

5



# JAHRES BERICHT 2013

# WER WAR WO?

2013 arbeiteten die Teams des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in mehr als 60 Ländern. Über die deutsche Sektion sind insgesamt 289 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie Ärzte und Ärztinnen, Krankenschwestern und -pfleger, Logistikerinnen und Logistiker sowie Hebammen in die Einsatzländer gereist.

## 1 AFGHANISTAN

Elke Czeslick / Anästhesistin, Anja Drame / Administratorin, Christoph Hey / Logistikkordinator, Wolfgang Kaiser / Medizinischer Koordinator, Michael Krick / Logistiker, Andrea Maggaard / Anästhesistin, Henrike Meyer / Chirurgin, Franz Josef Müller / Chirurg, Kathleen Nicolaus / Logistikerin, Nazek Raouf / Ärztin, Oksana Stolnikova / Psychosoziale Beraterin, Ingo Störmer / Anästhesist, Nikos Georgios Vasiliadis / Arzt, Sabine Weingast / Hebamme

## 2 ÄTHIOPIEN

Philip de Almeida / Gynäkologe, Petra Becker / Projektkoordinatorin, Marcelo Bustamante / Gynäkologe, Felix von Dalowski / Krankenpfleger, Anja Engel / Logistikkordinatorin, Patricia Günther / Hebamme, Irene Malvina Haupt / Gesundheitsberaterin, Paul Holzweber (2x) / Logistiker, Sebastian Neugebauer / Logistiker, Frauke Ossig / Projektkoordinatorin, Verena Peters / Ärztin, Chris Ringtho / Logistiker, Lucia Ringtho / Landeskoordinatorin, Stefan Schöne / Krankenpfleger, Kolja Stille / Arzt

## 3 BANGLADESCH

Ina Hammesfahr / Hebamme, Verena Krön / Hebamme, Katja Mischke / Logistikerin, Chris Ringtho / Logistiker, Lucia Ringtho / Landeskoordinatorin, Jacques Tshiang Tshiananga / Epidemiologe, Andrea Wilcke / Psychosoziale Beraterin, Jan Wulf / Logistiker

## 4 BURUNDI

Martin Frank / Gynäkologe, Volker Herzog / Chirurg, Veronika Siebenkotten-Branca / Gynäkologin

## 5 DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO

Haled Al-Hashimi / Administrator, Kathrin Austrup / Apothekerin, Annegret Bosert / Ärztin, Ilka Brodt (2x) / Krankenschwester, Frank Büchting / Logistiker, Andrea Czekanski / Apothekerin, Henrike Elbert / Hebamme, Richard Cece Gbamou / Logistiker, Leyli Ghaeni / Ärztin, Isabelle von Glasenapp / Gesundheitsberaterin, Elisabeth Groß / Administratorin, Maike Hadenfeldt / Krankenschwester, Ingo Hartlapp / Arzt, Julia Heermann / Hebamme, Gregor Hotz / Logistiker, Lilith Howe / Ärztin, Jan Kanzleiter / Logistikkordinator, Wibke Keßler / Krankenschwester, Roland Klebe / Projektkoordinator, Theodoros Krommydakis / Medizinischer Projektteamleiter, Emilie Kuhn / Logistikerin, Inken Lehmann / Ärztin, Elisabeth Lipsewers / Landeskoordinatorin, Bernhard Mager (2x) / Chirurg, Jantina Mandelkouw / Medizinische Koordinatorin, Siw Müller / Personalkoordinatorin, Ina Neugärtner / Ärztin, Amy Neumann-Volmer / Ärztin, Sonja Nientiet / Medizinische Projektteamleiterin, Martin Pichotka / Medizinischer Projektteamleiter, Christiane Piepel / Ärztin, Jürgen Popp (2x) / Logistikkordinator, Christa Puhl / Logistikerin, Nadia Safar / Ärztin, Andreas Spaett / Logistikkordinator, Susanne Stein / Krankenschwester, Joachim Tisch / Logistikkordinator, Katharina Totz / Ärztin, Anja Wolz / Medizinische Koordinatorin

## 6 GUINEA

Doreen Geissler / Logistikerin

## 7 HAITI

Tatjana Dinkelaker / Chirurgin, Claudia Evers / Landeskoordinatorin, Katja Hilgenstock / Chirurgin, Sebastian Jung / Logistiker, Jana Junkmann / Ärztin, Wilhelm Kemmer / Chirurg, Thorsten Karl Krist / Krankenpfleger, Carolin Möhrke / Ärztin, Wencke Petersen / Administratorin, Jens Raab / Finanzkoordinator, Brigitte Rospert / Anästhesistin, Oliver Schulz / Landeskoordinator, Katharina Uhlmann / Personalkoordinatorin, Anja Wolz / Projektkoordinatorin

## 8 INDIEN

Marco Böning / Logistiker, Sandra Hufnagel / Ärztin, Jennifer Köb / Krankenschwester, Nicole Langer / Psychosoziale Beraterin, Tobias Löw / Krankenpfleger, Nerida Mönter / Ärztin, Parnian Parvanta / Ärztin, Peter Rinker / Projektkoordinator, Kathrin Saupe / Krankenschwester

## 9 IRAK

Rose Ansorge / Ärztin, Tomislav Dunderovic / Logistiker, Jürgen Popp / Logistikkordinator, Massimiliano Rebaudengo / Projektkoordinator, Henrike Zellmann / Psychosoziale Beraterin

## 10 JEMEN

Katharina Bayer / Ärztin, Ulrich Dittmer / Anästhesist, Anna Gniadek / Anästhesistin, Cordelia Krajewski / Anästhesistin, Waltraud Martin / Anästhesistin, Matthias Richter-Turtur / Chirurg, Andrea Rieck / Anästhesistin

## 11 JORDANIEN

Haled Al-Hashimi / Administrator, Bernd von Cube (2x) / Chirurg, Volker Lankow (2x) / Projektkoordinator, Massimiliano Rebaudengo / Projektkoordinator

## 12 KAMBODSCHA

Steffen Bürk / Krankenpfleger, Andreas Neunert / Arzt, Bettina Pöpping / Laborantin

## 13 KENIA

Mirka Meyer / Logistikkordinatorin, Sandra Sedlmaier-Ouattara / Hebamme, Anja Wolz / Projektkoordinatorin

## 14 KIRGISISTAN

Andreas Block / Krankenpfleger

## 15 LIBANON

Daniel Mouqué / Projektkoordinator, Luise Petersen / Krankenschwester, Ruth Ulrich / Medizinische Projektteamleiterin

## 16 MALI

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

## 17 MAROKKO

David Cuenca / Projektkoordinator

## 18 MAURETANIEN

Ruben Baudisch / Administrator

## 19 MOSAMBIK

Martijn Ebbing / Logistiker, Jan Walter (2x) / Epidemiologe

## 20 MYANMAR

Christine Braun / Projektkoordinatorin, Claire Chenot / Projektkoordinatorin, Erkin Chinasylowa / Ärztin, Stefan Cordes / Logistiker, Leonardo Figueroa Ibacache / Logistiker, Susanne Lang / Krankenschwester, Philipp Lindauer / Arzt, Timon Marszalek / Logistiker, Saria Nwova Gomez / Krankenschwester, Geeke Sieben / Ärztin, Wibke Zimmermann / Ärztin

## 21 NIGER

Ruth Castro Carracedo / Medizinische Projektteamleiterin, Bertrand Ilg (2x) / Assistent Medizinische Koordination, Wolfgang Weber / Epidemiologe, Anja Wolz / Medizinische Koordinatorin

## 22 NIGERIA

Felix Gärtner (2x) / Logistikkordinator, Nicole Langer / Projektkoordinatorin, Marta Majewska / Personalkoordinatorin, Peter Rinker / Projektkoordinator, Anike Schirmer / Krankenschwester

## 23 PAKISTAN

Detlev Immanuel Bongartz / Arzt, Philipp Burtzloff / Logistiker, Veit Busam / Chirurg, Stefanie Dittmann / Medizinische Projektteamleiterin, Christoph Hey / Logistikkordinator, Sea-Hyun Lee / Arzt, Henrike Meyer / Chirurgin, Anna Morris / Krankenschwester, Dieter Mühl-Benninghaus / Chirurg, Michael Nosseir / Anästhesist, Nazek Raouf / Medizinische Projektteamleiterin, Andrea Rieck / Anästhesistin, Josef Schreckenberger / Krankenschwester, Veronika Siebenkotten-Branca (2x) / Gynäkologin, Robert Wessendorf / Anästhesist

## 24 PALÄSTINENSISCHE AUTONOMIEGEBIETE

Jutta Bachmann (4x) / Medizinische Koordinatorin, Jörg Fimpeler / Anästhesist, Ilka Funcke / Anästhesistin, Hannes Pietschmann / Chirurg

## 25 PAPUA-NEUGUINEA

Oliver Adams / Anästhesist, Carla Böhme / Chirurgin, Andreas Groß / Administrator, Nicole Prüfer / Administratorin, Birgit Schönharting / Physiotherapeutin, Katja Senkel / Ärztin, Martina Spitz / Ärztin, Claudia Stephan / Projektkoordinatorin, Siegfried Weszkalnys / Finanzkoordinator

## 26 PHILIPPINEN

Kathleen Nicolaus (2x) / Logistikerin, Tankred Stöbe / Arzt, Oksana Stolnikova / Psychosoziale Beraterin, Joachim Tisch / Logistikkordinator

## 27 RUSSISCHE FÖDERATION

Fernando Galvan / Landeskordinator, Abelardo Lavente / Laborant

## 28 SIERRA LEONE

Tanja Karen / Ärztin, Thomas Kratz / Arzt

## 29 SIMBABWE

Michael Bader / Logistikkordinator, Andrea Braum / Psychosoziale Beraterin, Volker Lankow / Projektkoordinator, Jan Eike Reuter / Psychosozialer Berater, Nadja Rifaie / Ärztin, Saskia Rössing / Ärztin, Julika Steinberg / Ärztin, Florian Vogt / Epidemiologe

## 30 SOMALIA

Amy Neumann-Volmer / Ärztin, Sebastian Weber / Landeskordinator

## 31 SUDAN

Christoph Jankhöfer / Logistikkordinator, Julia Jung / Gesundheitsberaterin

## 32 SÜDAFRIKA

Andreas Reich / Epidemiologe

## 33 SÜDSUDAN

Nadin Abadir / Ärztin, Stefan Barras / Logistiker, Katharina Bayer / Ärztin, Nicola Beck / Ärztin, Petra Becker (2x) / Landeskordinatorin, Annika Bombeck / Hebamme, Annemieke Bont / Gesundheitsberaterin, Anja Braune / Projektkoordinatorin, Frida Brick / Krankenschwester, Stefan Cordes / Logistiker, Nikolay Dmitriev / Chirurg, Sabine Dorn / Krankenschwester, Katrin Draber / Ärztin, Tomislav Dunderovic / Logistiker, Nina Egger-Büssing / Administratorin, Daniel Eibach / Epidemiologe, Annette Eidemüller / Ärztin, Andreas Engel / Apotheker, Martin Frank / Gynäkologe, Markus Fritz / Psychosozialer Berater, Jutta Gerber / Krankenschwester, Silvia Ghiani / Administratorin, Elisabeth Groß / Administratorin, Stephan Gubsch / Logistiker, Ines Hake (2x) / Medizinische Koordinatorin, Angelika Herb / Projektkoordinatorin, Volker Herzog / Chirurg, Tobias Homann / Logistiker, Christiane Jungermann / Krankenschwester, Stephanie Kern / Ärztin, Sigrid Köck-Sauvagerd / Krankenschwester, Susanne Kraemer / Personalkoordinatorin, Dana Krause / Landeskordinatorin, Tobias Löw / Krankenpfleger, Christina Matreux / Laborantin, Elmar Mehring / Arzt, Katrin Mielck / Projektkoordinatorin, Felix Moek / Arzt, David Natwati / Logistiker, Rachel Natwati / Hebamme, Stefanie Neuhofs / Chirurgin, Kathleen Nicolaus / Logistikerin, Jörg Nitschke / Chirurg, Jaroslawa Okon / Ärztin, Gerd Pirkel (2x) / Logistiker, Christian Poblath / Logistikkordinator, Jens Raab / Administrator, Bruce Russell / Projektkoordinator, Annika Rzaza (2x) / Hebamme, Jane Schildecker / Hebamme, Joachim Schneider / Chirurg, Sonja Schumacher / Ärztin, Norman Sitali / Medizinischer Koordinator, Susanne Stein / Medizinische Koordinatorin, Jens Tews / Logistiker, Joachim Tisch / Logistikkordinator, Katharina Uhlmann / Personalkoordinatorin, Fabienne Vilette / Finanzkoordinatorin, Matthias Villalobos Bollen / Arzt, Dirk Vogel / Logistiker, Alexander Wessel / Krankenpfleger, Siegfried Weszkalnys / Administrator, Manfred Wolf / Logistiker

## 34 SWASILAND

Erkin Chinasylova / Ärztin, Anja Drame, Administratorin, Siw Müller / Personalkoordinatorin, Sonia Sciampagna / Finanzkoordinatorin

## 35 SYRIEN

Johannes Daniel / Arzt, Ulrich Dittmer / Anästhesist, Sabine Dorn (2x) / Krankenschwester, Tomislav Dunderovic / Logistiker, Alice Eiserbeck / Ärztin, Hans-Jürgen Gerber / Anästhesist, Patricia Günther / Hebamme, Tassilo Henkel / Anästhesist, Martin Hofmeister / Chirurg, Roswitha Jehle / Anästhesistin, Jana Junkmann / Ärztin, Dana Krause / Projektkoordinatorin, Jörg Kustermann / Anästhesist, Waltraud Martin / Anästhesistin, Henrike Meyer (3x) / Chirurgin, Anna Morris / Krankenschwester, Frauke Ossig / Projektkoordinatorin, Christian Poblath / Logistikkordinator, Nazek Raouf / Ärztin, Roberta Rehnig / Anästhesistin, Anke Ressel / Ärztin, Andrea Rieck / Anästhesistin, Brigitte Rospert (2x) / Anästhesistin, Joachim Schneider / Chirurg, Tankred Stöbe / Arzt, Jeroen Teulings / Logistiker

## 36 TADSCHIKISTAN

Christoph Höhn / Arzt, Sabine Nidermajer / Laborantin, Anika Schwarzmann / Apothekerin, Julia Straßer / Administratorin

## 37 TSCHAD

Matthias Bischoff / Administrator, Christine Firnhaber / Gesundheitsberaterin, Richard Cece Gbamou / Logistiker, Maximilian Gertler / Epidemiologe, Khalid Grein / Projektkoordinator, Sonja Haertle / Ärztin, Benjamin Jonas / Logistiker, Sebastian Jung / Logistiker, Anja Junker / Ärztin, Andreas Karden / Logistiker, Oliver Kleine / Logistiker, Sigrid Kopp / Hebamme, Pascal Muhitira / Projektkoordinator, Christian Poblath / Logistikkordinator, Sibylle Quellhorst / Ärztin, Denise de Quervain / Administratorin, Andreas Schoenfeld / Arzt, Carla Schwanfelder / Ärztin, Mariel Selter / Ärztin, Alessia Trovato / Ärztin, Claudia Weidenbrück / Krankenschwester

## 38 TÜRKEI

Anja Braune / Projektkoordinatorin

## 39 UGANDA

Pascal Muhitira / Medizinischer Projektteamleiter

## 40 UKRAINE

Irene Malvina Haupt / Psychosoziale Beraterin, Folco Nolte / Logistikkordinator

## 41 USBEKISTAN

Barbara Breig / Psychosoziale Beraterin, Andreas Bründer / Landeskordinator, Tamara Coqui / Ärztin, Katy Gruber / Krankenschwester, Sabine Nidermajer / Laborantin, Jorge Rojas Mahecha / Logistiker, Natalia Sergeeva / Referentin für humanitäre Angelegenheiten, Margret Thieme / Referentin für humanitäre Angelegenheiten, Fabienne Vilette / Administratorin

## 42 ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK

Kathrin Austrup / Apothekerin, Florian Blaser / Krankenpfleger, Carla Böhme / Chirurgin, Stephanie Ellis / Personalkoordinatorin, Andreas Ewen / Arzt, Gordon Finkbeiner (2x) / Finanzkoordinator, Heinz Henghuber / Landeskordinator, Benjamin Jonas / Logistiker, Wibke Keßler / Medizinische Projektteamleiterin, Bernd Kessler / Chirurg, Oliver Kleine / Logistiker, Florentina Kosely / Ärztin, Theodoros Krommydakis / Arzt, Paul Van der Laan / Arzt, Susanne Lang / Krankenschwester, Maria Overbeck / Medizinische Koordinatorin, Luise Petersen / Krankenschwester, Swantje Petersen / Chirurgin, Wencke Petersen / Administratorin, Christa Puhl / Logistikerin, Elisabeth-Christina Rolfes / Ärztin, Sibylle Sang (2x) / Assistentin Medizinische Koordination, Michael Schmidt / Assistent Logistikkoordination, Margarete Sepulveda Calfucura / Krankenschwester, Melanie Silbermann / Medizinische Koordinatorin, Joachim Tisch / Logistikkordinator, Claudia Weidenbrück / Krankenschwester



SÜDSUDAN: Stefan Cordes © MSF

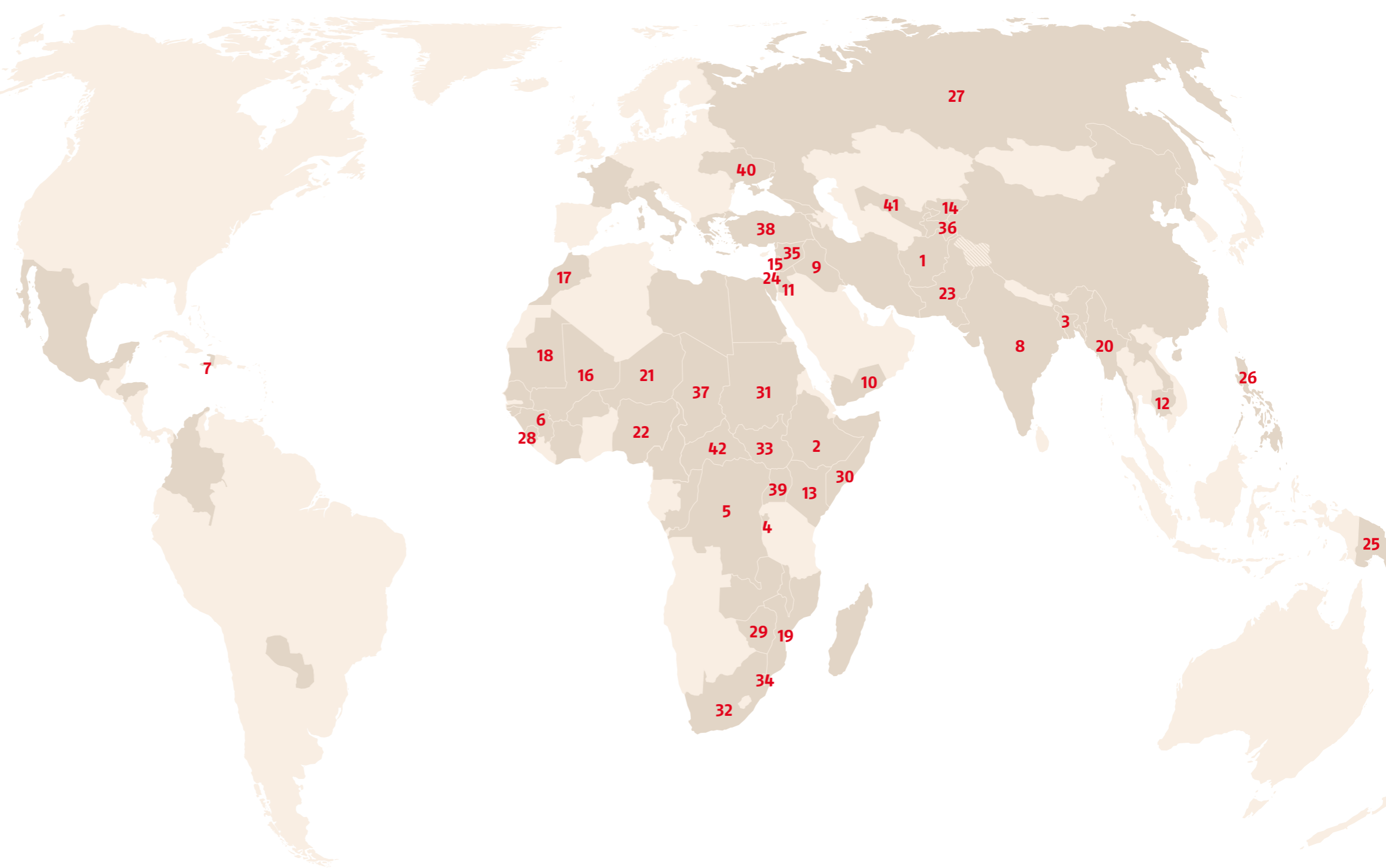
KAMBODSCHA: Steffen Buerke © MSF

SIERRA LEONE: Tanja Karen © MSF

PALÄSTINENSISCHE AUTONOMIEGEBIETE:  
Ilka Funcke © MSF

TADSCHIKISTAN: Christoph Höhn © MSF

SÜDSUDAN: Annika Bombeck © MSF



Das internationale Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN war im Jahr 2013 in mehr als 60 Ländern weltweit tätig. Diese Länder sind dunkel markiert. In den Ländern, die zusätzlich mit Ziffern versehen sind, arbeiteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in Deutschland leben oder über das deutsche Büro ausgereist sind. Gebiete mit unklarem politischen Status sind schraffiert dargestellt.

2013 waren insgesamt 386 Projektstellen des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN mit 289 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besetzt, die in Deutschland leben oder über das deutsche Büro ausgereist sind.

Berufsaufteilung:

Ärztinnen / Ärzte	40,4%
Pflegepersonal und andere medizinische Berufe	28,2%
Andere Berufe	31,4%
<b>Davon Koordinationspositionen</b>	<b>22,8%</b>

Im Jahr 2013 haben uns viele Praktikanten / innen sowie ehrenamtliche Mitarbeiter / innen in den Büros in Berlin und Bonn unterstützt. Hierfür möchten wir uns ganz herzlich bedanken.

