenter TB behandelt. Dafür haben sie im Jahr 2015 ein innovatives Protokoll eingeführt. Dieses verkürzt die Behandlung von zwei Jahren auf neun Monate und reduziert die Nebenwirkungen. Zwischen 2012 und Ende 2015 hat ÄRZTE OHNE GRENZEN darüber hinaus 2.625 Mütter und 1.864 Neugeborene behandelt, um eine Übertragung des HI-Virus von der Mutter auf das Kind zu verhindern.

### SCHWIERIGKEITEN

Es kommt immer wieder zu Engpässen in der Versorgung mit ART. Die HIV-Patienten müssen daher die Einnahme der Medikamente unterbrechen. Zudem müssen sie zum Teil weite Wege und damit verbunden auch hohe Kosten auf sich nehmen, um ihre Medikamente zu erhalten, und brechen die Therapie deswegen ab. All dies führt dazu, dass sich Resistenzen gegen die gängigen Therapien ausbreiten. Durch die Einführung der Virallasttests können die Teams Resistenzen bei HIV-Patienten rechtzeitiger feststellen und die Patienten bei Bedarf mit Medikamenten der zweiten und dritten Therapielinie behandeln. Diese sind jedoch nicht in allen Gesundheitszentren verfügbar.

### AUSBLICK

Die Teams werden auch künftig die Behandlung komplizierter HIV-Fälle sicherstellen. Der Zugang zu einer umfassenden und kontinuierlichen medizinischen Versorgung für Frauen und Kinder mit HIV soll weiter verbessert werden. Auch die Behandlung von TB und resistenten Formen der TB soll weiter vereinfacht und verbessert werden.

Da viele Dörfer kaum zu erreichen sind, müssen Patienten mit dem Hubschrauber transportiert werden.  
© Brian Sokol/Panos Pictures



Kathmandu

#### PROJEKTBEISPIEL

## ERDBEBEN NEPAL

### Hilfe in abgeschnittenen Dörfern

#### AUSGANGSLAGE

Zwei Erdbeben mit Stärken von 7,8 und 7,3 erschütterten Ende April und Mitte Mai 2015 das Kathmandu-Tal in Nepal sowie die nördliche Grenzregion zu Tibet. Rund 8.700 Menschen starben, 20.000 wurden verletzt. Viele der besonders schwer getroffenen Bergdörfer liegen sehr abgelegen und waren auf dem Landweg nicht zu erreichen. Das Gesundheitssystem in diesen Regionen war schon vor dem Erdbeben ungenügend. Mehr als 860.000 Menschen hatten durch das Beben ihre Häuser und Vorräte verloren und benötigten schnelle humanitäre Hilfe. Schätzungen zufolge hatten 1,1 Millionen Menschen keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser und sanitären Anlagen. Die Regenzeit setzt in dieser Region Ende Mai ein, zwei Wochen nach dem zweiten Beben. Der Regen erschwerte den Zugang zu den Bergdörfern.

#### ZIEL

Insbesondere in den schwer erreichbaren Gebieten sollten Verletzte behandelt, Hilfsgüter bereitgestellt und die Gesundheitsbehörden unterstützt werden. Zudem sollte für sauberes Trinkwasser und Latrinen gesorgt werden.

#### AKTIVITÄTEN

Bereits 48 Stunden nach dem ersten Beben erreichten unsere Hilfsgüter und Nothilfeteams die Hauptstadt Kathmandu. Am 29. April begannen die ersten Teams in abgeschnittenen Dörfern ihre Arbeit: Sie versorgten Verletzte und verteilten Hilfsgüter. Wo es keine Straßen oder Wege gab, erreichten sie die Menschen per Hubschrauber. Zusätzlich versorgte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** medizinische Einrichtungen mit Medikamenten und Material. Im Gorkha-Distrikt richteten die Teams in Arughat ein aufblasbares Krankenhaus ein, unter anderem für die operative Versorgung von Wundverletzungen. In Vertriebenenlagern sorgten sie für sauberes Wasser, Duschen und Latrinen.

Nach dem zweiten Erdbeben am 12. Mai 2015 weitete **ÄRZTE OHNE GRENZEN** die Aktivitäten aus. Bis Juli leisteten die Teams 2.100 ärztliche Untersuchungen und verteilten Hilfsgüter an fast 15.000 Haushalte, darunter Nahrungsmittel, Kochutensilien und Hygieneartikel sowie Zelte und Baumaterial für Notunterkünfte.

Im Juni und Juli reduzierten die Teams ihre Hilfe in den Dörfern. In zwei Krankenhäusern blieben sie aktiv: In Charikot unterstützten sie die Chirurgie sowie die stationäre Behandlung und in Shanga eine Klinik für Rückenmarksverletzungen. Dort bauten sie eine neue Station für insgesamt 50 Erdbebenüberlebende.



Bei den Erdbeben wurden viele abgelegene Dörfer fast vollständig zerstört, so wie dieses im Distrikt Gorkha.  
© Brian Sokol/Panos Pictures

**10.076.000 €**

davon unter anderem

**1.457.000 €** Mitarbeiter

**896.000 €** Medizinisches Material,  
Ernährung

**3.117.000 €** Logistik, Wasser und  
sanitäre Versorgung

Finanziert durch das internationale Netzwerk –  
Anteil der deutschen Sektion siehe Seiten 40–53

### **SCHWIERIGKEITEN**

Dass viele Gebiete nicht über Straßen erreichbar sind, hat die Verteilung von Hilfsgütern sehr erschwert. In den Bergregionen erhielten zahlreiche Menschen in den ersten Tagen und Wochen kaum Hilfe. Zudem war der Flughafen in Kathmandu durch zahlreiche internationale Hilfslieferungen überlastet. Da unsere Flugzeuge nicht immer landen konnten, kam es zu Engpässen beim Nachschub.

Gleichzeitig war die Versorgung ein Rennen mit der Zeit. Die Menschen, die ihre Häuser verloren hatten, benötigten die Baumaterialien vor der Regenzeit. Der gefährliche Einsatz von Hubschraubern war notwendig. Am 2. Juni 2015 starben drei Mitarbeiter von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** und ein Pilot bei einem Helikopterabsturz.

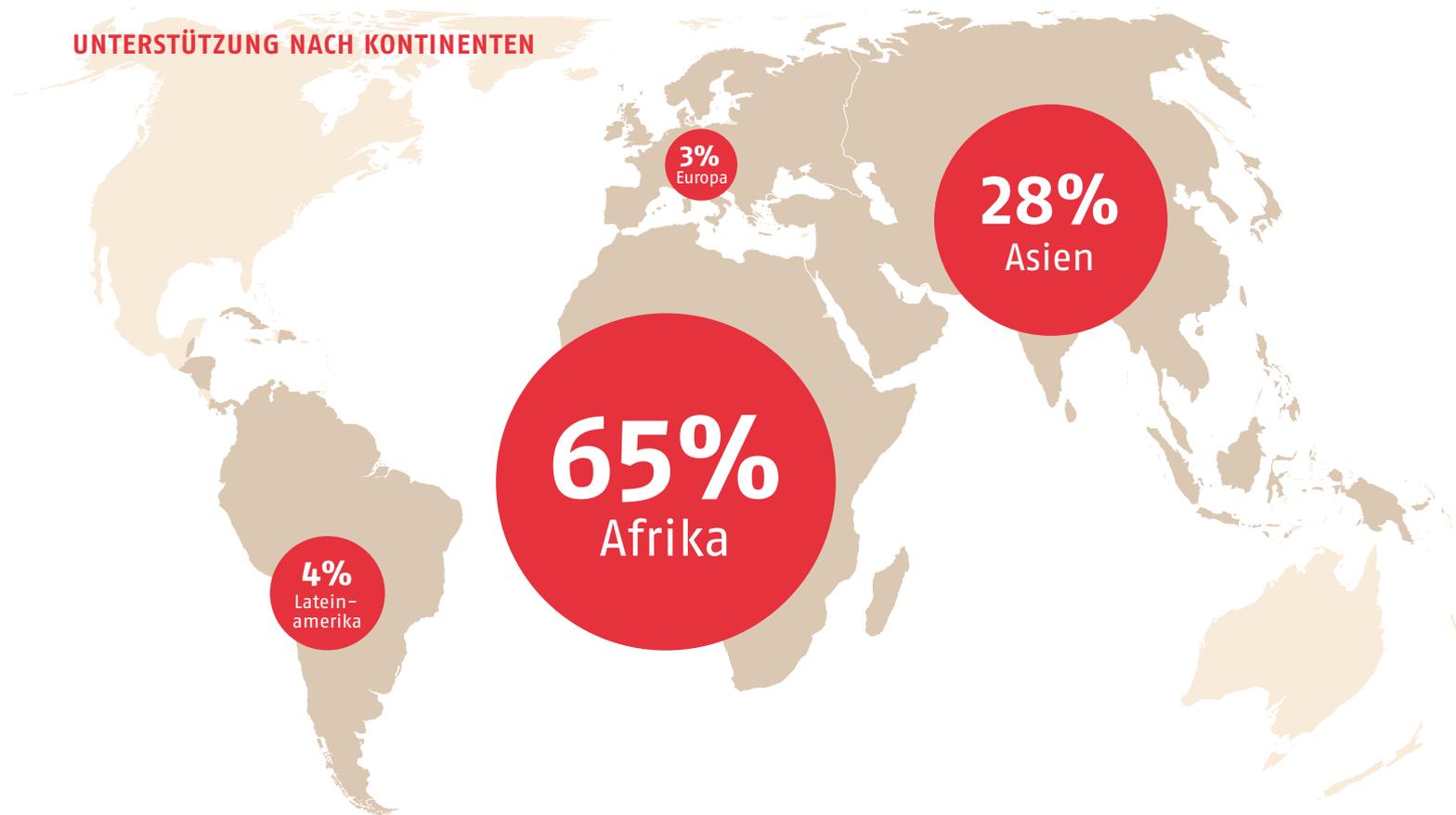
### **AUSBLICK**

Die Teams übergaben Anfang Dezember 2015 alle Aktivitäten an die nepalesischen Gesundheitsbehörden oder andere Organisationen. Auch wenn der Zugang zu medizinischer Hilfe im Land weiterhin Lücken aufweist, sind die unmittelbaren Bedürfnisse infolge des Erdbebens stark zurückgegangen. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** wird die Lage in Nepal weiter beobachten und den Menschen bei Bedarf wieder mit medizinischer Hilfe zur Seite stehen.



# PROJEKT- FINANZIERUNGEN 2015

UNTERSTÜTZUNG NACH KONTINENTEN



Auf den folgenden Seiten geben wir einen Überblick über die Aktivitäten von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, die wir als deutsche Sektion im Jahr 2015 mitfinanziert haben. Dies sind nicht alle Projekte, die **ÄRZTE OHNE GRENZEN** als internationale Organisation insgesamt durchgeführt hat. Informationen zu sämtlichen Projekten des internationalen Netzwerkes und deren Gesamtkosten finden Sie im „International Activity Report“ auf [www.msf.org](http://www.msf.org).

AFGHANISTAN: Behandlung eines Verletzten im Krankenhaus in Kundus vor dessen Zerstörung © Andrew Quilty/Oculi



ÄTHIOPIEN: In der Somali-Region erhalten schwangere Frauen medizinische Hilfe und Beratung. © Matthias Steinbach



BANGLADESCH: Das Team von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** informiert über die typischen Symptome bei Kala-Azar. © Igor Barbero/MSF

**LAND**  
**Ausgangslage**

**Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte**

**AFGHANISTAN**

Insbesondere in umkämpften Gebieten ist für die Menschen der Zugang zu medizinischen Einrichtungen schwierig. Auch Notfälle können aufgrund der Sicherheitslage oftmals nicht zeitnah versorgt werden. Zudem gehört die Sterblichkeitsrate von Müttern und Kindern in Afghanistan zu den höchsten weltweit.

Kabul

Khost

Helmand

Kandahar

**ÄGYPTEN**

Die medizinische Versorgung ist vor allem für Flüchtlinge und Migranten unzureichend.

Kairo

**ÄTHIOPIEN**

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

Addis Abeba

Amhara / Abdurafi

Gambella

Somali / Dolo Ado

Somali / Fiq

Somali / Warder

Tigray / Shire

**BANGLADESCH**

In den Armenvierteln der Hauptstadt benötigen Mädchen und Frauen, die Opfer sexueller Gewalt wurden, medizinische und psychologische Hilfe. Auch Menschen, die in Fabriken und Gerbereien arbeiten, benötigen aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen medizinische Hilfe. Im Süden des Landes leben Flüchtlinge aus Myanmar unter prekären Bedingungen und ohne Gesundheitsversorgung. Im Land gibt es zudem eine besondere Form der Tropenkrankheit Kala-Azar.

Dhaka

Dhaka / Fulbaria

Dhaka / Kamrangirchar

Cox's Bazar / Kutupalong

<b>Wichtigste Aktivitäten</b>	<b>Wichtigste Zahlen zu Patientinnen, Patienten und Behandlungen</b>	<b>Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in €</b>
Koordination der Projekte		<b>500.000</b>
Unterstützung einer Geburtsklinik	19.602 stationäre Behandlungen, 17.982 Geburten	<b>1.613.914</b>
Unterstützung eines Krankenhauses: Notaufnahme, Chirurgie, Geburtshilfe, stationäre und ambulante Versorgung	103.765 Konsultationen, 10.487 stationäre Behandlungen, 1.981 Operationen, 31.285 Schwangerenberatungen, 11.293 Geburten, 2.281 mangelernährte Patienten	<b>1.940.000</b>
Diagnose und Behandlung von Tuberkulose	Erkundung und Planung der Projektvorbereitung	<b>410.000</b>
Ambulante medizinische und psychologische Versorgung	1.139 medizinische und psychologische Konsultationen (Januar bis August)	<b>397.790</b>
Koordination der Projekte und Notfallreaktion		<b>1.950.000</b>
Behandlung von Kala-Azar und Schlangenbissen, stationäre Versorgung von schwer mangelernährten Patienten, psychologische Hilfe	1.167 stationäre Behandlungen, 2.521 Menschen auf Kala-Azar getestet, 249 mangelernährte Patienten, 594 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	<b>250.000</b>
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung von Flüchtlingen, Behandlung von schwer mangelernährten Patienten	208.550 Konsultationen, 2.410 stationäre Behandlungen, 10.853 Schwangerenberatungen, 1.382 Geburten, 696 mangelernährte Patienten	<b>450.000</b>
Medizinische Versorgung in Flüchtlingslagern und Gesundheitszentren	17.142 Konsultationen, 2.463 stationäre Behandlungen, 6.082 Schwangerenberatungen, 710 Geburten	<b>1.650.000</b>
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung in einem Krankenhaus	3.253 Konsultationen, 1.478 stationäre Behandlungen, 149 Operationen, 275 mangelernährte Patienten, 1.489 Schwangerenberatungen, 301 Geburten	<b>1.200.000</b>
Medizinische Versorgung von Flüchtlingen in einem Krankenhaus und Gesundheitszentren, mobile Kliniken	22.474 Konsultationen, 1.027 stationäre Behandlungen, 4.631 Schwangerenberatungen, 465 Geburten, 978 mangelernährte Patienten, 104 TB-Patienten neu aufgenommen	<b>100.000</b>
Psychologische und psychiatrische Hilfe für Flüchtlinge	807 Konsultationen, 711 stationäre medizinische Behandlungen, 614 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	<b>1.000.000</b>
Koordination der Projekte		<b>400.000</b>
Beendigung der klinischen Studie zur sicheren und wirksamen Behandlung von Post-Kala-Azar-Hautleishmaniose (PKDL), Training und Beratung zur Gesundheitsvorsorge	27.161 Menschen beraten, 262 Ärzte trainiert	<b>100.000</b>
Medizinische und psychosoziale Versorgung von Mädchen und Frauen in einem Armenviertel	17.692 Konsultationen, 2.137 Schwangerenberatungen, 337 Geburten, 399 Behandlungen nach sexueller Gewalt, 2.222 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	<b>200.000</b>
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung in einem Flüchtlingslager	92.859 Konsultationen, 2.733 stationäre Behandlungen, 15.915 Schwangerenberatungen, 1.148 Geburten, 3.854 psychologische Einzelgespräche, 358 mangelernährte Patienten	<b>350.000</b>

DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO:  
Mit dem Maßband erkennt man schnell,  
ob ein Kind mangelernährt ist.  
© Louise Annaud/MSF



FLÜCHTLINGE IN EUROPA: Eine Familie  
aus Afghanistan wartet in Griechenland  
im Regen auf die Registrierung.  
© Alessandro Penso



HAITI: Ein Kaiserschnitt wurde nötig, weil  
die Mutter zu hohen Blutdruck hatte und  
das Leben ihres Kindes in Gefahr war.  
© Shiho Fukada/Panos Pictures

## LAND Ausgangslage

### DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO

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

## Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte

Katanga / Lubumbashi

Katanga / Bukama

Katanga / Kabalo,  
Ankoro, Manono

Katanga / Shamwana

Kinshasa

Nord-Kivu / Goma

Nord-Kivu / Goma

Nord-Kivu / Masisi

Nord-Kivu / Mweso

Süd-Kivu / Bukavu

Süd-Kivu / Baraka

Süd-Kivu / Kalehe

Süd-Kivu / Kimbi Lulinge

Süd-Kivu / Lulingu

Süd-Kivu / Shabunda

Orientale / Ango

Orientale / Boga, Gety

### FLÜCHTLINGE IN EUROPA

Nach Angaben der Vereinten Nationen suchten 2015 mehr als eine Million Menschen Zuflucht in europäischen Ländern. Tausende Flüchtlinge starben bei der gefährlichen Überfahrt über das Mittelmeer. Bei ihrer Ankunft und Weiterreise in Europa benötigen die Überlebenden medizinische und psychologische Hilfe sowie Hilfsgüter.

Frankreich

Griechenland / Ägäis

Griechenland / Athen

Malta

Serbien

### GUINEA-BISSAU

Das Gesundheitssystem ist aufgrund der instabilen politischen und wirtschaftlichen Lage sehr geschwächt. Viele Kinder sterben, da sie nicht rechtzeitig medizinische Hilfe erhalten.

Bafatá

Bissau

### HAITI

Das Gesundheitssystem ist auch fünf Jahre nach dem schweren Erdbeben völlig unzureichend. Viele staatliche Gesundheitseinrichtungen sind finanziell und personell schlecht ausgestattet. Die Mütter- und Säuglingssterblichkeit ist hoch. Vor allem bei komplizierten Geburten ist dringend Hilfe notwendig.

Port-au-Prince

Port-au-Prince

Port-au-Prince

Port-au-Prince

Port-au-Prince

Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Zahlen zu Patientinnen, Patienten und Behandlungen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in €
Koordination der Projekte und Notfallreaktion		1.170.000
Masern-Impfkampagne (August bis Oktober)	92.899 Kinder geimpft	60.000
Masern-Impfkampagnen (August bis Oktober), ambulante und stationäre medizinische Versorgung	188.061 Kinder geimpft, 2.775 stationäre Behandlungen, 76.302 Konsultationen	300.000
Medizinische Versorgung in einem Krankenhaus und sechs Gesundheitszentren, mobile Kliniken	76.293 Konsultationen, 1.826 stationäre Behandlungen, 215 Operationen, 7.633 Schwangerenberatungen, 1.567 Geburten, 1.707 psychologische Einzel- und Gruppengespräche, 1.088 mangelernährte Patienten	130.000
Koordination der Projekte		1.000.500
Koordination der Projekte und Notfallreaktion		1.780.000
Cholera-Behandlung	1.064 Cholera-Patienten	50.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	35.953 Konsultationen, 3.932 stationäre Behandlungen	1.790.000
Medizinische Versorgung in einem Krankenhaus und vier Gesundheitszentren	185.051 Konsultationen, 8.734 stationäre Behandlungen, 1.549 Operationen, 22.097 Schwangerenberatungen, 6.539 Geburten, 13.422 psychologische Einzel- und Gruppengespräche, 4.038 mangelernährte Patienten, 560 Behandlungen nach sexueller Gewalt	700.000
Koordination der Projekte und Notfallreaktion		1.700.000
Medizinische Versorgung in einem Krankenhaus und umliegenden Gesundheitszentren sowie seit Oktober in einem Kinderkrankenhaus	287.163 Konsultationen, 16.595 stationäre Behandlungen, 750 Operationen, 22.256 Schwangerenberatungen, 8.674 Geburten, 2.483 mangelernährte Patienten, 447 HIV-Patienten (ART)	3.150.000
Medizinische Versorgung in sechs Gesundheitszentren, dezentrale Malaria-Behandlung	124.275 Konsultationen, 5.780 stationäre Behandlungen, 17.996 Schwangerenberatungen, 3.714 Geburten, 1.272 Kala-Azar-Patienten, 1.143 psychologische Einzel- und Gruppengespräche, 361 Behandlungen nach sexueller Gewalt	1.000.000
Medizinische Versorgung in einem Krankenhaus und drei Gesundheitszentren, dezentrale Malaria-Behandlung	95.809 Konsultationen, 8.147 stationäre Behandlungen, 702 Operationen, 13.576 Schwangerenberatungen, 3.444 Geburten, 1.362 mangelernährte Patienten, 347 TB-Patienten neu aufgenommen	500.000
Medizinische Versorgung in einem Krankenhaus und sieben Gesundheitszentren (ab August)	13.798 Konsultationen, 2.772 stationäre Behandlungen, 87 Operationen, 1.285 Schwangerenberatungen, 366 Geburten	500.000
Medizinische Versorgung in zwei Krankenhäusern und sechs Gesundheitszentren, dezentrale Gesundheitsaufklärung durch ein Netzwerk von Gesundheitsberatern	161.073 Konsultationen, 22.074 stationäre Behandlungen, 1.241 Operationen, 13.267 Schwangerenberatungen, 5.101 Geburten, 8.472 psychologische Einzel- und Gruppengespräche, 389 Behandlungen nach sexueller Gewalt	999.500
Diagnose und Behandlung der Schlafkrankheit (April bis Ende Dezember)	29.313 Untersuchungen auf Schlafkrankheit, Behandlung von 110 positiv getesteten Patienten, 17.455 Konsultationen	1.250.000
Medizinische Versorgung in zwei Krankenhäusern und umliegenden Gesundheitszentren	51.419 Konsultationen, 2.082 stationäre Behandlungen, 420 Geburten, 424 Behandlungen nach sexueller Gewalt, 1.064 mangelernährte Patienten	** 1.750.000
Medizinische Hilfe für Flüchtlinge		3.782
Seenotrettung und ambulante medizinische Versorgung von Flüchtlingen	14.943 Konsultationen	380.000
Physische Rehabilitation von Folteropfern	507 ambulante Behandlungen	100.000
Seenotrettung und ambulante medizinische Versorgung von Flüchtlingen	6.895 Menschen gerettet, 1.646 ambulante Behandlungen	150.000
Koordination der Projekte		120.000
Ambulante und stationäre pädiatrische Versorgung für Kinder unter 15 Jahren	48.187 Konsultationen, 2.687 stationäre Behandlungen, 123 mangelernährte Patienten	670.000
Pädiatrische Nothilfe (Projektvorbereitung seit August)	Planung, Aufbau von Logistik und Verwaltung	80.000
Koordination der Projekte		1.530.000
Medizinische Hilfe in einem Notaufnahmезentrum	50.148 Notaufnahmen, 1.565 Cholera-Patienten	1.550.000
Geburtsnothilfe und Versorgung von Neugeborenen in einem Krankenhaus	2.641 stationäre Behandlungen, 2.944 Operationen, 6.063 Geburten, 3.038 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	860.000
Behandlung von Cholera	3.080 Cholera-Patienten	850.000
Logistikzentrum	Lagerung von Medikamenten und medizinischem Material	270.000

JORDANIEN: Nach mehreren Operationen kann die 15-Jährige wieder laufen. Bei der Explosion einer Autobombe hatte sie beinahe ihr Bein verloren. © Juan Carlos Tomasi/MSF



KENIA: Ein Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN untersucht im Flüchtlingslager in Dadaab Kinder auf Mangelernährung. © Tom Maruko

KIRGISISTAN: Eine Patientin mit resistenter Tuberkulose kann dank ambulanten Behandlung zu Hause bleiben. © Helmut Wachter/13photo



## LAND Ausgangslage

## Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte

### INDIEN

In einigen Bundesstaaten ist die Gesundheitsversorgung unzureichend. In Konfliktgebieten sind Vertriebene und die örtliche Bevölkerung auf medizinische und psychologische Hilfe angewiesen. Auch HIV- und Tuberkulosepatienten werden nicht überall ausreichend medizinisch versorgt.