## DIE CHARTA VON ÄRZTE OHNE GRENZEN

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

### Alle Mitarbeiter verpflichten sich auf folgende Grundsätze:

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

## IMPRESSUM

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

Mitarbeit: Stefan Dold, Frank Dörner, Jan Hefter, Andreas Marggraf, Petra Meyer, Ulrike von Pilar, Meike Schwarz, Tankred Stöbe, Mathias Wagner

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

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

Redaktionsschluss: 23.5.2014

Titelbild:  
ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK:  
In der umkämpften Stadt Bossangoa im  
Nordwesten des Landes betreibt ÄRZTE  
OHNE GRENZEN seit März 2013 ein Krankenhaus.  
© Sylvain Cherkaoui/Cosmos

Rückseitenfoto:  
AFGHANISTAN: Patienten warten vor der  
Klinik von ÄRZTE OHNE GRENZEN in Kundus.  
© Mikhail Galustov

# INHALT



# 6

SÜDSUDAN © Sabine Lorthier



# 16

MALI © Trevor Snapp



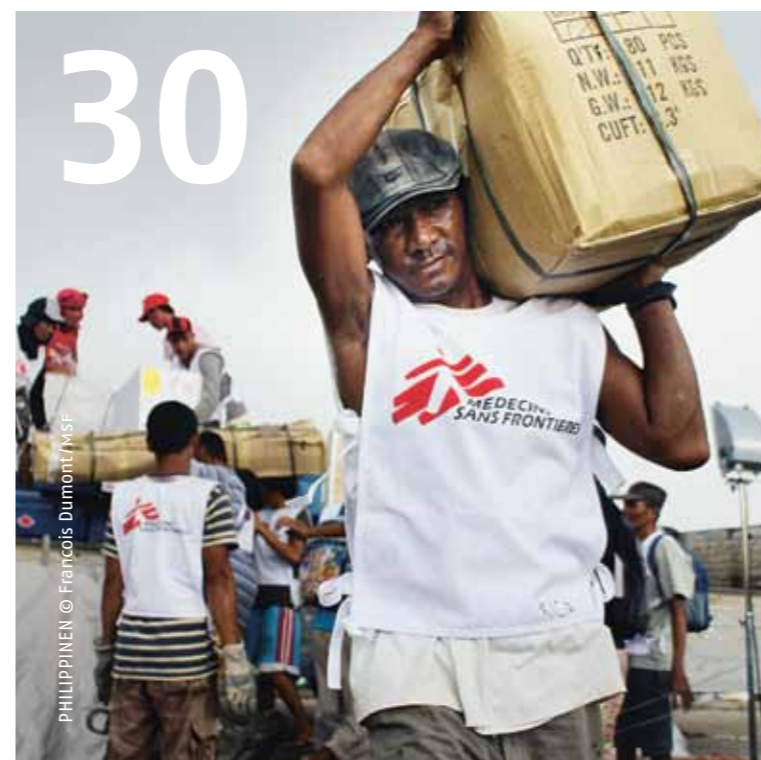
# 32

TADSCHKISTAN © Wendy Marjijnissen



# 34

SYRIEN © Anna Surinyach/MSF



# 30

PHILIPPINEN © François Dumont/MSF

## WER WAR WO?

Mit ÄRZTE OHNE GRENZEN im Einsatz 2013 **2**

## EDITORIAL

Dr. Frank Dörner und Dr. Tankred Stöbe  
über 20 Jahre ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland **6**

## KRISEN IM FOKUS

ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK  
Die Gewalt macht vor niemandem Halt **10**

### SOMALIA

„Wir haben unsere Grenzen erreicht“ **12**

### VERGESSENE KRISEN

Simbabwe, Südsudan, Swasiland, Tschad,  
Zentralafrikanische Republik **14**

### KLEINE SCHRITTE FÜR GROSSE ANLIEGEN

ÄRZTE OHNE GRENZEN im Gespräch mit der Politik **16**

## STRUKTUR, KONTROLLE, STRATEGIE

STRUKTUR UND GOVERNANCE **18**

KONTROLLE UND RISIKOMANAGEMENT **21**

VISION UND STRATEGIE **23**

## AM BEISPIEL ERKLÄRT

### WIRKUNGSKONTROLLE

Kriterien für die Öffnung und Schließung von Projekten **26**

### ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK

Einsatz im Konfliktgebiet **27**

### PAPUA-NEUGUINEA

Hilfe für Überlebende sexueller und häuslicher Gewalt **28**

### PHILIPPINEN

Hilfe nach dem Taifun Haiyan **30**

### TADSCHKISTAN

Behandlung von Kindern mit Tuberkulose **32**

## PROJEKTFINANZIERUNG

### IM ÜBERBLICK

Alle aus Deutschland im Jahr 2013  
mitfinanzierten Projekte **34**

### BESSERE MEDIKAMENTE

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

## ZAHLEN KONKRET

### FINANZIELLER ÜBERBLICK

Einnahmen und Ausgaben 2013 **44**

### ANHANG

**48**

### LAGEBERICHT

**54**

### KLEINES LEXIKON DER FACHBEGRIFFE

**62**

### DANKE!

**63**

# EDITORIAL

Extreme Not, bewaffnete Gewalt gegen Frauen und Kinder sowie fehlender Respekt vor humanitärer Hilfe: Geschäftsführer Frank Dörner und Tankred Stöbe, Vorstandsvorsitzender von ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland, reflektieren die großen Herausforderungen unserer Einsätze im Jahr 2013. Zudem sprechen sie über die Meilensteine in der 20-jährigen Geschichte der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN.



Dr. Tankred Stöbe



Dr. Frank Dörner

## **Im Jahr 2013 ist die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN 20 Jahre alt geworden. War das ein bedeutendes Ereignis für die Organisation?**

**TANKRED STÖBE:** Wir haben uns von Anfang an als Teil des internationalen Netzwerkes von Médecins Sans Frontières/ÄRZTE OHNE GRENZEN verstanden. Und dieses war damals schon mehr als 20 Jahre lang sehr erfolgreich aktiv. Doch wenn man bedenkt, wie klein wir angefangen haben – mit sieben Gründungsmitgliedern und einem Büro mit einem einzigen Mitarbeiter – und wie groß wir heute sind, dann ist das doch sehr bemerkenswert. Mehr als 100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leisten in unseren Büros in Berlin und Bonn heute einen sehr wichtigen Beitrag für die weltweite medizinische Hilfe von ÄRZTE OHNE GRENZEN – nicht zuletzt mit mehr als 80 Millionen Euro an privaten Spenden im Jahr 2013.

## **Welche Ereignisse waren wichtig für diese Entwicklung?**

**FRANK DÖRNER:** Zunächst war es hauptsächlich die Idee, in Deutschland Mitarbeiter für die weltweiten Projekte zu rekrutieren. Doch schon 1994 erlebten wir eine erste große Welle der Spendenbereitschaft hier in Deutschland aufgrund des Einsatzes von ÄRZTE OHNE GRENZEN während und nach dem Völkermord in Ruanda. Ohne dass wir dazu aufgerufen hatten, bekamen wir eine Million D-Mark an Spenden. Damit hatten wir nicht gerechnet, doch das machte uns klar, dass Fundraising in Deutschland wichtig werden würde.

1999 war ein bedeutendes Jahr mit der Verleihung des Friedensnobelpreises an das internationale Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN. Damit stieg die Bekanntheit auch

in Deutschland. Im Jahr 2000 kam der Umzug von Bonn nach Berlin, und im Jahr 2004 begannen wir im deutschen Büro damit, Projektverantwortung zu übernehmen und die Einsätze in ausgewählten Ländern zu steuern. Dies ist für die Arbeit in Deutschland sehr wichtig.

**TANKRED STÖBE:** Im Winter 2004/05 traf der Tsunami auf die Küsten in Südostasien. Die dadurch ausgelöste Spendenbereitschaft in Deutschland war einmalig. Gleichzeitig war der Bedarf an medizinischer Nothilfe vor Ort weniger hoch als befürchtet. Zum ersten Mal in der Geschichte riefen wir für diese Katastrophe zu einem Spendenstopp auf und baten stattdessen um zweckfreie Spenden. Das war eine gewagte Entscheidung, die jedoch letztendlich unsere Glaubwürdigkeit gesteigert hat. Wir fühlten uns bestärkt, im Fundraising der Transparenz und den ethischen Fragen weiterhin hohe Priorität einzuräumen.

## **Für die Spender ist das wichtigste Kriterium ja häufig, dass ihre Spenden dort eingesetzt werden, wo sie wirklich gebraucht werden.**

**TANKRED STÖBE:** Ja, und hier können die Spender selbst dazu beitragen, dass wir das können. Wenn uns viele private Spender vertrauen und ohne spezifischen Zweck für uns spenden, können wir unsere Einsätze dort durchführen, wo wir die größten medizinisch-humanitären Bedürfnisse sehen. Wir sind froh darüber, dass wir in Deutschland einen Anteil an privaten Spenden und Zuwendungen von mehr als 90 Prozent haben – das Ergebnis vieler Anstrengungen und die Grundlage für die Unabhängigkeit unserer Nothilfe. Diese ist zudem auch die Voraussetzung für die Sicherheit der Helfer und Patienten in vielen Konfliktregionen.



AFGHANISTAN: Vor dem Krankenhaus in Lashkar Gah, in dem **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Jahr 2013 rund 4.600 Operationen durchführte. © Mikhail Galustov

### Was hat die Herkunft der Spenden mit der Sicherheit vor Ort zu tun?

**FRANK DÖRNER:** Das lässt sich gut am Beispiel Afghanistan erklären: Es gibt dort einerseits große Not in der Bevölkerung, und viele Menschen haben nur sehr eingeschränkt Zugang zu medizinischer Versorgung. Gleichzeitig ist es sehr schwer, Hilfe zu leisten, weil die Gefahr für Mitarbeiter und Patienten, Opfer eines Angriffs zu werden, hoch ist. Wir können dort nur arbeiten, wenn wir als neutrale und unparteiliche Organisation wahrgenommen werden, die unabhängig von all den politischen und militärischen Akteuren handelt, die im Land ihre Interessen vertreten. Da die Bundeswehr ebenso im Land präsent ist, können wir unmöglich Gelder von der Bundesregierung für die Hilfe in Afghanistan annehmen. Denn damit könnten wir als ein Teil der politischen Interessen wahrgenommen und eventuell zum Ziel werden. Also können wir dort nur einigermaßen sicher arbeiten, wenn wir dafür ausschließlich private Spenden einsetzen. Das gleiche gilt für viele andere äußerst komplexe Kontexte. In Syrien, wo wir seit 2012 Hilfe leisten, ist die Situation extrem schwierig. Dennoch haben die Teams seitdem dort mehr als 140.000 medizinische Behandlungen durchgeführt, viele davon aufgrund von Verletzungen oder lebensbedrohlicher chronischer Krankheiten. Sie führten fast 7.000 chirurgische Eingriffe durch und ermöglichten 1.900 Frauen eine sichere Entbindung.

**TANKRED STÖBE:** All diese Hilfe können wir nur mit den unabhängigen Spenden leisten, für die wir sehr dankbar sind. Andererseits müssen wir auch in Deutschland ständig die humanitäre Nothilfe mit ihren Prinzipien

der Unparteilichkeit, Neutralität und Unabhängigkeit verteidigen, um die Sicherheit in den Einsatzländern nicht zu gefährden. In den vergangenen 20 Jahren hat sich die Bundesrepublik vermehrt an militärischen Einsätzen beteiligt, und immer wieder äußerten Politiker die Absicht, mit der militärischen Intervention auch humanitäre Ziele zu verbinden – zuletzt die Verteidigungsministerin Ursula von der Leyen im Zusammenhang mit einem Einsatz in der Zentralafrikanischen Republik. Wir lehnen das ab, weil die Menschen vor Ort dann zwischen Militär und humanitären Helfern nicht mehr unterscheiden können. Auch deshalb können wir zum Ziel von Angriffen werden.

**Derzeit gibt es mehr und mehr Konflikte und Krisenregionen, die fast unlösbar kompliziert erscheinen. Ist damit auch die Arbeit von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** weltweit gefährlicher geworden?**

**TANKRED STÖBE:** Das ist schwer zu sagen, einfache Konflikte gab es ja nie. Das Jahr 2013 war jedoch eines der schwierigsten in der Geschichte von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**.

**FRANK DÖRNER:** Im Südsudan, in Syrien und in der Zentralafrikanischen Republik zum Beispiel scheint jede Ordnung und jede Lebensperspektive für die Menschen auseinanderzubrechen. Wir sehen unglaublich viele Bedürfnisse und können doch nur eingeschränkt helfen, weil auch unsere Einrichtungen zum Ziel von Gewalt werden. Dazu kam noch, dass wir in Somalia alle Projekte schließen mussten, nachdem wir uns dort nicht mehr auf die Sicherheitsversprechen von lokalen und nationalen Autoritäten verlassen konnten. Dazu können Sie in diesem Jahresbericht auf den Seiten 12/13 mehr lesen.



SÜDSUDAN: ÄRZTE OHNE GRENZEN versorgt Vertriebene mit Trinkwasser. © Jerome Starkey

### **Inwieweit findet ÄRZTE OHNE GRENZEN auf diese wachsenden Herausforderungen die adäquaten Antworten?**

**FRANK DÖRNER:** ÄRZTE OHNE GRENZEN ist in den vergangenen Jahrzehnten professioneller geworden und sucht ständig neue Wege, um auf die sich verändernden Herausforderungen zu reagieren. Ob und wie wir weiter die bedürftigsten Menschen erreichen können, entscheidet sich in der nahen Zukunft auch an der Frage, inwieweit wir die Sicherheit unserer Mitarbeiter und Patienten gewährleisten können. Hier werden wir weiterhin viel Verhandlungsgeschick beweisen müssen. In jedem Einsatzgebiet sprechen wir mit allen Konfliktparteien, machen unsere Prinzipien deutlich und versuchen so, von allen Seiten den nötigen Respekt und damit die Akzeptanz unserer Arbeit zu bekommen, ohne die wir nicht arbeiten können.

**TANKRED STÖBE:** Wir sind als Organisation in der Vergangenheit an den großen Fragen gewachsen und haben auch immer dazugelernt. Seit 1999 setzen wir uns für den Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten ein, um zum Beispiel für die bis dahin unbehandelten Menschen mit HIV/Aids in ärmeren Ländern eine Lösung zu finden. Mit großem Erfolg: Heute führen Hunderttausende Patienten weltweit dank bezahlbarer lebensverlängernder Medikamente ein weitgehend normales und gesundes Leben. Eine weitere Herausforderung, an der wir auch hier in Deutschland maßgeblich mitarbeiten, ist die Behandlung von Patienten mit multiresistenter Tuberkulose. Im Jahr 2013 haben wir in manchen Projekten ein neues Behandlungskonzept eingeführt, das die Dauer der Behandlung von zwei Jahre auf neun Monate verkürzt.

### **Gibt es noch mehr Bereiche, in denen sich ÄRZTE OHNE GRENZEN weiter professionalisiert hat?**

**TANKRED STÖBE:** Auch nach Naturkatastrophen zeigt sich unsere langjährige Erfahrung und Innovation – unsere Reaktionsfähigkeit wurde spürbar professionalisiert. Nach dem Taifun auf den Philippinen im November 2013 zum Beispiel waren wir nicht nur schnell vor Ort, sondern auch mit sehr effektiver Hilfe. Dank unseres ausgefeilten Logistiksystems, den erfahrenen Mitarbeitern, die innerhalb von Stunden und Tagen einsatzbereit sind, und dank der standardisierten Abläufe sind wir dabei auch nicht von anderen Akteuren abhängig.

**FRANK DÖRNER:** Und hier schließt sich der Kreis wieder zu unserer Frage zu Beginn unseres Gesprächs: Auch hier verdanken wir es unseren privaten Spendern, dass wir unabhängig von Finanzierungsfragen sofort helfen konnten.

### **Und was sind die Herausforderungen im kommenden Jahr?**

**FRANK DÖRNER:** Das Sicherheitsproblem haben wir ja schon angesprochen: Hier werden wir stark daran arbeiten, den nötigen Respekt vor humanitären Helfern und medizinischen Einrichtungen vor allem in Konfliktregionen weiter zu thematisieren. Ein weiteres Thema der Zukunft wird auch die Situation in den Megastädten des Südens sein und unsere Möglichkeiten, dort zu helfen. Und leider sind die großen Konfliktregionen des Jahres 2013 weit von einer Lösung entfernt: In Syrien, in der Zentralafrikanischen Republik und im Südsudan benötigen die Menschen dringend weiterhin unsere Hilfe, ebenso wie in den vergessenen Krisenregionen dieser Welt.



# 2013: KRISEN IM FOKUS

Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN sind unterwegs zu einem Krankenhaus in der Hauptstadt Bangui.  
© Juan Carlos Tomasi



# ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK: DIE GEWALT MACHT VOR NIEMANDEM HALT

Die Stadt Bossangoa im Nordwesten der Zentralafrikanischen Republik ergibt im Januar 2014 ein gespenstisches Bild: Die Straßen der Stadt sind menschenleer, kein Geschäft, keine Bank ist geöffnet, viele Häuser sind niedergebrannt. Auf einem Kirchengelände auf der einen Seite der Stadt drängen sich viele Tausend Menschen, leben auf der nackten Erde ohne ausreichende sanitäre Anlagen. Auf der anderen Seite der Stadt in einer ehemaligen Schule das gleiche Bild. Die Menschen, die noch vor kurzem Nachbarn waren, trauen sich jetzt aus Angst vor der gegenseitigen Gewalt nicht mehr auf die Straße.

Das Bild ist Ausdruck eines blutigen Konflikts, der das ganze Land seit Ende 2012 mit extremer Gewalt überzieht. Die bewaffneten Kämpfe begannen mit dem Vorstoß der Rebellenkoalition Séléka auf die Hauptstadt Bangui. Im März 2013 übernahmen die Rebellen die Macht – seitdem ist die Lage im ganzen Land außer Kontrolle geraten und entwickelt sich zunehmend zu einer von Gewalt dominierten Anarchie. Wo Muslime und Christen über Generationen zusammen lebten, herrscht buchstäblich Mord und Totschlag: Christliche Milizen der Anti-Balaka kämpfen auf der einen und die muslimischen Gruppierungen der Séléka auf der anderen Seite. Dazwischen bewegen sich kriminelle Banden, die die Situation für sich nutzen.

Hunderttausende Menschen fliehen in die Wälder. Häuser, Geschäfte und Krankenhäuser werden geplündert und zerstört. Die Menschen verlieren ihre Nahrungsmittelvorräte sowie ihr Einkommen und leben zum Teil schutzlos in der freien Natur. Gleichzeitig ist das ohnehin schlecht funktionierende Gesundheitssystem gänzlich zusammengebrochen, da medizinisches Personal geflohen ist und keine Medikamente mehr über die unsicheren Straßen

transportiert werden können. Ein Jahr nach dem Staatsstreich verstecken sich nach Angaben der Vereinten Nationen 600.000 Menschen in den Wäldern, in Kirchen, Moscheen oder Schulen. Die muslimische Minderheit flieht in andere Landesteile oder Nachbarländer, wo die meisten von ihnen keine Wurzeln und wenig Perspektiven haben. Französische Truppen und Truppen der Afrikanischen Union kamen im Laufe des Jahres 2013 ins Land, doch das Morden geht weiter.

ÄRZTE OHNE GRENZEN ist schon seit 1997 in der Zentralafrikanischen Republik tätig und hilft der unter Armut, fehlender Infrastruktur und Konflikten leidenden Bevölkerung. Seit Ende 2013 wurden die Aktivitäten im ganzen Land ausgeweitet. Im März 2014 arbeiteten mehr als 300 internationale Mitarbeiter und 2.000 nationale Mitarbeiter in 16 Projekten im Land. Sie operierten seit Ende 2012 rund 2.000 Verletzte, führten fast 700.000 Konsultationen durch und behandelten rund 300.000 Malaria-Patienten. Malaria ist eine der Haupttodesursachen für die Vertriebenen. Zudem ist ÄRZTE OHNE GRENZEN in den Nachbarländern aktiv, um den Flüchtlingen beizustehen, die häufig erschöpft und ausgezehrt an Orten ankommen, wo es kaum medizinische Versorgung gibt. Die Teams arbeiten in Kamerun, im Tschad, in der D. R. Kongo und in der Republik Kongo.

Unter den Patienten behandeln die Teams sehr viele Gewaltopfer mit Schusswunden und Verletzungen von Macheten oder Speeren. Diese Verletzungen zeugen von einem schockierenden Maß an Brutalität und Gewalt. In zahlreichen Pressemitteilungen, Interviews und Berichten haben wir darüber berichtet.



Erstversorgung eines Verwundeten im Vertriebenenlager in Bangui. Der Mann wird kurz darauf in einem Krankenhaus von ÄRZTE OHNE GRENZEN operiert.  
© William Daniels

Lindis Hurum, die im Februar 2014 in einem Vertriebenenlager die medizinische Hilfe von ÄRZTE OHNE GRENZEN koordiniert, erzählt: „Es gab keinen Tag, an dem es keine neuen Verletzten gab. Die Gefechte wurden zu Massakern, in denen sich verschiedene kleinere Gruppen bekämpften und sich zum Teil am helllichten Tag grausam töteten. Uns haben die schrecklichen Folgen jeden Tag begleitet. Zu uns kamen Menschen, ihnen fehlten die Nasen, die Ohren, die Brustwarzen. Praktisch jedes Körperteil wurde abgetrennt. Es war schrecklich, und es reichte den Angreifern nicht, andere zu töten – es sollte wohl auch noch so grausam wie möglich sein.“

Auch vor humanitären Helfern machen die bewaffneten Gruppen nicht Halt. In mehreren Projekten überfielen, plünderten und zerstörten sie die Einrichtungen von ÄRZTE OHNE GRENZEN und anderen Hilfsorganisationen und griffen ihre Mitarbeiter an. Dies erschwert die Arbeit sehr und schränkt die Möglichkeiten zu helfen ein (siehe Kasten).

Die derzeitige Krise trifft eine Bevölkerung, die ohnehin seit Jahrzehnten unter einer chronischen Krise leidet. ÄRZTE OHNE GRENZEN hat bereits 2012, als die Lage aus heutiger Sicht noch vergleichsweise stabil war, mit dem Bericht „State of Silent Crisis“ weltweit auf die Situation der Menschen aufmerksam gemacht. Im Juli 2013 wurde dieser Bericht aktualisiert mit dem Titel „Central African Republic: Abandoned to its Fate?“ wieder aufgelegt. ÄRZTE OHNE GRENZEN ruft damit und mit zahlreichen weiteren Veröffentlichungen die internationale Gemeinschaft dringend zum Handeln auf. Es muss mehr Hilfe geleistet werden für die 4,5 Millionen Einwohner der Zentralafrikanischen Republik. Denn die Menschen dürfen nicht ihrem Schicksal überlassen werden.

Am 26. April 2014 erschossen ehemalige Kämpfer der Séléka-Allianz auf dem Gelände von ÄRZTE OHNE GRENZEN in der Stadt Boguila im Norden des Landes 16 Zivilisten. Drei von ihnen waren Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN. Die Schüsse wurden während eines Raubüberfalls auf die medizinische Einrichtung abgegeben. In diesem Moment fand ein von ÄRZTE OHNE GRENZEN initiiertes Treffen von insgesamt 40 Dorfältesten statt. Die meisten Opfer waren Teilnehmer dieses Treffens.