Neu-Delhi

Neu-Delhi

Chhattisgarh / Bijapur

Jammu und Kaschmir

Maharashtra / Mumbai

### IRAK

Mehr als drei Millionen Iraker haben aufgrund der anhaltenden Gewalt ihre Dörfer und Städte verlassen, um in anderen Regionen des Landes Zuflucht zu suchen. Gleichzeitig hat das Land Hunderttausende syrische Flüchtlinge aufgenommen. Die medizinische Versorgung ist vielerorts völlig unzureichend, da es sowohl an Personal als auch an der Finanzierung mangelt und zahlreiche medizinische Einrichtungen zerstört sind. Viele Iraker und Syrer leiden zudem seelisch an den Folgen von Vertreibung, Flucht und Gewalt.

Sulaimaniya

Babil, Kerbala, Najaf

Dohuk, Ninewa

Domiz

Sulaimaniya

### JEMEN

Bewaffnete Auseinandersetzungen in allen Landesteilen erschweren der ohnehin sehr armen Bevölkerung das Überleben. Selbst Krankenhäuser werden angegriffen und bombardiert. Die Gesundheitsversorgung ist vielerorts zusammengebrochen. Zudem leidet die Bevölkerung sehr unter dem Mangel an Nahrungsmitteln.

Sanaa

al-Dhale

Taiz

Dschibuti

### JORDANIEN

Hunderttausende Menschen sind aus dem benachbarten Syrien nach Jordanien geflohen. Allein im Camp Saatari im Norden des Landes leben nach UN-Angaben rund 80.000 Flüchtlinge. Das Gesundheitssystem ist mit der Versorgung dieser Menschen überfordert. Aufgrund der schwierigen Sicherheitslage in Syrien können viele Verletzte und Kranke zudem nicht im Land selbst behandelt werden.

Amman

Irbid

Saatari

Grenzregion  
Syrien / Jordanien

### KAMERUN

Der Konflikt in der Zentralafrikanischen Republik zwingt Tausende Menschen zur Flucht u. a. nach Kamerun. In Nigeria und im Norden von Kamerun greift die sogenannte Westafrika-Provinz des Islamischen Staates (ISWAP), auch bekannt als Boko Haram, die Zivilbevölkerung an. Tausende Menschen aus Nigeria flohen nach Kamerun. Und auch mehr als 100.000 Kameruner wurden vertrieben. Das Gesundheitssystem im Land kann diese Menschen nicht ausreichend versorgen.

Garoua-Boulāi

Minawao, Mokolo

Kousséri

### KENIA

Hunderttausende somalische Flüchtlinge leben seit vielen Jahren im Nordosten des Landes unter prekären Bedingungen in Lagern. Bei der medizinischen Versorgung sind sie auf humanitäre Hilfe angewiesen.

Nairobi

Dagahaley

Nairobi

### KIRGISISTAN

In dem Land gibt es besonders viele Fälle von resistenter Tuberkulose, deren Behandlung schwer und langwierig ist.

Kara-Suu

<b>Wichtigste Aktivitäten</b>	<b>Wichtigste Zahlen zu Patientinnen, Patienten und Behandlungen</b>	<b>Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in €</b>
Koordination der Projekte		<b>630.000</b>
Medizinische und psychosoziale Versorgung nach sexueller Gewalt (ab November)	91 Konsultationen	<b>200.000</b>
Medizinische Versorgung von Vertriebenen in einem Krankenhaus und mit neun mobilen Kliniken	30.630 Konsultationen, davon 8.059 Malaria-Patienten, 920 stationäre Behandlungen, 6.788 Schwangerenberatungen, 386 Geburten	<b>200.000</b>
Psychologische Hilfe in sieben Kliniken	3.244 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	<b>150.000</b>
Behandlung von HIV und resistenter Tuberkulose	170 HIV-Patienten und 55 Patienten mit resistenter TB	<b>92.000</b>
Koordination der Projekte		<b>250.000</b>
Psychosoziale Hilfe für Vertriebene, Verteilung von Hygienematerial und Trinkwasser	10.766 psychologische Einzel- und Gruppengespräche, Verteilung von 10.466 Hygienepaketen und 136.690 Litern Trinkwasser	<b>1.000.000</b>
Basisgesundheitsversorgung und psychosoziale Hilfe für Vertriebene mit mobilen Kliniken	41.280 Konsultationen, 1.969 Behandlungen chronischer Krankheiten, 1.907 Schwangerenberatungen und gynäkologische Untersuchungen, 989 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	<b>1.200.000</b>
Basisgesundheitsversorgung und psychosoziale Hilfe für syrische Flüchtlinge in einem Flüchtlingslager	67.721 Konsultationen, 4.438 Behandlungen chronischer Krankheiten, 1.155 Geburten, 4.385 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	<b>1.000.000</b>
Basisgesundheitsversorgung und psychosoziale Hilfe für Vertriebene u. a. in einem Krankenhaus, mobile Kliniken	26.342 Konsultationen, 30 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	<b>250.000</b>
Koordination der Projekte		<b>280.000,00</b>
Medizinische Versorgung in einem Krankenhaus und zwei Gesundheitszentren (siehe Seiten 32–33)	17.493 Notaufnahmen, 43.584 Konsultationen, 1.021 chirurgische Eingriffe, 2.120 Schwangerenberatungen	<b>1.350.000,00</b>
Notaufnahme (ab Juni), medizinische Versorgung von Frauen und Kindern (ab November)	15.365 Notaufnahmen, 7.798 Konsultationen, 975 Schwangerenberatungen, 40 Geburten	<b>1.120.000,00</b>
Logistikzentrum für Projekte im Jemen	Ankauf und Lagerung von Material, Frachtversand	<b>100.000,00</b>
Koordination der Projekte		<b>680.000</b>
Ambulante medizinische Versorgung für syrische Flüchtlinge in zwei Kliniken, Hausbesuche	20.311 Konsultationen, 3.482 Patienten mit chronischen Krankheiten untersucht, davon 2.914 behandelt	<b>1.050.000</b>
Ambulante und postoperative stationäre Behandlung sowie psychologische Hilfe in einem Flüchtlingslager	787 Konsultationen, 194 stationäre Behandlungen, 1.211 psychologische Einzelgespräche	<b>550.000</b>
Unterstützung von Gesundheitseinrichtungen in Syrien	Lieferung von Medikamenten, Treibstoff und medizinischem Material	<b>878.934</b>
Ambulante medizinische Versorgung von Flüchtlingen aus der Zentralafrikanischen Republik (März bis Juli)	23.264 Konsultationen, 1.305 mangelernährte Kinder stationär behandelt, 611 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	<b>** 500.000</b>
Medizinische Versorgung von Vertriebenen und Flüchtlingen in zwei Lagern und einem Krankenhaus	29.077 Konsultationen, 2.257 stationäre pädiatrische Behandlungen, 2.318 mangelernährte Patienten, 857 psychologische Einzel- und Gruppengespräche, 114.642 Liter Trinkwasser verteilt, 1.702 Latrinen gebaut	<b>1.577.559</b>
Medizinische und chirurgische Versorgung, Behandlung von Mangelernährung bei Kindern	840 Operationen, 1.437 stationäre Behandlungen, 1.967 mangelernährte Patienten, 920 Malaria-Patienten	<b>561.790</b>
Vorbereitung und Planung für einen Einsatz in Somalia (seit Juni)		<b>100.000</b>
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung von somalischen Flüchtlingen und einheimischer Bevölkerung	182.351 Konsultationen, 11.560 stationäre Behandlungen, 842 Operationen, 2.945 Geburten, 4.312 Schwangerenberatungen, 2.176 mangelernährte Patienten	<b>1.500.000</b>
Logistikzentrum für Projekte im ostafrikanischen Raum	Ankauf und Lagerung von medizinischem Material, Frachtversand, Training für Mitarbeiter	<b>430.000</b>
Behandlung von Tuberkulose	127 Patienten mit resistenter TB	<b>400.000</b>



LIBANON: 400.000 Menschen aus Syrien leben im Flüchtlingslager in der Bekaa-Ebene in provisorischen Unterkünften. © Ghazal Sotoudeh/MSF

MYANMAR: In der Tuberkulose-Klinik schützen die Patientinnen und Patienten mit Mundschutz vor gegenseitiger Ansteckung. © Aye Pyae Sone/MSF



NIGERIA: Sozialarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN tanzen mit Kindern, die aufgrund einer Noma-Erkrankung schwere Operationen durchstehen müssen. © Adavize Baiye/MSF

**LAND**  
**Ausgangslage**

**Von der deutschen**  
**Sektion mitfinanzierte**  
**Projekte**

**LIBANON**

Rund eine Million Menschen sind aus Syrien in das kleine Land geflohen. Das Gesundheitssystem ist überlastet und kann weder die Flüchtlinge noch die Libanesinnen und Libanesen ausreichend versorgen.

Bekaa-Ebene

Tripoli

**MALAWI**

Zehntausende Menschen werden nach schweren Überflutungen obdachlos. Cholera bricht aus.

Nsanje

**MALAYSIA**

Tausende Flüchtlinge aus Myanmar leben im Land und benötigen Unterstützung.

Penang

**MALI**

Malaria, Mangelernährung und Atemwegsinfektionen gehören zu den häufigsten Erkrankungen im Land. Sie sind besonders gefährlich für kleine Kinder. Dies zeigt sich an der hohen Krankheits- und Sterblichkeitsrate bei kleinen Kindern.

Bamako

Ansongo

**MOSAMBIK**

Viele Menschen sind mit HIV infiziert und gleichzeitig an einer resistenten Form der Tuberkulose erkrankt.

Maputo

**MYANMAR**

Die medizinische Versorgung für Menschen mit HIV und resistenten Formen der Tuberkulose ist ungenügend.

Rangun

**NEPAL**

Bei den verheerenden Erdbeben im April und Mai wurden viele Dörfer in schwer zugänglichen Bergregionen zerstört. Verletzte konnten nur schwer erreicht und behandelt werden. Die medizinische Versorgung der Menschen und Verteilung von Hilfsgütern erfolgte daher oftmals per Helikopter.

Erdbebengebiet

**NIGER**

Religiös motivierte Gewalt gegen einen Teil der Bevölkerung im Südosten des Landes führt zu Vertreibung in der Region Diffa. Betroffen sind auch nigerianische Flüchtlinge, die bereits vor der Gewalt in ihrer Heimat geflohen waren. Im Süden des Landes bedroht chronische Mangelernährung das Überleben vieler Kinder.

Niamey

Diffa

Guidam Roumiji

Magaria, Zinder

**NIGERIA**

Im armen Norden des Landes ist die medizinische Versorgung insbesondere für Frauen und Kinder unzureichend. Bei mangelernährten Kindern kommt es durch die bakterielle Noma-Erkrankung zu schweren Verunstaltungen im Gesicht, die nur chirurgisch behandelt werden können. In zwei Bundesstaaten trägt der Goldabbau zu einer hohen Bleikonzentration in der Umwelt bei. Vor allem Kinder unter fünf Jahren leiden unter Bleivergiftung. Das instabile Gesundheitssystem ist zudem nicht in der Lage, angemessen auf Epidemien zu reagieren.

Sokoto

Jigawa

Kebbe

Sokoto

Sokoto / Notfallteam

Provinz Niger

Zamfara

Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Zahlen zu Patientinnen, Patienten und Behandlungen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in €
Ambulante medizinische Versorgung von syrischen Flüchtlingen, libanesischen Rückkehrern und palästinensischen Flüchtlingen	126.099 Konsultationen	800.000
Ambulante medizinische Versorgung von syrischen Flüchtlingen und libanesischer Bevölkerung	102.241 Konsultationen	1.000.000
Medizinische und logistische Hilfe nach Überschwemmung, Behandlung von Cholera (Januar bis Mai)	40.188 Konsultationen, 279 Cholera-Patienten, 25.898 Moskitonetze verteilt, 4.963 Unterkünfte bereitgestellt, 3 Millionen Liter sauberes Trinkwasser verteilt	300.000
Vorbereitung der Projekte		50.000
Koordination der Projekte		600.000
Ambulante und stationäre pädiatrische Versorgung in einem Gesundheitszentrum	58.217 Konsultationen, 2.481 stationäre Behandlungen, 127 Operationen, 5.988 Schwangerenberatungen, 997 Geburten	600.000
Behandlung von HIV- und Tuberkulose-Patienten (siehe Seite 35)	31.425 HIV-Patienten (ART), 982 TB-Patienten, davon 90 Patienten mit resistenter TB	900.000
Koordination der Projekte		400.000
Ambulante und stationäre medizinische Hilfe, Verteilung von Hilfsgütern wie Nahrungsmittel, Kochutensilien, Hygieneartikel, Zelte und Baumaterial (siehe Seiten 36–37)	2.500 ärztliche Untersuchungen, 7.000 psychosoziale Behandlungen, Verteilung von Hilfsgütern an 15.000 Haushalte (März – einschl. Juli); 89 chirurgische Eingriffe (Juli – November)	1.376.490
Koordination der Projekte		600.000
Basisgesundheitsversorgung für Vertriebene und nigerianische Flüchtlinge	17.701 Konsultationen, 3.178 Kinder geimpft, 1.112 Schwangerenberatungen	500.000
Prävention und Behandlung von Malaria und Mangelernährung bei Kindern unter fünf Jahren	117.489 Konsultationen, 8.246 schwer mangelernährte Kinder behandelt, 7.598 stationäre pädiatrische Behandlungen	500.000
Behandlung von Mangelernährung bei Kindern unter fünf Jahren	18.779 stationäre Behandlungen von schwer mangelernährten Kindern	1.500.000
Koordination der Projekte		500.000
Geburtshilfe, Versorgung von Neugeborenen, Operationen von Geburtsfisteln	10.867 stationäre Behandlungen, 303 Fistel-Patientinnen, 1.397 Neugeborenen-Behandlungen, 2.418 chirurgische Eingriffe, 1.606 Schwangerenberatungen, 7.763 Geburten, 5.438 Hepatitis-B-Impfungen	** 400.000
Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Versorgung (ab August)	5.410 Konsultationen, 73 stationäre Behandlungen	850.000
Chirurgische Unterstützung in einem Kinderkrankenhaus, spezialisiert auf die bakterielle Noma-Erkrankung (ab August)	28 Operationen (ab August)	470.000
Medizinische Hilfe nach dem Ausbruch von Epidemien	6.394 Meningitis-Patienten, 224.553 Meningitis-Impfungen, 1.456 Malaria-Patienten	680.000
Behandlung von schwerer Bleivergiftung bei Kindern (Projektvorbereitung)	Erkundung und Planung	300.000
Reaktion auf Epidemien, Behandlung von schwerer Bleivergiftung bei Kindern und von Kinderkrankheiten	19.385 Konsultationen, davon 8.146 Malaria-Patienten, 3.291 stationäre Behandlungen, 1.641 mangelernährte Patienten	200.000



PAPUA-NEUGUINEA: Überlebende sexueller Gewalt werden medizinisch und psychologisch betreut. © Jodi Bieber

SIERRA LEONE: Die Medikamenten-Tütchen zeigen mit einfachen Symbolen, wie und wann die Tabletten einzunehmen sind. © Tommy Trenchard



SUDAN: Wartebereich in einer Klinik von ÄRZTE OHNE GRENZEN in Nord-Darfur © MSF

## LAND Ausgangslage

## Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte

### PAKISTAN

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

Islamabad

Dera Murad Dschamali

Quetta

Tschaman

### PALÄSTINENSISCHE AUTONOMIEGEBIETE

Viele Menschen leiden unter dem seit Jahrzehnten andauernden Konflikt.

Hebron

### PAPUA-NEUGUINEA

Häusliche und sexuelle Gewalt sind im Land weit verbreitet. Gleichzeitig gab es bisher für die Betroffenen kaum medizinische und psychologische Hilfe. Das Bewusstsein für die körperlichen und seelischen Folgen der Gewalt wächst, sowohl bei den Verantwortlichen in der Regierung als auch beim Gesundheitspersonal.

Port Moresby

Port Moresby

Tari

### RUSSISCHE FÖDERATION UND WEISSRUSLAND

In Moskau ist die Gesundheitsversorgung für Migranten unzureichend. In Tschetschenien breiten sich schwer zu behandelnde resistente Formen von Tuberkulose aus und in Weißrussland sind resistente Formen von TB in den Gefängnissen verbreitet.

Moskau

Moskau

Grosny

Minsk

### SIERRA LEONE

Die verheerende Ebola-Epidemie führt 2014 zu Tausenden Todesopfern. Zum Jahresende klingt die Epidemie langsam ab. Die Ebola-Behandlungszentren bleiben 2015 zunächst noch geöffnet, die meisten schließen in der ersten Jahreshälfte.

Kailahun

Magburaka

Landesweit

### SIMBABWE

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

Harare

Harare / Epworth

### SUDAN

Die Bevölkerung in umkämpften Regionen hat kaum Zugang zu medizinischer Versorgung. In Darfur sind die Menschen seit elf Jahren immer wieder auf der Flucht vor Gewalt und leben zum Teil in Lagern. Dort sind sie auf humanitäre Hilfe angewiesen. Gleichzeitig kann ÄRZTE OHNE GRENZEN aufgrund von bürokratischen Beschränkungen nur in geringem Maße aktiv werden. Im Süden des Landes, im Bundesstaat Weißer Nil, leben viele südsudanesischen Flüchtlinge, die vor Kämpfen in ihrer Heimat Zuflucht suchen.

Khartum

al-Sireaf / Nord-Darfur

Dar Zaghawa / Nord-Darfur

Korma / Nord-Darfur

Tawila / Nord-Darfur

Weißer Nil

### SÜDAFRIKA

Die medizinische Versorgung für Menschen mit HIV und Tuberkulose ist ungenügend.

Khayelitsha

Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Zahlen zu Patientinnen, Patienten und Behandlungen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in €
Koordination der Projekte		600.000
Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Versorgung, Behandlung von Mangelernährung	876 stationäre Behandlungen, 8.333 mangelernährte Patienten	950.000
Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Versorgung, Behandlung von Mangelernährung	57.746 Konsultationen, 1.360 stationäre Behandlungen, 6.645 Schwangerenberatungen, 4.738 Geburten, 1.953 mangelernährte Patienten, 4.208 Masern-Impfungen, 4.079 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	1.000.000
Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Versorgung sowie Behandlung von Mangelernährung in einem Krankenhaus	1.037 stationäre Behandlungen, 224 Operationen, 10.965 Schwangerenberatungen, 4.401 Geburten, 1.555 mangelernährte Patienten	350.000
Medizinische und psychosoziale Versorgung	3.539 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	1.400.000
Koordination der Projekte		700.000
Ambulante medizinische Versorgung von Gewaltopfern (Projektende: 31. Juli 2015)	441 Konsultationen, 115 Behandlungen nach sexueller Gewalt, 66 psychologische Einzelgespräche	500.253
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung, psychologische Hilfe (bis März 2016)	14.173 Konsultationen, 211 stationäre Behandlungen, 916 Operationen, 278 Behandlungen nach sexueller Gewalt, 1.295 Geburten, 462 psychologische Einzelgespräche, 1.313 Konsultationen für psychologische erste Hilfe	100.000
Koordination der Projekte		600.000
Ambulante medizinische Versorgung von Migranten	3.076 Konsultationen	100.000
Behandlung von Patienten mit resistenter Tuberkulose, psychologische Hilfe	204 TB-Patienten, davon 65 Patienten mit resistenter TB, 5.074 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	800.000
Behandlung von Tuberkulose (ab Juni)	12 Patienten mit extrem resistenter TB	300.000
Aufbau eines Isolationszentrums für Ebola-Patienten (bis März)		220.000
Behandlung von Ebola-Patienten bis Mai (siehe Seite 34)	Aufnahme von 158 Ebola-Verdachtsfällen	90.000
Ebola-Training		90.000
Koordination der Projekte		350.000
Behandlung von HIV- und Tuberkulose	501 neu aufgenommene TB-Patienten, 13.648 HIV-Tests, 10.193 HIV-Patienten (ART)	850.000
Koordination der Projekte und Notfallreaktion		1.060.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung in einem Krankenhaus, mobile Kliniken	37.535 Konsultationen, 2.833 stationäre Behandlungen, 117 schwer mangelernährte Patienten stationär behandelt, 9.306 Schwangerenberatungen, 395 Geburten, 78.267 Masern-Impfungen, 192 Masern-Behandlungen	1.000.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	54.945 Konsultationen, 1.478 stationäre Behandlungen, 5.917 Schwangerenberatungen, 436 Geburten	1.150.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung (bis April)	7.741 Konsultationen, 171 stationäre Behandlungen, 463 Schwangerenberatungen, 2.263 Masern-Impfungen	180.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung in einem Krankenhaus, mobile Kliniken	59.593 Konsultationen, 2.813 stationäre Behandlungen, 1.248 mangelernährte Patienten, 5.309 Schwangerenberatungen, 322 Geburten	1.090.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung in einem Gesundheitszentrum, mobile Kliniken	44.466 Konsultationen, 4.593 stationäre Behandlungen, 3.873 Schwangerenberatungen, 444 Geburten	680.000
Pilotprojekt für innovative Behandlung von HIV- und Tuberkulose	33.946 HIV-Patienten (ART), 182 neu aufgenommene TB-Patienten	230.895

SÜDSUDAN: Patienten im Warteraum der Apotheke von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Melut  
© Matthias Steinbach



TANSANIA: Sammelunterkunft im Flüchtlingslager Nyarugusu © Luca Sola

TSCHAD: Ein an Malaria erkranktes Kind wird in Am Timan behandelt. © Sebastian Bolesch



**LAND**  
**Ausgangslage**

**Von der deutschen**  
**Sektion mitfinanzierte**  
**Projekte**

**SÜDSUDAN**

In großen Teilen des Landes kämpfen seit Ende 2013 Regierungstruppen und bewaffnete Gruppen gegeneinander. Auch die Zivilbevölkerung wird gezielt angegriffen. Immer wieder plündern bewaffnete Kämpfer medizinische Einrichtungen und bedrohen Patienten und Personal. Hunderttausende Menschen suchen in anderen Landesteilen oder in UN-Lagern Schutz und benötigen medizinische Nothilfe, Nahrung, Trinkwasser und Unterkünfte. Das Gesundheitssystem war bereits vor den aktuellen Konflikten unzureichend und ist in vielen Teilen völlig zusammengebrochen. Es kommt zum Ausbruch von Epidemien, viele mangelernährte Kinder benötigen medizinische Hilfe. Die Sicherheitsprobleme behindern und erschweren jedoch die humanitäre Hilfe. (Siehe auch Seite 13–15.)

Juba und Lokichoggio

Agok, Mayom / Unity

Batil / Upper Nile

Ayod / Jonglei

Landesweit

Maban / Upper Nile

Malakal / Upper Nile

Mellut / Upper Nile

Yambio / West-Äquatoria

**SWASILAND**

HIV und Tuberkulose verursachen die meisten Krankheits- und Todesfälle in dem Land. Gleichzeitig fehlen medizinischen Fachkräfte und Medikamente zur Behandlung der Krankheiten. Viele Patienten sind gleichzeitig mit HIV infiziert und an Tuberkulose erkrankt. Dabei breiten sich die schwer zu behandelnden resistenten Formen der Tuberkulose weiter aus.

Manzini

Mankayane, Matsapha / Manzini

Moneni

Shiselweni

**SYRIEN**

Viele medizinische Einrichtungen im Land sind aufgrund des Bürgerkriegs nicht funktionsfähig, Krankenhäuser werden gezielt angegriffen und zerstört. Mehr als sieben Millionen Syrer sind im Land vertrieben und etwa viereinhalb Millionen Syrer in die Nachbarländer geflohen. Der Krieg macht humanitäre Hilfe in Teilen des Landes unmöglich oder erschwert sie zunehmend. Vielfach können Verletzte und Kranke nur in den Nachbarländern angemessen behandelt werden.

Türkei

Aleppo

Kilis / Grenzstadt Türkei

Kobane

Grenzregion Türkei / Syrien

**TADSCHIKISTAN**

Sehr viele Menschen sind an Tuberkulose erkrankt. Die schwer zu behandelnden resistenten TB-Formen nehmen weiterhin zu. Das Gesundheitssystem vernachlässigt vor allem die Diagnose und Behandlung von Kindern, die unter TB leiden oder HIV-positiv sind.

Duschanbe

Kulob

**TANSANIA**

Flüchtlinge aus Burundi leben in Lagern und benötigen medizinische Hilfe.

Nduta

**TSCHAD**

Die Gesundheitsversorgung in einem der ärmsten Länder der Welt ist unzureichend. Konflikte und Nahrungsmittelengpässe führen zu weit verbreiteter Mangelernährung. Die Kinder- und Müttersterblichkeit ist sehr hoch. Im Westen des Landes leben Flüchtlinge aus Nigeria, die vor Angriffen der sogenannten Westafrika-Provinz des Islamischen Staates (ISWAP), auch bekannt als Boko Haram, geflohen sind. Auch im Tschad werden viele Menschen bei Angriffen dieser Gruppe getötet oder verletzt.

N'Djamena

Abéché

Am Timan

Bokoro

Bol

Dar Sila

Moissala

Wichtigste Aktivitäten	Wichtigste Zahlen zu Patientinnen, Patienten und Behandlungen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in €
Koordination der Projekte und Notfallreaktion		3.550.000
Medizinische Versorgung in einem Krankenhaus und einem Gesundheitszentrum, dezentrale Malaria-Behandlung, Impfkampagnen	79.676 Konsultationen, 11.192 stationäre Behandlungen, 1.909 Operationen, 1.471 Geburten, 10.478 Schwangerenberatungen, 877 schwer mangelernährte Patienten stationär behandelt, 14.862 Masern-Impfungen	4.200.000
Stationäre medizinische Versorgung in einem Flüchtlingslager	6.948 Konsultationen, 480 stationäre Behandlungen, 1.598 Geburten, 241 mangelernährte Patienten	200.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung, Behandlung von Mangelernährung (April bis Juli)	2.112 Konsultationen, 12 stationäre Behandlungen, 156 mangelernährte Patienten	150.000
Transport von Patienten, Mitarbeitern und Medikamenten per Flugzeug sicherstellen		2.800.000
Medizinische Versorgung für Flüchtlinge in einem Krankenhaus und Gesundheitszentren (seit März)	129.573 Konsultationen, 2.673 stationäre Behandlungen, 237 schwer mangelernährte Patienten stationär behandelt, 1.842 Geburten	** 750.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung für Vertriebene	21.038 Konsultationen, 1.321 stationäre Behandlungen, 166 mangelernährte Patienten stationär und 136 ambulant behandelt, 81 Kala-Azar-Patienten, 694 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	550.000
Medizinische Versorgung für Vertriebene in Kliniken in mehreren Lagern, Impfkampagne	14.786 Konsultationen, 707 stationäre Behandlungen, 251 Kala-Azar-Patienten, 388 psychologische Einzel- und Gruppengespräche, mehr als sechs Millionen Liter Trinkwasser verteilt	1.800.000
Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Versorgung in einem Krankenhaus (bis Sommer 2015)	5.394 Konsultationen, 3.154 stationäre Behandlungen, 342 Operationen, 2.368 Schwangerenberatungen, 1.058 Geburten, 2.517 HIV-Patienten (ART)	1.100.000
Koordination der Projekte		230.000
Basisgesundheitsversorgung, Diagnose und Behandlung von HIV und Tuberkulose	34.101 Konsultationen, 210 stationäre Behandlungen, 2.687 Schwangerenberatungen, 5.252 HIV-Patienten (ART), 737 TB-Patienten	300.000
Diagnose und Behandlung von resistenter Tuberkulose	117 Patienten mit resistenter TB, 20 Patienten mit extrem resistenter TB	300.000
Diagnose und Behandlung von HIV und Tuberkulose	14.782 HIV-Patienten (ART), 691 TB-Patienten	1.000.000
Koordination der Projekte		210.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung (bis Juni)	8.456 Konsultationen, 178 stationäre Behandlungen, 268 Schwangerenberatungen, 51 Geburten	300.000
Ambulante und psychosoziale Unterstützung für syrische Flüchtlinge	28.778 Konsultationen, 3.992 Schwangerenberatungen, 7.811 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	290.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung (seit April)	30.985 Konsultationen, 178 stationäre Behandlungen, 214 Schwangerenberatungen, 147 psychologische Einzelgespräche	630.000
Unterstützung von Gesundheitseinrichtungen in Syrien	Lieferung von Medikamenten	270.000
Diagnose und Behandlung von Tuberkulose bei Kindern	123 neu aufgenommene TB-Patienten	750.000
Diagnose und Behandlung von HIV bei Kindern (Projektvorbereitung seit Juni)		150.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung von burundischen Flüchtlingen (seit Oktober)	20.894 Neuankommlinge medizinisch untersucht, 17.591 Konsultationen, 313 stationäre Behandlungen, 919 Schwangerenberatungen, 62 Geburten	1.100.000
Koordination der Projekte und Notfallreaktion		1.750.000
Chirurgie	928 Operationen	800.000
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung in einem Krankenhaus und Gesundheitszentren	24.433 Konsultationen, 2.443 stationäre Behandlungen, 6.966 Schwangerenberatungen, 2.117 Geburten, 353 HIV-Patienten (ART), 2.522 mangelernährte Patienten	700.000
Diagnose und Behandlung von Mangelernährung (seit Juli)	4.152 mangelernährte Patienten stationär behandelt	800.000
Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Versorgung mit mobilen Kliniken (seit September) und in einem Krankenhaus (seit November)	2.762 Konsultationen, 94 stationäre Behandlungen, 37 Geburten, 544 Schwangerenberatungen, 301 mangelernährte Patienten	942.115
Masern-Impfkampagne und Behandlung von Masern-Patienten (April-Juni)	Behandlung von 150 Masern-Patienten, 79.798 Kinder geimpft	115.746
Prävention, Diagnose und Behandlung von Malaria-Patienten	34.864 Malaria-Konsultationen, 2.162 stationäre Malaria-Behandlungen	** 450.000

UKRAINE: Ein Team von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** kümmert sich um eine 88-Jährige, die ihr Haus nicht mehr verlassen kann. © Misha Friedman



ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK:  
Schilder erinnern daran, dass Waffen im Vertriebenenlager in Bangui verboten sind.  
© Luca Sola

## LAND Ausgangslage

## Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte

### TÜRKEI

Rund 1,7 Millionen registrierte syrische Flüchtlinge leben in den grenznahen Regionen des Landes. Diese müssen medizinisch versorgt werden und leiden unter den seelischen Folgen von Krieg, Gewalt und Vertreibung.

Ankara

Şanlıurfa

Suruç

### UKRAINE

Viele Menschen, die durch den Konflikt vertrieben wurden, benötigen medizinische und psychologische Unterstützung.

Donezk

Mariupol

### USBEKISTAN

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

Taschkent

Karakalpakstan

Taschkent

### ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK

Trotz der Friedensbemühungen kommt es in mehreren Landesteilen immer wieder zu Angriffen von bewaffneten Gruppen auf die Bevölkerung. Auch Hilfsorganisationen werden bedroht und ausgeraubt. Nach Schätzungen der Vereinten Nationen leben mehr als 350.000 Menschen als Vertriebene im eigenen Land, rund 460.000 suchen Zuflucht in den benachbarten Ländern. Das Gesundheitssystem ist weitgehend zusammengebrochen, viele Menschen haben keinen Zugang zu medizinischer Hilfe. Das ist vor allem für Frauen und Kinder gefährlich. Viele Menschen sterben an vermeidbaren und behandelbaren Krankheiten wie Malaria, Atemwegsinfektionen oder Durchfall.

Bangui

Berberati

Boguila

Bossangoa

Zémio

Ndélé

Ouaka

### INITIATIVE FÜR MEDIKAMENTE GEGEN VERNACHLÄSSIGTE KRANKHEITEN (DNDI)

Die Non-Profit-Organisation entwickelt bedarfsgerechte Medikamente gegen Krankheiten, an denen vor allem Menschen in ärmeren Ländern leiden. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ist Mitglied im Vorstand der Initiative.

### INTERNATIONALER FONDS

Der internationale Fonds von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** fördert innovative Projekte des internationalen Netzwerkes im medizinischen und operationalen Bereich.

### MEDIKAMENTENKAMPAGNE

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

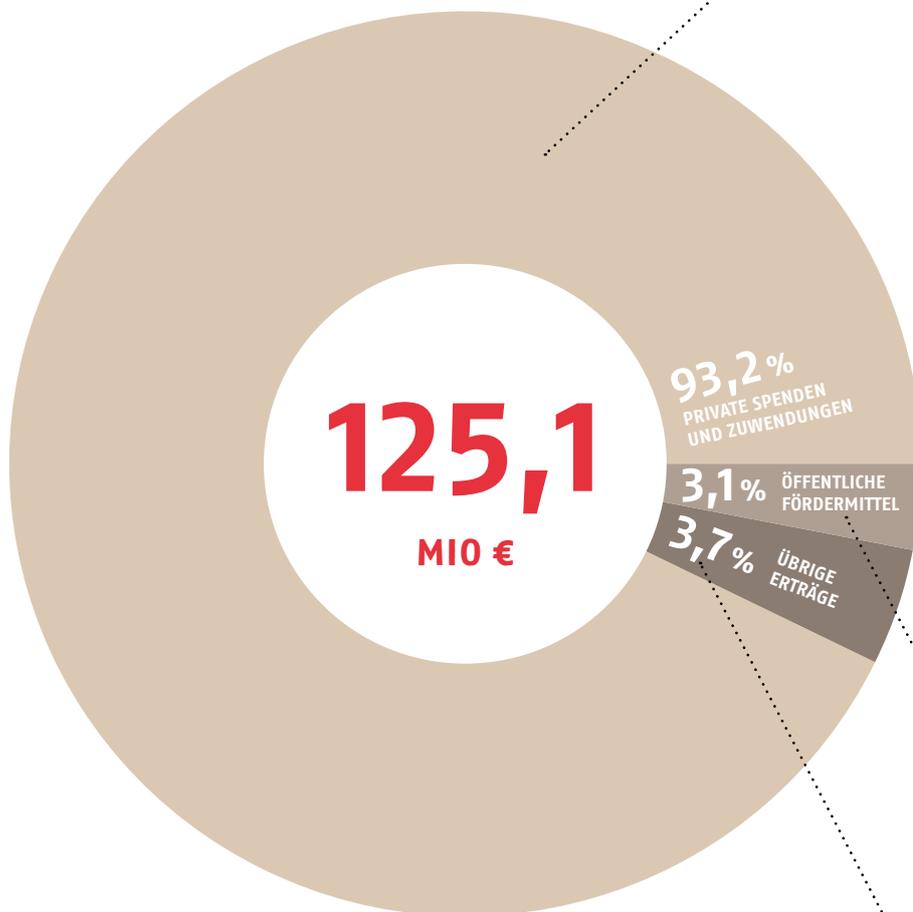
<b>Wichtigste Aktivitäten</b>	<b>Wichtigste Zahlen zu Patientinnen, Patienten und Behandlungen</b>	<b>Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion* in €</b>
Koordination der Projekte		<b>256.442</b>
Psychologische Hilfe für syrische Flüchtlinge	2.172 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	<b>300.000</b>
Ambulante medizinische Versorgung und psychologische Hilfe für syrische Flüchtlinge (bis Mai)	1.853 Konsultationen, 224 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	<b>160.000</b>
Ambulante medizinische und psychologische Versorgung von Vertriebenen (seit Februar)	14.173 Konsultationen	<b>200.000</b>
Ambulante medizinische und psychologische Versorgung von Vertriebenen (seit März)	15.921 Konsultationen, 3.141 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	<b>686.206</b>
Koordination der Projekte		<b>700.000</b>
Behandlung von Tuberkulose	1.890 neu aufgenommene TB-Patienten	<b>1.550.000</b>
Behandlung von HIV	399 HIV-Patienten (ART)	<b>700.000</b>
Koordination der Projekte und Notfallreaktion		<b>1.730.000</b>
Medizinische Versorgung in einem Krankenhaus und vier Gesundheitszentren	7.923 Konsultationen, 5.528 stationäre pädiatrische Behandlungen, 1.392 schwer mangelernährte Kinder stationär behandelt, 565 Geburten	<b>1.300.000</b>
Basisgesundheitsversorgung in mehreren Gesundheitszentren	79.278 Konsultationen, davon 56.919 Malaria-Patienten, 3.377 Schwangerenberatungen, 707 Geburten, 141 HIV-Patienten (ART), 542 mangelernährte Patienten	<b>1.300.000</b>
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung in einem Krankenhaus (bis Mai), dezentrale Malaria-Behandlung, mobile Kliniken, Ernährungszentrum für die Behandlung von Mangelernährung	137.533 Konsultationen, davon 105.992 Malaria-Patienten, 4.462 stationäre Behandlungen, 711 Operationen, 7.733 Schwangerenberatungen, 1.329 Geburten, 1.349 psychologische Einzel- und Gruppengespräche, 2.078 mangelernährte Patienten	<b>1.000.000</b>
Ambulante und stationäre medizinische Versorgung, Behandlung von HIV und Tuberkulose	43.343 Konsultationen, davon 23.929 Malaria-Patienten, 1.076 stationäre Behandlungen, 1.990 Schwangerenberatungen, 518 Geburten, 960 HIV-Patienten (ART), 37 TB-Patienten	<b>500.000</b>
Medizinische Versorgung in einem Krankenhaus und entlegenen Gesundheitszentren	95.543 Konsultationen, 4.184 stationäre Behandlungen, 5.054 Schwangerenberatungen, 1.321 Geburten, 181 HIV-Patienten (ART), 1.545 psychologische Einzel- und Gruppengespräche	<b>400.000</b>
Basisgesundheitsversorgung mit mobilen Kliniken und in Gesundheitszentren	63.654 Konsultationen, davon 38.407 Malaria-Patienten, 4.496 Schwangerenberatungen, 1.383 mangelernährte Patienten	<b>700.000</b>
33 Projekte, darunter: Entwicklung von Medikamenten gegen Chagas, Kala Azar und die Schlafkrankheit; Studie zur Behandlung von HIV bei Kindern		<b>392.800</b>
Entwicklung von Zeit-Temperatur-Indikatoren für wärmesensible Gegenstände, Einführung eines nadelfreien Gerätes zur Masernimpfung, Studie zur Kühlkette bei Impfstoffen		<b>8.686</b>
Kampagne zur Preissenkung von Pneumokokken-Impfstoffen gegen Lungenentzündung, Verhandlungen mit Pharmaunternehmen zur Entwicklung von einem Impfstoff gegen Ebola, Verhandlungen mit Pharmaunternehmen zu Preissenkungen und Patentrechten		<b>434.983</b>

# ZAHLEN KONKRET





# EINNAHMEN 2015



## PRIVATE SPENDEN UND ZUWENDUNGEN

**116,6** MIO €

↑ 2,9 MIO € / VERGLEICH ZU 2014

**86,9** MIO €

Bestandsspender: Spender,  
die zum wiederholten Mal  
gespendet haben

**10,8** MIO € Neuspender: Spender,  
die zum ersten Mal gespendet haben

**18,9** MIO €  
Sonstige private Zuwendungen

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

## ÖFFENTLICHE FÖRDERMITTEL

**3,9** MIO €

↑ 0,1 MIO € / VERGLEICH ZU 2014

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

## ÜBRIGE ERTRÄGE

**4,6** MIO €

↑ 1,0 MIO € / VERGLEICH ZU 2014

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

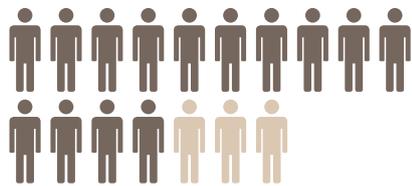
### PRIVATE SPENDEN UND ZUWENDUNGEN

Im Jahr 2015 konnte ÄRZTE OHNE GRENZEN Einnahmen von insgesamt 125,1 Millionen Euro erzielen. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Einnahmen um 4,0 Millionen Euro. Bereits im Jahr 2014 hatten wir während der Ebola-Krise außergewöhnlich viele und großzügige Spenden erhalten. Umso bemerkenswerter ist darum die erneute Steigerung der Einnahmen. Ein wichtiger Grund dafür ist die hohe Spendenbereitschaft infolge der

umfangreichen Berichterstattung über die Hilfe für flüchtende Menschen im Mittelmeerraum.

Die privaten Spenden und Zuwendungen lagen mit 116,6 Millionen Euro um 2,9 Millionen Euro über dem Ergebnis des Jahres 2014. Die Anzahl der Spender ist mit rund 539.000 im Vergleich zum Vorjahr nahezu konstant geblieben. Die Einnahmensteigerung ist daher vor allem auf eine erhöhte Durchschnittsspende unserer Unterstützerinnen und Unterstützer zurückzuführen.

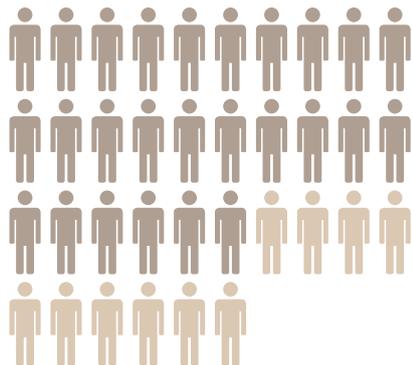
# SPENDER 2015



**172.368**

Dauerspender, davon

**30.003** Neuspender



**366.472**

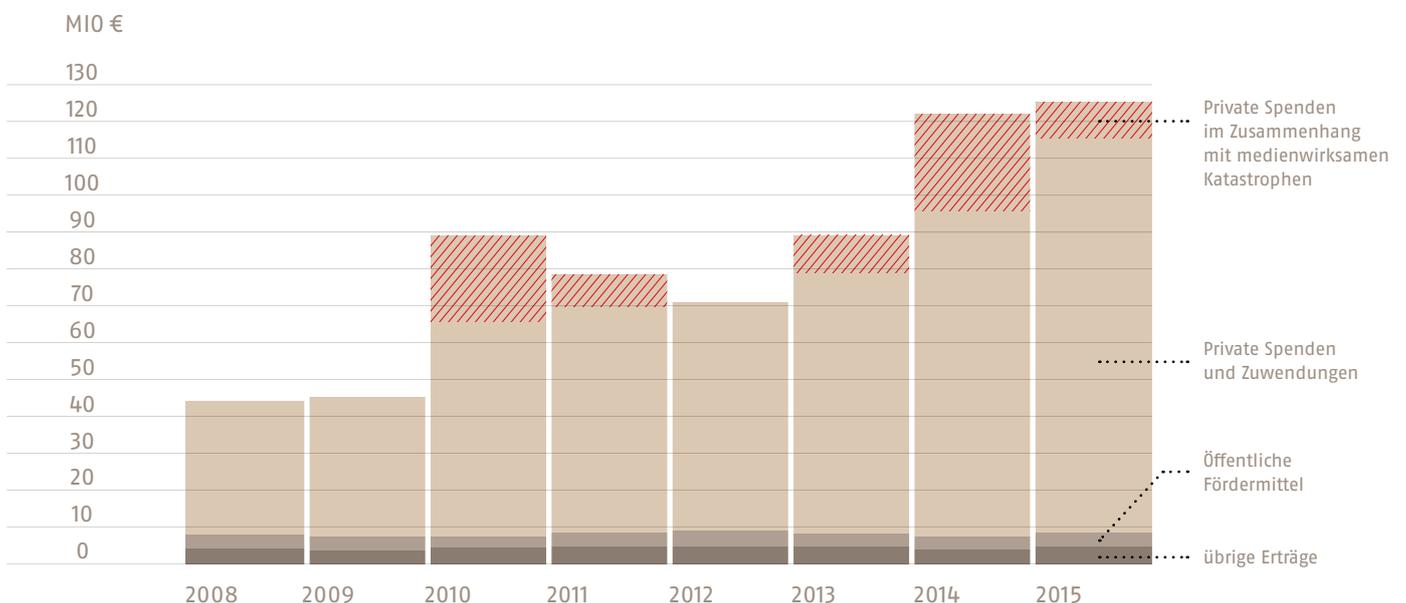
Einzelspender, davon

**102.740** Neuspender

**538.840** Spender

 entspricht  
10.000 Spendern

## EINNAHMEN-ENTWICKLUNG 2008 – 2015



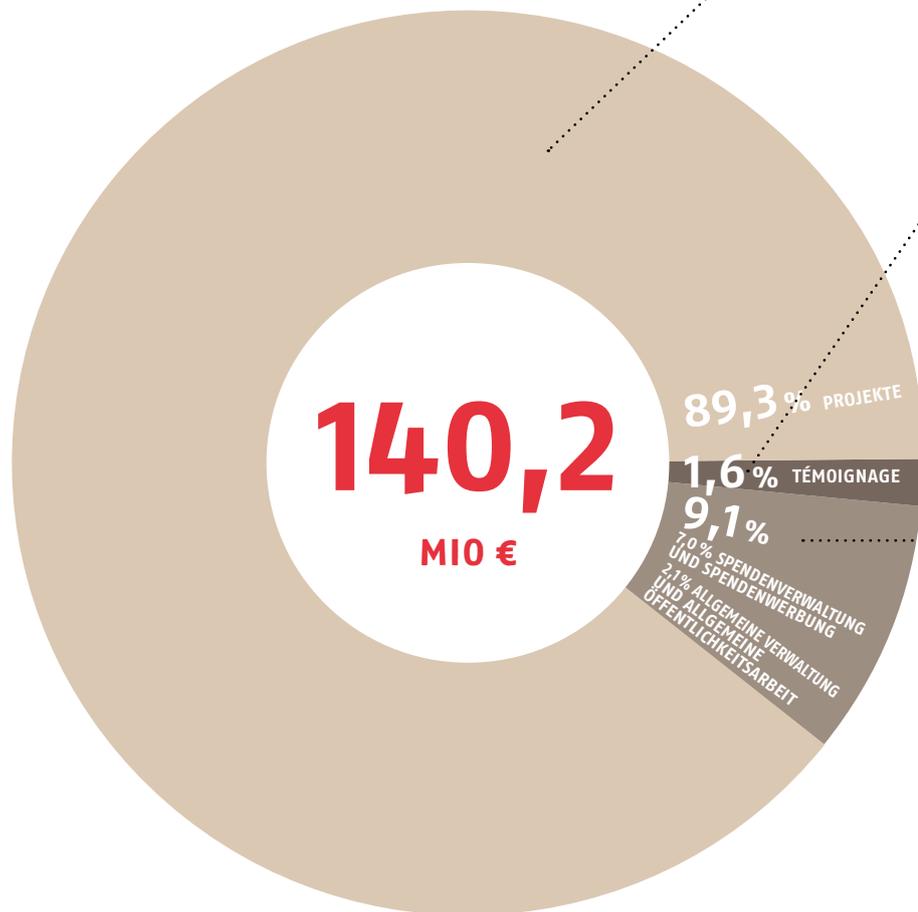
### ZWECKGEBUNDENE SPENDEN

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

### ÖFFENTLICHE FÖRDERMITTEL

Das Auswärtige Amt unterstützte die Arbeit von ÄRZTE OHNE GRENZEN im Jahr 2015 mit insgesamt 3,9 Millionen Euro. Das Geld ging erneut ausschließlich an Projekte in Afrika – in die Demokratische Republik Kongo, nach Nigeria, in den Südsudan, in den Tschad und nach Kamerun. Überwiegend wurde die medizinische Versorgung von Vertriebenen und Flüchtlingen aus Regionen mit bewaffneten Konflikten finanziert.