Wir sind tief bestürzt und schockiert über die brutale Gewalt gegen die lokale Bevölkerung und unsere Mitarbeiter. In tiefer Trauer gedenken wir der Ermordeten. Ihren Familien und Freunden gilt unser Mitgefühl.

In der Folge dieser Ereignisse mussten wir unsere Hilfe in Boguila aussetzen und die übrigen Projekte im Land sowie die Hilfe für die Flüchtlinge in den Nachbarstaaten zeitweise einschränken. Wir erwarten von allen Konfliktparteien eine klare Distanzierung von der Gewalt gegenüber medizinischen Einrichtungen.



Mütter und ihre Kinder warten in einem Lager in Mogadischu auf die Verteilung von überlebenswichtigen Nahrungsmitteln.  
© Yann Libessart

## SOMALIA: „WIR HABEN UNSERE GRENZEN ERREICHT“

Mitte August 2013, an einer staubigen Straße der somalischen Hauptstadt Mogadischu. Maryan M. sitzt mit ihren vier Kindern vor den verschlossenen Türen der Jaziira-Klinik von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**. Einer Journalistin, die für eine Nachrichtenagentur berichtet, stellt sie die verzweifelte Frage: „Wer wird denn jetzt meiner Familie helfen?“

Wenige Stunden zuvor hatte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** alle bestehenden Projekte in Somalia verlassen. In neun Distrikten des Landes schlossen Dutzende Kliniken, OP-Säle, Gesundheitszentren und Spezialeinrichtungen zur Behandlung von Cholera, Tuberkulose und Mangelernährung. Etwa 1.500 Mitarbeiter, die in den Wochen zuvor täglich rund 2.000 Patienten behandelt hatten, beendeten ihre Arbeit. „Diese Nachricht ist zweifellos die schwierigste, die ich als internationaler Präsident von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** bekannt geben muss“, erklärte Unni Karunakara auf einer Pressekonferenz in Nairobi. „Wir beenden unsere Programme in Somalia, weil die Situation im Land zu einem unhaltbaren Ungleichgewicht geführt hat zwischen den Risiken, die unsere Mitarbeiter eingehen müssen, und unseren Möglichkeiten, der somalischen Bevölkerung zu helfen. Ich bedaure zutiefst, dass wir heute unsere lebensrettende medizinische Versorgung in Somalia beenden müssen. Aber wir haben unsere Grenzen erreicht.“

Der Einsatz von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Somalia war nicht mehr verantwortbar, weil die Gewalt gegen Patienten und Mitarbeiter kein Ende nahm. Seit dem Beginn unseres Einsatzes im Land im Jahr 1991 wurden 16 Mitarbeiter getötet, sieben weitere entführt und teilweise über Jahre hinweg festgehalten. Zuletzt tötete ein Angreifer im

Dezember 2011 in Mogadischu einen Arzt und seinen Projektleiter – der Mörder wurde inhaftiert, kam jedoch nach drei Monaten wieder frei. Im Oktober 2011 entführten Bewaffnete zwei Logistikerinnen im Flüchtlingslager Dadaab in Kenia – sie wurden 21 Monate lang in Somalia gefangen gehalten und Mitte 2013 wieder freigelassen. „Diese zwei Ereignisse führten schließlich dazu, dass wir diese schwierige Entscheidung treffen mussten,“ so Karunakara. Denn ohne Respekt vor humanitären Helfern können wir nicht arbeiten.

Ausschlaggebend für die Schließung aller Projekte war die Tatsache, dass genau die Akteure, mit denen wir Sicherheitsvereinbarungen aushandelten, die Übergriffe auf unsere Mitarbeiter duldeten und hinnahmen. In einigen Fällen haben sie die kriminellen Übergriffe auf uns sogar aktiv unterstützt. All dies betraf sowohl bewaffnete Gruppen als auch viele Ebenen der Zivilregierung und lokale Autoritäten.

Der 14. August 2013, an dem die Schließung aller Einrichtungen bekannt gegeben wurde, war einer der schwärzesten Tage in der mehr als 40-jährigen Geschichte von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**. Auch vorher schon mussten wir medizinische Nothilfeprogramme beenden – aufgrund unkalkulierbarer Sicherheitsrisiken oder aus Protest gegen den Missbrauch humanitärer Hilfe. Doch kaum je zuvor mussten die Mitarbeiter so viele Patienten ohne weitere medizinische Hilfe zurücklassen: Maryan M. war nur eine von mehr als 300.000 Patientinnen und Patienten, die allein in der ersten Jahreshälfte 2013 bei **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Hilfe suchten. 2012 waren es insgesamt mehr als 600.000.



Bewaffnete Konflikte in der Hauptstadt Mogadishu zerstören die Lebensgrundlage der Menschen.  
© Martina Bacigalupo

Besonders dramatisch waren die Auswirkungen unseres Weggangs in Süd- und Zentralsomalia, wo die Teams von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** meist die einzigen waren, die überhaupt noch Hilfe leisteten. Abdi Rizak, einer der Mitarbeiter in der Hafenstadt Kismayo, hatte die Situation einige Monate zuvor so beschrieben: „Wir haben ständig zwischen 70 und 120 schwer mangelernährte Kinder in Behandlung. Dazu kommen noch Kinder mit Masern und anderen Krankheiten. Wir sind nur ein kleines Gesundheitszentrum, aber weil es in der Gegend keine kostenfreie medizinische Versorgung gibt, werden wir überrannt. Das Gesundheitssystem hier funktioniert seit mehr als 20 Jahren nicht mehr. Die Not der Menschen ist gewaltig.“

Zuletzt arbeiteten aus Sicherheitsgründen fast ausschließlich somalische Mitarbeiter in den Projekten, die von der kenianischen Hauptstadt Nairobi aus koordiniert wurden. In den Stunden vor der Schließung versorgten sie ihre Patienten noch mit lebenswichtigen Medikamenten für die kommende Zeit und versuchten, die Weiterbehandlung Schwerkranker sicherzustellen. Doch selbst nach dem Rückzug zeigten die Konfliktparteien, wie wenig ihnen der Schutz von Patienten und Gesundheitseinrichtungen bedeutet: In zwei Städten im Süden Somalias besetzten lokale Rebellengruppen bereits am Folgetag die Krankenhäuser, beschlagnahmten die medizinische Ausrüstung und schickten die Patienten nach Hause.

Doch die Entscheidung, Somalia ganz zu verlassen, gilt nicht für immer. Teams von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** behandeln weiterhin hunderttausende somalische Flüchtlinge in den Nachbarländern Kenia und Äthiopien. Und die Organisation wird nach Wegen suchen, irgendwann wieder in Somalia Hilfe zu leisten. Aber, wie Unni Karunakara an jenem Tag im August erklärte: „Solange diejenigen, die in Somalia Macht oder Einfluss haben, nicht belegen, dass sie eine unparteiliche medizinische Versorgung der Menschen in den verschiedenen Regionen anerkennen, solange sie nicht diejenigen respektieren, die für diese Arbeit enorme persönliche Risiken auf sich nehmen – so lange kann **ÄRZTE OHNE GRENZEN** nicht nach Somalia zurückkehren.“



# VERGESSENE KRISEN 2013

SIMBABWE © Julie Rémy

Das Leid von Millionen Menschen in Konflikt- und Krisengebieten bleibt für die deutsche Öffentlichkeit weitestgehend unsichtbar. Über Krisen wie die im Tschad, in Swasiland oder in Simbabwe wurde im Jahr 2013 in den deutschen Medien kaum berichtet. ÄRZTE OHNE GRENZEN ist in diesen Ländern seit Jahren aktiv und macht immer wieder auf die Situation der Menschen aufmerksam. Hier stellen wir fünf Krisen vor, die aufgrund ihrer Dramatik deutlich mehr Aufmerksamkeit verdient haben. Für die Liste wurde die Berichterstattung in fünf wichtigen überregionalen Medien von Anfang Januar bis Ende Oktober 2013 untersucht.

## **SIMBABWE**

Die Menschen in Simbabwe kämpfen mit zwei großen Epidemien gleichzeitig: mit HIV und Tuberkulose. 14 Prozent der Erwachsenen (1,2 Millionen) und 150.000 Kinder leben mit dem HI-Virus. In einigen Regionen gibt es kaum Möglichkeiten zur Behandlung – insbesondere für Kinder und Jugendliche. Jede Woche sterben mehr als 1.000 Menschen an den Folgen von Aids. Auch Tuberkulose bleibt bislang oft unerkannt und unbehandelt und breitet sich so immer weiter aus. ÄRZTE OHNE GRENZEN arbeitet seit dem Jahr 2000 in Simbabwe. Die Teams bieten Beratung, Tests und Behandlung an.

## SÜDSUDAN

Der Südsudan ist die jüngste Republik der Welt und nach vielen Jahren des Krieges im Aufbruch in eine neue Zukunft. Doch auch zweieinhalb Jahre nach der Unabhängigkeit ist die Situation der Menschen extrem schwierig. Seitdem im Dezember 2013 die Kämpfe zwischen Regierung und Opposition eskalierten, sind Hunderttausende Menschen auf der Flucht. Gewalt, Vertreibung, Krankheit und Mangelversorgung bestimmen heute noch immer den Alltag vieler der rund zehn Millionen Südsudanesen. ÄRZTE OHNE GRENZEN arbeitet seit 30 Jahren im Südsudan und betreibt über das gesamte Land verteilt Kliniken und Gesundheitsposten. Infolge der akuten Verschärfung der Krise hat ÄRZTE OHNE GRENZEN zusätzliche Nothilfeprojekte eingerichtet.



## ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK

In der Zentralafrikanischen Republik haben bewaffnete Kämpfe und massive Vertreibungen die katastrophale Not-situation weiter verschärft. Nach Angaben der Vereinten Nationen benötigt ein Drittel der Einwohner (1,6 von 4,5 Millionen Menschen) dringend humanitäre Hilfe. Aufgrund der prekären Sicherheitslage haben viele Hilfsorganisationen ihre Arbeit jedoch stark eingeschränkt und sind außerhalb der Hauptstadt Bangui kaum präsent. ÄRZTE OHNE GRENZEN ist seit 1997 im Land und hat die Hilfe im Jahr 2013 ausgeweitet (siehe Seiten 10/11 und 27).

## TSCHAD

Der Tschad gilt als eines der ärmsten Länder der Welt. Die medizinische Versorgung ist sehr lückenhaft, immer wieder breiten sich Krankheiten wie Malaria, Masern und Meningitis aus. Die Zahl der akut mangelernährten Kinder unter fünf Jahren ist eine der höchsten weltweit. ÄRZTE OHNE GRENZEN ist seit 1981 im Land. 2013 lag der Schwerpunkt der Hilfe vor allem auf der Malaria-behandlung und der Versorgung von Flüchtlingen aus der angrenzenden sudanesischen Region Darfur.



## SWASILAND

In keinem Land der Erde ist der Anteil der Menschen mit HIV/Aids so groß wie im Königreich Swasiland. Ein Viertel aller Erwachsenen ist mit dem HI-Virus infiziert. Und nirgendwo auf der Welt gibt es einen größeren Anteil an Menschen in der Bevölkerung, die an Tuberkulose (TB) erkrankt sind. Auf 100.000 Einwohner kommen etwa 1.200 TB-Fälle. Immer mehr Menschen erkranken auch an multiresistenten Formen der TB und benötigen eine langwierige und schwierige Therapie, die nur in etwa 60 Prozent der Fälle erfolgreich ist. Das Gesundheitssystem kann diese Krise nicht auffangen. ÄRZTE OHNE GRENZEN ist seit 2007 in Swasiland.



MAURETANIEN: In Mbera versorgt ÄRZTE OHNE GRENZEN malische Flüchtlinge. Waffen sind in den Einrichtungen der Organisation grundsätzlich verboten.  
© Nyani Quarmyne

## ÄRZTE OHNE GRENZEN IM GESPRÄCH MIT DER POLITIK: KLEINE SCHRITTE FÜR GROSSE ANLIEGEN

ÄRZTE OHNE GRENZEN wurde mit dem Anspruch gegründet, nicht nur Leid zu lindern, sondern auch über die Situation von Menschen in Not zu berichten und eine Stimme für Menschen in Not zu sein. Ein Teil der politischen Arbeit von ÄRZTE OHNE GRENZEN besteht darin, die Anliegen der humanitären Arbeit den politisch Verantwortlichen in Deutschland zu erklären und in der Gesellschaft zu diskutieren. Denn Äußerungen und Entscheidungen von Politikern hierzulande haben Auswirkungen auf unsere Arbeit in den Einsatzländern. Im Berliner Büro gibt es ein kleines Team, das regelmäßig Gespräche mit Abgeordneten im Bundestag oder Mitarbeitern des Auswärtigen Amtes organisiert, an Konferenzen teilnimmt und selbst Kongresse veranstaltet, offene Briefe an Politiker schreibt, Vorträge hält und Artikel oder Themenhefte zu aktuellen humanitären Fragen veröffentlicht.

Ein Beispiel: Als die Bundesregierung sich im Januar 2013 entschloss, die französische Militärintervention in Mali zu unterstützen, kündigte der damalige Außenminister Guido Westerwelle dies mit den Worten an, dass man Frankreich logistisch, medizinisch und humanitär zur Seite stehe. Solche Aussagen gefährden unsere Mitarbeiter und Patienten in den medizinischen Projekten. Denn es wird suggeriert, dass die humanitäre Hilfe Teil politischer und militärischer Interessenspolitik sei. Die Sicherheit unserer Mitarbeiter und der Zugang der Patienten zu unseren Projekten kann jedoch nur gewährleistet werden, wenn humanitäre Hilfe als unparteilich, neutral und unabhängig wahrgenommen wird. Wir wehren uns daher seit Jahren gegen diese Vermischung von militärischen und huma-

nitären Zielen. ÄRZTE OHNE GRENZEN veröffentlichte gemeinsam mit der Organisation „Ärzte der Welt“ einen offenen Brief an den damaligen Außenminister, in dem dieser aufgefordert wurde, Abstand von derartigen Äußerungen zu nehmen.

Auch beim jährlich von ÄRZTE OHNE GRENZEN maßgeblich mitorganisierten humanitären Kongress in Berlin werben wir um Unterstützung für diese Position. Bei der Konferenz „20 Jahre Deutsche Außenpolitik aus humanitärer Sicht“ im April 2013 ging es zudem unter anderem darum, welche Folgen die Vermischung von humanitären und militärischen Zielen für unsere Arbeit in Afghanistan hat. Nämlich, dass ausländische Hilfe von der Bevölkerung kaum akzeptiert wird und wir aus Sicherheitsgründen in den Regionen mit den größten medizinischen Bedürfnissen nicht arbeiten können.

Während der Koalitionsverhandlungen der schwarz-roten Regierung im Herbst 2013 entwickelte ÄRZTE OHNE GRENZEN gemeinsam mit anderen Organisationen ein Positionspapier, in dem für mehr Respekt für humanitäre Prinzipien geworben wird und sandten dieses an einflussreiche Entscheidungsträger. Mit Erfolg: Der humanitären Hilfe ist zum ersten Mal ein eigenes Kapitel im Koalitionsvertrag gewidmet. Darin wird der Respekt für die humanitären Prinzipien Unabhängigkeit, Neutralität und Unparteilichkeit ausdrücklich erwähnt. Dennoch bleibt die Arbeit für ein besseres Verständnis der humanitären Hilfe auch in Zukunft notwendig – weltweit und hier in Deutschland.



# STRUKTUR KONTROLLE STRATEGIE



# ÄRZTE OHNE GRENZEN: STRUKTUR UND GOVERNANCE

Die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN wurde 1993 als gemeinnütziger Verein gegründet. Als Teil des internationalen Netzwerkes verfolgt sie das Ziel, Menschen in Not ungeachtet ihrer ethnischen Herkunft, religiösen oder politischen Überzeugung medizinisch zu helfen und zugleich öffentlich auf ihre Lage aufmerksam zu machen. Das Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN/MÉDECINS SANS FRONTIÈRES leistet in mehr als 60 Ländern weltweit humanitäre Hilfe und setzt sich aus 23 Mitgliedsverbänden zusammen. 19 von ihnen tragen als Sektionen die Verantwortung für die Steuerung des Netzwerkes.

## DIE DEUTSCHE SEKTION

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

Das höchste Organ des Vereins ist die Mitgliederversammlung mit 401 ordentlichen Mitgliedern. Darüber hinaus zählt der Verein 9.112 Fördermitglieder ohne Antrags- und Stimmrecht. Die Mitgliederversammlung tagt einmal jährlich. Sie wählt und entlastet den Vorstand, nimmt den Jahresbericht des Vorstands entgegen und kann zudem Änderungen der Vereinssatzung beschließen.

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

Auf der Mitgliederversammlung im Mai 2013 wurde erstmals ein Aufsichtsrat gewählt. 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, ein weiteres kleines Büro gibt es in Bonn. Im Jahr 2013 arbeiteten in insgesamt sechs Abteilungen 62 Voll- und 34 Teilzeitangestellte, außerdem 42 Studenten.

## DAS OPERATIONALE ZENTRUM AMSTERDAM (OCA)

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

Die Sektionen des OCA führen die Hilfsprojekte in gemeinsamer Verantwortung durch und teilen die hierfür vorgesehenen Ressourcen. Grundlage dieser Zusammenarbeit ist neben der detaillierten jährlichen Projektplanung der OCA-Strategieplan. Dieser legt jeweils für vier Jahre die

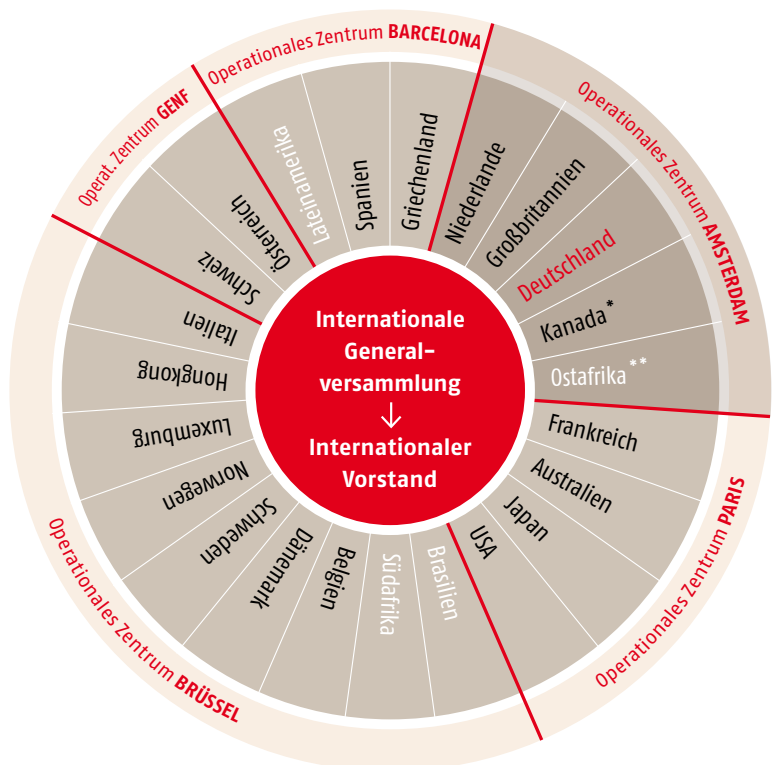


medizinische Ausrichtung der Arbeit vor Ort fest und leitet daraus Ziele für Finanzierung, Personal, Logistik und Kommunikation ab. Im Jahr 2013 führte das OCA Projekte in mehr als 20 Ländern durch.

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

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

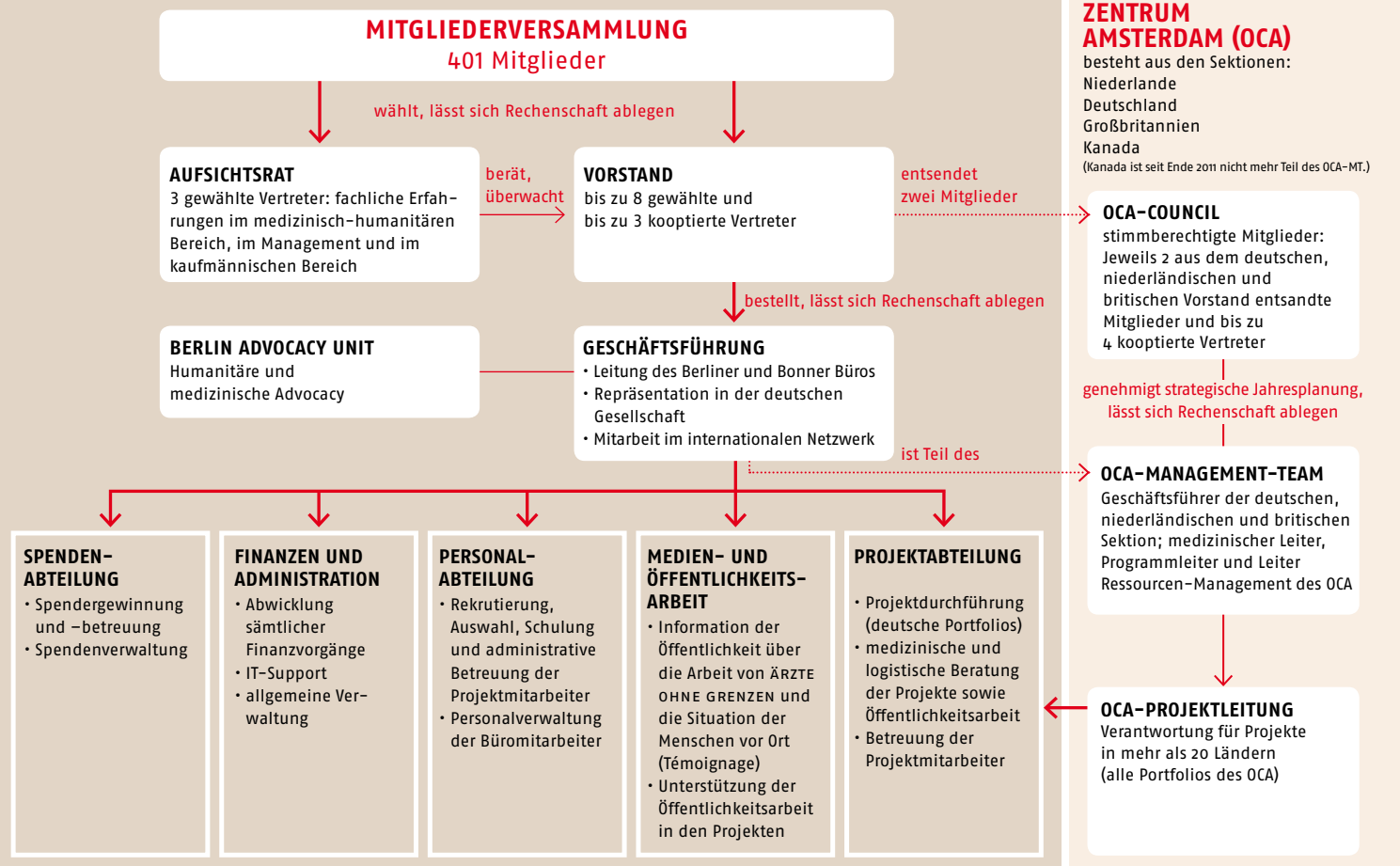
## DIE 23 MITGLIEDSVERBÄNDE VON ÄRZTE OHNE GRENZEN



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

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

## DEUTSCHE SEKTION



## DIE DEUTSCHE SEKTION UND ANDERE OPERATIONALE ZENTREN

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

## FINANZIERUNG DER PROJEKTE

Die operationalen Zentren koordinieren die Finanzierung der Hilfsprojekte des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**. Rechtliche Grundlage für die Projektfinanzierung sind Verträge zwischen den OCs und den Sektionen. Diese basieren auf den Projektplanungen der OCs sowie den finanziellen Prognosen der einzelnen Sektionen. Jeweils zu Beginn des Folgejahres wird über die Mittelverwendung Rechenschaft abgelegt.