# AUSGABEN 2015



SPENDENVERWALTUNG  
UND SPENDENWERBUNG

ALLGEMEINE VERWALTUNG  
UND ALLGEMEINE  
ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

## PROJEKTE

**125,2** MIO €

↑ 27,9 MIO € / VERGLEICH ZU 2014

Das Geld fließt in die medizinische Nothilfe in mehr als 42 Ländern. Dazu gehört auch die Steuerung und Betreuung der Projekte sowie die Förderung und Implementierung von neuen wirksameren und bezahlbaren Medikamenten.

## TÉMOIGNAGE

**2,3** MIO €

↑ 0,3 MIO € / VERGLEICH ZU 2014

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

## VERWALTUNG, ALLGEMEINE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT, SPENDENWERBUNG

**12,7** MIO €

↑ 0,5 MIO € / VERGLEICH ZU 2014

**4,3** MIO €

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

**3,5** MIO €

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

**2,0** MIO €

Ausgaben für sonstige private  
Zuwendungen

**1,1** MIO €

Internationales Büro in Genf

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

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

**1,0** MIO €

Sonstiges

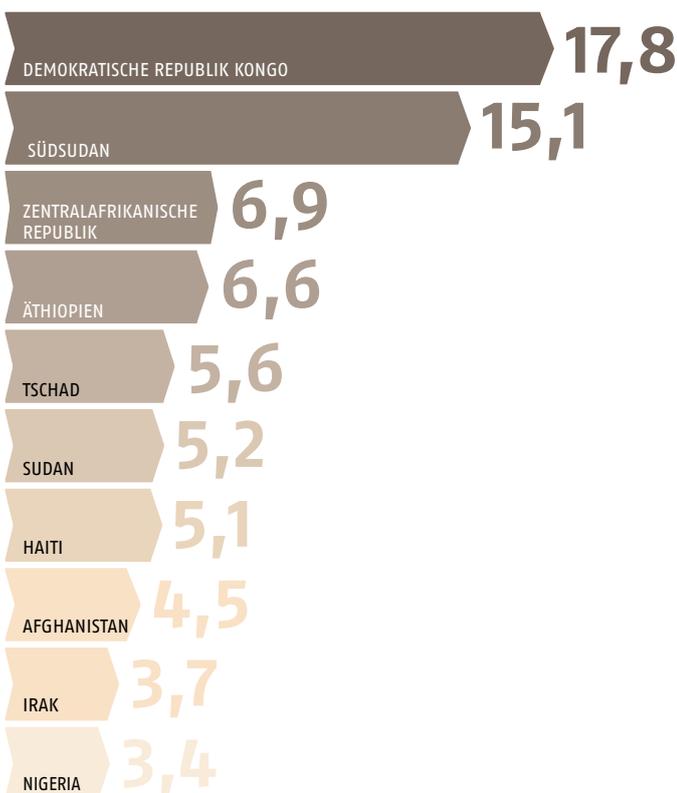
## AUSGABEN FÜR PROJEKTARBEIT

Insgesamt verwendete die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** 127,5 Millionen Euro für satzungsgemäße Aufgaben. Das entspricht 90,9 Prozent aller Ausgaben des Jahres 2015. 125,2 Millionen Euro flossen in die medizinische Nothilfe in 42 Ländern sowie in Projekte entlang der Flüchtlingsrouten nach und in Europa. 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 die Demokratische Republik Kongo, der Südsudan und die Zentralafrikanische Republik. 2,3 Millionen Euro wurden für *Témoignage* aufgewendet.

In der Summe enthalten sind auch 11,0 Millionen Euro privater Spenden und Zuwendungen, die im Jahr 2014 eingenommen, aber nicht mehr verwendet werden konnten und die wir im Jahr 2015 in den Projekten verwendeten.

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

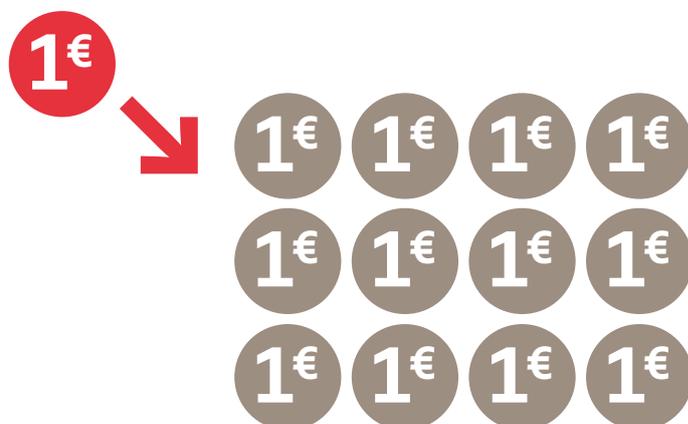


## SPENDENWERBUNG UND SPENDENVERWALTUNG

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

Für die Spendenwerbung und -verwaltung wurden im Jahr 2015 9,8 Millionen Euro ausgegeben, 0,2 Millionen Euro mehr als im Vorjahr. Der Anteil der Ausgaben für Spendenwerbung und -verwaltung an den Gesamtausgaben betrug 7,0 Prozent und liegt somit um 1,6 Prozentpunkte unter dem Anteil im Jahr 2014. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** erfuhr auch nach der Ebola-Krise, unter anderem mit der Rettung von Flüchtlingen auf dem Mittelmeer, weiterhin eine hohe mediale Aufmerksamkeit. Durch die hohe Präsenz in der Öffentlichkeit sind weniger Werbemittel erforderlich als in Zeiten mit weniger beachteten Hilfeinsätzen. Es bleibt grundsätzlich unser Anliegen, die Ausgaben der Spendenabteilung so gering wie möglich zu halten.

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



## ALLGEMEINE VERWALTUNG UND ALLGEMEINE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Der Anteil der Ausgaben für allgemeine Öffentlichkeitsarbeit und Verwaltung betrug 2,1 Prozent. Damit wurden 2,9 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.

# JAHRESABSCHLUSS 2015

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

## BILANZ ZUM 31. DEZEMBER 2015

AKTIVA	31.12.2015 EUR	31.12.2014 EUR	PASSIVA	31.12.2015 EUR	31.12.2014 EUR
<b>A. ANLAGEVERMÖGEN</b>			<b>A. RÜCKLAGEN</b>		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände			Freie Rücklage		
Entgeltlich erworbene Software	791.566,68	999.020,77	Vortrag zum 1. Januar	11.917.162,11	11.273.083,27
II. Sachanlagen			Einstellungen	0,00	644.078,84
Büro- und Geschäftsausstattung	259.342,84	143.533,95	Entnahmen	4.117.853,26	0,00
	1.050.909,52	1.142.554,72	Stand am 31. Dezember	7.799.308,85	11.917.162,11
<b>B. UMLAUFVERMÖGEN</b>			<b>B. NOCH NICHT VERBRAUCHTE SPENDENMITTEL</b>		
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände			1. Noch nicht satzungsgemäß verw. Spenden	0,00	11.000.000,00
1. Forderungen gegen andere MSF-Büros	4.724.598,49	1.276.823,80	2. Noch nicht satzungsgemäß verw. Erbschaften	1.095.218,42	829.931,57
2. Forderungen aus Erbschaften	1.095.218,42	829.931,57		1.095.218,42	11.829.931,57
3. Übrige Forderungen	95.176,38	277.386,59			
	5.914.993,29	2.384.141,96	<b>C. RÜCKSTELLUNGEN</b>		
II. Wertpapiere			Sonstige Rückstellungen	490.000,00	477.500,00
Sonstige Wertpapiere	87.859,95	113.674,02			
III. Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten und Schecks	15.591.015,24	36.222.619,06	<b>D. VERBINDLICHKEITEN</b>		
	21.593.868,48	38.720.435,04	1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	432.625,25	265.897,83
<b>C. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN</b>	153.113,35	108.949,70	2. Verbindlichkeiten gegenüber anderen MSF-Büros	12.925.501,36	15.464.918,33
	22.797.891,35	39.971.939,46	3. Sonstige Verbindlichkeiten	55.237,47	16.529,62
				13.413.364,08	15.747.345,78
				22.797.891,35	39.971.939,46

## ANHANG FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2015

### BILANZIERUNGS- UND BEWERTUNGSGRUNDSÄTZE

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

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

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

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

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

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

wurden und deren Wert bis zur Aufstellung des Jahresabschlusses noch nicht eindeutig feststeht, wird ein Erinnerungswert von EUR 1,00 eingestellt.

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

Der **Kassenbestand** und die **Guthaben bei Kreditinstituten und Schecks** werden zum Nennwert bewertet. Fremdwährungsbestände werden zum Devisenkassamittelkurs am Abschlussstichtag umgerechnet.

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

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

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

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

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

## ERLÄUTERUNGEN ZUR BILANZ

Die Entwicklung des **Anlagevermögens** ist im Anlagespiegel auf Seite 62 f. dargestellt.

Die **Zugänge** resultieren im Wesentlichen aus dem Ersatz und der Erweiterung von Hardware.

Die **Forderungen gegen andere MSF-Büros** resultieren im Wesentlichen aus der Weiterbelastung von Personalkosten und dem sonstigen laufenden Rechnungsvorkehr (TEUR 1.197) sowie aus Ansprüchen aus vorausgezählten Projektmitteln (TEUR 3.527).

Die **Forderungen aus Erbschaften** betreffen Erbschaftsansprüche, die bis zur Aufstellung des Jahresabschlusses auf den Konten des Vereins gutgeschrieben wurden bzw. deren Wert bei Aufstellung des Jahresabschlusses eindeutig feststand (TEUR 1.095).

Die **Übrigen Forderungen** enthalten im Wesentlichen geleistete Vorauszahlungen für Anzeigenschaltungen an die Google Germany GmbH, Hamburg, (TEUR 68), Forderungen gegen Kreditoren (TEUR 14) und Forderungen gegen die **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Stiftung, München, (TEUR 6).

Unter den **Wertpapieren** des Umlaufvermögens werden Wertpapiere ausgewiesen, die uns im Rahmen von Erbschaften übertragen wurden und deren Veräußerung beabsichtigt ist.

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

Der aktive **Rechnungsabgrenzungsposten** beinhaltet TEUR 64 Vorauszahlungen für Raummieten für Seminare, TEUR 23 abgegrenzte Aufwendungen für Jahresabonnements im Bereich des öffentlichen Personennahverkehrs, TEUR 22 Beitragsanteile für Versicherungen, TEUR 22 Wartungsvorauszahlungen sowie TEUR 22 sonstige Vorauszahlungen.

Die **Rücklagen** haben sich um den Jahresfehlbetrag 2015 in Höhe von TEUR 4.118 verringert.

Die im Vorjahr unter dem Posten **Noch nicht satzungsgemäß verwendete Spenden** ausgewiesenen Mittel konnten im Jahr 2015 vollständig für die Finanzierung von Projekten genutzt werden.

Der Posten **Noch nicht satzungsgemäß verwendete Erbschaften** umfasst zum 31. Dezember 2015 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 1.095). Der satzungsgemäße Verbrauch dieser Mittel ist

für das Jahr 2016 geplant. Die unter dem Posten **Noch nicht satzungsgemäß verwendete Erbschaften** zum Vorjahresstichtag ausgewiesenen noch nicht verbrauchten Erbschaften (TEUR 830) wurden im Jahr 2015 vollständig verbraucht.

Die **Sonstigen Rückstellungen** betreffen im Wesentlichen Rückstellungen für ausstehende Rechnungen (TEUR 197), die Rückstellung für ausstehenden Urlaub (TEUR 166) sowie für die Schwerbehindertenausgleichsabgabe (TEUR 70).

Die **Verbindlichkeiten gegenüber anderen MSF-Büros** betreffen im Wesentlichen Projektaufwendungen und Weiterberechnungen von Kosten, die Anfang 2016 bezahlt wurden.

Unter den **Sonstigen Verbindlichkeiten** werden im Wesentlichen Verbindlichkeiten gegenüber Mitarbeitern (TEUR 27) und erhaltene Vorauszahlungen für eine Studie (TEUR 25) ausgewiesen.

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

Es bestehen **wirtschaftlich maßgebliche, langfristige Verpflichtungen** aus dem Mietvertrag für das Büro in Berlin. Der Vertrag endet zum 31. März 2022 und verlängert sich dann jeweils um ein Jahr, falls nicht spätestens zwölf Monate vor Ablauf

der Mietzeit eine der Parteien des Mietvertrages der Verlängerung widerspricht. Die jährliche Verpflichtung beträgt derzeit TEUR 345.

Darüber hinaus bestehen de facto langfristige Verpflichtungen im Rahmen des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** für die Beiträge zum internationalen Büro in Genf, zur Medikamentenkampagne und zur **DRUGS FOR NEGLECTED DISEASES INITIATIVE (DNDi)**. Die dafür entstehenden Kosten werden im Verhältnis der privaten Spendeneinnahmen auf die einzelnen Sektionen umgelegt. Im Jahr 2015 betrug der Kostenanteil der deutschen Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** insgesamt TEUR 1.954 (davon für das internationale Büro in Genf TEUR 1.118).

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 2015 betrug der Anteil der deutschen Sektion für den internationalen Fonds TEUR 9.

## GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG FÜR 2015

	2015 EUR	2014 EUR
<b>1. Spenden und Zuwendungen</b>		
a) Spenden (im Geschäftsjahr zugeflossene Spenden)	104.612.286,05	101.093.486,61
+ Verbrauch in Vorjahren zugeflossener Spenden	11.000.000,00	2.124.841,47
- noch nicht verbrauchter Spendenzufluss d. Geschäftsj.	0,00	-11.000.000,00
= Ertrag aus Spendenverbrauch des Geschäftsjahres	115.612.286,05	92.218.328,08
b) Bußgelder	2.499.371,36	1.974.344,46
c) Mitgliedsbeiträge	12.826,00	11.088,00
d) Erbschaften	8.938.787,68	10.284.270,11
e) Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln	3.850.000,00	3.800.000,00
	<b>130.913.271,09</b>	<b>108.288.030,65</b>
<b>2. Sonstige betriebliche Erträge</b>	<b>5.157.714,77</b>	<b>3.807.400,67</b>
<b>3. Projektaufwand</b>	<b>-118.380.325,00</b>	<b>-91.661.562,00</b>
<b>4. Personalaufwand</b>		
a) Gehälter	-8.978.010,51	-7.576.438,06
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung davon für Altersversorgung EUR 74.469,48 (Vorjahr: EUR 66.775,44)	-1.763.258,91	-1.466.642,80
	<b>-10.741.269,42</b>	<b>-9.043.080,86</b>
<b>5. Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen</b>	<b>-391.864,12</b>	<b>-366.409,05</b>
<b>6. Sonstige betriebliche Aufwendungen</b>	<b>-10.700.670,10</b>	<b>-10.428.959,58</b>
<b>7. Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge</b>	<b>25.289,52</b>	<b>48.659,01</b>
<b>8. Jahresfehlbetrag (Vj. Jahresüberschuss)</b>	<b>-4.117.853,26</b>	<b>644.078,84</b>
<b>9. Einstellungen in die Freie Rücklage</b>	<b>0,00</b>	<b>-644.078,84</b>
<b>10. Entnahmen aus der Freien Rücklage</b>	<b>4.117.853,26</b>	<b>0,00</b>
<b>11. 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 65). Basis hierfür ist die steuerliche Untergliederung gemäß Abgabenordnung sowie die Gliederung gemäß MSF-GAAP.

Die **Spenden und Zuwendungen** in Höhe von TEUR 130.913 resultieren aus zweckgebundenen und freien Spenden, Bußgeldern, Mitgliedsbeiträgen, Erbschaften und Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln.

Zweckgebundene private Spenden und Zuwendungen werden zum Zeitpunkt der Mittelverwendung im Regelfall pauschal mit 10 % Verwaltungs- und Werbeausgaben belastet, um sicherzustellen, dass diese Kosten nicht ausschließlich aus freien Spenden finanziert werden.

Von den Spenden und Zuwendungen entfallen TEUR 5.298 (Vorjahr TEUR 8.168) auf private zweckgebundene Spenden und Zuwendungen nach Abzug der 10 % für Verwaltungs- und Werbungskosten sowie TEUR 3.850 auf zweckgebundene Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln (Vorjahr TEUR 3.800).

Die öffentlichen Fördermittel des Auswärtigen Amtes sind für die medizinische Nothilfe in fünf Projekten in fünf afrikanischen Ländern bestimmt (siehe Seite 62).

Die **Sonstigen betrieblichen Erträge** resultieren im Wesentlichen aus dem ideellen Bereich (TEUR 4.662; Vorjahr TEUR 3.477) und aus Erträgen aus der Vermögensverwaltung (TEUR 495; Vorjahr TEUR 330).

Die Erträge des ideellen Bereiches sind im Wesentlichen auf die Erstattung von Personalkosten durch andere Sektionen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** zurückzuführen. Projektmitarbeiter, die in Deutschland rekrutiert werden, werden in Projekten des gesamten Netzwerkes eingesetzt, auch wenn diese durch andere Sektionen gesteuert werden.

Die **Sonstigen betrieblichen Erträge** enthalten periodenfremde Erträge aus der Auflösung von Rückstellungen in Höhe von TEUR 39.

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

Der Projektaufwand verteilt sich im Geschäftsjahr 2015 auf die in der Übersicht auf Seite 62 ff. dargestellten Länder. Neben der Gesamtsumme des Projektaufwandes werden dort jeweils die verwendeten freien und zweckgebundenen Mittel angegeben.

Im Jahr 2015 vereinnahmte die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** als Ertrag zweckgebundene Spenden und Zuwendungen von privaten und öffentlichen Gubern in Höhe von TEUR 9.737. Das entspricht 7,4 % der gesamten als Ertrag erfassten Spenden und Zuwendungen

## PROJEKTAUFWENDUNGEN

	Freie Mittel EUR	Zweckgebundene Mittel EUR	Summe EUR
<b>AFRIKA</b>			
1 Ägypten	397.700,00	90,00	397.790,00
2 Äthiopien	6.450.686,16	149.313,84	6.600.000,00
3 Demokratische Republik Kongo	16.067.130,58	1.762.869,42	17.830.000,00
4 Guinea-Bissau	750.000,00	0,00	750.000,00
5 Kamerun	2.132.779,00	506.570,00	2.639.349,00
6 Kenia	2.004.904,40	25.095,60	2.030.000,00
7 Malawi	297.275,44	2.724,56	300.000,00
8 Mali	1.199.235,00	765,00	1.200.000,00
9 Mosambik	899.948,70	51,30	900.000,00
10 Niger	3.097.795,00	2.205,00	3.100.000,00
11 Nigeria	2.997.394,50	402.605,50	3.400.000,00
12 Sierra Leone	48.169,65	351.830,35	400.000,00
13 Südafrika	229.135,50	1.759,50	230.895,00
14 Simbabwe	1.198.524,00	1.476,00	1.200.000,00
15 Sudan	4.883.296,82	276.703,18	5.160.000,00
16 Südsudan	14.092.927,37	1.007.072,63	15.100.000,00
17 Swasiland	1.830.000,00	0,00	1.830.000,00
18 Tansania	799.613,00	300.387,00	1.100.000,00
19 Tschad	4.972.005,61	585.855,39	5.557.861,00
20 Zentralafrikanische Republik	6.693.121,21	236.878,79	6.930.000,00
<b>ASIEN</b>			
21 Afghanistan	4.442.860,20	21.053,80	4.463.914,00
22 Bangladesch	1.048.528,50	1.471,50	1.050.000,00
23 Indien	1.188.315,75	83.684,25	1.272.000,00
24 Irak	3.691.843,80	8.156,20	3.700.000,00
25 Jemen	2.846.062,50	3.937,50	2.850.000,00
26 Jordanien	3.151.365,90	7.568,10	3.158.934,00
27 Kirgisistan	400.000,00	0,00	400.000,00
28 Libanon	1.783.763,37	16.236,63	1.800.000,00
29 Malaysia	50.000,00	0,00	50.000,00
30 Myanmar (Birma)	381.784,75	18.215,25	400.000,00
31 Nepal	0,27	1.376.489,73	1.376.490,00
32 Pakistan	2.891.490,50	8.509,50	2.900.000,00
33 Palästinensische Autonomiegebiete	1.392.720,80	7.279,20	1.400.000,00
34 Papua-Neuguinea	1.298.219,00	2.034,00	1.300.253,00
35 Syrien	1.160.106,54	539.893,46	1.700.000,00
36 Tadschikistan	437.599,35	462.400,65	900.000,00
37 Türkei	419.788,06	296.653,94	716.442,00
38 Usbekistan	2.949.685,00	315,00	2.950.000,00
<b>LATEINAMERIKA</b>			
39 Haiti	4.990.241,58	69.758,42	5.060.000,00
<b>EUROPA</b>			
40 Flüchtlinge in Europa	0,00	603.782,00	603.782,00
41 Malta	150.000,00	0,00	150.000,00
42 Russische Föderation	1.799.784,00	216,00	1.800.000,00
43 Ukraine	880.358,70	5.847,30	886.206,00
<b>SONSTIGE</b>			
44 Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi)	392.800,00	0,00	392.800,00
45 Internationaler Fonds	8.626,00	0,00	8.626,00
46 Medikamentenkampagne	434.983,00	0,00	434.983,00
<b>SUMME</b>	<b>109.232.569,51</b>	<b>9.147.755,49</b>	<b>118.380.325,00</b>

### Öffentliche Fördermittel

In den zweckgebundenen Mitteln sind enthalten:

- 3\* EUR 1.750.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 5 EUR 500.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 11 EUR 400.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 16 EUR 750.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes
- 19 EUR 450.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amtes

### Zweckpräzisierungen

In den zweckgebundenen Mitteln sind enthalten:

- 2 EUR 142.248,84 Afrika; EUR 643,50 Afrika und andere
- 5 EUR 720,00 Afrika inst. Spenden
- 6 EUR 1.053,00 Horn von Afrika; EUR 1.980,00 Ostafrika; EUR 108,00 Krise Somalia; EUR 1.584,00 Horn von Afrika und andere; EUR 90,00 Ostafrika und andere; EUR 288,00 Krise Somalia und andere
- 12 EUR 4.582,03 Westafrika; EUR 289,80 Westafrika und andere
- 13 EUR 85,50 Südliches Afrika
- 15 EUR 250.000,00 Flüchtlinge und Vertriebene weltweit
- 16 EUR 227.301,43 Flüchtlinge und Vertriebene weltweit
- 18 EUR 300.000,00 Flüchtlinge und Vertriebene weltweit
- 22 EUR 702,00 Asien; EUR 270,00 Indonesien und andere
- 25 EUR 49,50 Arabien
- 30 EUR 297,77 China und andere; EUR 198,00 Japan und andere; EUR 18,00 Philippinen Taifun November 2013 und andere; EUR 90,00 Tibet und andere
- 33 EUR 2.641,50 Nahost
- 34 EUR 495,00 Vanuatu und andere
- 37 EUR 294.043,94 Flüchtlinge Mittelmeer
- 39 EUR 22.500,00 Mittelamerika; EUR 216,00 Peru und andere
- 40 EUR 810,00 Balkan; EUR 252,00 Bulgarien; EUR 23.924,89 Griechenland; EUR 540,00 Griechenland / Migranten Lesbos; EUR 189,00 Italien; EUR 180,00 Mazedonien; EUR 45,00 Serbien; EUR 405,00 Slowenien; EUR 945,00 Ungarn; EUR 477,00 Eritrea; EUR 315,00 Griechenland und andere; EUR 400.000,00 Flüchtlinge Mittelmeer; EUR 171.845,31 Flüchtlinge und Vertriebene weltweit

### Zweckumwidmungen

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

In den zweckgebundenen Mitteln sind enthalten:

- 3 EUR 1.080,00 Angola; EUR 135,00 Uganda
- 6 EUR 1.912,50 Somalia
- 10 EUR 1.350,00 Burkina Faso
- 11 EUR 207,00 Togo; EUR 63,00 Ghana
- 12 EUR 306,29 Guinea; EUR 2.820,29 Liberia
- 21 EUR 540,00 Iran
- 22 EUR 45,00 Hurrikanopfer
- 23 EUR 45,00 Seebeben 25.12.04; EUR 54,00 Sri Lanka
- 26 EUR 108,00 Algerien
- 30 EUR 316,80 Kambodscha; EUR 18,00 Laos; EUR 55,19 Nordkorea; EUR 1.444,50 Philippinen; EUR 45,00 Philippinen und andere; EUR 3.937,50 Tibet
- 32 EUR 45,00 Erdbeben Kaschmir 08.05.2005
- 34 EUR 1.539,00 Vanuatu
- 38 EUR 315,00 Armenien

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

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

## ENTWICKLUNG DES ANLAGEVERMÖGENS IM GESCHÄFTSJAHR 2015

	ANSCHAFFUNGS- UND HERSTELLUNGSKOSTEN				KUMULIERTE	
	01.01.2015 EUR	Zugänge EUR	Abgänge EUR	31.12.2015 EUR	01.01.2015 EUR	Zugänge EUR
<b>I. Immaterielle Vermögensgegenstände</b>						
1. Entgeltlich erworbene Software	1.760.225,75	35.981,32	167.270,06	1.628.937,01	761.204,98	243.415,41
<b>II. Sachanlagen</b>						
1. Büroausstattung	373.080,31	104.899,92	84.574,29	393.405,94	289.506,73	82.248,52
2. Geschäftsausstattung	552.156,71	162.103,20	166.744,16	547.515,75	492.196,34	66.200,19
	925.237,02	267.003,12	251.318,45	940.921,69	781.703,07	148.448,71
	<b>2.685.462,77</b>	<b>302.984,44</b>	<b>418.588,51</b>	<b>2.569.858,70</b>	<b>1.542.908,05</b>	<b>391.864,12</b>

sowie 8,2 % der gesamten Projektaufwendungen. ÄRZTE OHNE GRENZEN ist bestrebt, der Zweckbindung von Spenden so weit wie möglich zu entsprechen. Es kommt jedoch in Ausnahmefällen vor, dass zweckgebundene Spenden für Länder eingehen, in denen keine Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN tätig ist oder in denen die Projekte bereits ausfinanziert sind. Der Finanzierungsstatus einzelner Projekte lässt sich 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 i. d. R. aktiv Kontakt mit den Spendern aufgenommen und das weitere Verfahren abgestimmt (Freigabe, Umwidmung, Rückerstattung der Spende).
- Im Fall einer Krise oder Katastrophe mit großer medialer Aufmerksamkeit liegt die zweckgebundene Spendensumme in der Regel deutlich höher als insgesamt TEUR 5. Falls in dieser Situation keine zweckentsprechende Verwendung im aktuellen Jahr erfolgen kann, weicht ÄRZTE OHNE GRENZEN von der genannten Standardregelung ab und führt bereits vor Ablauf des Jahres mögliche Freigaben und Umwidmungen durch bzw. versucht im Folgejahr, die Spenden unmittelbar zweckentsprechend einzusetzen. Die Vorgehensweise wird dem jeweiligen Ereignis angepasst.

Weiterhin gehen teilweise Spenden ein, deren Zweckbindung eine gewisse Wahlmöglichkeit offen lässt. In diesen Fällen führt ÄRZTE OHNE GRENZEN eine Zweckpräzisierung durch.

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

Die Fußnoten zur Tabelle auf Seite 62 weisen auf Umwidmungen, Zweckpräzierungen und öffentliche Fördermittel hin.

## KOSTENRECHNUNG

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

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

Aufgrund der Anforderungen der MSF-GAAP wird zwischen direkten und indirekten Kosten unterschieden. Direkte

Kosten werden direkt einer Kostenstelle zugerechnet. Indirekte Kosten werden entsprechend der Anzahl der jeweiligen Mitarbeiter auf Kostenstellen verteilt. Die Personalkosten werden entsprechend einem Schlüssel, der die Gehaltsstruktur berücksichtigt, ebenfalls auf die Kostenstellen verteilt.

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

Die Aufwendungen für die Abteilungsleitung Personal und die Abteilungsleitung Medien- und Öffentlichkeitsarbeit werden insgesamt den Kosten der allgemeinen Verwaltung/allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit zugerechnet. Die Aufwendungen für den Internetauftritt werden zu 50 % zu Témoinage und zu 50 % der allgemeinen Verwaltung/allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit zugerechnet. Die Kosten für die Zeitschrift „Akut“ sowie für Informationsschreiben an Spender werden zu 75 % bei Spendenver-

waltung und -werbung und zu 25 % bei Témoinage ausgewiesen. Die Kosten des Jahresberichts werden zu 50 % bei Témoinage und zu 50 % bei allgemeine Verwaltung/allgemeine Öffentlichkeitsarbeit gezeigt.

Die Gesamtaufwendungen im Geschäftsjahr 2015 entfielen auf:

	EUR	%
Projekte und Aufwendungen für Projektmitarbeiter	120.979.332,94	86,3
Projektbetreuung	3.819.239,35	2,7
Témoinage	2.260.595,03	1,6
Sonstige Programme (DNDi)	392.800,00	0,3
<b>Summe satzungsgemäße Aufwendungen</b>	<b>127.451.967,32</b>	<b>90,9</b>
Spendenverwaltung und -werbung	9.830.380,87	7,0
Allgemeine Verwaltung/allg. Öffentlichkeitsarbeit	2.931.780,45	2,1
<b>Summe Verwaltungs- und Werbekosten</b>	<b>12.762.161,32</b>	<b>9,1</b>
	<b>140.214.128,64</b>	<b>100,0</b>

Der Anteil der Verwaltungs- und Werbekosten an den Gesamtkosten betrug demnach 9,1 % (Vorjahr: 10,9 %).

## SONSTIGE ANGABEN

Die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN untergliedert sich in die folgenden sechs Abteilungen: Geschäftsführung, Finanzen und allgemeine Verwaltung, Medien- und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Abteilungen für Personal, Projekte und Spenden. Die durchschnittliche Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (ermittelt nach § 267 HGB) am Standort Deutschland betrug im Geschäftsjahr 2015 (in Klammern Vorjahresangabe):

Vollzeitbeschäftigte	79	(68)
Teilzeitbeschäftigte	37	(36)
Studierende	50	(42)

Die durchschnittliche Anzahl der Projektmitarbeiter auf Grundlage von Vollzeitjahresstellen betrug 101 (Vorjahr 98). Die Kosten für die Projektmitarbeiter wurden von der deutschen Sektion an andere Sektionen von ÄRZTE OHNE GRENZEN

weiterberechnet. Des Weiteren waren im Geschäftsjahr 2015 durchschnittlich 6 (Vorjahr 9) Praktikantinnen und Praktikanten und 4 (Vorjahr 4) ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für ÄRZTE OHNE GRENZEN tätig.

### Vereinsregister und Satzung

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

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

### Organe des Vereins

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

### a) Mitgliederversammlung

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

- Entgegennahme des Jahresberichts des Vorstands sowie die Entlastung des Vorstands

- Entgegennahme des Jahresberichts des Aufsichtsrats sowie die Entlastung des Aufsichtsrats

- Wahl und Abberufung der Mitglieder des Vorstands und des Aufsichtsrats

- Beschlussfassung über die Vergütung von Vorstandsämtern

- Festsetzung der Rahmenbedingungen für die Vergütung der Vorstandstätigkeit

- Beschlussfassung über Änderung der Satzung und über die Auflösung des Vereins

- Entscheidungen über Widersprüche gegen Beschlüsse des Vorstands über einen Vereinsausschluss bzw. einen abgelehnten Aufnahmeantrag.

Mindestens einmal im Jahr findet eine ordentliche Mitgliederversammlung statt.

## ABSCHREIBUNGEN

## BUCHWERTE

Abgänge EUR	31.12.2015 EUR	31.12.2015 EUR	31.12.2014 EUR
167.250,06	837.370,33	791.566,68	999.020,77
83.566,89	288.188,36	105.217,58	83.573,58
165.006,04	393.390,49	154.125,26	59.960,37
248.572,93	681.578,85	259.342,84	143.533,95
<b>415.822,99</b>	<b>1.518.949,18</b>	<b>1.050.909,52</b>	<b>1.142.554,72</b>

## b) Vorstand

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

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

Ferner ist der Vorstand verantwortlich für die Umsetzung der Satzung in langfristige Programmpläne für ÄRZTE OHNE GRENZEN.

Gemäß § 11 der Satzung besteht der Vorstand aus dem/der Vorsitzenden, dem/der stellvertretenden Vorsitzenden, dem/der Schatzmeister/in, dem/der Schriftführer/in und bis zu sieben weiteren Mitgliedern. Alle Genannten müssen ordentliche Mitglieder des Vereins sein.

Bis zu drei Vorstandsmitglieder können aufgrund ihrer besonderen Qualifikation oder aus dem internationalen Netzwerk für eine Amtsperiode von zwei Jahren kooptiert werden. Die anderen Mitglieder des Vorstands werden nach § 12 der Satzung für eine erste Amtsperiode von drei Jahren gewählt; jede weitere Amtsperiode beträgt zwei Jahre.

Dem Vorstand gehören bzw. gehörten 2015 an:

**Dr. med. Volker Westerbarkey**, Berlin, Arzt – Vorsitzender seit 05/2015, davor stellvertretender Vorsitzender  
**Dr. med. Tankred Stöbe**, Berlin, Arzt – Vorsitzender bis 05/2015 (im Vorstand bis 06/2015)  
**Dr. med. Maximilian Gertler**, Berlin, Arzt – stellvertretender Vorsitzender seit 06/2015  
**Andreas Brühle**, Zürich/Schweiz, Manager, kooptiert – Schatzmeister  
**Klaus Konstantin**, Braunschweig, Arzt – Schriftführer  
**Dr. med. Kai Braker**, Berlin, Arzt  
**Michel Farkas**, Amsterdam/Niederlande, Manager, kooptiert  
**Katja Hilgenstock**, Ulm, Chirurgin  
**Dr. med. Anja Junker**, Berlin, Ärztin  
**Dr. med. Jantina Mandelkow**, Berlin, Ärztin

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 232,30 pro Tag für Tätigkeiten, die über den Rahmen der allgemeinen Vorstandstätigkeiten hinausgehen.

Das maximale jährliche Honorar ist limitiert auf EUR 24.159,20 und betrug für 2015 für beide Vorsitzenden zusammen EUR 24.159,12.

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

## c) Aufsichtsrat

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

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

Der Vorstand informiert den Aufsichtsrat über die strategische Ausrichtung des Vereins und erörtert mit ihm in regelmäßigen Abständen den Stand der Strategieumsetzung.

Der Aufsichtsrat legt der Mitgliederversammlung einen Bericht über seine Beurteilung der satzungs- und ordnungsgemäßen Tätigkeit des Vorstands vor.

Der Aufsichtsrat besteht aus drei Personen. Ihm gehörten 2015 bzw. gehören an:

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

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

## d) Geschäftsführung

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

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

- Berichts-, Kontroll- und Rechnungswesen
- Bereitstellung erforderlicher Arbeitsmittel für Vorstand, Mitglieder und Aufsichtsrat.

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

Seit dem 15. Juni 2014 ist Florian Westphal, Berlin, Geschäftsführer als besonderer Vertreter im Sinne des § 30 BGB. Im Jahr 2015 erhielt der Geschäftsführer von ÄRZTE OHNE GRENZEN ein Bruttogehalt in Höhe von EUR 95.302,92 (inklusive 13. Monatsgehalt).

## Honorar des Abschlussprüfers

Das im Aufwand des Geschäftsjahres 2015 enthaltene Honorar des Abschlussprüfers beträgt EUR 26.776,41 und entfiel auf Prüfungsleistungen.

## Vergütungsstruktur

In der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN werden neun Gehaltsgruppen unterschieden. Jede Position wird auf der Grundlage verschiedener Kriterien (z. B. Grad der Verantwortung, geforderte Kompetenzen) einer Gehaltsgruppe zugeordnet. Innerhalb einer Gehaltsgruppe gibt es zudem 13 Gehaltsstufen, die die jeweilige Berufserfahrung bzw. Organisationszugehörigkeit reflektieren. Es werden 13 Monatsgehälter gezahlt. Die Vergütungen in den Gehaltsgruppen auf Monatsbasis betragen im Jahr 2015 brutto:

Gruppe	Position	von EUR	bis EUR
1	z. B. Hilfskräfte	2.233	3.182
2	z. B. Assistenten	2.433	3.467
3	z. B. Referenten	2.652	3.779
4	z. B. Referenten	2.891	4.119
5	z. B. Koordinatoren	3.129	4.458
6	z. B. Koordinatoren	3.411	4.860
7	Abteilungsleiter	3.718	5.297
8	Leiter Projektmanagement	4.052	5.774
9	Geschäftsführer	5.142	7.327

Die drei höchsten Jahresgesamtbezüge betragen im Jahr 2015 brutto:

## Geschäftsführer

EUR 95.302,92

## Medizinischer Leiter Projektmanagement

EUR 82.787,17

## Leiter Projektmanagement

EUR 78.103,42

## Mitgliedschaft

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

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

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

## Steuerliche Verhältnisse

ÄRZTE OHNE GRENZEN wird unter der Steuernummer 27/672/52443 beim Finanzamt für Körperschaften I in Berlin geführt.

Mit vorläufigem Bescheid vom 11. Dezember 2015 wurde dem Verein die Freistellung von der Körperschaft- und Gewerbesteuer für das Kalenderjahr 2014 erteilt, da der Verein ausschließlich und zweckgebunden 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 2015 betrug das Stiftenkapital TEUR 3.260. Darin enthalten sind Zustiftungen des Geschäftsjahres 2015 in Höhe von TEUR 772. Die Erträge beliefen sich 2015 auf TEUR 94. Das Jahresergebnis lag bei TEUR -1. Ferner besteht zum 31. Dezember 2015 ein Treuhandvermögen in

Höhe von TEUR 1.675 aus unselbstständigen, nicht rechtsfähigen Stiftungen, die von der ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung, München, treuhänderisch verwaltet werden.

Hauptaktivität der ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung war 2015 die Organisation und Förderung des XVII. Humanitären Kongresses mit rund 800 Teilnehmern. Ferner stellte die ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung, München, der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN Mittel für die Förderung eines Projekts im Tschad (TEUR 6) zur Verfügung.

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

Berlin, 13. April 2016

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

Der Vorstand und die Geschäftsführung

**ZUORDNUNG DER ERTRÄGE UND AUFWENDUNGEN DES GESCHÄFTSJAHRES 2015 NACH SPARTEN UND FUNKTIONEN**

	Summe		Ideell					Summe	Vermögens- verwaltung	Wirtschaftl. Geschäftsbetr.				
	EUR	EUR	Erträge	Projekte und Projektmitarbeiter	Projekt- betreuung	Témoignage	Sonstige Programme				Spendenverwaltung und -werbung	Allg.-Verwaltung/allg. Öffentlichkeitsarbeit	EUR	EUR
<b>Spenden und Zuwendungen</b>														
a) Spenden	115.612.286,05	115.612.286,05										115.612.286,05		
b) Bußgelder	2.499.371,36	2.499.371,36										2.499.371,36		
c) Mitgliedsbeiträge	12.826,00	12.826,00										12.826,00		
d) Erbschaften	8.938.787,68	8.938.787,68										8.938.787,68		
e) Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln	3.850.000,00	3.850.000,00										3.850.000,00		
	<b>130.913.271,09</b>	<b>130.913.271,09</b>										<b>130.913.271,09</b>		
<b>Sonstige betriebliche Erträge</b>	<b>5.157.714,77</b>	<b>4.460.173,44</b>		<b>50.589,65</b>		<b>17.868,93</b>	<b>0,00</b>	<b>66.950,42</b>	<b>66.844,74</b>		<b>4.662.427,18</b>	<b>495.112,46</b>		<b>175,13</b>
<b>Projektaufwand</b>	<b>-118.380.325,00</b>	<b>-116.519.159,50</b>		<b>-1.033.383,50</b>		<b>-434.982,00</b>	<b>-392.800,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>		<b>-118.380.325,00</b>	<b>0,00</b>		<b>0,00</b>
<b>Personalaufwand</b>														
a) Gehälter	-8.978.010,51	-3.439.261,79		-1.812.633,68		-615.860,58		0,00	-2.324.903,26		-8.978.010,51			0,00
b) Soziale Abgaben	-1.763.258,91	-653.803,16		-363.085,05		-123.361,81		0,00	-465.696,75		-1.763.258,91			0,00
	<b>-10.741.269,42</b>	<b>-4.093.064,95</b>		<b>-2.175.718,73</b>		<b>-739.222,39</b>	<b>0,00</b>	<b>-2.790.600,01</b>	<b>-942.663,34</b>		<b>-10.741.269,42</b>	<b>0,00</b>		<b>0,00</b>
<b>Abschreibungen</b>	<b>-391.864,12</b>	<b>0,00</b>		<b>-128.002,22</b>		<b>-44.616,48</b>	<b>0,00</b>	<b>-165.587,59</b>	<b>-53.657,83</b>		<b>-391.864,12</b>	<b>0,00</b>		<b>0,00</b>
<b>Sonstige betriebliche Aufwendungen</b>														
a) Reisekosten	-739.123,56	-168.877,86		-122.108,00		-64.261,31		0,00	-323.418,17		-739.123,56			0,00
b) Fremdleistungen	-1.983.968,95	-8.504,51		-48.669,42		-255.762,20		0,00	-1.203.170,17		-1.983.968,95			0,00
c) Porto und Telefon	-2.452.370,15	-642,56		-25.291,72		-337.158,97		0,00	-2.078.193,81		-2.452.370,15			0,00
d) Publikationen	-99.516,94	0,00		-2.920,02		-56.716,44		0,00	-24.592,13		-99.516,94			0,00
e) Information und Werbung	-2.887.680,14	-258,10		-5.302,20		-173.854,14		0,00	-2.703.906,99		-2.887.680,14			0,00
f) Bürokosten	-883.871,20	-11.769,33		-246.230,46		-129.152,45		0,00	-360.833,21		-883.871,20			0,00
g) Nebenkosten des Geldverkehrs	-86.792,68	0,00		0,00		0,00		0,00	-84.635,59		-86.792,68			0,00
h) Sonstiges	-1.567.346,48	-177.056,13		-31.613,08		-24.868,65		0,00	-95.443,20		-1.567.346,48			0,00
	<b>-10.700.670,10</b>	<b>-367.108,49</b>		<b>-482.134,90</b>		<b>-1.041.774,16</b>	<b>0,00</b>	<b>-6.874.193,27</b>	<b>-1.935.459,28</b>		<b>-10.700.670,10</b>	<b>0,00</b>		<b>0,00</b>
<b>Zinserträge</b>	<b>25.289,52</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>25.289,52</b>			<b>0,00</b>
<b>Ergebnis</b>	<b>-4.117.853,26</b>	<b>130.913.271,09</b>		<b>-116.519.159,50</b>		<b>-3.768.649,70</b>	<b>-392.800,00</b>	<b>-9.763.430,45</b>	<b>-2.864.935,71</b>		<b>-4.638.430,37</b>	<b>520.401,98</b>		<b>175,13</b>

# LAGEBERICHT FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2015

## I. GRUNDLAGEN DER ORGANISATION

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

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

Unter dem Namen „Operational Centre Amsterdam“ arbeiten die Sektionen in den

Niederlanden, Deutschland und Großbritannien zusammen. Die deutsche Sektion beteiligt sich am Operational Centre Amsterdam durch das Management von Projekten im Tschad, in der Zentralafrikanischen Republik, in Simbabwe, in Swasiland, in Usbekistan, in Tadschikistan, in der Russischen Föderation, in Weißrussland, bis 2016 in Papua-Neuguinea sowie ab 2016 in Äthiopien. Zudem ist die Projektabteilung für ein mobiles Schlafkrankheitsprojekt in Zentralafrika verantwortlich.

Im Rahmen einer Partnerschaft unterstützt die Berlin Medical Unit die chirurgischen Projekte des Operational Centres Genf sowie medizinische Qualitätsinitiativen der Operational Centres Amsterdam und Genf.

Darüber hinaus betreibt die deutsche Sektion Fundraising zur Finanzierung von Projekten verschiedener operativer Zentren, rekrutiert Projektmitarbeiter,

berichtet im Rahmen von Témoignage und allgemeiner Öffentlichkeitsarbeit über die Projekte des gesamten Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN, betreibt Lobbyarbeit (Advocacy) für den Zugang zu bezahlbaren Medikamenten sowie für die humanitäre Hilfe und die Einhaltung deren Prinzipien. Témoignage steht für das Berichten über die Situation der Menschen, denen durch die Projekte von ÄRZTE OHNE GRENZEN geholfen wird, und gehört zu den satzungsgemäßen Aufgaben von ÄRZTE OHNE GRENZEN.

Die Finanzierung erfolgt fast ausschließlich durch private Spenden und Zuwendungen und nur in sehr geringem Umfang durch öffentliche Fördermittel und Erträge der Vermögensverwaltung.

Der Sitz der deutschen Sektion ist in Berlin. In Bonn gibt es eine Zweigstelle, die für Personalrekrutierung und Fortbildungen für Projektmitarbeiter zuständig ist sowie bis Ende 2015 für regionale Standwerbung

zuständig war. In Hamburg und ab 2016 auch in Köln gibt es kleine Büros für regionale Standwerbung.

Die Ziele und die Strategie der Organisation sind in einem strategischen Plan für ÄRZTE OHNE GRENZEN in Deutschland festgelegt. Der Plan für die Jahre 2013 bis 2015 wurde für die Jahre 2016 bis 2019 in einem neuen strategischen Plan weiterentwickelt. Dieser wurde im Oktober 2015 vom Vorstand verabschiedet.

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

## II. WIRTSCHAFTSBERICHT UND RECHNUNGSLEGUNG

### 1. Wirtschaftslage

Die ursprünglich für 2015 geplanten Einnahmen von EUR 94,0 Mio. aus privaten Spenden und Zuwendungen sind mit tatsächlichen Einnahmen von insgesamt EUR 116,6 Mio. um 24 Prozent übertraffen worden. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen unerwarteten Zuwachs der Einnahmen von EUR 2,9 Mio. Die Einnahmen im Jahr 2014 waren durch etwa EUR 25,0 Mio. Spenden für unsere Ebola-Projekte in Liberia, Sierra Leone und Guinea außergewöhnlich hoch. Wir hatten deshalb mit einem Rückgang der Spenden gerechnet. Wesentlichen Einfluss auf diese positive Entwicklung hatte zum einen die hohe Bekanntheit von ÄRZTE OHNE GRENZEN durch die Ebola-Krise. Zum anderen berichteten die Medien erneut lange und intensiv über unseren Einsatz für die Flüchtlinge auf ihrem Weg nach und durch Europa sowie über den Angriff auf unser Krankenhaus in Kundus in Afghanistan. Auch das Erdbeben in Nepal sorgte für eine kurzzeitige hohe mediale Aufmerksamkeit. Dennoch beläuft sich der Umfang der Spendeneingänge mit Zweckbindung insgesamt auf lediglich EUR 5,9 Mio. Wir führen dies auf transparente Aussagen zum Spendenbedarf und den Verzicht auf aktive zweckgebundene Spendenwerbung zurück. Die zweckgebundenen Spenden kamen vor allem von Spontanspendern und einigen Großspendern. Wesentlich zum positiven Gesamtergebnis trugen die Einnahmen von Dauerspendern und Großspendern bei, die im Vergleich zum Vorjahr weiter gestiegen sind. Ein außergewöhnlich gutes Resultat sind die Einnahmen von EUR 5,3 Mio. im Bereich Anlass / Event. Immer mehr Spenderinnen und Spender unterstützen als Multiplikatoren die Arbeit von ÄRZTE OHNE GRENZEN durch eigene Aktionen und Sammlungen.

Sämtliche Spenden, die wir im Laufe des Jahres erhalten haben sowie die EUR 11,0 Mio., die wir im Jahr 2014 erhalten hatten, aber nicht mehr für die Projekt-

finanzierung verbrauchen konnten, konnten abzüglich der Kosten am Standort Deutschland im Jahr 2015 in den Projekten des weltweiten Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN verwendet werden.

Wichtigste Träger des langfristigen Wachstums unserer Organisation sind und bleiben unsere Dauerspender, deren Anzahl wir bis zum Jahresende von 145.000 auf mehr als 172.000 steigern konnten. Darin enthalten sind mehr als 1.800 Ärztinnen und Ärzte, die sich dauerhaft in unserem Partnerarzt-Programm „Ärzte für Ärzte“ engagieren. Die Ausgaben für Spendenverwaltung und -werbung sind 2015 gegenüber dem Vorjahr nur leicht von EUR 9,6 Mio. auf EUR 9,8 Mio. gestiegen. Investiert haben wir in den Bereichen Online und Großspender. Weniger haben wir hingegen für Mailings ausgegeben. Im Laufe des Jahres haben wir auf mehrere Mailings verzichtet, da absehbar war, dass die Spendenbereitschaft unserer Spenderinnen und Spender zur Erfüllung unserer Finanzierungsziele auch ohne zusätzliche Impulse ausreichte.

Der Verein ÄRZTE OHNE GRENZEN erhielt im Jahr 2015 Zuwendungen in Höhe von EUR 6.000 (2014: EUR 443.000) aus der ihm nahe stehenden ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung, die satzungsgemäß in Projekte von ÄRZTE OHNE GRENZEN flossen. Der außergewöhnlich hohe Betrag im Vorjahr war hauptsächlich auf die Zuwendung einer anderen Stiftung zurückzuführen. Die Erträge aus dem Kapital der Stiftung sind aufgrund der niedrigen Zinssätze weiter leicht zurückgegangen. Das Stiftungskapital hingegen stieg zum Jahresende durch mehrere Zustiftungen um EUR 0,8 Mio. auf EUR 3,3 Mio. an. Die Stiftung organisierte auch 2015 wieder den Humanitären Kongress und finanzierte ihn mit.

Die Zuwendungen aus öffentlichen Fördermitteln sind im Jahr 2015 mit EUR

3,9 Mio. auf dem Niveau des Vorjahres geblieben, wobei der Beantragungsprozess verbessert und damit der Verwaltungsaufwand verringert werden konnte. ÄRZTE OHNE GRENZEN nimmt grundsätzlich keine öffentlichen Fördermittel für

Kontexte an, in denen Deutschland militärisch aktiv ist oder es andere Interessenkonflikte gibt, die die Unabhängigkeit der Hilfe gefährden könnten. Alle öffentlichen Mittel kamen auch 2015 vom Auswärtigen Amt.

### 2. Ertragslage

	2015		2014		Veränderung	
	TEUR	%	TEUR	%	TEUR	%
Mittelaufkommen	136.071	100,0	112.095	100,0	23.976	21,4
Mittelverwendung	-140.214	-103,0	-111.500	-99,5	-28.714	25,8
Betriebsergebnis	-4.143	-3,0	595	0,5	-4.738	<-100
Finanzergebnis	25	0,0	49	0,1	-24	-49,0
<b>Jahresergebnis</b>	<b>-4.118</b>	<b>-3,0</b>	<b>644</b>	<b>0,6</b>	<b>-4.762</b>	<b>&lt;-100</b>

Das **Mittelaufkommen** resultiert aus den vereinnahmten privaten Spenden und Zuwendungen ohne Einnahmen aus Kooperationen (EUR 127,0 Mio.), öffentlichen Zuwendungen (EUR 3,9 Mio.) sowie sonstigen betrieblichen Erträgen (EUR 5,2 Mio.). Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies einen Zuwachs des Mittelaufkommens um EUR 24,0 Mio. Dieser ist im Wesentlichen durch den ertragswirksamen Verbrauch von EUR 11,0 Mio. Spenden begründet, die 2014 eingenommen, aber erst 2015 in den Projekten eingesetzt werden konnten. Die sonstigen betrieblichen Erträge sind im Wesentlichen aufgrund einer gestiegenen Zahl an Ausreisen deutscher Projektmitarbeiter und der daraus resultierenden Erstattung von Personalkosten durch andere Sektionen um EUR 1,4 Mio. gestiegen.

Die **Mittelverwendung** besteht zum größten Teil aus Aufwendungen für Projekte des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN (EUR 118,4 Mio.). Die deutsche Sektion stellt diese Mittel aufgrund vertraglicher Vereinbarungen

den jeweiligen projektverantwortlichen Sektionen zur Verfügung. Die Projektmittel konnten im Jahr 2015 um EUR 26,7 Mio. gesteigert werden.

Weiterhin fallen unter die Mittelverwendung die Personalaufwendungen (EUR 10,7 Mio.), die im Wesentlichen durch das Wachstum der darin enthaltenen Personalaufwendungen für Projektmitarbeiter (EUR 4,1 Mio.) gestiegen sind. Diese werden kostenneutral an andere Sektionen weiterbelastet.

Die Abschreibungen sind mit EUR 0,4 Mio. im Vergleich zum Vorjahr auf dem gleichen Niveau geblieben. Die sonstigen betrieblichen Aufwendungen stiegen um EUR 0,3 Mio. auf EUR 10,7 Mio., was im Wesentlichen auf Investitionen im Bereich Fundraising zurückzuführen ist.

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

### 3. Finanzlage

	2015	2014	Veränderung	
	TEUR	TEUR	TEUR	%
Cashflow aus laufender Tätigkeit	-20.329	18.343	-38.672	-210,8
Cashflow aus Investitionstätigkeit	-303	-228	-75	32,9
Cashflow	-20.632	18.115	-38.747	-213,9
Finanzmittelbestand Periodenbeginn	36.223	18.108	18.115	100,0
Finanzmittelbestand Periodenende	15.591	36.223	-20.632	-57,0

Zum Ende des Geschäftsjahres ist der Finanzmittelbestand im Vergleich zum Vorjahr stark zurückgegangen. Im Vorjahr war er durch die hohen Spendeneinnahmen im Zusammenhang mit der Ebola-Krise in der zweiten Jahreshälfte stark gestiegen. Finanzmittel werden in Form von kurz- und mittelfristigen Termingeldern gehalten. In geringem Umfang werden kurz-

fristig Wertpapiere (TEUR 88), die aus Erbschaften stammen, gehalten. Für Finanzanlagen gibt es eine Investitions-Richtlinie. Diese sieht vor, dass in risiko-behaftete Anlageformen wie z. B. Aktien oder Derivate von ÄRZTE OHNE GRENZEN selbst nicht investiert wird. Bei der dem Verein nahe stehenden ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung werden in Ausnahmefällen im Rahmen von Treuhandstiftungen auch Aktien oder Aktienfonds gehalten. Vor der Anlage liquider Mittel bei Bankinstituten prüfen wir diese auf ihre Bonität und darauf, ob sie das Geld nicht in Bereichen investieren oder mit solchen verbunden sind, die den Zielen von ÄRZTE

OHNE GRENZEN widersprechen. Dazu gehören u. a. die Rüstungs-, Tabak- und Alkoholindustrie sowie die pharmazeutische Industrie. Zudem ist unser Grundsatz, Spendengelder möglichst direkt für die Arbeit in unseren Projekten einzusetzen. Notwendige Reserven müssen so angelegt werden, dass eine kurz- bis mittelfristige Nutzung der Gelder gewährleistet ist. Unter Berücksichtigung dieser Kriterien soll trotzdem eine angemessene Rendite erzielt werden.

### 4. Vermögenslage

	31.12.2015		31.12.2014		Veränderung	
	TEUR	%	TEUR	%	TEUR	%
<b>VERMÖGEN</b>						
Anlagevermögen	1.051	4,6	1.143	2,9	-92	-8,0
Kurzfristige Forderungen und Wertpapiere	6.003	26,3	2.497	6,2	3.506	>100,0
Flüssige Mittel	15.591	68,4	36.223	90,6	-20.632	-57,0
Abgrenzungsposten	153	0,7	109	0,3	44	40,4
<b>Summe</b>	<b>22.798</b>	<b>100,0</b>	<b>39.972</b>	<b>100,0</b>	<b>-17.174</b>	<b>-43,0</b>
<b>KAPITAL</b>						
Rücklagen	7.799	34,2	11.917	29,8	-4.118	-34,6
Noch nicht verbrauchte Spendenmittel	1.095	4,8	11.830	29,6	-10.735	-90,7
Rückstellungen	490	2,2	478	1,2	12	2,5
Kurzfristige Verbindlichkeiten	13.414	58,8	15.747	39,4	-2.333	-14,8
<b>Summe</b>	<b>22.798</b>	<b>100,0</b>	<b>39.972</b>	<b>100,0</b>	<b>-17.174</b>	<b>-43,0</b>

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

Die Forderungen sind im Wesentlichen aufgrund einer Vorauszahlung an das Operational Centre Genf für 2016 um EUR 3,5 Mio. gestiegen. Darüber hinaus bestehen kurzfristige Forderungen aus Erbschaften. Die Forderungen aus Erbschaften sind Erbschaften, für die zum Bilanzstichtag ein rechtlicher Anspruch vorlag und die zwischen Bilanzstichtag und Aufstellung des Jahresabschlusses zugeflossen sind bzw. deren Wert bei Aufstellung des Jahresabschlusses eindeutig feststand (EUR 1,1 Mio.). Diese Erbschaften sind zum Bilanzstichtag noch nicht satzungsgemäß verwendet und unter dem Posten „Noch nicht verbrauchte Spendenmittel“ abgegrenzt worden (EUR 1,1 Mio.). Dieser Posten ging 2015 stark zurück, weil alle Spendeneinnahmen aus 2015 auch 2015 verbraucht wurden und die EUR 11,0 Mio. Spendeneinnahmen, die 2014 eingenommen, aber

nicht mehr verbraucht werden konnten, 2015 in den Projekten des Netzwerkes verwendet wurden.

Die flüssigen Mittel sind zum Jahresende im Vergleich zum Vorjahr stark zurückgegangen. Im Vorjahr waren sie aufgrund der hohen Einnahmen im Zusammenhang mit der Ebola-Krise in der zweiten Jahreshälfte besonders hoch.

Die Gewinn- und Verlustrechnung weist einen Jahresfehlbetrag von EUR 4,1 Mio. aus, der durch eine Entnahme aus den Rücklagen gedeckt wird. Die Rücklagen reichen jedoch weiterhin aus, finanzielle Risiken abzusichern.

Die Rückstellungen bleiben auf dem Vorjahresniveau.

Wie im Vorjahr bestehen zum Bilanzstichtag kurzfristige Verbindlichkeiten aufgrund noch ausstehender Zahlungen von Projektmitteln für 2015, die erst Anfang 2016 abgeflossen sind. Sie sind in der Höhe etwas niedriger als im Vorjahr.

### 5. Finanzielle und nichtfinanzielle Leistungsindikatoren

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

Zur besseren Überwachung der Kernaufgaben nutzen wir zusätzlich zu unseren finanziellen Kennzahlen weitere Leistungsindikatoren, die als wichtige Grundlage für die Steuerung der Geschäftstätigkeit der Organisation dienen. Die Tabelle auf Seite 68 gibt einen Überblick über die wichtigsten zur Steuerung verwendeten Kennzahlen.

#### Projektbetreuung

Im Jahr 2015 koordinierte die Projektabteilung der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN 24 Projekte in neun Ländern (2014: 25 Projekte in acht Ländern) sowie ein mobiles Team zur Behandlung der Schlafkrankheit.

Im Tschad ist die medizinische Versorgung für die ansässige Bevölkerung weiterhin unzureichend, es kommt immer wieder zu Epidemien. Viele Kinder leiden an schwerer Mangelernährung. Nach

Anschlägen am Tschadsee durch die sogenannte Islamic State's West Africa Province (ISWAP), auch bekannt als Boko Haram, unterstützten die Teams die Gesundheitsbehörden bei der Versorgung von Verletzten, indem sie Mitarbeiter schulten und medizinische Hilfsgüter verteilten. In Am Timan im Südosten des Landes behandelten wir vor allem Kinder medizinisch und sorgten für sichere Geburten. Hier nahm das Team 24.433 (2014: 20.686) ambulante Behandlungen vor. Aufgrund einer Ernährungskrise in Bokoro eröffnete ÄRZTE OHNE GRENZEN im Sommer 2015 wie in den Vorjahren ein Nothilfprojekt für mangelernährte Kinder. 4.152 (2014: 4.760) Kinder wurden behandelt. Das Nothilfprojekt in Tissi, das sich vor allem an Flüchtlinge aus Darfur, einer umkämpften Region im benachbarten Sudan richtete, wurde im Juni 2015 geschlossen. Die Flüchtlinge waren nach Darfur zurückgekehrt.

In dem chirurgischen Projekt in Abéché führten die Teams im Jahr 2015 928 (2014: 909) größere Operationen durch. In 149 (2014: 190) Fällen war bewaffnete Gewalt die Ursache für die Verletzungen. Nach einem Masern-Ausbruch im Osten des Landes impften unsere Teams in drei

Regionen insgesamt 79.798 Kinder und Jugendliche gegen Masern.

Der Konflikt zwischen verschiedenen bewaffneten Gruppen führte in der Zentralafrikanischen Republik im Jahr 2015 unvermindert zu extremer Gewalt gegen die Zivilbevölkerung. Trotz der teilweise sehr schwierigen Sicherheitslage, konnten wir an drei Hauptstandorten medizinische Nothilfe leisten. In der umkämpften Region Ouaka versorgten wir weitere Patientinnen und Patienten in Dörfern, die aufgrund der unsicheren Straßen und der Gewalt von jeglicher Gesundheitsversorgung abgeschnitten waren. Das Projekt in Bambari entwickelte sich von einem akuten Notfallprojekt zu einem längerfristigen Projekt. Die mobilen Kliniken fahren jetzt regelmäßig an einem festgelegten Tag in die Dörfer und geben damit den Bewohnern die Möglichkeit, ihre Besuche besser zu planen. Wir haben 2.391 Kinder gegen Masern geimpft, 38.407 Malaria-Patienten behandelt und 63.654 ambulante Konsultationen durchgeführt.

In Boguila, wo ÄRZTE OHNE GRENZEN seit 2007 umfangreiche medizinische Hilfe anbietet, musste das Projekt aufgrund der sehr schlechten Sicherheitslage weiter in

reduzierter Form betrieben werden. Zentralafrikanische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versorgten die Bevölkerung ambulant. Internationale Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besuchten das Projekt zwei Mal im Monat, um es zu unterstützen. Im Jahr 2015 wurden 79.278 (2014: 194.157) ambulante Konsultationen abgehalten und 56.919 (2014: 157.676) Malaria-Patienten behandelt.

In Bossangoa, wo sich die Lage stabilisiert hat, konnten wir einige der Aktivitäten an die Gesundheitsbehörden zurückgeben, unter anderem die Malaria-Stationen in mehreren Dörfern und Teile der ambulanten Hilfe. Die Patientenzahlen sind nach wie vor hoch und stellen die Teams in dem von ÄRZTE OHNE GRENZEN geführten Krankenhaus vor große Herausforderungen. Wir hielten 137.533 (2014: 191.633) ambulante Konsultationen ab, behandelten 105.992 (2014: 136.011) Malaria-Patienten und führten 711 (2014: 833) größere chirurgische Eingriffe durch. Im Krankenhaus in Bossangoa haben wir im Jahr 2015 eine Intensivstation neu gebaut.

In Zémio, wo der Konflikt sich weniger stark auswirkte als in vielen anderen Landesteilen, konzentrierten wir uns weiterhin auf ein umfangreiches Programm zur

Behandlung von HIV- und TB-Patienten. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit ist die Geburtshilfe. Zudem behandelten die Teams Patienten ambulant und stationär.

**Simbabwe** gehört nach wie vor zu den Ländern, die weltweit am stärksten von HIV betroffen sind. In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium bot **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Epworth eine umfassende Versorgung für Patientinnen und Patienten mit komplizierten Verläufen von HIV und multiresistenter Tuberkulose (MDR-TB) an. Im Jahr 2015 wurden 423 Patienten neu aufgenommen, die sowohl TB hatten als auch HIV-positiv waren. Auch TB-krankte Kinder wurden behandelt. Im Chikurubi-Gefängnis in Harare boten wir in der Abteilung für psychisch Kranke soziale und psychologische Hilfe an. Ende 2015 eröffnete **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Harare in einem Krankenhaus eine psychiatrische Station. Damit können psychisch Kranke behandelt werden, ohne in Haft genommen und damit kriminalisiert zu werden.

In **Swasiland** ist die Rate der Menschen, die sowohl mit HIV als auch mit TB infiziert sind, eine der höchsten weltweit. Das Ziel von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ist es, HIV-Patienten, die auch an TB erkrankt sind, eine kostenfreie und wirksame Behandlung zu ermöglichen. In Matsapha begannen 1.304 HIV-Patienten eine Therapie mit antiretroviralen Medikamenten. In Matsapha und Mankayane wurden insgesamt 481 (2014: 685) neue Patienten mit herkömmlicher TB und 82 (2014: 67) Patienten mit MDR-TB aufgenommen. Da im Land Patientinnen und Patienten mit MDR-TB und extrem resistenter Tuberkulose (XDR-TB) nicht ausreichend behandelt werden können, starteten wir in Moneni ein Projekt für diese Patientengruppe.

In **Usbekistan** ist TB sehr weit verbreitet und **ÄRZTE OHNE GRENZEN** setzt sich nach wie vor dafür ein, deren Behandlung zu verbessern und für alle Patienten zugänglich zu machen. In der Region Nukus unterstützen wir die Gesundheitsbehörden bei der dezentralen, umfassenden Behandlungen von TB (resistente und herkömmliche Formen). In der Hauptstadt Taschkent baute **ÄRZTE OHNE GRENZEN** das Projekt zur Versorgung von HIV-Patienten weiter aus und behandelte 709 Fälle (2014: 671), bei denen Komplikationen auftraten. Schwierig bleibt, dass unsere Teams nach wie vor keine Patienten selbst aufnehmen dürfen. Sie werden von Ärzten des Gesundheitsministeriums aufgenommen und danach an uns überwiesen.

In **Tadschikistan** setzte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** 2015 das TB-Projekt fort, das der schwierigen Diagnose und Therapie von Kindern gewidmet ist. Das Ziel des Projektes ist es, Kinder mit TB besser diagnostizieren, behandeln und betreuen zu können. 2015 boten unsere Teams die einzige Behandlung für XDR-TB im Land an. Im TB-Kinderkrankenhaus in Duschanbe begannen im Jahr 2015 123 Patienten eine Behandlung gegen herkömmliche TB und 10 Kinder und Angehörige eine Behandlung gegen resistente TB (DR-TB). Die im Jahr 2014 entwickelte kleinkindgerechte Darreichungsform von Medikamenten gegen MDR-TB als Sirup war erfolgreich und wurde im Jahr 2015 zum Standard.

Zudem begannen die Teams, XDR-TB-Patientinnen und -Patienten mit einem neu zugelassenen Medikament zu behandeln. In der Stadt Kulyab bereiteten wir ein Projekt zur Behandlung von Kindern mit HIV vor.

In der **Russischen Föderation** war **ÄRZTE OHNE GRENZEN** 2015 an zwei Standorten aktiv. In der tschetschenischen Hauptstadt Grosny haben wir die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit herkömmlicher TB und MDR-TB an die Gesundheitsbehörden übergeben. Wir konzentrieren uns jetzt auf die Versorgung von Menschen, die an XDR-TB erkrankt sind sowie auf TB-Erkrankte, die gleichzeitig an Diabetes leiden. In Grosny bietet **ÄRZTE OHNE GRENZEN** zudem psychologische Betreuung für Überlebende von Gewalt an. Das Projekt in Moskau, bei dem wir in Kooperation mit einer lokalen Organisation Flüchtlinge und Migranten medizinisch versorgten, haben wir im Dezember 2015 geschlossen. Die Zielgruppe hat jetzt Zugang zu Gesundheitsversorgung von anderen Akteuren. Wir behandelten 3.076 (2014: 738) Patienten ambulant.

In **Weißrussland** hat **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Jahr 2015 damit begonnen, die Behandlung und Therapie von TB-Patienten zu verbessern. Der Anteil an resistenten Formen ist in dem Land extrem hoch. Ein großer Teil der Patienten bricht die Therapie vorzeitig ab. Vor allem Patienten, die an XDR-TB leiden, werden bisher nicht wirksam behandelt. Unser Ziel ist es zudem, Alternativmodelle zur Zwangseinweisung aufzuzeigen. In fünf Einrichtungen in Minsk, in denen TB-Patienten zwangseingewiesen und behandelt werden, wurde die Behandlung von Patienten mit MDR- und XDR-TB unterstützt.

Häusliche und sexuelle Gewalt stellen in **Papua-Neuguinea** ein großes gesellschaftliches Problem dar. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** bot im Jahr 2015 den Überlebenden medizinische und psychologische Betreuung an. In Tari lag der Fokus weiterhin auf der Chirurgie sowie auf dem umfassenden medizinischen und psychologischen Angebot für Überlebende häuslicher und sexueller Gewalt. In diesem Projekt wurden 14.173 ambulante Behandlungen (2014: 12.278) und 916 größere Operationen (2014: 1.190) durchgeführt. 278 Patientinnen und Patienten (2014: 311) wurden nach einer Vergewaltigung erstmals beraten und behandelt. Zudem begleiteten wir 1.295 Geburten (2014: 1.400). Das regionale Programm zur Behandlung von Betroffenen und zur Weiterbildung von Personal wurde im Juni wie geplant an andere Organisationen und die Gesundheitsbehörden übergeben. Damit wurde das Ziel erreicht, umfassende psychologische und medizinische Angebote auf diesem Gebiet in der Region nachhaltig zu etablieren.