Die deutsche Sektion vergab die finanziellen Ressourcen im Jahr 2013 für Projekte von allen fünf operationalen Zentren:

• OC Amsterdam:	45,0 Mio €	67 %
• OC Genf:	11,0 Mio €	16 %
• OC Brüssel:	7,0 Mio €	10 %
• OC Barcelona:	3,3 Mio €	5 %
• OC Paris:	0,6 Mio €	1 %
• Internationales Büro in Genf:	0,6 Mio €	1 %

## DIE INTERNATIONALE ZUSAMMENARBEIT

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

Das höchste Organ des Netzwerkes ist die internationale Generalversammlung (International General Assembly, IGA). Sie besteht aus je zwei Vertretern der 23 Mitgliedsverbände sowie der internationalen Präsidentin (Dr. Joanne Liu, bis September 2013: Dr. Unni Karunakara) und tagt einmal jährlich. Zukünftig wird zudem ein länderübergreifender Mitgliedsverband zwei Vertreter in die IGA entsenden. Die IGA legt die Vision und die übergeordnete Strategie von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** fest. Zudem stellt sie sicher, dass die Grundwerte der Organisation gewahrt werden. Die Beschlüsse der IGA sind für die Mitgliedsverbände verbindlich.

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

Weitere Informationen zu Vorstand und Geschäftsführung der deutschen Sektion finden Sie auf den Seiten 52/53.

SÜDSUDAN: Visite im Krankenhaus  
von ÄRZTE OHNE GRENZEN in  
Jamam. © Robert Hoglund/MSF



# KONTROLLE BEI ÄRZTE OHNE GRENZEN

## IN DEN PROJEKTEN

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

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

Eine Anti-Korruptionsrichtlinie und ein Verhaltenskodex, die beide von allen Mitarbeitern unterschrieben werden, 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.

Ein- bis zwei Mal im Jahr werden anhand von Projektberichten und Budgetauswertungen die vergangenen Monate evaluiert und mögliche Anpassungen vorgenommen. Jeweils im Februar erfolgt eine umfangreiche Soll-Ist-Analyse des gesamten Vorjahres.

Darüber hinaus werden regelmäßig Sach- und Finanzprüfungen in den Projekten durchgeführt: Eigene Mitarbeiter sowie externe Berater prüfen neben der korrekten Mittelverwendung auch die Qualität der Arbeit sowie das

Management der Projekte und geben Empfehlungen zur Verbesserung ab. Außerdem gibt es für das Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN einen Prüfungs- und Risikoausschuss, der ausreichende Kontroll- und Risikoüberwachungsstandards sicherstellt.

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

## AM STANDORT DEUTSCHLAND

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

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

Seit Mai 2013 hat ÄRZTE OHNE GRENZEN einen Aufsichtsrat, der den Vorstand bei der Leitung des Vereins berät und überwacht, insbesondere in Bezug auf das Jahresbudget, die regelmäßige Plan-Ist-Kontrolle und das Risikomanagement.



SYRIEN: Ein Mann mit Diabetes wird in der Notaufnahme behandelt. Aufgrund des zerstörten Gesundheitssystems im Land werden viele chronisch kranke Menschen nicht ausreichend versorgt. © Robin Meldrum/MSF

Der deutsche Jahresabschluss von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** wird von einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft geprüft, die regelmäßig wechselt. Entsprechend der Leitlinien des DZI-Spendensiegels findet seit 2013 auch eine Prüfung der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung (§ 53 Haushaltsgrundsätzegesetz) statt. Die Verwendung der öffentlichen Fördermittel wird außerdem vom Auswärtigen Amt bzw. dem Bundesverwaltungsamt geprüft.

Alle Mitarbeiter, Vorstands- und Aufsichtsratsmitglieder unterschreiben eine Richtlinie, die Interessenskonflikte bei der Ausführung ihrer Tätigkeiten transparent machen bzw. verhindern soll.

Eine Richtlinie für Unternehmensspenden verhindert unter anderem, dass **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Spenden von Unternehmen annimmt, deren Tätigkeit den Prinzipien der Arbeit widerspricht, so z. B. von Rüstungsunternehmen oder Pharmakonzernen. Darüber hinaus verfügt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** über das TQE-FR-Zertifikat des TÜV Thüringen im Bereich Spendergewinnung und -betreuung. Das auf der DIN ISO 9001 basierende TÜV-Siegel bescheinigt, dass die Arbeitsabläufe in der Spendenabteilung effektiv strukturiert und dokumentiert sind sowie laufend optimiert werden. TQE-FR steht für Total Quality Excellence for Fundraising und ist ein Managementsystem speziell für Spenden sammelnde Organisationen.

**ÄRZTE OHNE GRENZEN** hat auch 2013 das Siegel des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen (DZI) erhalten. Dieses bescheinigt eine leistungsfähige und transparente Arbeit, eine nachprüfbare, sparsame und satzungsgemäße

Verwendung der Mittel sowie eine wahre, eindeutige und sachliche Berichterstattung und Werbung. Zudem bescheinigt es wirksame Kontroll- und Aufsichtsstrukturen.

### **RISIKOMANAGEMENT**

**ÄRZTE OHNE GRENZEN** führt ein Risikoinventar, in dem die wichtigsten organisatorischen, operativen und finanziellen Risiken nach Bereichen aufgeführt sowie adäquate Maßnahmen zur Risikosteuerung und -kontrolle festgehalten werden. Am Standort Deutschland aktualisiert das Management-Team dieses zwei Mal im Jahr und diskutiert dies mit dem Vorstand und dem Aufsichtsrat.

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

Im Jahr 2013 hat das internationale Netzwerk von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ein neues Risikomanagementsystem entwickelt, das auf dem internationalen Standard ISO 31000 basiert. Ziel ist neben einem verbesserten internationalen Risikomanagement eine genauere Festlegung der notwendigen finanziellen Reserven. Das Risikoinventar der deutschen Sektion wird im Jahr 2014 auf diesen Standard angepasst.



SÜDSUDAN: Aufgrund massiver Gewalt im Land hat ÄRZTE OHNE GRENZEN die Hilfe stark ausgeweitet. Rund 300 internationale und 3.000 südsudanesische Mitarbeiter sind im Einsatz.  
© Camille Lepage/Hans Lucas

# VISION UND STRATEGIE VON ÄRZTE OHNE GRENZEN

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

## LEITSÄTZE DER DEUTSCHEN SEKTION

- ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland trägt dazu bei, medizinische Hilfe für Menschen in Not zu leisten und ihr Leid zu lindern – ungeachtet ihrer ethnischen Herkunft, politischen und religiösen Überzeugungen sowie ihres Geschlechts. Die Hilfe orientiert sich allein an den Bedürfnissen der Notleidenden.
- ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland geht davon aus, dass die Zukunft der humanitären Hilfe vor allem durch die Folgen von Naturkatastrophen, durch von Menschen verursachte Krisen, immer komplexer werdende Konflikte, knapper werdende Ressourcen und die fortwährende Vernachlässigung bedürftiger Menschen geprägt sein wird.
- ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland verpflichtet sich, einen substantiellen Beitrag zu einem wachsenden internationalen Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN zu leisten. Jenseits von nationalen Interessen wollen wir durch eine effiziente Koordination der Aktivitäten sowie durch die Nutzung von Synergien und medizinischen Innovationen auf die Bedürfnisse der Menschen in Not optimal reagieren können.
- ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland leistet einen wachsenden finanziellen und personellen Beitrag für die Hilfe für Menschen in Not. Gleichzeitig stellt das Berichten über

die Situation in unseren Projekten (Témoignage) einen zentralen Bestandteil unserer Arbeit dar. Wir machen es uns zur Aufgabe, die humanitäre Debatte in Deutschland sowie das Verständnis für die humanitären Prinzipien zu stärken.

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

Im Jahr 2012 hat die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN einen strategischen Plan für die Jahre 2013 bis 2015 verabschiedet und diesen im Jahr 2013 bis ins Jahr 2016 verlängert. Er sieht folgende strategische Prioritäten vor:

1. Die Verbesserung der Qualität unserer medizinischen Programme
2. Die Steigerung des öffentlichen Verständnisses für humanitäre Herausforderungen und Prinzipien
3. Die Weiterentwicklung von effizienten und effektiven Projektpartnerschaften innerhalb unserer Partnerschaften im operationalen Zentrum Amsterdam und operationalen Zentrum Genf
4. Die Steigerung von Accountability und Transparenz sowie von Effizienz bei der internationalen Verwendung unserer Ressourcen
5. Die Einführung einer zukunftsweisenden Strategie für den Einsatz digitaler Medien
6. Die Steigerung der Spendeneinnahmen und der Zahl der Projektmitarbeiter.

Mehr zu den strategischen Prioritäten der deutschen Sektion und zu den strategischen Zielen des OCA finden Sie hier: [www.aerzte-ohne-grenzen.de/organisation/ziele/strategie](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/organisation/ziele/strategie)



SÜDSUDAN: In der Regenzeit ist der Helikopter das einzige zuverlässige Fortbewegungsmittel im Distrikt Pibor.  
© Robin Meldrum/MSF

## PRIORITÄTEN DES INTERNATIONALEN NETZWERKES

Im Jahr 2013 hat die internationale Generalversammlung (IGA) von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, in der alle Mitgliedsverbände vertreten sind, neue Leitlinien für das internationale Netzwerk beschlossen.

### MEDIZINISCHE ZIELE

Die Qualität und Effektivität der medizinischen Aktivitäten in den Projekten von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** sollen ständig verbessert werden. Dies soll insbesondere durch verstärkte Personalentwicklung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreicht werden.

Das Spektrum der Krankheiten, die in den Projekten von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** behandelt werden können, soll erweitert werden, um den Bedürfnissen unserer Patienten noch besser zu begegnen. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** wird sich weiter vor allem um die bedürftigsten Patienten kümmern. Aus diesem Grund werden wir uns auch in Zukunft dafür einsetzen, dass für die Bekämpfung von vernachlässigten Krankheiten mehr getan wird und die jeweiligen Medikamente auch für Menschen in ärmeren Ländern in bezahlbarer Form zur Verfügung stehen.

**ÄRZTE OHNE GRENZEN** wird sich verstärkt darauf vorbereiten, in Krisenregionen chronische Krankheiten wie Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu behandeln.

### INTERNATIONALE TEAMS

Das Prinzip, weltweit stets mit Teams aus internationalen und nationalen Mitarbeitern zu arbeiten, soll gestärkt werden. Nur wenn z. B. die Sicherheit für ausländische Mitarbeiter in einem Land oder einer Region nicht gewährleistet werden kann, sollen in Ausnahmefällen auch Teams ausschließlich aus einheimischen Mitarbeitern gebildet werden. Diese Ausnahmen sollen jedoch auf ein Minimum reduziert werden. Auch eine Auswahl der Mitarbeiter nach Nationalität, Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit aus Sicherheitsgründen soll nur in begründeten Fällen und für begrenzte Zeit möglich sein.

### MEHR ENGAGEMENT IM INTERNATIONALEN HILFSSYSTEM

**ÄRZTE OHNE GRENZEN** hat vermehrt Lücken in der Finanzierung und Durchführung von humanitärer Hilfe durch andere Akteure in Krisenregionen beobachtet. Hier wollen wir in Zukunft mehr Einfluss nehmen und die Situation verbessern helfen. Dabei wollen wir uns verstärkt für die Wahrung der humanitären Prinzipien einsetzen.



# AM BEISPIEL ERKLÄRT



D. R. KONGO: Eine hochschwangere Frau wird von ihren Nachbarn zum Krankenhaus von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** getragen. Die Träger sind sechs Stunden zu Fuß unterwegs. © Giulio Di Sturco

# WIRKUNGSKONTROLLE KRITERIEN FÜR DIE ÖFFNUNG UND SCHLIESSUNG 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 DES PROJEKTS

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

Projektpläne gegebenenfalls angepasst – wichtig ist dabei vor allem, dass sich die Aktivitäten an den tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten orientieren. Zur Qualitätssicherung hat die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Jahr 2013 ein Instrument in einigen Einsatzländern erprobt, mit dem die medizinische Qualität der Projekte im gesamten Netzwerk gemessen und verbessert werden kann. Eine zentrale und sektionsübergreifende Evaluierungseinheit in Wien untersucht zudem regelmäßig Projekte auf ihre Wirksamkeit.

## KRITERIEN FÜR DIE PROJEKTSCHLIESSUNG

Wenn es keinen Bedarf an medizinischer Nothilfe mehr gibt, kann ein Projekt wieder geschlossen beziehungsweise an andere Akteure übergeben werden. Dies ist der Fall, wenn zum Beispiel nach einem Krankheitsausbruch die Zahl der Neuinfizierten auf ein niedriges Niveau zurückgegangen ist. Bei Konflikten oder nach Naturkatastrophen kommt es darauf an, ob die Situation sich soweit beruhigt hat, dass zum Beispiel Flüchtlinge beziehungsweise Vertriebene nach Hause zurückkehren können. Die Stabilisierung der Lage kann auch dazu führen, dass andere Organisationen oder die lokalen Gesundheitseinrichtungen die Arbeit übernehmen und den Bedarf an medizinischer Hilfe decken können. Eine anhaltende politische Instabilität oder chronische Krisen können die Übergabe erschweren und ein Projekt auf längere Zeit – oft auf Jahre – notwendig machen.

Auf den folgenden sechs Seiten werden vier Projekte vorgestellt, die exemplarisch für die Arbeit von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** stehen.

## PROJEKTBEISPIEL

# BOSSANGOA, ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK

## Hilfe für Menschen im Konfliktgebiet

### Ausgaben 2013: 1.517.494 Euro

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

Davon u. a.:

- Internationale Mitarbeiter: 293.067 Euro
- Nationale Mitarbeiter: 178.931 Euro
- Medizinisches Material, Ernährung: 319.302 Euro
- Logistik, Wasser und sanitäre Versorgung: 184.211 Euro



Mit mobilen Kliniken versorgt ein Team die Bevölkerung in Zéré, etwa zwei Fahrtstunden von Bossangoa entfernt.  
© Ton Koene



### AUSGANGSLAGE

In der Stadt Bossangoa kam es während des bewaffneten Konflikts in der Zentralafrikanischen Republik im März 2013 zu heftigen Kämpfen, auch die Gesundheitseinrichtungen waren betroffen, und das Personal musste fliehen. Für die 150.000 Einwohner fehlte daraufhin die medizinische Hilfe. Während weiterer heftiger Kämpfe im Juli 2013 wurden Häuser und Habseligkeiten zerstört. Rund 30.000 Menschen flohen vor der Gewalt auf ein Kirchengelände, weitere 7.000 in eine Schule. In der Umgebung um Bossangoa flohen rund 40.000 Menschen in die Wälder. Die Vertriebenen lebten unter schlechten Bedingungen im Freien oder in viel zu engen Lagern. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** war der einzige Akteur, der in großem Maßstab Hilfe für die Menschen in und um Bossangoa leistete.

### ZIEL

Verletzte und Kranke in Bossangoa und Umgebung sollen medizinische Hilfe bekommen. In den überfüllten Lagern soll u. a. durch schnelle Hygienemaßnahmen Krankheiten vorgebeugt werden.

### AKTIVITÄTEN

**ÄRZTE OHNE GRENZEN** startete im Mai 2013 mit einer medizinischen Grundversorgung im Krankenhaus von Bossangoa sowie mit einem chirurgischen Programm, um Verletzte zu operieren. Im September weiteten die Teams die medizinische Versorgung auf die Vertriebenenlager aus und sorgten zudem für Latrinen und Trinkwasser. Mit mobilen Kliniken fuhren sie zu den Menschen, die sich in die Wälder geflüchtet hatten.

In den internationalen Medien machte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** auf die Not der Menschen in Bossangoa aufmerksam und forderte mehr humanitäres Engagement.

### AKTIVITÄTEN IN ZAHLEN

- 30.148 Konsultationen durchgeführt und zusätzlich 16.295 Malaria-Patienten behandelt
- 8.273 Kinder gegen Masern geimpft
- 70 große Operationen durchgeführt
- 387 Geburten begleitet
- 801 mangelernährte Kinder behandelt
- Fast drei Millionen Liter sauberes Trinkwasser verteilt
- 632 Latrinen gebaut

### SCHWIERIGKEITEN

Trotz umfangreicher Aktivitäten war es nicht möglich, den massiven Bedürfnissen der Menschen ausreichend zu begegnen. Das Ziel, in den Lagern eine Latrine für 25 Menschen zur Verfügung zu stellen, konnte u. a. aus Platzmangel nicht erreicht werden. Es gab zu Beginn nur eine Latrine für 150, später eine für 63 Personen. Auch das Ziel, für jede Person mindestens 15 Liter sauberes Trinkwasser zur Verfügung zu stellen, wurde nicht erreicht, das erreichte Maximum waren neun Liter pro Person. Die Arbeit wurde zudem durch die schwierige Sicherheitslage und die zeitweilige Unmöglichkeit, Material auf den Straßen zu transportieren, eingeschränkt.

### AUSBLICK

Die Bedürfnisse der Menschen in Bossangoa und Umgebung bleiben sehr hoch. Das Lager in der Schule wurde aufgelöst, nachdem 10.000 muslimische Einwohner das Land Anfang 2014 aus Angst vor weiterer Gewalt verlassen hatten. Es war geplant, die Aktivitäten Mitte des Jahres 2014 an andere Akteure zu übergeben. Bislang ist jedoch aufgrund der anhaltenden Krise nicht absehbar, ob dies möglich sein wird.

## PROJEKTBEISPIEL

# TARI, PAPUA-NEUGUINEA

## Medizinische und psychologische Hilfe für Überlebende sexueller und häuslicher Gewalt

**Ausgaben 2013: 1.613.116 Euro**

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

Davon u. a.:

- Internationale Mitarbeiter: **514.869 Euro**
- Nationale Mitarbeiter: **643.814 Euro**
- Medizinisches Material, Ernährung: **196.837 Euro**
- Logistik, Wasser und sanitäre Versorgung: **51.872 Euro**



In der Einrichtung von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** finden Frauen und Kinder medizinische Hilfe und psychologische Unterstützung.  
© Kate Geraghty/Fairfax

● Tari

■ Port Moresby

### AUSGANGSLAGE

In Papua-Neuguinea ist sexuelle und häusliche Gewalt ein großes gesellschaftliches Problem. Opfer der Übergriffe sind überwiegend Frauen und Kinder, es kommt häufig zu schweren Verletzungen aufgrund von Angriffen mit Macheten und Messern. Die Regierung in Papua-Neuguinea schätzt, dass rund 70 Prozent der Frauen in ihrem Leben physische Gewalt erleben, in manchen Regionen sogar 100 Prozent. Dazu kommt, dass häusliche und sexuelle Gewalt von großen Teilen der Bevölkerung nicht als Problem wahrgenommen wird. Es gibt kaum Hilfsangebote für die Überlebenden, Täter werden nicht verfolgt und die Opfer nicht geschützt. Das öffentliche Gesundheitssystem funktioniert nur eingeschränkt und bietet keine spezielle Versorgung, psychologische Hilfe gibt es nicht. In der Stadt Tari im Hochland von Papua-Neuguinea hat das Team von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ein besonders hohes Maß an Gewalt festgestellt, gleichzeitig fehlte bislang jede Hilfe.

### ZIEL

Tari ist einer von zwei Standorten von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Papua-Neuguinea. Mit umfassender, schneller und professioneller medizinischer Hilfe für Überlebende häuslicher und sexueller Gewalt soll einerseits den Patientinnen und Patienten geholfen werden und andererseits ein Behandlungsmodell aufgebaut und aufgezeigt werden. Durch Gespräche, Veröffentlichungen und Veranstaltungen soll auf lokaler und nationaler Ebene ein Problembewusstsein für sexuelle und häusliche Gewalt geschaffen werden (Advocacy). Dies und die Aus- und Weiterbildung einheimischer Mitarbeiter soll die Grundlage dafür schaffen, dass die Gesundheitsbehörden zukünftig die Versorgung übernehmen können.

### AKTIVITÄTEN

Im Krankenhaus in Tari behandelt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Überlebende sexueller und häuslicher Gewalt medizinisch und psychologisch. Patientinnen und Patienten, die nach einem Übergriff zum ersten Mal ins Projekt kommen, werden nach einem Behandlungskonzept betreut, das fünf Elemente enthält:

1. Medizinische Wundversorgung
2. Psychologische Erste-Hilfe-Betreuung
3. Postexpositionsprophylaxe, um sexuell übertragbaren Krankheiten, vor allem HIV-Infektionen, vorzubeugen
4. Empfängnisverhütung
5. Impfungen gegen Hepatitis B und Tetanus.

Insgesamt führte das Team im Jahr 2013 10.810 Konsultationen durch, darunter 513 an Kindern unter fünf Jahren – ein deutlicher Anstieg im Vergleich zu 2012 mit insgesamt 7.244 Behandlungen (Kinder unter fünf Jahren: 478). Ein großer Erfolg ist, dass deutlich mehr Patientinnen innerhalb von 72 Stunden nach einer Vergewaltigung Hilfe in Anspruch genommen haben – hier wurde im Jahr 2013 zum ersten Mal überhaupt das Ziel von 60 Prozent erreicht (2012: 55 Prozent). Der Zeitraum von 72 Stunden ist so wichtig, weil bis dahin die Chance besteht, eine HIV-Infektion durch Postexpositionsprophylaxe wirksam zu unterbinden. Außerdem ist es in diesem Zeitraum möglich, eine ungewollte Schwangerschaft zu verhindern.



ÄRZTE OHNE GRENZEN betreibt den einzigen Operationsaal in Tari. Die Teams operieren Verletzungen, die durch Gewalt oder aufgrund von Unfällen oder Krankheiten einen chirurgischen Eingriff erfordern. Im Jahr 2013 wurden 830 Operationen durchgeführt.