Das **mobile Schlafkrankheitsteam** war im Jahr 2015 ausschließlich in äußerst abgelegenen Regionen im Nordosten der Demokratische Republik (D.R.) Kongo aktiv und testete dort bis November 29.313 Menschen auf Schlafkrankheit. 110 positiv getestete Patientinnen und Patienten wurden je nach Befund ambulant oder stationär behandelt. Bei allen war die

	Plan 2016	Ist 2015	Ist 2014
<b>FINANZIELLE INDIKATOREN</b>			
Private Spendeneinnahmen und Zuwendungen zzgl. Einnahmen aus Kooperationen (in Mio. EUR)	121,0	116,6	113,7
Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln (in Mio. EUR)	4,0	3,9	3,8
Kosten am Standort Deutschland (in Mio. EUR) <sup>1</sup>	20,9	18,2	17,0
Kosten für Spendenverwaltung und -werbung (in Mio. EUR)	10,7	9,8	9,6
Return on Investment (in EUR pro EUR) <sup>2</sup>	11,3	11,9	11,8
Social Mission-Ratio (in %) <sup>3</sup>	88,8	90,6	88,8
Verwaltungs- und Fundraising-Ratio (in %) <sup>4</sup>	11,2	9,4	11,2
Finanzmittelbestand (in Mio. EUR)	5,2	15,6	36,2
Zeitraum der Absicherung durch Rücklagen für den Fall von Einnahmeausfällen (in Ausgabenmonaten am Standort Deutschland)	3,0	5,1	6,4
<b>NICHTFINANZIELLE INDIKATOREN</b>			
<b>Personal</b>			
Vermittelte Projekteinsätze <sup>5</sup>	320	345	314
Anteil der Erstausreisen (in %)	30,0	25,5	28,7
Nachbetreuungs-Ratio (in %) <sup>6</sup>	80,0	74,2	77,5
Bindung von Projektmitarbeitern (zweiter Projekteinsätze innerhalb von drei Jahren nach der Erstausreise, in %)	50,0	35,3	34,3
Durchschnittliche Projektzeit (ohne geplante Kurzzeiteinsätze, in Monaten)	6,5	5,9	6,9
Stellen am Standort Deutschland (auf Basis von Vollzeitstellen) <sup>7</sup>	144,28	125,08	112,43
<b>Öffentlichkeitsarbeit/Advocacy<sup>8</sup></b>			
Bruttoreichweite in den zielgruppenrelevanten Medien (in Mio.) <sup>9</sup>	3.000	4.916	(10)
Web-Visits (in Tausend pro Monat) <sup>11</sup>	90,0	86,7	80,2
Vermittelte Interviews mit deutschen Medien	310	430	517
Ungestützte Markenbekanntheit (in %) <sup>12</sup>	36,7	36,7	34,9
Gestützte Markenbekanntheit (in %) <sup>13</sup>	80,5	80,5	78,2
Image (auf einer Skala von 1 – 5) <sup>14</sup>	4,3	4,3	4,3
Bruttoreichweite von Themen der Medikamentenkampagne in den zielgruppenrelevanten Medien (in Mio.)	60	238	(10)

<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 deutschen Verträgen und Verträgen mit anderen Sektionen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**

<sup>6</sup> Anteil der Projektmitarbeiter, die nach der Rückkehr aus den Projekten eine psychosoziale Nachbetreuung wahrnahmen

<sup>7</sup> Einschließlich Standwerbung (Plan 2016: 17,17) und studentischer Aushilfskräfte (Plan 2016: 23,1)

<sup>8</sup> Unter Advocacy ist die Lobbyarbeit für den Zugang zu bezahlbaren Medikamenten (Medikamentenkampagne) und für die humanitäre Hilfe und ihre Prinzipien zusammengefasst

<sup>9</sup> Anzahl der erreichten Kontakte in zielgruppenrelevanten Medien, in denen **ÄRZTE OHNE GRENZEN** erwähnt wird

<sup>10</sup> Bruttoreichweite in zielgruppenrelevanten Medien 2014 noch nicht erfasst

<sup>11</sup> Basierend auf Google Analytics

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

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

<sup>14</sup> Befragung durch TNS-infratest nach elf Eigenschaften

Behandlung erfolgreich. Aufgrund der erhöhten Malaria-Inzidenz in der Bevölkerung testeten wir die Menschen zudem auf Malaria und behandelten die Erkrankten. Im letzten Quartal des Jahres 2015 bereitete das Team einen weiteren Einsatz in der D.R. Kongo vor. Der geplante Einsatz in der Zentralafrikanischen Republik wurde nicht realisiert, nachdem weitere Untersuchungen ergeben hatten, dass dort die Verbreitung der Schlafkrankheit nicht so groß ist wie in der D. R. Kongo.

Die Berlin Medical Unit (BeMU) setzte 2015 ihre medizinisch-technische Beratung der Projekte des „Operational Centre Genf“ in zwei neuen klinischen Fachbereichen (Anästhesie und Chirurgie) fort: ausreisende Projektmitarbeiter wurden vorbereitet, bestehende Projekte regelmäßig vor Ort besucht und neue Projekte bei der Planung und Umsetzung unterstützt. Mit den Fachkollegen der anderen operationalen Zentren des Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN wurde gemeinsam an der Erstellung und Aktualisierung von chirurgisch/anästhesiologischen Protokollen und Richtlinien gearbeitet. Über die Bereiche Chirurgie und Anästhesie hinaus arbeitet die Berlin Medical Unit auch an der nachhaltigen Verbesserung der medizinischen Qualität der Projekte von ÄRZTE OHNE GRENZEN allgemein. Ein erstes, umfassendes Konzept zur Verbesserung der medizinischen Qualität wurde bereits in einem Projekt in Afghanistan realisiert.

#### Personal

Im Jahr 2015 organisierte die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN insgesamt 345 Ausreisen in Projekte weltweit. Das sind deutlich mehr als im Jahr 2014 (314). 117 Ausreisen erfolgten in den Südsudan, die Zentralafrikanische Republik und die D. R. Kongo, wo der Bedarf an qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern weiterhin sehr hoch ist. Neun Ausreisen waren im Rahmen der europäischen Flüchtlingskrise sowohl auf unseren Schiffen im Mittelmeer als auch in den Empfangszentren in Serbien, Griechenland, Italien oder Frankreich und 28 Ausreisen waren weiterhin in Ebola-Projekte. 36,5 Prozent der von Deutschland ausgereisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren Ärztinnen und Ärzte, 19,7 Prozent kamen aus anderen medizinischen Berufen (z. B. Pflegepersonal und Hebammen) und 43,8 Prozent aus nicht-medizinischen Berufen (z. B. Logistiker, Finanz- und Personalkoordinatoren).

Um auf eine Mitarbeit aufmerksam zu machen und um qualifizierte Personen anzusprechen, informierten wir mit elf Webinaren und 41 Informationsveranstaltungen mit insgesamt 1.892 Teilnehmerinnen und Teilnehmern über die Möglichkeit der Mitarbeit in den Projekten. Im Jahr 2015 erhielt ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland 352 Bewerbungen für Projektstellen. Dies waren zwar weniger Bewerbungen als im Vorjahr (2014: 394), dafür war die Aufnahmequote aufgrund von verbesserten Informationen auf unserer Website wesentlich höher. Das Bonner Büro organisierte 2015 zwölf fünftägige Vorbereitungskurse für 324 neue Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter aus der

ganzen Welt. ÄRZTE OHNE GRENZEN hat außerdem wie in den Vorjahren in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf einen internationalen chirurgischen Workshop organisiert, der 26 Chirurginnen und Chirurgen von ÄRZTE OHNE GRENZEN ein praktisches Training und einen professionellen Austausch ermöglichte. Auch während ihrer Tätigkeit im Ausland werden die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter vom deutschen Büro von ÄRZTE OHNE GRENZEN aus unterstützt. Ebenfalls legen wir großen Wert auf eine sorgsame Nachbereitung, um dabei unter anderem möglichst viele für weitere Projekteinsätze zu motivieren.

Die besonderen Herausforderungen bei der Rekrutierung von Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern bestehen darin, ausreichend qualifizierte, französischsprachige sowie möglichst projekterfahrene Mitarbeiter zu finden bzw. an uns zu binden. Außerdem entsteht durch sich ändernde Projekte des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN immer wieder Bedarf an neuen, teilweise sehr spezialisierten Mitarbeiterprofilen. Um diesem zu begegnen, haben wir im Jahr 2015 unsere Strategie für die Anwerbung und Bindung von Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern überarbeitet. Diese beinhaltet eine zielgruppengenaue Anwerbung, kompetenzbezogene Auswahlverfahren und die Stärkung der organisationsinternen Karriereplanung.

#### Öffentlichkeitsarbeit / Advocacy

ÄRZTE OHNE GRENZEN war in Deutschland im Jahr 2015 stark in den Medien präsent, vor allem mit dem Schicksal von Flüchtlingen sowie den Angriffen auf unser Krankenhaus in Kundus (Afghanistan) und weitere von uns geführte bzw. unterstützte Krankenhäuser in Syrien und Jemen. Zudem stand die Behandlung von und Forschung zu arbeitsassoziierten und vernachlässigten Krankheiten, wie die abklingende Ebola-Epidemie in Westafrika, im Zentrum zahlreicher Interviews und Gespräche mit politischen Entscheidungsträgern. Von den 430 Interviews, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN 2015 für Print-, TV-, Hörfunk und Onlinemedien gaben, lassen sich knapp zwei Drittel (273) diesen drei Themenkomplexen (Flüchtlinge, Angriffe auf Krankenhäuser und arbeitsassoziierte und vernachlässigte Krankheiten) zuordnen (2014: insgesamt 517 Interviews). Im Oktober, dem Monat des Angriffs auf die Klinik in Kundus, erzielten wir neue Höchstwerte bei den Webvisits (136.225 – Monatsdurchschnitt 86.733) und der Facebook-Reichweite (256.192, monatlicher Durchschnitt 2015: 66.797). Insgesamt wurde ÄRZTE OHNE GRENZEN 2015 in TV- und Printmedien 6.873 Mal genannt (2014: rund 8.500). Der Bekanntheitsgrad von ÄRZTE OHNE GRENZEN stieg weiter und erreichte 84 Prozent (gestützte Abfrage der Bekanntheit „gemeinnütziger Organisationen“ von TNS infratest; im Jahr 2014 82 Prozent).

Das Spendermagazin „Akut!“ wurde dreimal an die Leser verschickt. Die durchschnittliche Auflage betrug 264.533 (2014: 181.400). Zudem sprechen wir Zielgruppen immer differenzierter an, etwa Ärzte mit

dem „Akut med“, Firmen mit dem „Jahresbericht kompakt“ oder Nutzer digitaler Medien mit E-Mailings. Im Rahmen unserer Strategie zur Nutzung digitaler Medien haben wir zudem erstmals das Multimedia-Tool Scrollytelling eingesetzt und konnten die Zahl der Facebook-Fans auf 172.356 steigern (2014: 137.708), die der Twitter-Follower auf 17.251 (2014: 14.463).

Die Ausstellung „Im Einsatz mit ÄRZTE OHNE GRENZEN“ wurde an insgesamt 27 Ausstellungstagen in Erfurt, Hamburg, Stuttgart und Oldenburg gezeigt und von mehr als 10.200 Menschen besucht (2014: 33 Ausstellungstage, rund 8.300 Besucher). Im Laufe des Jahres haben zurückgekehrte Projektmitarbeiter die Öffentlichkeit mit 126 Veranstaltungen über ihre Arbeit mit ÄRZTE OHNE GRENZEN informiert (2014: 114). Darüber hinaus thematisierten wir in 35 Vorträgen Aspekte der humanitären Hilfe und unserer Medikamentenkampagne. Acht Werkstattgespräche besuchten jeweils bis zu 50 Menschen.

Zu unserer Frühjahrskonferenz zum Thema Ebola kamen rund 200 Vertreterinnen und Vertreter aus der humanitären Hilfe, der Zivilgesellschaft, der Wissenschaft sowie der Politik und Redner aus Afrika und Europa. Ziel war, das Versagen der internationalen Gemeinschaft während der Epidemie zu analysieren und zum Ausgangspunkt konstruktiver Vorschläge für die zukünftige Bekämpfung von Epidemien zu machen. In einer öffentlichen Anhörung des Bundestags-Ausschusses für Menschenrechte und humanitäre Hilfe machte unser Geschäftsführer auf die Defizite der humanitären Hilfe und akuten Notsituationen in Konfliktgebieten aufmerksam. In insgesamt rund 60 Advocacy-Gesprächen mit Abgeordneten, Mitarbeitern aus Ministerien einschließlich der Leitungsebene des Kanzleramts und drei Ministergesprächen informierten wir über Themen der humanitären Hilfe und unserer Medikamentenkampagne. Auf dem jährlich stattfindenden Humanitären Kongress diskutierten rund 800 Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Thema „Understanding Failure – Adjusting Practice“.

Im Vorfeld des von Deutschland ausgerichteten G7-Gipfels Anfang Juni setzten wir uns dafür ein, dass dort gesundheitspolitische Themen besprochen wurden wie Antibiotika-Resistenzen, Ebola und Forschung zu vernachlässigten Krankheiten. Im Anschluss kritisierten wir öffentlich, dass wenig konkrete Maßnahmen beschlossen wurden. Im Rahmen unseres „Dialog ohne Grenzen“ diskutierten Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und andere Teilnehmer mit unserem Geschäftsführer die Ergebnisse des G7-Gipfels. Durch Gespräche, Briefe und Veranstaltungen setzten wir uns zudem dafür ein, dass mehr öffentliche Mittel in die Erforschung von Krankheiten investiert werden, die vor allem Menschen in ärmeren Ländern betreffen. Zusammen mit anderen Nicht-Regierungsorganisationen erreichten wir, dass ein öffentliches Förderprogramm zu diesem Thema verlängert und aufgestockt wird.

Weiterer Schwerpunkt unserer Öffentlichkeitsarbeit und Advocacy war die Kampagne für preiswertere Impfstoffe, insbesondere gegen Pneumokokken. Zur Wiederauffüllungskonferenz der Impfallianz Gavi in Berlin machten wir im Januar 2015 auf die weiterhin zu hohen Kosten aufmerksam und veröffentlichten die zweite Auflage der Publikation „The Right Shot“. Zum Welttag gegen die Lungenerkrankung am 12. November starteten wir die Petition „A Fair Shot – Bezahlbarer Impfstoff für jedes Kind“. Darin fordern wir die Pharmaunternehmen GlaxoSmithKline und Pfizer auf, die Preisgestaltung für ihren Pneumokokken-Impfstoff transparent zu machen und sie auf maximal fünf US-Dollar (für alle drei Impfdosen) zu senken.

### III. NACHTRAGSBERICHT

Zwischen dem Bilanzstichtag 31. Dezember 2015 und dem Zeitpunkt der Aufstellung des Jahresabschlusses sind keine wesentlichen Ereignisse eingetreten.

## IV. PROGNOSE-, CHANCEN- UND RISIKOBERICHT

### 1. Prognose

Nach dem erneut sehr einnahmestarken Jahr 2015 planen wir für 2016 mit Einnahmen aus privaten Spenden und Zuwendungen in Höhe von EUR 121,0 Mio. Dies entspricht einem Anstieg um EUR 4,4 Mio (3,8 Prozent) und geht von einer weiteren Steigerung in allen Bereichen unserer Spendeneinnahmen aus. Katastrophen mit hoher medialer Aufmerksamkeit, bei denen wir erfahrungsgemäß zusätzliche Spenden erhalten, sind dabei auch berücksichtigt, wobei diese nicht vorhersehbar sind.

Ein wesentlicher Fokus unserer Aktivitäten im Jahr 2016 wird wieder auf der Bindung bestehender und Gewinnung neuer Dauerspender liegen. Bei der Standortwerbung zur Gewinnung von Dauerspendern werden wir die Erfassung der Daten durch den Einsatz von Tablets digitalisieren und damit die Gewinnung dieser Spendergruppe moderner und effizienter gestalten. Die Zielgruppe der Ärzte möchten wir verstärkt durch Standortwerbung auf Kongressen ansprechen. Eine umfangreiche Analyse und Revision unserer Kündigungs- und Rückgewinnungsprozesse wird weiteres Potential zur Reaktivierung ehemaliger Dauerspender aufdecken und erschließen.

Mit einer speziellen Werbekampagne wollen wir 2016 außerdem beginnen, auch Firmen als regelmäßige Spender zu gewinnen. Grundlage bleibt dabei unsere Richtlinie für Unternehmensspenden, die es uns untersagt, Gelder von Firmen anzunehmen, die in Bereichen tätig sind, die den Zielen von ÄRZTE OHNE GRENZEN widersprechen. Dazu gehören u. a. die Rüstungs-, Tabak- und Alkoholindustrie sowie die pharmazeutische Industrie.

Um die effiziente Verwaltung und Betreuung der in den vergangenen zwei Jahren stark gestiegenen Zahl an Spenden und Spendern weiter sicherzustellen, wollen wir im Jahr 2016 den Bereich Spenderbetreuung und -verwaltung in zwei Arbeitsbereiche aufteilen. Damit können wir uns besser auf die Betreuung konzentrieren und gleichzeitig die Verwaltungsprozesse optimieren. Investitionen im Bereich Datenbank sollen zudem die effiziente Verbuchung sowie eine effektive Nutzung der Spenderinformationen für Controlling und Marketingmaßnahmen sicherstellen.

Insgesamt werden wir 2016 EUR 0,9 Mio. mehr für unsere Fundraisingaktivitäten ausgeben als im Vorjahr, erneut in den Bereichen Online und Groß- und Firmenspenden sowie im Bereich Mailings.

Im Jahr 2016 rechnen wir mit öffentlichen Fördermitteln vom Auswärtigen Amt in Höhe von EUR 4,0 Mio., was in etwa der Höhe der Einnahmen von 2015 entspricht.

Für das Jahr 2016 planen wir, insgesamt EUR 104,9 Mio. für Projekte des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN aufzuwenden.

### 2. Chancen und Risiken

Durch die Stabilisierung der Zahl unserer Spenderinnen und Spender auf über 500.000 auch im Jahr 2015 sowie die weiterhin sehr hohe gestützte Markenbekanntheit von 84 Prozent sehen wir gute Voraussetzungen, unsere Spenden-

einnahmen auch 2016 stabil zu halten. Unsere große Bekanntheit werden wir weiter dafür nutzen, im Rahmen unserer Öffentlichkeits- und Advocacyarbeit auf die vielfältigen weltweiten humanitären Notlagen in der Welt hinzuweisen und den erleichterten Zugang zu bezahlbaren Medikamenten und Impfstoffen einzufordern. Die weiter gestiegene Anzahl an Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern, die wir 2015 für die Projekte des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN gewinnen konnten, ist eine gute Voraussetzung dafür, dass wir auch im Jahr 2016 ausreichend Personal für die Projekte des internationalen Netzwerkes zur Verfügung stellen können.

Um das Risiko von Einnahmeschwankungen zu minimieren, sind wir weiter bedacht, die Herkunft unserer Spenden zu diversifizieren. Je etwa ein Viertel der geplanten Gesamteinnahmen kommt derzeit aus den Bereichen Dauerspender und traditionelle Mailings, 15 Prozent von Großspenden und 8 Prozent aus Erbschaften, so dass bereits eine gute Risikostreuung gegeben ist. Großes Wachstumspotenzial sehen wir in den Bereichen Großspenden, Erbschaften sowie Onlinespenden, was das Risiko weiter streuen würde.

Im Bereich der Spendenverwaltung gilt es, das Risiko einer nicht effektiv bzw. effizient arbeitenden Fundraisingdatenbank auszuschließen. Diesem Risiko begegnen wir mit entsprechenden Supportverträgen sowie internem Knowhow, das wir im Jahr 2016 weiter ausbauen werden.

Die Risiken des Spendenmarktes sind in unsere Planung eingeflossen. Dabei haben wir die Erfahrungen der Vorjahre in Bezug auf unsere eingesetzten Fundraisinginstrumente berücksichtigt.

Wie in den Vorjahren haben wir für 2016 die Finanzierungszusagen an die anderen Sektionen von ÄRZTE OHNE GRENZEN unter Vorbehalt einer entsprechenden Entwicklung der Einnahmen getroffen. Diese haben wiederum die allgemeine Inflation und steigende Personalkosten in den Projektländern eingepplant.

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 2016 (EUR 29,0 Mio. bzw. 12 Prozent des gesamten Projektbudgets) nicht speziellen Projekten zugewiesen, sondern steht kurzfristig für Projekte in akuten Krisen zur Verfügung. Die Budgets berücksichtigen auch, dass ÄRZTE OHNE GRENZEN Material wie z. B. speziell zusammengestellte Cholera-Kits, Impfstoffe, Medikamente, Infusionslösungen und logistisches Material zur Wasseraufbereitung sowie Zelte vorhalten muss. So können wir schnell und effektiv auf Naturkatastrophen, Epidemien oder Flüchtlingskrisen reagieren. Eine enge internationale Zusammenarbeit stellt darüber hinaus sicher, dass nationale und internationale Mitarbeiter schnell verfügbar sind, um sofort und professionell auf eine akute Krise zu reagieren.

Die freie Rücklage betrug zum Bilanzstichtag EUR 7,8 Mio. und dient zur finanziellen Absicherung der Risiken am Standort Deutschland. Anfang 2015 hat

der Vorstand der deutschen Sektion eine neue Richtlinie für Reserven verabschiedet. Diese basiert auf der allgemeinen Reserven-Richtlinie des gesamten Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN. Sie gründet auf einer Risikoanalyse, mit deren Hilfe auch die notwendigen Reserven zur Absicherung der identifizierten Risiken berechnet werden. Für die Absicherung der Risiken am Standort Deutschland sind demnach etwa EUR 5,2 Mio. notwendig, so dass wir die freie Rücklage schrittweise reduzieren können. Die auch weiterhin im internationalen Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN gehaltenen Reserven sichern die Projektfinanzierung bei möglichen Einnahmeausfällen ab. Zusätzlich besteht eine internationale Risiko-Streuung, so dass Einnahmeausfälle in einzelnen Sektionen von anderen Sektionen kompensiert werden können.

### 3. Plan 2016 und Folgejahre

Der im Folgenden dargestellte Plan für das Jahr 2016 wurde vom Vorstand der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN im Dezember 2015 verabschiedet sowie im März 2016 aufgrund der guten Ergebnisse im Jahr 2015 angepasst. Bereits im Oktober 2015 hat der Vorstand einen neuen strategischen Plan für 2016 bis 2019 für die deutsche Sektion verabschiedet. Dieser basiert u. a. auf einer ausführlichen Anwerbe- und Bindungsstrategie für Projektmitarbeiter, einer neuen Fundraising-Strategie sowie dem Strategischen Plan des Operational Centre Amsterdam für die Jahre 2015 bis 2019. Im Rahmen einer Prognose-Planung besteht darüber hinaus eine Vereinbarung über die Finanzierung der Projekte innerhalb des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN für die Jahre 2016 bis 2019. Diese Prognose basiert im Wesentlichen auf der neuen Fundraising-Strategie und sieht eine Steigerung der Einnahmen der deutschen Sektion bis 2019 auf voraussichtlich EUR 165,0 Mio. vor, inklusive der öffentlichen Fördermittel. Nach Abzug der Ausgaben am Standort Deutschland in Höhe von EUR 27,1 Mio., einschließlich EUR 7,8 Mio. für die satzungsgemäßen Ausgaben Projektbetreuung und Témoinage, verbleiben damit im Jahr 2019 voraussichtlich EUR 136,6 Mio. für die Projekte von ÄRZTE OHNE GRENZEN.