Um den Zugang für Überlebende häuslicher und sexueller Gewalt zu einer adäquaten Versorgung zu verbessern, führte das Team auch 2013 regelmäßig persönliche Gespräche mit den Verantwortlichen im Krankenhaus und den Gesundheitseinrichtungen, mit politisch Verantwortlichen und gesellschaftlich relevanten Akteuren. Zudem informierten die Teams die Bevölkerung auf Märkten sowie in Schulen und gingen mit Publikationen an die Öffentlichkeit, um auf die Behandlungsmöglichkeiten hinzuweisen. Darüber hinaus war das Team in Tari wesentlich an der Durchführung einer Konferenz zu familiärer und sexueller Gewalt in der Landeshauptstadt Port Moresby im November 2013 beteiligt. Teilnehmer waren politisch Verantwortliche aus dem ganzen Land, aus dem Gesundheitswesen, den Justizbehörden und dem sozialen Bereich. Infolge der Konferenz formulierte das Gesundheitsministerium erstmals Richtlinien, die sich an den Behandlungsprogrammen von ÄRZTE OHNE GRENZEN orientieren. In Tari wurde zum ersten Mal das Problem öffentlich anerkannt, das Gesundheitsministerium kündigte den Beginn eines Behandlungs- und Präventionsprogramms an.

### SCHWIERIGKEITEN

Häufig zögern Überlebende häuslicher oder sexueller Gewalt, sich medizinische und psychologische Unterstützung zu holen. Sie fürchten Stigmatisierung oder Vergeltung. Trotz steigender Patientenzahlen erreichen die Projekte von ÄRZTE OHNE GRENZEN bisher nur einen kleinen Teil der Menschen, die tatsächlich Hilfe benötigen. Insofern bleibt es eine Herausforderung, die Hürden für eine Behandlung weiter niedrig zu halten und die Betroffenen zu ermutigen, die Betreuung wahrzunehmen.

### AUSBLICK

Die verstärkte Rekrutierung und Bindung von qualifiziertem Personal wird eines der Hauptziele im Jahr 2014 sein. Darüber hinaus werden die Teams bei der Regierung dafür werben, die Investitionen in das Gesundheitssystem zu erhöhen. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf einer Aufstockung des Personals in öffentlichen Kliniken. Die medizinische und psychologische Hilfe in Tari wird fortgeführt.

Wo die Gesundheitseinrichtungen nach dem Taifun zerstört sind, behandeln die Mitarbeiter Patienten unter freiem Himmel.  
© P.K. Lee/MSF



## PROJEKTBEISPIEL

# GUIUAN, PHILIPPINEN

## Hilfe nach dem Taifun Haiyan

■ Manila

● Guiuan

## Ausgaben 2013: **8.116.625 Euro**

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

Davon u. a.:

- Internationale Mitarbeiter: **466.549 Euro**
- Nationale Mitarbeiter: **82.215 Euro**
- Medizinisches Material, Ernährung: **1.165.452 Euro**
- Logistik, Wasser und sanitäre Versorgung: **3.550.010 Euro**
- Güter, Transport und Lagerung: **2.654.971 Euro**

### AUSGANGSLAGE

Am 8. November 2013 traf der Taifun Haiyan auf die Philippinen. Mit Windgeschwindigkeiten von bis zu 315 Stundenkilometern zerstörte er in den am meisten betroffenen Küstengebieten bis zu 100 Prozent der Häuser sowie einen großen Teil der Infrastruktur. Brücken und Straßen wurden unbefahrbar, Strom und Kommunikationswege waren unterbrochen. 16 Millionen Menschen verloren entweder ihre Häuser oder ihre Lebensgrundlage. Mehr als 6.200 Menschen wurden getötet. Tausende Menschen mussten ihre Häuser verlassen und suchten Zuflucht in Schulen, Stadien und Kirchen, die noch erhalten waren.

Der östliche Teil der Insel Samar wurde von dem Taifun als erstes getroffen und stark zerstört. Die Stadt Guiuan war zu 90 Prozent beschädigt, auch das Provinzkrankenhaus wurde verwüstet und konnte nicht wieder repariert werden. Gleichzeitig ist die Region abgelegen und dünn besiedelt und war nach dem Taifun schwer zu erreichen. Im Gegensatz zu den benachbarten und zentraler gelegenen Inseln erreichte in den ersten Wochen nach dem Taifun die Menschen hier kaum Hilfe von außen.

### ZIEL

Die Bevölkerung in den am meisten betroffenen Gebieten auf der Insel Samar sowie auf den kleinen angrenzenden Inseln mit insgesamt rund 100.000 Menschen soll schnelle medizinische und psychologische Hilfe bekommen. Damit soll verhindert werden, dass Verletzte oder Kranke ohne medizinische Hilfe sterben und psychische Langzeitfolgen bleiben. Zudem soll verhindert werden, dass sich aufgrund der schlechten Lebensbedingungen nach der Zerstörung Krankheiten ausbreiten. Darüber hinaus soll den lokalen Gesundheitsbehörden geholfen werden, die medizinische Infrastruktur wieder aufzubauen.

### AKTIVITÄTEN

Schon wenige Tage nach dem Taifun konnten die ersten Hilfsgüter nach Guiuan und in die umliegenden Ortschaften gebracht werden. Die Teams von ÄRZTE OHNE GRENZEN bauten an Stelle des zerstörten Provinzkrankenhauses ein provisorisches Zelt-Krankenhaus mit 61 Betten auf. Dieses enthielt u. a. eine Notaufnahme, einen Operationsaal, eine Geburtshilfestation sowie ein Labor. Ende Dezember richteten sie zudem eine Apotheke ein. Die Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN arbeiteten eng mit den Mitarbeitern der philippinischen Gesundheitsbehörden zusammen, die mehr und mehr in der Lage waren, die medizinische Versorgung zu übernehmen. ÄRZTE OHNE GRENZEN konzentrierte sich daher darauf, fehlendes Material bereitzustellen und Lücken in der Versorgung zu schließen. Bis zum Ende des Jahres 2013 führten die Teams 27 größere Operationen durch und versorgten 369 Patienten stationär. Außerdem begleiteten die Mitarbeiter 108 Geburten und betreuten 3.259 Menschen psychologisch in Einzel- oder Gruppensitzungen.



Durch die Zerstörung waren große Lieferungen an Hilfsgütern notwendig.  
© Florian Lems/MSF

Um die Menschen in abgeschiedenen Ortschaften und auf kleinen Inseln zu versorgen, fuhr ein mobiles Team auf Booten und mit dem Geländewagen zu den Menschen. Auch Wochen nach der Naturkatastrophe trafen sie auf Menschen, die zuvor noch keine Hilfe erhalten hatten. Die mobilen Teams führten insgesamt 10.021 Konsultationen durch.

Die Teams sorgten zudem für sauberes Trinkwasser. Sie stellten fast 5.000 Kubikmeter Wasser für 21.000 Menschen bereit, reinigten 70 verschmutzte Brunnen und reparierten Wassersysteme. Außerdem bauten die Mitarbeiter 81 Latrinen und verteilten insgesamt 1.762 Werkzeugsets, 2.896 Hygienekits, 3.238 Kochsets sowie 3.760 Decken und 2.956 Zelte.

### **SCHWIERIGKEITEN**

Aufgrund der Abgeschiedenheit des Gebiets, der Zerstörung der Transportwege und der Notwendigkeit, alle Materialien aus dem Ausland oder aus anderen Landesteilen zu beschaffen, war der finanzielle Aufwand für die logistischen Aufgaben hoch. Er machte rund 75 Prozent des Gesamtbudgets aus.

Weil ÄRZTE OHNE GRENZEN vor dem Taifun nicht im Land tätig war, mussten alle internationalen Mitarbeiter neu ins Land kommen. Die Teams hatten vor allem zu Beginn des Einsatzes Probleme, verlässliche Informationen über die Lage in abgelegenen Regionen zu erhalten sowie den Bedarf an Hilfe zu ermitteln.

### **AUSBLICK**

Die medizinischen Bedürfnisse sind Anfang des Jahres 2014 langsam zurückgegangen. ÄRZTE OHNE GRENZEN hat die medizinischen Aktivitäten im Zeltkrankenhaus in Guiuan Ende 2013 an das Gesundheitsministerium übergeben, aber unterstützte das Krankenhaus weiter mit zusätzlichem Personal. Gleichzeitig hat ÄRZTE OHNE GRENZEN im März 2014 mit dem Bau eines Krankenhauses aus Fertigteilen begonnen, das an die Gesundheitsbehörden übergeben werden soll und etwa fünf Jahre lang bestehen kann. Dies gibt den staatlichen Stellen Zeit, an Stelle des zerstörten Provinzkrankenhauses ein neues dauerhaftes Referenz-Krankenhaus für die Provinz zu bauen.

# DUSCHANBE, TADSCHIKISTAN

## Behandlung von Kindern mit Tuberkulose

**AUSGABEN 2013: 1.565.322 Euro**

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

Davon u. a.:

- Internationale Mitarbeiter: **579.569 Euro**
- Nationale Mitarbeiter: **308.358 Euro**
- Medizinisches Material, Ernährung: **329.043 Euro**
- Logistik, Wasser und sanitäre Versorgung: **22.481 Euro**



Medikamente gegen multiresistente Tuberkulose haben starke Nebenwirkungen und können zum Sehverlust führen.  
© Wendy Marijnissen



### AUSGANGSLAGE

In Tadschikistan ist das Gesundheitssystem chronisch unterfinanziert. Wie in vielen Ländern der ehemaligen Sowjetunion ist Tuberkulose (TB) weit verbreitet und wird nicht adäquat behandelt. Die Rate an resistenter TB ist hoch. Für TB-krankte Kinder gab es bis zum Projektstart von ÄRZTE OHNE GRENZEN keine medizinische Hilfe. Es gibt weltweit keine für kleine Kinder angepassten TB-Medikamente, und die Diagnose ist bei Kindern besonders schwierig.

### ZIEL

In der pädiatrischen TB-Station eines Krankenhauses in der Hauptstadt Duschanbe sollen an Tuberkulose erkrankte Kinder erfolgreich behandelt werden. Gleichzeitig soll das Projekt in der Öffentlichkeit, in den Familien und beim Krankenhauspersonal ein stärkeres Bewusstsein für die Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten für Kinder schaffen und Stigmatisierung abbauen. Das Team soll darauf hinwirken, dass das Gesundheitsministerium in Zukunft mehr Verantwortung für die Behandlung von TB bei Kindern übernimmt.

### AKTIVITÄTEN

ÄRZTE OHNE GRENZEN behandelt TB-krankte Kinder in der Hauptstadt Duschanbe. Wir stellen aus Medikamenten für Erwachsene spezielle Dosierungen für kleine Kinder her und verabreichen sie in einem kinderfreundlichen Sirup. Wenn möglich, versorgen wir die Kinder ambulant, um monatelange Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und sie nicht von ihren Familien zu trennen. Das Team unterstützt die Kinder psychologisch und versorgt sie mit zusätzlichen Nahrungsmitteln, da TB-krankte Kinder häufig mangelernährt sind.

Zudem organisierte ÄRZTE OHNE GRENZEN Ende 2013 zusammen mit dem Gesundheitsministerium ein Symposium zur TB-Behandlung. Vertreter der Gesundheitsbehörden aus ganz Zentralasien informierten sich dort u. a. über die Möglichkeiten, Kinder adäquat zu versorgen. Gleichzeitig veröffentlichte ÄRZTE OHNE GRENZEN eine ausführliche Broschüre über zentrale Aspekte der TB-Erkrankung und -Behandlung von Kindern. Insgesamt starteten 28 Patientinnen und Patienten mit resistenter TB eine Behandlung, davon waren zwölf unter 15 Jahre alt. Bisher konnten wir davon sechs Patienten heilen, ein Kind starb. Außerdem nahm unser Team 196 Kinder mit herkömmlicher TB in das Programm auf.

### SCHWIERIGKEITEN

Aufgrund administrativer und personeller Schwierigkeiten konnten wir nicht wie geplant mit dem TB-Screening von Kindern beginnen. Die wenigsten Kinder mit TB werden richtig diagnostiziert und erhalten daher auch keine Hilfe. Besonders schwierig ist es, bei Kindern resistente Formen der TB zu diagnostizieren.

### AUSBLICK

Wir werden im Jahr 2014 im Umfeld von erwachsenen TB-Patienten mit dem Screening von Kindern beginnen, weil davon auszugehen ist, dass sich Kinder häufig innerhalb der Familie mit TB infizieren. Dazu werden wir auch verbesserte Diagnosemethoden einsetzen. Es ist zudem geplant, das Gesundheitsministerium bei der Umsetzung von TB-Behandlungsprogrammen zu unterstützen. Weiter werden wir enger mit den HIV-Verantwortlichen im Gesundheitsministerium zusammenarbeiten, da Menschen mit Tuberkulose häufig gleichzeitig mit HIV infiziert sind.



# IM ÜBERBLICK: MITFINANZIERT VON DER DEUTSCHEN SEKTION



# PROJEKTFINANZIERUNGEN 2013

Auf den folgenden Seiten geben wir einen Überblick über die Aktivitäten von ÄRZTE OHNE GRENZEN, die wir als deutsche Sektion im Jahr 2013 mitfinanziert haben. Dies sind nicht alle Projekte, die ÄRZTE OHNE GRENZEN 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). Medizinische Begriffe und Abkürzungen finden Sie auf Seite 62 erklärt.

LAND Ausgangslage	Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte	Wichtigste Aktivitäten
<b>AFGHANISTAN</b> Die Gesundheitsversorgung ist vielerorts aufgrund des jahrzehntelangen Konflikts völlig unzureichend.	Kundus	Unterstützung eines Krankenhauses: Notaufnahme, Chirurgie, ambulante und stationäre Versorgung
<b>ÄGYPTEN</b> Flüchtlinge leiden unter fehlender Gesundheitsversorgung und Gewalt.	Nasr City	Medizinische und psychologische Versorgung für Flüchtlinge
<b>ÄTHIOPIEN</b> Insbesondere im Osten des Landes ist die Gesundheitsversorgung sowohl für die lokale Bevölkerung als auch für somalische Flüchtlinge häufig unzureichend.	Addis Abeba	Koordination der Projekte
	Ogaden / Dolo Ado	Ambulante und stationäre Versorgung für somalische Flüchtlinge
	Ogaden / Wardher	Unterstützung eines Krankenhauses
<b>DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO</b> Die medizinische Versorgung ist in weiten Teilen des Landes unzureichend, da das Gesundheitssystem seit Jahrzehnten vernachlässigt wird und vielerorts weder eine medizinische Grundversorgung leistet, noch auf den Ausbruch von Epidemien angemessen reagiert. In den konfliktreichen Provinzen Nord- und Südkivu kommt es zudem immer wieder zu Gewalt und Vertreibungen. Millionen Menschen haben keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Hinzu kommt, dass es vor allem in ländlichen und von Konflikt betroffenen Gebieten zu wenige Hilfsorganisationen gibt.	Katanga / Lubumbashi	Koordination der Projekte
	Katanga / Dubie	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung
	Katanga / Lubumbashi	Behandlung von Cholera-Patienten (bis Mai)
	Katanga / Notfallteam	Unterstützung der Projekte in Lubumbashi und Dubie
	Nord-Kivu / Goma	Koordination der Projekte
	Nord-Kivu / Kitchanga	Medizinische und psychologische Versorgung, teilweise im Juni an Mweso-Projekt übergeben
	Nord-Kivu / Mweso	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung
	Orientale / Bili	Diagnose und Behandlung der Schlafkrankheit (im August abgeschlossen)
	Orientale / Dingila	Basisgesundheitsversorgung, Diagnose und Behandlung der Schlafkrankheit
	Orientale / Dingila	Bekämpfung einer Masern-Epidemie
	Orientale / Gety	Ambulante Versorgung, Pädiatrie und Notaufnahme
	Orientale / Niangara	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung
	Süd-Kivu / Bukavu	Koordination der Projekte
Süd-Kivu / Baraka	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	
	Tanganjika / Kalemie	Cholera-Prävention: Trinkwasserversorgung (ab März)
<b>GRIECHENLAND</b> Flüchtlinge und Migranten benötigen medizinische Unterstützung bei ihrer Ankunft.	Evros	Medizinische Hilfe für Migranten und Flüchtlinge (seit März)
<b>GUINEA</b> Malaria ist bei Kindern unter fünf Jahren und Schwangeren die häufigste Todesursache.	Guéckédou	Malaria-Prävention und -Behandlung

Wichtigste Patienten- und Behandlungszahlen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion*
17.138 Notaufnahmen, 4.500 Operationen, 3.784 stationäre Behandlungen, 12.278 Konsultationen	<b>500.000 Euro</b>
3.240 psychologische Gespräche, 306 Opfer sexueller Gewalt behandelt	<b>300.000 Euro</b>
	<b>900.000 Euro</b>
492 Geburten, 639 stationäre Behandlungen, 73 Operationen	<b>600.000 Euro</b>
11.258 Konsultationen, 426 stationäre Behandlungen, 311 Geburten	<b>300.000 Euro</b>
	<b>900.000 Euro</b>
15.784 Konsultationen, 952 Malaria-Patienten, 276 Geburten	<b>100.000 Euro</b>
4.249 Cholera-Patienten	<b>300.000 Euro</b>
	<b>400.000 Euro</b>
	<b>600.000 Euro</b>
31.881 Konsultationen, 1.139 Schwangeren-Beratungen, 834 psychologische Einzelgespräche	<b>500.000 Euro</b>
137.790 Konsultationen, 18.814 Malaria-Patienten, 1.301 Operationen, 16.465 psychologische Einzelgespräche	<b>800.000 Euro</b>
16.961 Schlafkrankheits-Untersuchungen, 18 Schlafkrankheits-Patienten	<b>800.000 Euro</b>
91.535 Konsultationen, 73.356 Schlafkrankheits- Untersuchungen, 1.358 Schlafkrankheits-Patienten	<b>280.000 Euro</b>
189.157 Kinder gegen Masern geimpft, 31.196 Kinder gegen Masern behandelt	<b>640.000 Euro</b>
84.554 Konsultationen, station. Behandlung von 2.432 Kindern	<b>500.000 Euro **</b>
35.907 Konsultationen, 2.359 stationäre Behandlungen	<b>105.028 Euro **</b>
	<b>900.000 Euro</b>
174.635 Konsultationen, 10.118 stationäre Behandlungen, 42.390 Malaria-Patienten, 19.967 Schwangeren-Beratungen	<b>600.000 Euro</b>
Vorbereitung eines 500 m <sup>3</sup> -Wassertanks	<b>700.000 Euro **</b>
1.644 Konsultationen	<b>3.000 Euro</b>
148.650 Konsultationen, davon 91.976 Malaria-Patienten; 2.910 stationäre Behandlungen, davon 1.542 Malaria-Patienten	<b>430.000 Euro</b>



AFGHANISTAN: Operation eines Patienten mit Schussverletzung in Lashkar Gah.  
© Mikhail Galustov

DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO:  
Vertriebene in einem Camp  
in der Provinz Nord-Kivu.  
© Mathieu Fortoul/MSF



GUINEA: Moskitonetze stehen zur  
Verteilung bereit. Sie sind eine  
effektive Vorbeugung gegen Malaria.  
© Philippe Latour/MSF

<b>LAND</b> Ausgangslage	<b>Von der deutschen Sektion</b> mitfinanzierte Projekte	<b>Wichtigste Aktivitäten</b>
<b>HAITI</b> Die Mütter- und Säuglings-Sterblichkeitsrate im Land ist sehr hoch, das Gesundheitssystem funktioniert kaum. Die Lebensbedingungen sind nach dem schweren Erdbeben im Jahr 2010 weiterhin unzureichend, besonders die hygienischen Bedingungen sind katastrophal. Es kommt immer wieder zu Cholera-Ausbrüchen.	Port-au-Prince	Koordination der Projekte
	Léogâne	Unterstützung eines Krankenhauses, Geburtshilfe und Versorgung von Neugeborenen
	Port-au-Prince	Geburtshilfe, Versorgung von Neugeborenen, Cholera-Zentrum für Schwangere, Chirurgie
	Port-au-Prince	Notaufnahme, Chirurgie sowie ambulante und stationäre Versorgung
<b>HONDURAS</b> in der Hauptstadt werden Opfer städtischer Gewalt kaum medizinisch versorgt.	Tegucigalpa	Medizinische und psychologische Behandlung
<b>INDIEN</b> HIV- und Tuberkulose-Patienten haben vielerorts kaum Zugang zu Therapien.	Manipur	Behandlung von HIV und Tuberkulose an drei Orten
<b>IRAK</b> Die medizinische Versorgung von Neugeborenen und Schwangeren funktioniert schlecht. Zudem benötigen Flüchtlinge aus Syrien dringend Hilfe.	Kirkuk	Verbesserung der Geburtshilfe und Neugeborenen-Versorgung u. a. durch Training von medizinischem Personal
	Al-Qaim-Grenzübergang	Ambulante Versorgung, aufgrund eines geschlossenen Grenzüberganges nach drei Monaten im Aug. eingestellt
<b>ITALIEN</b> Migranten und Flüchtlinge werden nicht ausreichend medizinisch versorgt.	Sizilien	Medizinische und psychologische Hilfe für Migranten und Flüchtlinge (seit Oktober)
<b>JORDANIEN</b> In Jordanien suchen Schwerverletzte aus Syrien dringend benötigte chirurgische Hilfe.	Ramtha	Notfall-Chirurgie (seit September)
<b>KENIA</b> Seit zwanzig Jahren kommen somalische Flüchtlinge ins Land und benötigen humanitäre Hilfe. In den Armenvierteln der Städte ist die medizinische Versorgung schlecht.	Dagahaley	Ambulante und stationäre Versorgung von Flüchtlingen
	Kibera/Nairobi	Ambulante Versorgung von HIV- und TB-Patienten
<b>KIRGISISTAN</b> Die Tuberkulose hat sich aufgrund des schlechten Gesundheitssystems ausgebreitet.	Kara Su	Behandlung von Tuberkulose und HIV, Lobbyarbeit für ein neues nationales TB-Behandlungsprotokoll
<b>LIBANON</b> Das nationale Gesundheitssystem ist überfordert mit der Versorgung von (traumatisierten) Flüchtlingen aus Syrien.	Ain-al-Helweh	Psychologische und psychiatrische Hilfe, Behandlung von Opfern sexueller Gewalt, seit Juni Basisgesundheitsversorgung
	Bekaa-Ebene	Basisgesundheitsversorgung, Geburtshilfe (seit Mai)
	Tripoli	Medizinische, psychologische und psychiatrische Hilfe, im Oktober an andere Organisation übergeben
<b>MALI</b> Die Gesundheitsversorgung ist durch den gewaltsamen Konflikt unzureichend.	Douentza	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung (bis November)
<b>MOSAMBIK</b> Die Gesundheitsversorgung ist vor allem für HIV- und TB-Patienten nicht ausreichend.	Maputo	Behandlung von HIV und Tuberkulose
<b>MYANMAR</b> Minderheiten in Konfliktgebieten haben oft keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Zudem ist die Versorgung von HIV- und TB-Patienten im Land völlig unzureichend.	Rangun	Koordination der Projekte
	Insein	HIV-Behandlung für Häftlinge (beendet im Dezember)
	Nord-Rakhine	Basisgesundheitsversorgung, Geburtshilfe, Pädiatrie, Behandlung von HIV, TB und Malaria, psycholog. Hilfe
	Ost-Rakhine	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung, Behandlung von HIV, TB und Malaria

<b>Wichtigste Patienten- und Behandlungszahlen</b>	<b>Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion*</b>
	<b>800.000 Euro</b>
14.536 Konsultationen für Kinder unter fünf Jahren, 6.183 Geburten, 3.130 Notoperationen	<b>1.400.000 Euro</b>
7.097 stationäre Patientinnen, 5.449 Geburten, Versorgung von 1.967 Neugeborenen, 2.819 Operationen	<b>400.000 Euro</b>
9.249 Notaufnahmen, 3.191 Operationen, 21.180 Konsultationen, 8.939 Physiotherapien	<b>465.415 Euro</b>
Behandlung von 725 Opfern sexueller Gewalt, 4.771 Konsultationen	<b>75.000 Euro</b>
270 Tuberkulose- und 1.244 HIV-Patienten (ART), 348 psychologische Einzelgespräche	<b>50.000 Euro</b>
6.800 Geburten, Versorgung von 956 Neugeborenen	<b>225.000 Euro</b>
2.297 Konsultationen	<b>300.000 Euro</b>
12 Notfälle, 92 Konsultationen	<b>30.000 Euro</b>
408 Operationen bei 181 Patienten, 309 psychologische Einzelgespräche	<b>2.200.000 Euro</b>
219.582 Konsultationen, 9.146 stationäre Patienten, 2.285 Geburten	<b>1.000.000 Euro</b>
80.571 Konsultationen, 1.072 neu aufgen. HIV-Patienten, 485 TB-Patienten, 1.168 psychologische Einzelgespräche	<b>800.000 Euro</b>
Behandlung von 138 TB-Patienten	<b>500.000 Euro</b>
2.434 Konsultationen, 4.948 psychologische Konsultationen, Behandlung von 17 Opfern sexueller Gewalt	<b>730.000 Euro</b>
52.252 Konsultationen, 1.978 Schwangeren-Beratungen	<b>610.000 Euro</b>
39.067 Konsultationen, 1.357 psychologische Einzelgespräche	<b>700.000 Euro</b>
26.193 Malaria-Konsultationen, 855 stationäre Behandlungen, 104 Operationen	<b>300.000 Euro</b>
21.462 HIV-Konsultationen, 5.544 neu aufgenommene HIV-Patienten (ART), 731 neu aufgenommene HIV/TB-Patienten (ART)	<b>1.000.000 Euro</b>
	<b>650.000 Euro</b>
5.633 Konsultationen, 315 HIV-Patienten (ART)	<b>450.000 Euro</b>
289.204 Konsultationen, 7.308 Malaria-, 90 TB- und 381 HIV-Patienten (ART), 12.805 Schwangeren-Beratungen	<b>400.000 Euro</b>
119.722 Konsultationen, 616 stationäre Behandlungen, 3.508 Malaria-Patienten, 333 HIV-Patienten (ART)	<b>345.000 Euro</b>

ITALIEN: Viele Flüchtlinge sind nach der gefährlichen Überfahrt über das Mittelmeer schwer krank.  
© Halimatou Amadou/MSF



KIRGISISTAN: Röntgenbilder werden zur Diagnose von Tuberkulose eingesetzt.  
© Vincent Tremeau



MYANMAR: Gesundheitsaufklärung ist Teil der medizinischen Nothilfe.  
© Kaung Htet

<b>LAND</b> Ausgangslage	<b>Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte</b>	<b>Wichtigste Aktivitäten</b>
<b>NIGER</b> Chronische Nahrungsmittelengpässe bedrohen vor allem das Überleben von schwer mangelernährten Kindern unter fünf Jahren.	Magaria	Behandlung von Mangelernährung und Malaria
	Tahoua	Prävention und Behandlung von Mangelernährung und Malaria
<b>NIGERIA</b> Im Nordwesten des Landes ist die medizinische Versorgung unzureichend.	Sokoto / Notfallteam	Hilfe nach dem Ausbruch von Epidemien
<b>PAKISTAN</b> In vielen Landesteilen kommt es immer wieder zu gewaltsamen Auseinandersetzungen. In der Grenzregion zu Afghanistan leiden vor allem Frauen und Kinder unter der schlechten medizinischen Versorgung.	Islamabad	Koordination der Projekte
	Chaman	Geburtshilfe, Notaufnahme
	Dera Murad Jamali	Geburtshilfe, Neugeborenenversorgung
	Kuchlak	Mutter-Kind-Klinik, Basisgesundheitsversorgung
	Quetta	Betreuung eines 60-Betten-Kinderkrankenhauses
<b>PAPUA-NEUGUINEA</b> Häusliche und sexuelle Gewalt sind weit verbreitet. Gleichzeitig ist der Zugang zu medizinischer und psychologischer Hilfe unzureichend.	Port Moresby	Koordination der Projekte
	Port Moresby	Unterstützung von zwei Kliniken (seit März)
	Lae	Medizinische und psychologische Hilfe für Gewaltopfer, (Übergabe an Behörden im Juni)
	Tari	Medizinische und psychologische Hilfe (siehe S. 28/29)
<b>PHILIPPINEN</b> Nach dem Taifun Haiyan waren viele Menschen verletzt und obdachlos.	Guiuan	Ambulante und stationäre medizinische Nothilfe, Verteilung von Hilfsgütern (siehe S. 30/31)
<b>RUSSISCHE FÖDERATION</b> In Tschetschenien hat sich (v. a. multiresistente) TB aufgrund des zerstörten Gesundheitssystems und großer Armut ausgebreitet.	Moskau	Koordination der Projekte
	Grosny	Behandlung von Tuberkulose, psychologische Hilfe für Gewaltopfer
<b>SIERRA LEONE</b> Die Mütter- und Kindersterblichkeitsrate im Land ist sehr hoch.	Gondama	Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Versorgung
<b>SIMBABWE</b> Das staatliche Gesundheitssystem ist nicht in der Lage, die hohe Zahl an HIV- und TB-Patienten zu versorgen.	Harare	Koordination der Projekte
	Gokwe	Behandlung von HIV und TB-Patienten
	Harare / Epworth	Behandlung von HIV und TB-Patienten
	Harare	Diagnose und Behandlung psychisch kranker Häftlinge
<b>SOMALIA</b> Seit Jahrzehnten anhaltende Konflikte haben das Gesundheitssystem zerstört. Nach 22 Jahren medizinischer Nothilfe musste ÄRZTE OHNE GRENZEN aufgrund massiver Sicherheitsprobleme im August 2013 alle Projekte in Somalia schließen (siehe S. 12/13).	Nairobi (Kenia)	Koordination der Projekte
	Marere	Basisgesundheitsversorgung und Behandlung von Mangelernährung
	Nord-Galkayo	Geburtshilfe, Pädiatrie, Ernährungs- und TB-Programm
<b>SUDAN</b> Besonders in entlegenen und umkämpften Regionen des Sudans ist die Gesundheitsversorgung unzureichend.	Notfallteam	Impfkampagnen und Behandlung von Krankheiten, Versorgung von Flutopfern
<b>SÜDAFRIKA</b> Die Gesundheitsversorgung für HIV- und TB-Patienten ist unzureichend.	Mbongolwane	Behandlung von HIV- und TB-Patienten

<b>Wichtigste Patienten- und Behandlungszahlen</b>	<b>Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion*</b>
181.118 Konsultationen, Behandlung von 24.682 mangelernährten Kindern	<b>400.000 Euro</b>
91.696 Malaria-Patienten unter fünf Jahren, stationäre Versorgung von 4.388 mangelernährten Kindern	<b>400.000 Euro **</b>
19.382 Malaria-, 47.585 Masern-, 1.437 Cholera-, 778 Meningitis-Patienten	<b>500.000 Euro</b>
	<b>900.000 Euro</b>
571 stationäre Behandlungen, 152 Operationen, 7.856 Schwangeren-Beratungen	<b>600.000 Euro</b>
24.327 Konsultationen, 1.034 Geburten	<b>500.000 Euro</b>
56.662 Konsultationen, 3.849 Geburten	<b>500.000 Euro</b>
1.259 stationäre Behandlungen, Behandlung von 1.084 mangelernährten Patienten	<b>700.000 Euro</b>
	<b>870.000 Euro</b>
Behandlung von 30 Opfern sexueller Gewalt, 93 psychologische Gespräche	<b>380.000 Euro</b>
Behandlung von 170 Opfern sexueller Gewalt, 1.106 psychologische Einzelgespräche, 92 Gruppengespräche	<b>270.000 Euro</b>
830 Operationen, 2.265 psychologische Gespräche	<b>722.000 Euro</b>
10.021 Konsultationen, 369 stationäre Behandlungen, 108 Geburten, Verteilung von 2.956 Zelten und 6.134 Hygiene- und Kochkits	<b>1.487.585 Euro</b>
	<b>520.000 Euro</b>
309 neu aufgenommene TB-Patienten, 5.641 psychologische Einzelgespräche, 487 psychologische Gruppengespräche	<b>1.500.000 Euro</b>
Stationäre Versorgung von 7.230 Kindern und 2.081 Schwangeren, 27.895 Konsultationen von Kindern, 1.489 Geburten	<b>7.000 Euro</b>
	<b>800.000 Euro</b>
5.547 HIV-Patienten (ART), 444 neu aufgen. TB-Patienten	<b>700.000 Euro</b>
8.351 HIV-Patienten (ART), 342 neu aufgen. TB-Patienten	<b>1.500.000 Euro</b>
Erstgespräche mit 363 Patienten	<b>100.000 Euro</b>
	<b>900.000 Euro</b>
41.662 Konsultationen, 2.850 Malaria-Patienten, 5.609 Schwangeren-Beratungen, Behandlung von 3.414 mangelernährten Patienten	<b>400.000 Euro</b>
28.850 Konsultationen, 1.791 stationäre Behandlungen, 269 TB-Patienten, 4.819 Schwangeren-Beratungen, 1.313 Geburten	<b>400.000 Euro</b>
459.000 Gelbfieber-Impfungen, 306.040 Masern-Impfungen, Behandlung von 8.012 Patienten mit Krätze, Verteilung von 228.600 Litern Trinkwasser	<b>500.000 Euro</b>
Behandlung von 8.119 HIV-Patienten (ART) und 800 neu aufgenommene TB-Patienten	<b>500.000 Euro</b>



NIGER: Schwer mangelernährte Kinder müssen täglich gewogen werden.  
© David Di Lorenzo/MSF



PAPUA-NEUGUINEA: Opfer sexueller und häuslicher Gewalt erhalten medizinische und psychologische Hilfe.  
© Yann Libessart/MSF



PHILIPPINEN: Nach dem Taifun müssen viele Hilfsgüter auf kleine Inseln gebracht werden.  
© Laurence Hoenig/MSF

<b>LAND</b> Ausgangslage	<b>Von der deutschen Sektion mitfinanzierte Projekte</b>	<b>Wichtigste Aktivitäten</b>
<b>SÜDSUDAN</b> Die politische und humanitäre Situation im Südsudan ist instabil. 2013 kommt es in verschiedenen Landesteilen zu Kämpfen und Vertreibungen. Mitte Dezember eskaliert die Gewalt. Bewaffnete Kämpfer plündern auch medizinische Einrichtungen und töten Patienten. Hunderttausende Menschen werden infolge der gewaltsamen Auseinandersetzungen vertrieben und benötigen medizinische Nothilfe, Nahrung, Trinkwasser und Unterkünfte. Der Zugang zu ihnen bleibt vielerorts eine große Herausforderung für humanitäre Organisationen.	<b>Lokichokio (Kenia)</b>	Koordination der Projekte / Notfallteam
	<b>Bentiu</b>	Behandlung von TB (seit April), Notfallteam
	<b>Fashoda</b>	Medizinische Hilfe für Vertriebene (Sept. – Dez.)
	<b>Leer</b>	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung
	<b>Maban</b>	Koordination der Projekte
	<b>Maban</b>	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung für Flüchtlinge aus dem Sudan, Reaktion auf eine Hepatitis-E-Epidemie (bis April)
	<b>Batil</b>	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung von Flüchtlingen aus dem Sudan
<b>SWASILAND</b> HIV und Tuberkulose verursachen die meisten Krankheits- und Todesfälle im Land. Infizierte leiden oft an HIV und TB gleichzeitig, multiresistente TB ist weit verbreitet.	<b>Manzini</b>	Ambulante Versorgung, Behandlung von HIV- und TB-Patienten
	<b>Shiselweni</b>	Behandlung von Patienten mit HIV und (multiresistenter) TB
<b>SYRIEN</b> Die medizinische Infrastruktur im Land ist aufgrund des Bürgerkriegs kollabiert. Millionen Syrer sind geflohen, eine Million Flüchtlinge leben im Libanon.	<b>Aleppo</b>	Ambulante medizinische Versorgung, Chirurgie, Geburtshilfe
	<b>Tal Abyad</b>	Ambulante und stationäre Versorgung v. a. von Kindern (seit März)
	<b>Notfallteam</b>	Medizinische Hilfe für syrische Flüchtlinge im Libanon, ambulante und stationäre med. Versorgung in Syrien
<b>TADSCHIKISTAN</b> Das Gesundheitssystem vernachlässigt die Behandlung von TB-kranken Kindern, auch Krankheiten wie Kala Azar sind ein Problem.	<b>Duschanbe</b>	TB-Diagnose und -Behandlung von Kindern (siehe S. 32)
	<b>Duschanbe</b>	Training zur Behandlung von Kala Azar
<b>TSCHAD</b> Die Gesundheitsversorgung in einem der ärmsten Länder weltweit ist mangelhaft. Konflikte und Nahrungsmittelengpässe führen zu weit verbreiteter Mangelernährung. Die Kinder- und Müttersterblichkeit ist sehr hoch. Zudem benötigen Flüchtlinge aus den Nachbarländern medizinische Hilfe.	<b>Am Timan</b>	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung
	<b>Massakory</b>	Behandlung von Mangelernährung und Malaria (August – Dezember)
	<b>Massakory</b>	Behandlung von Malaria (August – Dezember)
	<b>Notfallteam</b>	Unterstützung der Aktivitäten in Tissi
	<b>Tissi</b>	Versorgung von Flüchtlingen aus Darfur
<b>UGANDA</b>	<b>Entebbe</b>	Logistik-Training für Mitarbeiter
<b>USBEKISTAN</b> Das schlechte Gesundheitssystem und die Armut beschleunigen die Ausbreitung von TB, einschließlich der multiresistenten Form.	<b>Taschkent</b>	Koordination der Projekte
	<b>Karakalpakstan</b>	Behandlung von (multiresistenter) Tuberkulose
	<b>Taschkent</b>	Behandlung von HIV-Patienten (seit September)
<b>ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK</b> Anhaltende Kämpfe, Gewalt und Vertreibungen sowie ein völlig zerrüttetes Gesundheitssystem führen landesweit zu einer medizinischen Notlage mit hohen Krankheits- und Sterblichkeitsraten. In fast allen Gebieten ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung aufgrund von Gewalt und Vertreibung stark eingeschränkt. Rund 20 Prozent der Einwohner gelten Ende 2013 als Vertriebene.	<b>Bangui</b>	Koordination der Projekte
	<b>Boguila</b>	Ambulante und stationäre Versorgung
	<b>Bossangoa</b>	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung (siehe S. 27)
	<b>Haut Mbomo / Zémio</b>	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung
	<b>Kabo</b>	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung
	<b>Sibut</b>	Ambulante medizinische Nothilfeversorgung



Wichtigste Patienten- und Behandlungszahlen	Finanzieller Beitrag der deutschen Sektion*
	<b>1.400.000 Euro</b>
483 TB-Patienten, Ausgabe von 28.262 Masern-Impfdosen	<b>900.000 Euro</b>
1.661 Konsultationen, 354 mangelernährte Patienten	<b>150.000 Euro</b>
13.394 Malaria- und 1.817 stationäre Behandlungen, 1.070 Kala Azar-Screenings, 516 Operationen, 7.676 Schwangeren-Beratungen	<b>1.900.000 Euro</b>
	<b>600.000 Euro</b>
150.098 Konsultationen, 2.187 Geburten, 1.377 stationäre Aufnahmen, 724 Hepatitis-E-Patienten	<b>500.000 Euro **</b> <b>350.000 Euro</b>
80.845 Konsultationen, 5.285 Malaria-Patienten, 3.823 stationäre Patienten, 2.193 Geburten	<b>1.300.000 Euro</b>
44.943 Konsultationen, 2.890 HIV-Patienten (ART), 493 neu aufgenommene TB-Patienten, 45 MDR-TB-Patienten	<b>1.700.000 Euro</b>
4.012 neu aufgenommene HIV-Patienten (ART), 810 neu aufgenommene Tuberkulose-Patienten und 89 Patienten mit multiresistenter Tuberkulose	<b>1.000.000 Euro</b>
27.942 Konsultationen, 1.369 stationäre Behandlungen, 677 Operationen, 1.120 Geburten	<b>2.307.000 Euro</b>
12.692 Konsultationen, 1.187 stationäre Patienten, 870 Schwangeren-Beratungen, 1.144 Masern-Patienten	<b>300.000 Euro</b>
35.124 Konsultationen, 295 stationäre Patienten und 397 Geburten in Syrien, 15.250 Konsultationen im Libanon	<b>2.000.000 Euro</b>
196 neu aufgenommene Tuberkulose-Patienten, 28 neu aufgenommene Patienten mit multiresistenter TB	<b>1.200.000 Euro</b>
7 Kala Azar-Trainingskurse	<b>100.000 Euro</b>
9.955 mangelernährte Patienten, 3.266 Malaria- und 3.025 stationäre Patienten, 20.085 Schwangeren-Beratungen	<b>1.800.000 Euro</b>
12.850 Konsultationen, Behandlung von 3.110 schwer mangelernährten Kindern	<b>300.000 Euro **</b>
36.614 Malaria-Patienten	<b>310.000 Euro</b> <b>700.000 Euro</b>
48.674 Konsultationen, 1.061 stationäre Behandlungen und 10.456 Malaria-Patienten	<b>400.000 Euro</b>
30 Teilnehmer	<b>70.000 Euro</b>
	<b>850.000 Euro</b>
1.889 neu aufgenommene Tuberkulose-Patienten, davon 677 Patienten mit multiresistenter Tuberkulose	<b>2.600.000 Euro</b>
213 HIV-Patienten (ART)	<b>700.000 Euro</b>
	<b>1.300.000 Euro</b>
146.918 Konsultationen, 98.504 Malaria-Patienten	<b>220.000 Euro</b>
30.148 Konsultationen, 16.295 Malaria-Patienten, 652 stationäre Behandlungen, 632 Latrinen gebaut	<b>100.000 Euro **</b> <b>410.000 Euro</b>
38.414 Konsultationen, 14.886 Malaria-Patienten, 933 stationäre Behandlungen, 459 HIV-Patienten (ART), 641 Geburten	<b>45.000 Euro</b> <b>400.000 Euro **</b>
126.471 Konsultationen, 1.454 Schwangeren-Beratungen	<b>400.000 Euro **</b>
8.621 Konsultationen, 5.281 Malaria-Patienten	<b>125.000 Euro</b>

SÜDSUDAN: Oral verabreichte Medikamente zur Behandlung von Cholera. © Corinne Baker/MSF



SYRIEN: Eine Krankenschwester bei der Untersuchung. © Robin Meldrum/MSF



ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK: Menschen fliehen vor der Gewalt in öffentliche Gebäude, Kirchen und Moscheen. © Juan Carlos Tomasi/MSF



Weltweit fehlt es an Diagnosemöglichkeiten von Tuberkulose bei Kindern.  
© Sven Torfinn

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

### **MEDIKAMENTENKAMPAGNE**

Die Medikamentenkampagne setzt sich für die Erforschung vernachlässigter Krankheiten und für einen besseren Zugang zu Medikamenten in ärmeren Ländern ein.

Die Kampagne veröffentlichte im Jahr 2013 ein Tuberkulose-Manifest mit dem Titel „Testet mich, behandelt mich“, das Patienten, Behandelnde und Unterstützer weltweit unterzeichnen können. Die Unterschriften für die Forderung nach besseren Behandlungsmöglichkeiten für TB-Patienten werden im Jahr 2014 an wichtige Entscheidungsträger übergeben, darunter Regierungen, Geldgeber und Pharma-Firmen.

Zudem setzte sich die Kampagne in Deutschland für einen höheren Beitrag der Bundesrepublik zum Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria ein.

Einen großen Erfolg bedeutet ein Urteil des obersten indischen Gerichts vom April 2013, das die Patentklage des Pharmakonzerns Novartis endgültig ablehnte und damit die Produktion erschwinglicher Generika in Indien weiter möglich machte und den Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten für Millionen Menschen weltweit sicherte.

**Finanzieller Beitrag der dt. Sektion: 311.912 Euro**

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

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

Die Initiative veröffentlichte im Jahr 2013 einen Bericht, der zeigt, wie es mit innovativen Forschungspartnerschaften wie der DNDi möglich ist, Medikamente für vernachlässigte Krankheiten zu entwickeln. Der Bericht stellt die Kosten für die Medikamentenentwicklung dar: So kostet die Verbesserung bestehender Wirkstoffe etwa 10 – 40 Millionen Euro und die Entwicklung eines völlig neuen Wirkstoffs 100 – 150 Millionen Euro.