#### Projektbetreuung

Im Jahr 2016 wird die Projektabteilung der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN weiterhin Projekte im Tschad, in der Zentralafrikanischen Republik, in Simbabwe, Swasiland, der Russischen Föderation, Weißrussland, Usbekistan und Tadschikistan steuern. Aufgrund der Übergabe des Projektes in Papua-Neuguinea an die Gesundheitsbehörden wird ein Management dieser Projekte ab Frühjahr 2016 nicht mehr nötig sein. Dafür wird die Projektabteilung der deutschen Sektion das Management von Projekten in Äthiopien übernehmen. Das mobile Schlafkrankheitsteam wird seine Arbeit 2016 in der D. R. Kongo fortsetzen.

Die Bevölkerung im Tschad wird auch im Jahr 2016 medizinische Hilfe benötigen. Das Projekt in Am Timan wird sich weiter vor allem an Kinder und Frauen richten, mit dem Fokus auf Mangelernährung und Geburtshilfe.

Das im Sommer 2015 gestartete Projekt zur Versorgung mangelernährter Kinder in Bokoro wird bis zum Ende des Jahres 2016 fortgesetzt. Um den erneuten massiven Anstieg an Mangelernährung unter Kleinkindern zu verhindern, werden wir die Kinder zusätzlich auch präventiv gegen Mangelernährung versorgen. Dies geschieht, indem wir die staatliche Gesundheitsversorgung unterstützen, Kinder impfen, den Zugang zu sauberem Trinkwasser verbessern und Nahrungsergänzungsmittel verteilen, die Eiweiße, Mineralien und Vitamine enthalten. Zusätzlich wollen wir durch politische Überzeugungsarbeit bewirken, dass die Gesundheitsbehörden in der Region die Menschen besser versorgen.

In Abéché ist geplant, das chirurgische Projekt im Juli 2016 zu schließen. In der Region ist die Zahl der durch bewaffnete Gewalt verletzten Menschen stark zurückgegangen. Am Tschadsee, wo immer wieder Selbstmordanschlägen verübt werden, wird ein spezialisiertes Team die Gesundheitsbehörden weiterhin mit Schulungen von Mitarbeitern und medizinischem Material unterstützen.

In der Zentralafrikanischen Republik ist davon auszugehen, dass der bewaffnete Konflikt auch 2016 anhält und viele Menschen auf umfangreiche medizinische Hilfe angewiesen sein werden. Wir werden die Projekte in Ouaka, Bossangoa, Zémio und Boguila weiterführen. In Boguila werden wir, solange die Sicherheitslage nicht deutlich besser wird, weiterhin ohne dauerhafte Präsenz von internationalen Mitarbeitern arbeiten. In Bossangoa werden wir die medizinische Hilfe mehr und mehr an die Gesundheitsbehörden und andere Organisationen übergeben und uns auf die Bereiche konzentrieren, die ansonsten nicht ausreichend abgedeckt sind. In Zémio werden wir weiter HIV-Patienten versorgen, was in der abgelegenen Region eine Herausforderung darstellt. Zudem werden wir in der Region Geburtshilfe und eine Basisgesundheitsversorgung anbieten.

In Simbabwe werden wir nach wie vor die Gesundheitsbehörden in Epworth bei der Behandlung von komplizierten HIV-Fällen unterstützen. Der Fokus wird dabei auf der Behandlung HIV-positiver Kinder sowie auf HIV-Patienten liegen, bei denen die erste Therapielinie unwirksam geworden ist. Außerdem werden wir nach wie vor Patienten mit multiresistenter Tuberkulose (MDR-TB) behandeln. Im Chikurubi-Gefängnis sowie in der 2015 renovierten und neu eröffneten psychiatrischen Station in einem Krankenhaus in Harare werden wir weiterhin psychisch kranke Menschen behandeln. Außerdem werden wir die Gesundheitsbehörden dabei unterstützen, die psychiatrische Hilfe auch in die ambulante Gesundheitsversorgung zu integrieren. Damit sollen die Kapazitäten in diesem Bereich so weit ausgebaut sein, dass zukünftig psychisch kranke Menschen nicht mehr im Gefängnis untergebracht werden. Zusätzlich werden wir mit der Bildung eines Komitees, das sachkundig über die Entlassungen von Häftlingen entscheidet, dafür sorgen, dass mehr psychisch Kranke aus dem Gefängnis entlassen und angemessen behandelt werden. Zudem wollen wir im Jahr 2016 in der Haftanstalt auch Überlebende von sexueller Gewalt versorgen.

	Plan 2016		Ist 2015		Veränderung
	TEUR	in %	TEUR	in %	
<b>Einnahmen</b>					
Private Spenden, Zuwendungen und Vermögensverwaltung	121.000	93,2	116.558	85,6	4.442
Einnahmen aus 2014	0	0,0	11.000	8,1	-11.000
Öffentliche Fördermittel	4.000	3,1	3.850	2,8	150
Einnahmen Projektpersonal	4.600	3,5	4.460	3,3	140
Sonstiges	228	0,2	228	0,2	0
	<b>129.828</b>	<b>100,0</b>	<b>136.096</b>	<b>100,0</b>	<b>-6.268</b>
<b>Ausgaben</b>					
Ausgaben in den Projektländern	104.921	79,8	116.519	83,1	-11.598
Projektbetreuung	4.424	3,4	3.819	2,7	605
Ausgaben Projektpersonal	4.600	3,5	4.460	3,2	140
Témoignage, sonstige Programmarbeit	3.219	2,3	2.653	1,9	566
Summe satzungsgemäße Ausgaben	<b>117.164</b>	<b>89,1</b>	<b>127.451</b>	<b>90,9</b>	<b>-10.287</b>
Spendenverwaltung/-werbung	10.712	8,2	9.830	7,0	882
Allgemeine Verwaltung/ Allgemeine Öffentlichkeitsarbeit	3.524	2,7	2.932	2,1	592
	<b>131.400</b>	<b>100,0</b>	<b>140.214</b>	<b>100,0</b>	<b>-8.814</b>
<b>Ergebnis</b>	<b>-1.572</b>		<b>-4.118</b>		<b>2.546</b>

In **Swasiland** werden wir weiterhin in der Klinik in Matsapha und in der Region um Mankayane HIV-positive Patienten betreuen, die gleichzeitig an TB erkrankt sind. Geplant ist, die im Jahr 2014 begonnene verkürzte Therapie für Patienten mit MDR-TB auszuweiten. Im nationalen TB-Krankenhaus in Moneni werden wir weitere Patientinnen und Patienten mit extrem resistenter TB (XDR-TB) behandeln.

In **Usbekistan** planen wir 2016 ebenfalls, im Rahmen einer Studie XDR-TB-Patientinnen und Patienten mit den neuen Medikamenten zu behandeln. Zudem werden wir in der Hauptstadt Taschkent weiter versuchen, einen umfassenderen Zugang zu den HIV-Patienten zu bekommen. So werden wir darauf hinarbeiten, die Patienten selbst aufnehmen zu dürfen und sie nach HIV-Tests zu beraten sowie von Anfang an psychosoziale Unterstützung anzubieten. Zudem sollen zukünftig alle HIV-Patientinnen und Patienten auf Hepatitis C getestet werden, um die Therapie besser anpassen zu können.

In **Tadschikistan** werden wir das Projekt für an TB erkrankte Kinder fortführen. Bei den Verantwortlichen im Gesundheitsbereich werden wir uns weiterhin für einen besseren Zugang von TB-Patienten zu medizinischer Behandlung einsetzen. Das im Jahr 2015 vorbereitete Projekt in der Stadt Kulyab wird 2016 Kinder mit HIV umfassend versorgen.

In der **Russischen Föderation** werden wir uns in Grosny auf die Behandlung von XDR-TB-Patienten konzentrieren. Wir werden zudem daran arbeiten, die Behandlung von TB-Patienten zu verbessern, die gleichzeitig an Diabetes leiden. Zudem werden wir weiter Opfer von Gewalt psychosozial unterstützen und

die Ergebnisse einer Studie zu diesem Thema analysieren.

In **Weißrussland** wird **ÄRZTE OHNE GRENZEN** das im Jahr 2015 begonnene Projekt zur Verbesserung der Diagnose und Therapie von TB-Patienten weiterführen, von denen viele unter resistenten Formen leiden. In fünf Einrichtungen in Minsk, in denen TB-Patienten zwangseingewiesen und behandelt werden, werden wir Patienten mit MDR- und XDR-TB unterstützen. Da ein großer Teil der Patienten die Therapie vorzeitig abbricht, werden wir ein besonderes Augenmerk auf den Zusammenhang von Alkoholkrankheit und dem Therapieverhalten lenken. Unser Ziel ist es zudem, Alternativmodelle zur bisher praktizierten Zwangseinweisung von TB-Patientinnen und -Patienten aufzuzeigen.

In **Papua-Neuguinea** haben wir im März 2016 auch das letzte von der deutschen Sektion gesteuerte Projekt in Tari an die Gesundheitsbehörden übergeben.

Das **mobile Schlafkrankheitsteam** wird flächendeckende Schlafkrankheitstests in der D. R. Kongo in der Region Maniema bis Mitte 2016 fortsetzen und damit abschließen. In den folgenden Monaten wird das Team Vorbereitungen für einen flächendeckenden Einsatz in einer weiteren abgelegenen Region des Landes treffen.

In **Äthiopien** wird die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in der ersten Jahreshälfte die Projektverantwortung für drei bereits existierende Projekte von der niederländischen Sektion übernehmen. Diese Projekte helfen unter anderem Flüchtlingen aus dem Südsudan und aus Eritrea.

Untersuchungen zur medizinischen Lage von Flüchtlingen in **Deutschland**

haben einen dringenden Bedarf an psychosozialer Betreuung von Flüchtlingen gezeigt. Die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** bemüht sich deshalb seit Februar 2016, Lücken in der psychosozialen Betreuung von Flüchtlingen zu identifizieren und mögliche beispielhafte Einsätze beschränkten Ausmaßes und Dauer zu planen. Es geht vor allem darum, die langjährigen Erfahrungen, die **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in der psychosozialen Betreuung in Fluchtsituationen hat, an andere Organisationen weiterzugeben.

Zusätzlich zur Beratung in den Bereichen Chirurgie und Anästhesie war die Berlin Medical Unit im vergangenen Jahr in Projektländern aktiv, in denen eine akute Versorgung von Verletzten durch Explosionsattentate notwendig war. Die kurzfristige Unterstützung der in dieser Situation überforderten nationalen Gesundheitsstrukturen hat die Notwendigkeit unterstrichen, durch Notfalltraining eine längerfristige Hilfe zu ermöglichen. Aus medizinischer und projektorganisatorischer Sicht ist es daher sinnvoll, das Team im Jahr 2016 durch einen Berater für Notfallmedizin zu ergänzen. Dieser soll das Gesundheitspersonal in den am meisten betroffenen Regionen (v. a. Mittlerer Osten und die Region um den Tschadsee) durch direkte fachliche Hilfe und durch Trainingsprogramme und Katastrophenpläne besser auf Notfälle vorbereiten.

Darüber hinaus soll 2016 das Konzept zur Verbesserung der medizinischen Qualität weiterentwickelt werden. Dazu gehört die Re-Evaluierung des eingeführten Konzepts in einem Krankenhaus in Afghanistan, seine Einführung und gegebenenfalls Anpassung in weiteren Projekten sowie die Vernetzung der verschiedenen Operationalen Zentren in einer gemeinsamen Initiative zur Verbesserung der medizinischen Qualität.

#### Personal

Im Jahr 2016 wird mit der Implementierung der 2015 verabschiedeten Strategie zur Projektmitarbeitergewinnung und -bindung begonnen. Dabei geht es u. a. um die Umsetzung eines umfassenden Kommunikationsplans für die Anwerbung von neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Ziele der Strategie sind u. a. ein effektiverer Anwerbungsprozess, die Verringerung der Anzahl von frühzeitigen Vertragsbeendigungen, eine größere Zufriedenheit der Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter mit dem Auswahlprozess sowie eine größere Zahl an Ausreisen von erfahrenen Kräften.

Wir planen im Jahr 2016, 320 Ausreisen von Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern zu ermöglichen und zehn bis zwölf Vorbereitungsseminare für neue internationale Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter zu organisieren. Außerdem werden wir verstärkt deren Weiterbildung und Entwicklung unterstützen. In diesem Rahmen werden wir auch weiterhin zu den Trainings für nationale Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich Management und zu den Prinzipien der Arbeit von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** beitragen.

Für die Büromitarbeiter in Deutschland wollen wir 2016 unsere Aktivitäten im Bereich Personalentwicklung verbessern und ausbauen, um damit angemessen

auf das weitere Wachstum der Organisation reagieren zu können. Dabei sollen insbesondere die Führungskräfte unterstützt werden, die Kompetenzen ihrer Mitarbeiter noch besser zu fördern.

#### Öffentlichkeitsarbeit / Advocacy

Unsere Medien- und Öffentlichkeitsarbeit orientiert sich weiterhin an der Kommunikationsstrategie des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** mit den Zielen, die Sichtbarkeit unserer humanitären medizinischen Arbeit zu erhöhen, die Akzeptanz der Organisation – vor allem in den Einsatzländern – zu steigern, sowie die Einflussnahme auf internationale Akteure der humanitären Hilfe zugunsten der betroffenen Bevölkerung zu verbessern.

Eine zentrale Rolle in der Öffentlichkeitsarbeit und Advocacy werden 2016 die weltweiten Flucht- und Migrationsbewegungen und die Angriffe auf medizinische Einrichtungen („Medical Care under Fire“) spielen. Auch Ebola und generell die Reaktion auf Epidemien bleiben wichtige Themen. Für April 2016 ist zum Thema Medical Care under Fire eine Konferenz mit Vertreterinnen und Vertretern aus der humanitären Hilfe, Politik und Wissenschaft in Berlin geplant. Im Juni 2016 wird es eine gemeinsam mit der Stiftung Wissenschaft und Politik und dem Robert-Koch-Institut organisierte Konferenz zu Ebola und den Folgen geben. Darüber hinaus werden wir die Lage vor allem in Syrien, im Südsudan, in der Zentralafrikanischen Republik, im Jemen und in Afghanistan sowie in der Ukraine thematisieren.

Ein weiterer Schwerpunkt unserer Arbeit wird die dringend benötigte Forschung zu und Entwicklung von Impfstoffen, Diagnostika und Medikamenten für vernachlässigte und armutsassoziierte Krankheiten sein, mit dem Fokus auf multiresistente Tuberkulose. Wir haben im Februar 2016 zusammen mit der Deutschen Lepra- und Tuberkulosehilfe, der BUKO-Pharmakampagne sowie Brot für die Welt zum dritten Mal den Memento Preis verliehen. Dieser zeichnet besonderes Engagement von Wissenschaftlern und Journalisten zur Bekämpfung vernachlässigter Krankheiten aus. Darüber hinaus werden wir die Umsetzung der beim G7-Gipfel unter deutscher Präsidentschaft angestoßenen Vorhaben insbesondere zu Antibiotika-Resistenzen weiter verfolgen. Unsere Kampagne für bezahlbare Impfstoffe für Menschen in Krisengebieten werden wir fortsetzen und die Petition „A Fair Shot – Bezahlbarer Impfstoff für jedes Kind“ Ende April 2016 mit der Übergabe der gesammelten Unterschriften abschließen.

Die Freiluft-Ausstellung „Im Einsatz mit **ÄRZTE OHNE GRENZEN**“ soll im Jahr 2016 wieder in vier Städten zu sehen sein und 9.000 Besucher erreichen. Mit weiteren Veranstaltungen wollen wir das Interesse für aktuelle Themen und Herausforderungen der humanitären Hilfe wecken. Dazu gehören der Humanitäre Kongress in Berlin und die Gesprächsreihe „Dialog ohne Grenzen“.

Im Rahmen der Strategie zur Nutzung digitaler Medien werden wir 2016 insbesondere die Präsenz auf Facebook intensivieren mit den Zielen, 190.000 Fans und eine durchschnittliche organische Reichweite von 60.000 zu erreichen.

## V. INTERNES KONTROLLSYSTEM (IKS) UND RISIKOMANAGEMENTSYSTEM

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

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

Die Planung des nachfolgenden Geschäftsjahres, die Erstellung und Kontrolle der Budgets und die unterjährige Berichterstattung an den Vorstand sind wichtige Bestandteile des internen Steuerungssystems. Im Jahr 2015 wurde für die deutsche Sektion vom Vorstand ein Strategieplan für die Jahre 2016 bis 2019 verabschiedet. Auf diesem Plan basierend wurden Ziele für den Jahresplan 2016 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 werden die Einnahmen analysiert und eine aktualisierte Liquiditätsplanung erstellt.

Im Mai und September 2016 wird jeweils über die Aktivitäten der vergangenen vier Monate Bericht erstattet („4M“- und „8M“-Evaluierung). Im Rahmen des Evaluierungsprozesses wird der Stand der Zielerreichung festgehalten und analysiert. Außerdem enthält der Bericht einen Ausblick auf die Aktivitäten bis Jahresende. Eventuelle Änderungen gegenüber dem ursprünglichen Plan müssen vom

Vorstand genehmigt werden. Im Februar erfolgt eine umfassende Soll-Ist-Analyse des vorangegangenen Jahres („12M“-Evaluierung).

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

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

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

ÄRZTE OHNE GRENZEN ist Träger des Siegels des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen (DZI). Dieses bescheinigt eine leistungsfähige und transparente Arbeit, eine nachprüfbar, sparsame und satzungsgemäße Verwendung der Mittel sowie eine wahre, eindeutige und sachliche Berichterstattung und Werbung. Im Bereich der Spendergewinnung und -verwaltung (Fundraising) wendet ÄRZTE OHNE GRENZEN ein Qualitätsmanagement

an. Dieses wird jährlich vom TÜV zertifiziert und stellt sicher, dass die mit dem Fundraising verbundenen Arbeitsprozesse den geforderten Qualitätsstandards entsprechen und laufend optimiert werden.

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

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

Die Projekte des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN werden mit eigenen internationalen und nationalen Mitarbeitern durchgeführt. In der Regel geben wir keine finanziellen Mittel an andere projektdurchführende Organisationen außerhalb des Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN weiter. In jedem Projektland gibt es mindestens einen Finanzkoordinator, der als Mitglied des Management-Teams vor Ort die Mittelverwendung nach den Vorgaben und Standards des Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN überwacht.

Zusätzlich werden inhaltliche und administrative Projekt-Evaluierungen (Audits) durchgeführt, teilweise durch die projektdurchführenden Sektionen selbst, teilweise durch andere Sektionen von ÄRZTE OHNE GRENZEN. In finanziell vertretbarem Umfang werden auch externe Wirtschaftsprüfer hinzugezogen.

Das internationale Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN veröffentlicht neben den nationalen Abschlüssen der 21 Sektionen sowie weiterer Einheiten (wie z. B. das internationale Büro in Genf, das Logistik-Zentrum in Frankreich oder die ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung in Deutschland) einen gemeinsamen durch Wirtschaftsprüfer geprüften Jahresabschluss („Combined Accounts“). Die Überführung der nationalen Einzelabschlüsse in den gemeinsamen Abschluss erfolgt auf Basis eines komplexen Regelwerks (MSF-GAAP), das von allen Sektionen verbindlich angewendet wird. Durch die Zusammenführung der nach den MSF-GAAP angepassten Einzelabschlüsse werden durch die Eliminierung von wechselseitigen Forderungen und Verbindlichkeiten sowie Aufwendungen und Erträgen Effekte ausgeblendet, die auf Verrechnungen der Sektionen untereinander beruhen und zu Verzerrungen und Doppelerfassungen führen könnten. Der internationale Abschluss liefert ein klares Bild über die Leistungsfähigkeit der Gesamtorganisation und dient zusätzlich der transparenten Berichterstattung über die Arbeit des Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN gegenüber der Öffentlichkeit. Der internationale Abschluss für das Jahr 2015 kann erst nach Vorliegen der Einzelabschlüsse der Sektionen und der weiteren Einheiten erstellt werden und liegt im Juni 2016 vor.

Berlin, 13. April 2016

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

Der Vorstand und die Geschäftsführung



**Bestätigungsvermerk**

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

Wir haben den Jahresabschluss - bestehend aus Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung sowie Anhang - unter Einbeziehung der Buchführung und den Lagebericht des Médecins Sans Frontières (MSF) - Ärzte ohne Grenzen, Deutsche Sektion e. V., Berlin, für das Geschäftsjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember 2015 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 2016

Ernst & Young GmbH  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft



Seidel  
Wirtschaftsprüfer



Weinberg  
Wirtschaftsprüfer





# VIELEN DANK

Liebe Unterstützerinnen und Unterstützer, ohne Ihre Spenden wäre unsere Arbeit nicht möglich. So haben Sie sich im Jahr 2015 engagiert:

- **538.840** Menschen haben an **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gespendet.
- **132.743** davon begrüßen wir als neue Unterstützerinnen und Unterstützer bei **ÄRZTE OHNE GRENZEN**.
- **1.008** Menschen haben ihre Geburtstage, Hochzeiten oder Jubiläen zugunsten von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gefeiert.
- **176** Stiftungen haben uns mit Zuwendungen bedacht.
- **625** Unterstützerinnen und Unterstützer haben Benefiz-Veranstaltungen wie Läufe, Basare, Konzerte und Sammlungen für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** initiiert.
- **10.921** Firmen haben uns mit einer Spende unterstützt.
- **167** Menschen haben uns im Jahr 2015 mit einer Erbschaft bedacht.
- **699** Menschen haben im Namen eines Verstorbenen um Spenden für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gebeten.
- **1.242** Firmen haben an unserer Aktion „Unternehmen Weihnachtsspende“ teilgenommen.

## IMPRESSUM

Redaktion: Sabine Rietz  
Bildredaktion: Barbara Sigge  
Verantwortlich: Annette Dörrfuß

Mitarbeit: Corinna Ditscheid,  
Marie Gronwald, Kirsten Jöhlinger,  
Andreas Marggraf, Petra Meyer,  
Birthe Redepenning, Mathias Wagner,  
Volker Westerbarkey, Florian Westphal

Layout: Moniteurs, Berlin  
Druck: ruksaldruck, Berlin  
Litho: highlevel, Berlin  
Auflage: 8.800  
Gedruckt auf RecyStar Natur,  
100% Altpapier, chlorfrei, mit dem  
blauen Umweltengel ausgezeichnet

Redaktionsschluss: 20.5.2016

Titelbild:  
AFGHANISTAN: Blick aus dem zerstörten  
Krankenhaus in Kundus. Bevor US-  
Streitkräfte das Gebäude am 3. Oktober  
bombardierten, war hier der Raum  
für psychologische Behandlungen.  
Ein Mitarbeiter schrieb das „Why“  
nach dem Angriff an die Wand.  
© Dan Sermand/MSF

Rückseitenfoto:  
MITTELMEER: Am 26. August 2015  
nehmen die Mitarbeiterinnen und  
Mitarbeiter 650 Menschen an Bord.  
Sie waren auf einem überfüllten und  
unsicheren Boot in Seenot geraten.  
Das Team versorgt die Menschen  
und bringt sie nach Italien an Land.  
© Francesco Zizola/NOOR



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



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



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

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



GRIECHENLAND: Seenotrettung in der Ägäis © Borja Ruiz Rodriguez/MSF

---

---

---

---

---

---

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



SÜDSUDAN: Vertriebene auf dem Weg zur Hilfszitterausgabe © Dominic Nahr

---

---

---

---

---

---

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



D. R. KONGO: Ein gesundes Leben mit HIV ist möglich. © Rosalie Colfs

---

---

---

---

---

---



## SPENDENKONTO

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00

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 55 950-400  
Fax 0228 55 950-420