**Finanzieller Beitrag der dt. Sektion: 182.021 Euro**

### **INTERNATIONALER FONDS**

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

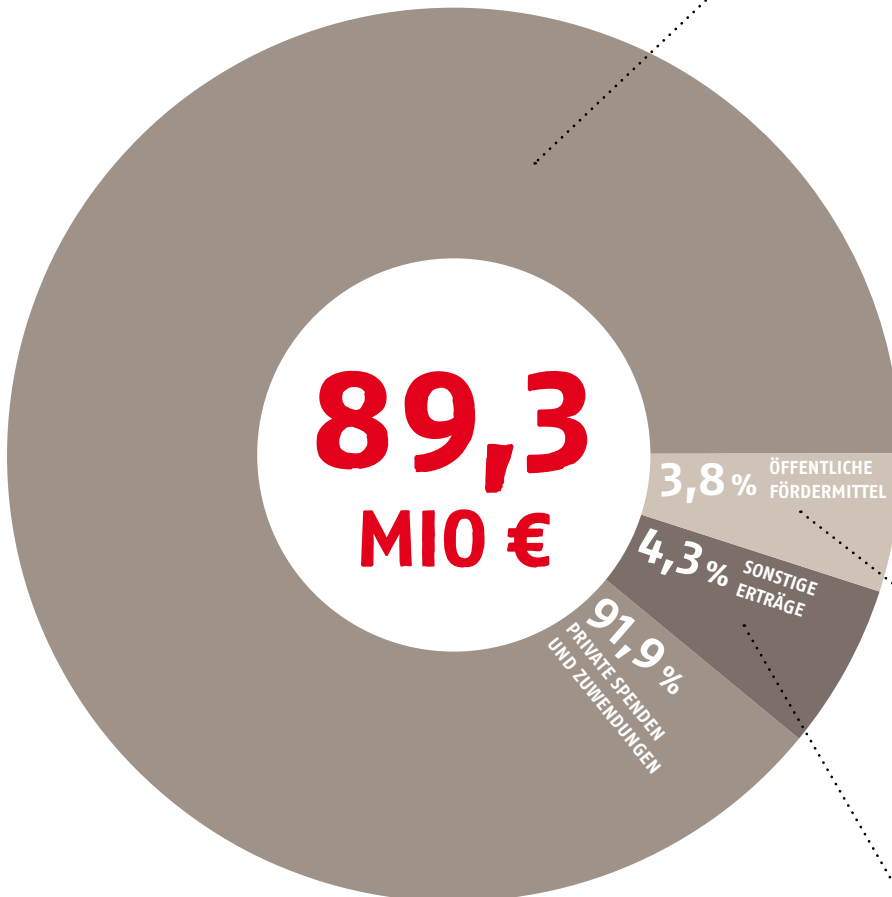
Im Jahr 2013 wurden Mittel in Höhe von 1,1 Millionen Euro auf insgesamt zehn Projekte verteilt. Diese beschäftigten sich u. a. mit der Vorbeugung und Eindämmung von Masern-Epidemien sowie den Möglichkeiten, Röntgenuntersuchungen auch in schwer zugänglichen Regionen zur Verfügung zu stellen.

**Finanzieller Beitrag der dt. Sektion: 59.029 Euro**

# ZAHLEN KONKRET



# EINNAHMEN 2013



## PRIVATE SPENDEN UND ZUWENDUNGEN

**82,1 MIO €**

↑ 19 MIO € / VERGLEICH ZU 2012

**45,6 MIO €**

Bestandsspender: Spender, die zum wiederholten Mal gespendet haben

**23,7 MIO €**

Neuspender: Spender, die 2013 zum ersten Mal gespendet haben

**12,8 MIO €**

Sonstige private Zuwendungen

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

## ÖFFENTLICHE FÖRDERMITTEL

**3,4 MIO €**

↓ 0,3 MIO € / VERGLEICH ZU 2012

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

## SONSTIGE ERTRÄGE

**3,8 MIO €**

↓ 0,4 MIO € / VERGLEICH ZU 2012

Die sonstigen Erträge sind vor allem Einnahmen aus Zinserträgen, Kostenerstattungen und Firmen-Kooperationen.

## PRIVATE SPENDEN UND ZUWENDUNGEN

Im Jahr 2013 erzielte ÄRZTE OHNE GRENZEN Einnahmen von insgesamt 89,3 Millionen Euro. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Einnahmen um 18,3 Millionen Euro. Der Großteil der zusätzlichen Einnahmen stammt von Spendern, die infolge des Taifuns Haiyan sehr großzügig gespendet haben. Wir erhielten rund zehn Millionen Euro, die in direktem Zusammenhang mit der Naturkatastrophe gespendet wurden. 3,8 Millionen Euro davon wurden zweck-

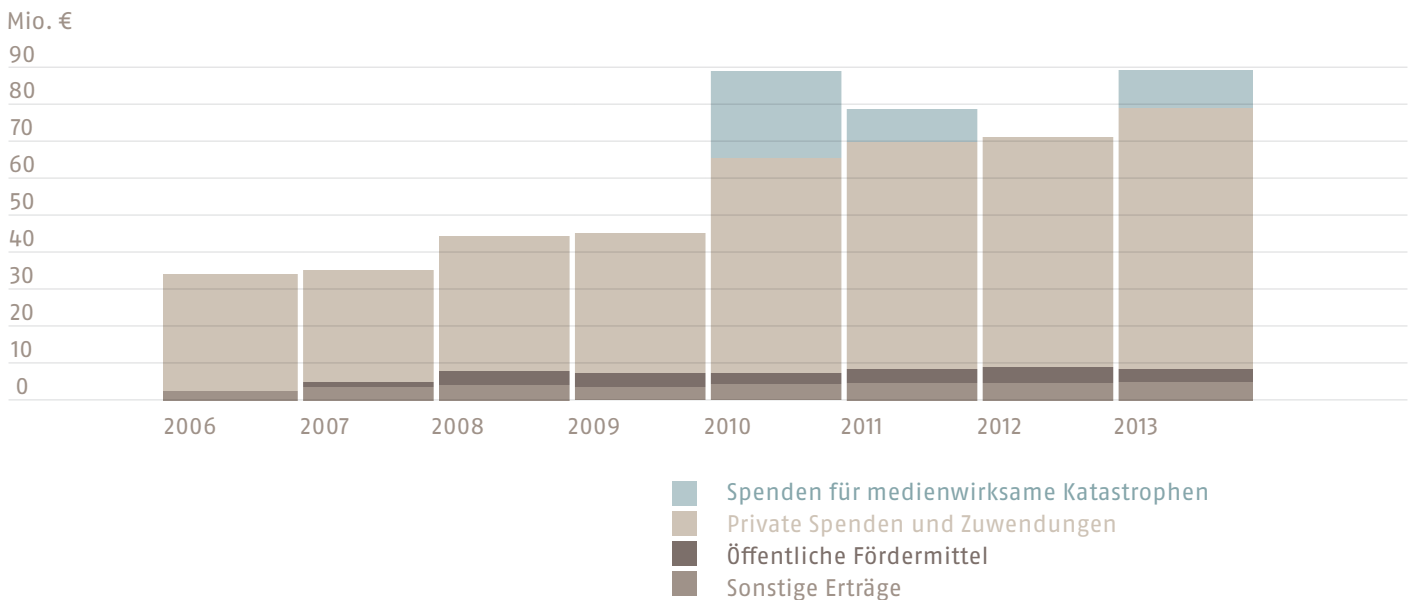
gebunden für die Hilfe auf den Philippinen gespendet. Bei 4,5 Millionen Euro, die wir im Zusammenhang mit den Philippinen erhielten, hatten uns die Spender die Möglichkeit eingeräumt, diese auch für andere Nothilfeinsätze auszugeben, falls die Projekte auf den Philippinen bereits ausfinanziert wären. 1,7 Millionen Euro, die im Rahmen der Berichterstattung über den Taifun auf den Philippinen gespendet wurden, wurden uns für die weltweite Hilfe gespendet.

# 431.133 SPENDER



**118.025 DAUERSPENDER**  
SIE UNTERSTÜTZEN DIE WELTWEITE  
NOTHILFE MIT EINEM DAUERAUFTRAG  
ODER EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG.

## EINNAHMEN-ENTWICKLUNG 2006 – 2013



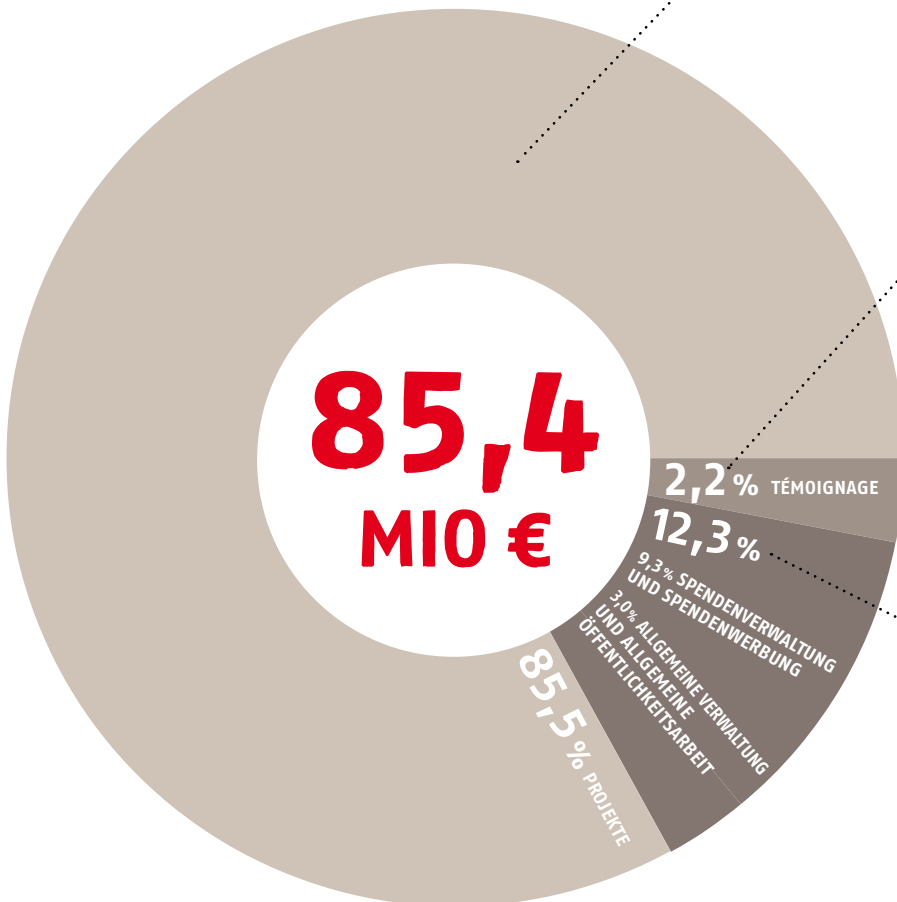
## ZWECKGEBUNDENE SPENDEN

Der Anteil der zweckgebundenen Spenden an den gesamten privaten Spenden und Zuwendungen betrug 11 Prozent. Dies ist wesentlich mehr als im Vorjahr (2012: 3 Prozent) und ist auf die zweckgebundenen Spenden nach dem Taifun auf den Philippinen zurückzuführen. Der dennoch sehr hohe Anteil an frei verfügbaren Spenden von fast 90 Prozent eröffnet 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 2013 mit insgesamt 3,4 Millionen Euro, wobei das Geld wie in den Vorjahren ausschließlich an Projekte in Afrika ging – in die Demokratische Republik Kongo, nach Niger, in den Südsudan, in den Tschad und in die Zentralafrikanische Republik. Überwiegend wurde die medizinische Versorgung von Vertriebenen und Flüchtlingen aus Regionen mit bewaffneten Konflikten finanziert.

# AUSGABEN 2013



## PROJEKTE

**72,9** MIO €

↑ 15,6 MIO € / VERGLEICH ZU 2012

Das Geld floss in die medizinische Nothilfe in 37 Ländern. Dazu gehört auch die Steuerung und Betreuung der Projekte sowie die Förderung und Implementierung von neuen wirksameren und bezahlbaren Medikamenten.

## TÉMOIGNAGE

**1,9** MIO €

↑ 0,2 MIO € / VERGLEICH ZU 2012

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

## VERWALTUNG, ALLGEMEINE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT, WERBUNG

**10,6** MIO €

↑ 0,6 MIO € / VERGLEICH ZU 2012

**3,5** MIO €

Gewinnung von Neuspendern: Spender, die 2013 zum ersten Mal gespendet haben

**3,1** MIO €

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

**1,4** MIO €

Ausgaben für sonstige private Zuwendungen

**0,9** MIO €

Internationales Büro in Genf

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

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

**0,9** MIO €  
Sonstiges

SPENDENVERWALTUNG  
UND SPENDENWERBUNG

ALLGEMEINE VERWALTUNG  
UND ALLGEMEINE  
ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

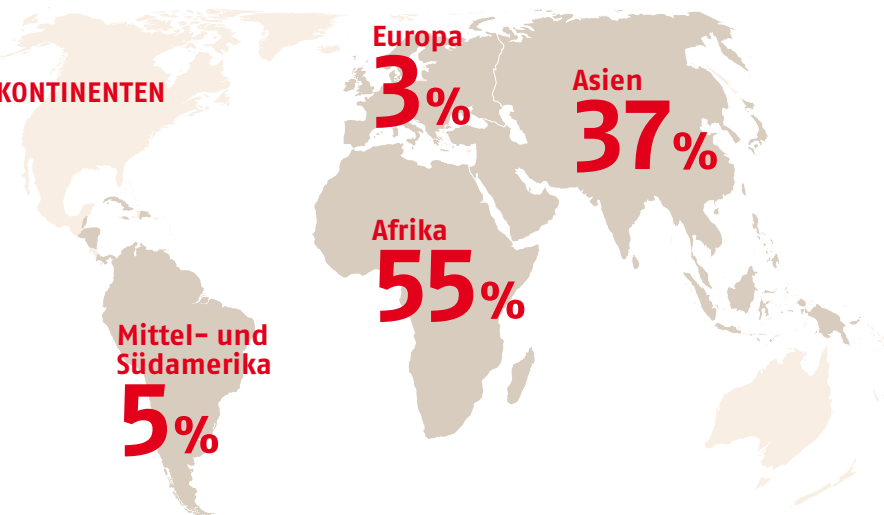
## AUSGABEN FÜR PROJEKTARBEIT

Insgesamt verwendete die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN 74,8 Millionen Euro für satzungsgemäße Aufgaben: 72,9 Millionen Euro flossen in die medizinische Nothilfe in 37 Ländern. Die größten Summen gingen in die Demokratische Republik Kongo, den Südsudan, den Tschad sowie nach Syrien und Usbekistan. 1,9 Millionen Euro wurden für Témoignage aufgewendet.

Weltweit erhielt das Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN nach dem Taifun Haiyan auf den Philippinen viele Spenden, gleichzeitig waren die medizinisch-humanitären Bedürfnisse in Zeit und

Umfang begrenzt. Daher konnten nur die zweckgebundenen Spenden auf den Philippinen ausgegeben werden. Alle weiteren Spenden wurden in anderen Nothilfeprojekten von ÄRZTE OHNE GRENZEN verwendet. Von den zweckgebundenen Einnahmen, die die deutsche Sektion für die Philippinen erhalten hat, konnte ein Teilbetrag von 2,1 Millionen Euro nicht mehr innerhalb des Jahres 2013 verwendet werden. Dieses Geld wird im Jahr 2014 für die Projekte auf den Philippinen verwendet.

## MITTELVERWENDUNG NACH KONTINENTEN



## SPENDENWERBUNG UND SPENDENVERWALTUNG

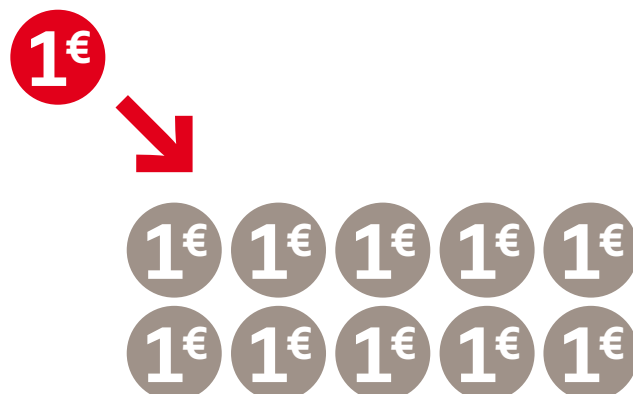
In der Spendenabteilung werben wir neue Spenderinnen und Spender, die die medizinische Nothilfe von ÄRZTE OHNE GRENZEN unterstützen. Dies geschieht zum Beispiel durch Spenderbriefe und Standwerbung auf der Straße. Außerdem betreuen wir unsere bereits bestehenden Spender, indem wir sie über die Arbeit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

Für die Spendenwerbung und -verwaltung wurden im Jahr 2013 8,0 Millionen Euro ausgegeben. Das sind 0,4 Millionen Euro mehr als im Vorjahr. Der Anteil der Ausgaben für Spendenwerbung und -verwaltung an den Gesamtausgaben betrug 9,3 Prozent und liegt somit um knapp 2 Prozentpunkte unter dem Anteil im Jahr 2012. In Jahren, in denen Katastrophen eine hohe mediale Aufmerksamkeit erlangen, wie im Jahr 2013 der Taifun auf den Philippinen, erhalten wir einen hohen Anteil an spontanen Spenden, für die wir weniger Werbemittel einsetzen müssen als in Jahren mit weniger stark beachteten Katastrophen.

Darüber hinaus konnten wir die sonstigen Spendeneinnahmen – unterstützt durch die gute gesamtwirtschaftliche Entwicklung in Deutschland – durch Investitionen in unser Fundraising weiter steigern. Wichtigster Träger dieses Wachstums sind unsere Dauerspender, deren Anzahl wir bis zum Jahresende von 101.000 auf 118.000 steigern konnten. Es bleibt grundsätzlich unser Anliegen, die Ausgaben der Spendenabteilung so gering wie möglich zu halten.

## ALLGEMEINE VERWALTUNG UND ALLGEMEINE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Der Anteil der Ausgaben für allgemeine Öffentlichkeitsarbeit und Verwaltung betrug 3,0 Prozent, damit wurden 2,6 Millionen Euro für die Personal- und Finanzverwaltung, den Vorstand, die Geschäftsführung, Teile des Internetauftritts und des Jahresberichts sowie für das Sekretariat aufgewendet. Inbegriffen sind dabei auch die anteiligen Kosten für das internationale Büro des Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN in Genf.



Für jeden investierten Euro hat ÄRZTE OHNE GRENZEN zehn Euro Spenden eingenommen.

# JAHRESABSCHLUSS 2013

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

## BILANZ ZUM 31. DEZEMBER 2013

AKTIVA	31.12.2013	31.12.2012	PASSIVA	31.12.2013	31.12.2012
	EUR	EUR		EUR	EUR
<b>A. ANLAGEVERMÖGEN</b>			<b>A. RÜCKLAGEN</b>		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände			Freie Rücklage		
Entgeltlich erworbene Software	1.084.890,10	791.086,39	Vortrag zum 1. Januar	9.482.283,75	7.501.887,66
II. Sachanlagen			Entnahmen	0,00	0,00
Büro- und Geschäftsausstattung	196.384,21	241.909,83	Einstellungen	1.790.799,52	1.980.396,09
	1.281.274,31	1.032.996,22	Stand am 31. Dezember	11.273.083,27	9.482.283,75
<b>B. UMLAUFVERMÖGEN</b>			<b>B. NOCH NICHT VERBRAUCHTE SPENDENMITTEL</b>		
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände			Noch nicht satzungsgemäß verwendete Spenden	2.124.841,47	0,00
1. Forderungen gegen andere MSF-Büros	852.660,52	1.243.417,86	Noch nicht satzungsgemäß verw. Erbschaften	1.542.418,45	919.194,49
2. Forderungen aus Erbschaften	1.542.418,45	919.194,49		3.667.259,92	919.194,49
3. Übrige Forderungen	365.040,40	378.808,76	<b>C. RÜCKSTELLUNGEN</b>		
	2.760.119,37	2.541.421,11	Sonstige Rückstellungen	372.400,00	429.000,00
II. Wertpapiere			<b>D. VERBINDLICHKEITEN</b>		
Sonstige Wertpapiere	750.664,36	93.578,00	1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	289.705,07	373.133,70
III. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten	18.108.231,83	12.212.858,32	2. Verbindlichkeiten gegenüber anderen MSF-Büros	7.352.392,35	4.626.741,51
	21.619.015,56	14.847.857,43	3. Sonstige Verbindlichkeiten	35.432,55	153.724,50
<b>C. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN</b>	89.983,29	103.224,30		7.677.529,97	5.153.599,71
	22.990.273,16	15.984.077,95		22.990.273,16	15.984.077,95

## ANHANG FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2013

### BILANZIERUNGS- UND BEWERTUNGSGRUNDSÄTZE

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

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

Die **Sachanlagen** sind zu Anschaffungskosten abzüglich Abschreibungen bewertet. Die planmäßigen Abschreibungen für abnutzbare Vermögensgegenstände des Sachanlagevermögens erfolgen linear unter Zugrundelegung der betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer. Entsprechend den MSF-GAAP beträgt die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer der Büroeinrichtung fünf Jahre. Vermögensgegenstände, deren Anschaffungskosten ohne Umsatzsteuer EUR 1.000,00 betragen, wurde in den Vorjahren ein Jahrgangsbezogener Sammelposten gebildet. Dieser Sammelposten wurde bzw. wird im Geschäftsjahr der Bildung und in den folgenden vier Jahren jeweils mit einem Fünftel ergebnismindernd aufgelöst.

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

Die **Forderungen und sonstigen Vermögensgegenstände** sind unter Beachtung des strengen 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** 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.

Die Freie Rücklage dient dazu, die Kosten am Standort Deutschland für einen Zeitraum von sechs Monaten abzusichern und damit vorübergehende Einnahmeschwankungen auszugleichen.

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

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

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



## ERLÄUTERUNGEN ZUR BILANZ

Die Entwicklung des **Anlagevermögens** ist im Anlagespiegel auf Seite 50 dargestellt.

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

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

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

Die **übrigen Forderungen** enthalten im Wesentlichen Forderungen aus Guthaben bei der PayPal (Europe) S.à r.l. et Cie, S.C.A., Luxemburg, (TEUR 132), geleistete Vorauszahlungen für Anzeigenschaltungen an die Google Germany GmbH, Hamburg, und die Microsoft Deutschland GmbH, Unterschleißheim, (TEUR 100) sowie Forderungen gegen die **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Stiftung, München, (TEUR 67).

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 28 Beitragsanteile für Versicherungen für 2014, TEUR 22 abgegrenzte Aufwendungen für Jahresabonnements im Bereich des öffentlichen Personennahverkehrs, TEUR 18 Wartungsvorauszahlungen für 2014 sowie TEUR 22 sonstige Vorauszahlungen.

Die **Rücklagen** haben sich um den Jahresüberschuss 2013 in Höhe von TEUR 1.791 erhöht.

Von den im Jahr 2013 eingegangenen Spenden werden TEUR 2.125 erst im Jahr 2014 verwendet und ertragswirksam ausgewiesen. Hierbei handelt es sich um zweckgebundene Spenden für den Nothilfeeinsatz auf den Philippinen. Dieser Betrag wurde in den Posten **Noch nicht satzungsgemäß verwendete Spenden** eingestellt.

Der Posten **Noch nicht satzungsgemäß verwendete Erbschaften** umfasst zum 31. Dezember 2013 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 1.542). Der satzungsgemäße Verbrauch dieser Mittel ist

für das Jahr 2014 geplant. Die unter dem Posten **Noch nicht satzungsgemäß verwendete Erbschaften** zum Vorjahresstichtag ausgewiesenen noch nicht verbrauchten Erbschaften (TEUR 919) wurden im Jahr 2013 vollständig verbraucht.

Die **Sonstigen Rückstellungen** betreffen im Wesentlichen die Rückstellung für ausstehenden Urlaub (TEUR 170), Rückstellungen für ausstehende Rechnungen (TEUR 110) sowie für die Schwerbehindertenausgleichsabgabe (TEUR 50). Der Zinsaufwand aus der Aufzinsung langfristiger Rückstellungen beträgt TEUR 0 (Vorjahr TEUR 0). Der Zinsertrag aus der Abzinsung langfristiger Rückstellungen beträgt TEUR 0 (Vorjahr TEUR 0).

Die **Verbindlichkeiten gegenüber anderen MSF-Büros** betreffen im Wesentlichen Projektaufwendungen und Weiterberechnungen von Kosten, die Anfang 2014 bezahlt wurden.

Unter den **Sonstigen Verbindlichkeiten** werden im Wesentlichen Verbindlichkeiten gegenüber Mitarbeitern ausgewiesen (TEUR 29). Die Verbindlichkeiten aus Steuern betragen TEUR 6 (Vorjahr TEUR 11). Die Verbindlichkeiten im Rahmen der sozialen Sicherheit belaufen sich auf TEUR 0 (Vorjahr TEUR 0).

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 284.

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 2013 betrug der Kostenanteil der deutschen Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** insgesamt TEUR 1.394 (davon für das internationale Büro in Genf TEUR 900).

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 2013 betrug der Anteil der deutschen Sektion für den internationalen Fonds TEUR 59.

## GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG FÜR 2013

	2013 EUR	2012 EUR
<b>1. Spenden und Zuwendungen</b>		
a) Spenden (im Geschäftsjahr zugeflossene Spenden)	74.503.975,18	55.168.208,28
+ Verbrauch in Vorjahren zugeflossener Spenden	0,00	0,00
- noch nicht verbrauchter Spendenzufluss d. Geschäftsj.	-2.124.841,47	0,00
= Ertrag aus Spendenverbrauch des Geschäftsjahres	72.379.133,71	55.168.208,28
b) Bußgelder	1.299.367,39	1.321.515,47
c) Mitgliedsbeiträge	10.111,00	10.068,00
d) Erbschaften	6.234.580,11	6.548.214,04
e) Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln	3.405.028,00	3.744.972,00
	<b>83.328.220,21</b>	<b>66.792.977,79</b>
<b>2. Sonstige betriebliche Erträge</b>	<b>3.780.637,33</b>	<b>4.006.849,71</b>
<b>3. Projektaufwand</b>		
Projektaufwendungen für internationale Projekte	-67.634.990,00	-52.258.980,00
<b>4. Personalaufwand</b>		
a) Gehälter	-7.072.131,06	-6.483.291,78
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung davon für Altersversorgung EUR 63.551,39 (Vorjahr: EUR 56.949,04)	-1.332.650,28	-1.270.869,84
	<b>-8.404.781,34</b>	<b>-7.754.161,62</b>
<b>5. Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen</b>	<b>-269.894,75</b>	<b>-190.871,62</b>
<b>6. Sonstige betriebliche Aufwendungen</b>	<b>-9.052.567,39</b>	<b>-8.774.282,51</b>
<b>7. Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge</b>	<b>44.175,46</b>	<b>158.864,34</b>
<b>8. Jahresüberschuss</b>	<b>1.790.799,52</b>	<b>1.980.396,09</b>
<b>9. Einstellungen in die Freie Rücklage</b>	<b>-1.790.799,52</b>	<b>-1.980.396,09</b>
<b>10. Bilanzergebnis</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

## ERLÄUTERUNGEN ZUR GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG

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

Zur weiteren Erläuterung der Gewinn- und Verlustrechnung werden die Erträge und Aufwendungen nach Sparten und Funktionen dargestellt (Seite 53). Basis hierfür ist die steuerliche Untergliederung gemäß Abgabenordnung sowie die Gliederung gemäß MSF-GAAP.

Die **Spenden und Zuwendungen** in Höhe von TEUR 83.328 resultieren aus zweckgebundenen und freien Spenden, Bußgeldern, Mitgliedsbeiträgen, Erbschaften und Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln. Davon entfallen TEUR 5.799 (Vorjahr TEUR 1.214) auf private zweckgebundene Spenden und Zuwendungen abzüglich von 10 % Verwaltungs- und Werbungskosten sowie TEUR 3.405 auf zweckgebundene Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln (Vorjahr TEUR 3.745).

Die öffentlichen Fördermittel des Auswärtigen Amtes sind für die medizinische Nothilfe in neun Projekten in fünf afrikanischen Ländern bestimmt (siehe Seite 50).

Die **Sonstigen betrieblichen Erträge** resultieren im Wesentlichen aus dem ideellen Bereich (TEUR 3.339; Vorjahr TEUR 3.434) und aus Erträgen aus der Vermögensverwaltung (TEUR 442; Vorjahr TEUR 571).

Die Erträge des ideellen Bereiches sind im Wesentlichen auf die Erstattung von Personalkosten durch andere Sektionen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** zurückzuführen. Zur Erreichung des Satzungszwecks werden Projektmitarbeiter aus Deutschland zur Übernahme von medizinischen oder logistischen und administrativen Aufgaben in den Projekten des internationalen Netzwerkes rekrutiert.

Die Sonstigen betrieblichen Erträge enthalten periodenfremde Erträge aus der Auflösung von Rückstellungen in Höhe von TEUR 9.

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

Die Projektaufwendungen verteilen sich im Geschäftsjahr 2013 auf die in der Übersicht auf Seite 50 dargestellten Länder. Neben der Gesamtsumme der Projektaufwendungen werden jeweils die verwendeten freien und zweckgebundenen Mittel angegeben.

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

## PROJEKTAUFWENDUNGEN

	Freie Mittel EUR	Zweckgebundene Mittel EUR	Summe EUR
<b>AFRIKA</b>			
1 Ägypten	296.575,50	3.424,50	300.000,00
2 Äthiopien	1.792.777,48	7.222,52	1.800.000,00
3 Demokratische Republik Kongo	6.552.171,94	1.572.856,06	8.125.028,00
4 Guinea	429.847,00	153,00	430.000,00
5 Kenia	1.790.236,28	9.763,72	1.800.000,00
6 Mali	293.654,32	6.345,68	300.000,00
7 Mosambik	998.928,30	1.071,70	1.000.000,00
8 Niger	396.779,80	403.220,20	800.000,00
9 Nigeria	498.985,20	1.014,80	500.000,00
10 Sierra Leone	2.326,66	4.673,34	7.000,00
11 Simbabwe	3.095.360,50	4.639,50	3.100.000,00
12 Somalia	1.685.278,68	14.721,32	1.700.000,00
13 Sudan	472.830,01	27.169,99	500.000,00
14 Südafrika	497.708,10	2.291,90	500.000,00
15 Südsudan	6.467.245,76	632.754,24	7.100.000,00
16 Swasiland	2.699.914,50	85,50	2.700.000,00
17 Tschad	2.780.028,91	729.971,09	3.510.000,00
18 Uganda	69.993,70	6,30	70.000,00
19 Zentralafrikanische Republik	2.036.664,64	963.335,36	3.000.000,00
<b>ASIEN</b>			
20 Afghanistan	496.620,50	3.379,50	500.000,00
21 Indien	37.849,10	12.150,90	50.000,00
22 Irak	524.609,87	390,13	525.000,00
23 Jordanien	2.195.741,61	4.258,39	2.200.000,00
24 Kirgisistan	500.000,00	0,00	500.000,00
25 Libanon	2.037.880,50	2.119,50	2.040.000,00
26 Myanmar (Birma)	1.838.236,21	6.763,79	1.845.000,00
27 Pakistan	3.185.070,80	14.929,20	3.200.000,00
28 Papua-Neuguinea	2.238.274,00	3.726,00	2.242.000,00
29 Philippinen	0,00	1.487.585,00	1.487.585,00
30 Syrien	1.392.949,90	3.214.050,10	4.607.000,00
31 Tadschikistan	1.300.000,00	0,00	1.300.000,00
32 Usbekistan	4.149.595,00	405,00	4.150.000,00
<b>LATEINAMERIKA</b>			
33 Haiti	3.003.246,94	62.168,06	3.065.415,00
34 Honduras	72.169,50	2.830,50	75.000,00
<b>EUROPA</b>			
35 Griechenland	489,00	2.511,00	3.000,00
36 Italien	29.424,00	576,00	30.000,00
37 Russische Föderation	2.019.775,00	225,00	2.020.000,00
<b>SONSTIGE</b>			
38 Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi)	182.021,00	0,00	182.021,00
39 Internationaler Fonds	59.029,00	0,00	59.029,00
40 Medikamentenkampagne	311.129,00	783,00	311.912,00
<b>SUMME</b>	<b>58.431.418,21</b>	<b>9.203.571,79</b>	<b>67.634.990,00</b>

### Öffentliche Fördermittel

In den zweckgebundenen Mitteln sind enthalten:

3*	EUR 1.305.028,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amts
8	EUR 400.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amts
15	EUR 500.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amts
17	EUR 300.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amts
19	EUR 900.000,00 öffentliche Mittel des Auswärtigen Amts

### Zweckpräzisierungen

In den zweckgebundenen Mitteln sind enthalten:

3	EUR 157.455,26 Afrika; EUR 3.307,50 Afrika und andere
5	EUR 6.244,72 Ostafrika; EUR 54,00 Ostafrika und andere
7	EUR 324,00 Malawi und andere
10	EUR 616,50 Westafrika; EUR 135,00 Westafrika und andere
12	EUR 2.592,00 Horn von Afrika; EUR 2.034,00 Horn von Afrika und andere
14	EUR 103,50 Südliches Afrika
17	EUR 162,00 Sahelzone
21	EUR 108,00 Erdbeben Indonesien 30.09.2009 und andere; EUR 2.002,50 Indonesien und andere; EUR 162,00 Bangladesch und andere
23	EUR 508,50 Palästinensische Autonomiegebiete
26	EUR 787,50 Asien; EUR 378,00 China und andere; EUR 198,00 Japan und andere; EUR 49,50 Seebeben und andere; EUR 450,00 Südostasien; EUR 207,00 Thailand und andere
27	EUR 90,00 Erdbeben Kaschmir 08.10.2005; EUR 531,00 Erdbeben Kaschmir 08.10.2005 und andere
30	EUR 112,50 Nahost
33	EUR 4.500,00 Amerika; EUR 391,50 Erdbebenopfer
34	EUR 216,00 Peru und andere; EUR 450,00 Mittelamerika

### 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 51)

In den zweckgebundenen Mitteln sind enthalten:

1	EUR 108,00 Algerien; EUR 355,50 Libyen; EUR 562,50 Marokko; EUR 900,00 Tunesien
3	EUR 1.080,00 Angola; EUR 138,04 Ruanda
6	EUR 225,00 Burkina Faso; EUR 315,00 Mauretanien
7	EUR 459,00 Madagaskar
10	EUR 230,31 Elfenbeinküste; EUR 90,00 Liberia
20	EUR 288,00 Iran
21	EUR 310,50 Bangladesch; EUR 1.984,50 Indonesien; EUR 198,00 Nepal; EUR 144,00 Sri Lanka
23	EUR 110,21 Jemen; EUR 999,00 Palästinensische Autonomiegebiete
26	EUR 265,50 China; EUR 91,80 Kambodscha; EUR 6,30 Malaysia; EUR 145,19 Nordkorea; EUR 270,00 Seebeben 25.12.04; EUR 1.588,50 Thailand; EUR 45,00 Vietnam
32	EUR 90,00 Armenien; EUR 45,00 Türkei
34	EUR 22,50 Brasilien; EUR 810,00 Kolumbien; EUR 90,00 Mexiko; EUR 27,00 Paraguay; EUR 675,00 Peru; EUR 180,00 Südamerika
35	EUR 270,00 Balkan

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

## ENTWICKLUNG DES ANLAGEVERMÖGENS IM GESCHÄFTSJAHR 2013

	ANSCHAFFUNGS- UND HERSTELLUNGSKOSTEN				KUMULIERTE	
	01.01.2013 EUR	Zugänge EUR	Abgänge EUR	31.12.2013 EUR	01.01.2013 EUR	Zugänge EUR
<b>I. Immaterielle Vermögensgegenstände</b>						
1. Entgeltlich erworbene Software	1.235.497,15	428.786,51	60.083,10	1.604.200,56	444.410,76	134.981,80
<b>II. Sachanlagen</b>						
1. Büroausstattung	352.203,20	53.307,09	48.233,05	357.277,24	265.875,41	54.791,87
2. Geschäftsausstattung	598.691,87	36.146,24	87.094,93	547.743,18	443.109,83	80.121,08
	950.895,07	89.453,33	135.327,98	905.020,42	708.985,24	134.912,95
	<b>2.186.392,22</b>	<b>518.239,84</b>	<b>195.411,08</b>	<b>2.509.220,98</b>	<b>1.153.396,00</b>	<b>269.894,75</b>

Im Jahr 2013 vereinnahmte die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** als Ertrag zweckgebundene Spenden und Zuwendungen von privaten und öffentlichen Gebern in Höhe von TEUR 9.204. Das entspricht 11,0 % der gesamten als Ertrag erfassten Spenden und Zuwendungen sowie 13,6 % der gesamten Projektaufwendungen. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ist bestrebt, der Zweckbindung von Spenden so weit wie möglich zu entsprechen. Es kommt jedoch in Ausnahmefällen vor, dass zweckgebundene Spenden für Länder eingehen, in denen keine Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** tätig ist oder in denen die Projekte bereits ausfinanziert sind. Der Finanzierungsstatus einzelner Projekte lässt sich oft erst am Jahresende konkret ermitteln, da während des Jahres teilweise kontinuierlich zweckgebundene Spenden eingehen.

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

- Beträgt die Summe der Spenden mit einem gemeinsamen Spendenzweck weniger als TEUR 1 und kann diese Summe nicht unmittelbar zweckentsprechend

eingesetzt werden, verwendet **ÄRZTE OHNE GRENZEN** die Spenden für einen Zweck, der dem ursprünglichen Spenderwillen möglichst nahe kommt. Eine direkte Kontaktaufnahme mit den Spendern findet aufgrund der Verpflichtung zur sparsamen Mittelverwendung nicht statt.

- Beträgt die Summe der Spenden mit einem gemeinsamen Spendenzweck zwischen TEUR 1 und TEUR 5 und kann diese Summe nicht unmittelbar zweckentsprechend verwendet werden, so bemüht sich **ÄRZTE OHNE GRENZEN** zunächst, eine Verwendung zu finden, die dem ursprünglichen Spenderwillen möglichst nahe kommt. Ist dies nicht möglich, wird ab einer Einzelspende von EUR 100,00 aktiv Kontakt mit den Spendern aufgenommen und das weitere Verfahren abgestimmt (Freigabe, Umwidmung, Rückerstattung der Spende).

- Beträgt die Summe der Spenden mit einem gemeinsamen Spendenzweck mehr als TEUR 5 und kann diese Summe nicht unmittelbar zweckentsprechend verwendet werden, wird ab einer Einzelspende von EUR 100,00 aktiv Kontakt mit den Spendern aufgenommen und das weitere Verfahren abgestimmt (Freigabe, Umwidmung, Rückerstattung der Spende).

- Im Fall einer Krise oder Katastrophe mit großer medialer Aufmerksamkeit liegt die

zweckgebundene Spendensumme in der Regel deutlich höher als insgesamt TEUR 5. Falls in dieser Situation keine zweckentsprechende Verwendung im aktuellen Jahr erfolgen kann, weicht **ÄRZTE OHNE GRENZEN** von der genannten Standardregelung ab und führt bereits vor Ablauf des Jahres mögliche Freigaben und Umwidmungen durch bzw. versucht im Folgejahr, die Spenden unmittelbar zweckentsprechend einzusetzen. Die Vorgehensweise wird dem jeweiligen Ereignis angepasst.

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

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

Im Jahr 2013 gingen im Zusammenhang mit dem Nothilfeinsatz auf den Philippinen TEUR 8.246 Spenden ein, die entweder zweckgebunden (TEUR 3.778) für die Philippinen bestimmt sind oder uns auch eine Öffnung für die Verwendung in anderen Ländern ermöglichen (TEUR 4.468).

Von den zweckgebundenen Spenden für die Philippinen konnte bereits ein Teilbe-

trag (vor Abzug von 10 % Verwaltungs- und Werbekosten) von TEUR 1.653 im Jahr 2013 zweckentsprechend verwendet werden. Die Verwendung der restlichen zweckgebundenen Spenden (TEUR 2.125) für Projekte auf den Philippinen ist für 2014 vorgesehen. Dieser Restbetrag wurde zum Bilanzstichtag in den Sonderposten für Noch nicht verbrauchte Spendenmittel eingestellt.

Für die Projekte in Folge des Taifuns auf den Philippinen besteht durch die hohe Spendenbereitschaft eine ausreichende Finanzierung durch zweckgebundene Mittel. Aus diesem Grund wurden die Spenden, die die Möglichkeit der anderweitigen Verwendung einräumen, für die Finanzierung von Projekten in anderen Ländern verwendet.

Die Fußnoten zur Tabelle auf Seite 50 weisen auf Umwidmungen, Zweckpräzisierungen und öffentliche Fördermittel hin.

Mit der Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in der Schweiz wurde gesondert eine Mitfinanzierung für Projektbetreuungskosten der von uns mitfinanzierten Projekte vereinbart, die im Büro in Genf anfallen. Diese beträgt insgesamt TEUR 516 und ist in den jeweiligen o. g. Beträgen enthalten.

## KOSTENRECHNUNG

Alle Erträge und Aufwendungen werden Kostenstellen zugerechnet. Die Auswertung dieser Kostenrechnung auf Seite 53 zeigt zum einen die Aufteilung gemäß der steuerlichen Vier-Spartenrechnung in den ideellen Bereich, die Vermögensverwaltung und den wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb. Ein Zweckbetrieb bestand im Geschäftsjahr nicht.

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

Aufgrund der Anforderungen der MSF-GAAP wird zwischen direkten und indirekten Kosten unterschieden. Direkte Kosten werden direkt einer Kostenstelle zugerechnet. Indirekte Kosten werden entsprechend der Anzahl der jeweiligen Mitarbeiter auf Kostenstellen verteilt. Die Perso-

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

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

Die Aufwendungen für die Abteilungsleitung Personal und die Abteilungsleitung Medien- und Öffentlichkeitsarbeit werden insgesamt den Kosten der allgemeinen Verwaltung zugerechnet. Die Aufwendungen für die Internetseite werden zu 50 % zu Témoinage und zu 50 % der allgemeinen Verwaltung/allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit zugerechnet. Die Kosten für die Zeitschrift „Akut“ sowie für Informations-schreiben an Spender werden zu 75 % bei Spendenverwaltung und -werbung und zu 25 % bei Témoinage ausgewiesen. Die Kosten des Jahresberichts werden zu 50 % bei Témoinage und zu 50 % bei der allgemeinen Verwaltung/allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit gezeigt.

Die **Gesamtaufwendungen** im Geschäftsjahr 2013 entfielen auf:

	EUR	%
Projekte und Aufwendungen für Projektmitarbeiter	69.849.487,22	81,8
Projektbetreuung	2.954.891,34	3,5
Témoinage	1.850.039,30	2,2
Sonstige Programme (DNDi)	182.021,00	0,2
<b>Summe satzungsgemäße Aufwendungen</b>	<b>74.836.438,86</b>	<b>87,7</b>
Spendenverwaltung und -werbung	7.967.505,30	9,3
Allgemeine Verwaltung/allg. Öffentlichkeitsarbeit	2.558.289,32	3,0
<b>Summe Verwaltungs- und Werbekosten</b>	<b>10.525.794,62</b>	<b>12,3</b>
	<b>85.362.233,48</b>	<b>100,0</b>

Der Anteil der Verwaltungs- und Werbekosten an den Gesamtkosten betrug demnach 12,3 % (Vorjahr: 14,5 %).

## ABSCHREIBUNGEN

## BUCHWERTE

Abgänge EUR	31.12.2013 EUR	31.12.2013 EUR	31.12.2012 EUR
60.082,10	519.310,46	1.084.890,10	791.086,39
48.228,05	272.439,23	84.838,01	86.327,79
87.033,93	436.196,98	111.546,20	155.582,04
135.261,98	708.636,21	196.384,21	241.909,83
<b>195.344,08</b>	<b>1.227.946,67</b>	<b>1.281.274,31</b>	<b>1.032.996,22</b>

## SONSTIGE ANGABEN

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

Die durchschnittliche Zahl der **Mitarbeiter** (ermittelt nach § 267 HGB) am Standort Deutschland betrug im Geschäftsjahr 2013 (in Klammern Vorjahresangabe):

Vollzeitbeschäftigte	62	(55)
Teilzeitbeschäftigte	34	(28)
Studenten	42	(41)

Die durchschnittliche Anzahl der Projektmitarbeiter betrug 120 (Vorjahr 114). Die Kosten für die Projektmitarbeiter wurden

von der deutschen Sektion an andere Sektionen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** weiterberechnet. Des Weiteren waren im Geschäftsjahr 2013 durchschnittlich 7 (Vorjahr 8) Praktikanten und 4 (Vorjahr 15) ehrenamtliche Mitarbeiter für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** tätig.

### Vereinsregister und Satzung

Die deutsche Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** wurde mit Satzung vom 9. Juni 1993 gegründet und ist ein eingetragener Verein. Die Satzung wurde zuletzt geändert am 4. Mai 2013. Hierbei wurden die Voraussetzungen der Mitgliedschaft an die internationalen Regelungen des Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** angepasst. Die Eintragung der Satzungsänderung in das Vereinsregister erfolgte am 21. Januar 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. Mindestens einmal im Jahr findet eine ordentliche Mitgliederversammlung statt.

#### b) Vorstand

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

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

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

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

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

Dem Vorstand gehörten 2013 bzw. gehören an:

**Dr. med. Tankred Stöbe**,  
Berlin, Arzt – Vorsitzender  
**Klaus Volmer**, Amtzell, Kinderarzt –  
stellv. Vorsitzender

**Norbert Backhaus**, Nümbrecht,  
Consultant – Schatzmeister, kooptiert  
**Dr. med. Volker Westerbarkey**,  
Berlin, Arzt – Schriftführer bis 08/2013  
**Maja Zimmer**, Berlin, Architektin –  
Schriftführerin seit 08/2013  
**Michel Farkas**, Amsterdam/  
Niederlande, Manager, kooptiert  
**Dr. med. Christine Firnhaber**,  
Düsseldorf, Kinderärztin (bis 04/2014)  
**Dr. med. Maximilian Gertler**,  
Berlin, Arzt  
**Katja Hilgenstock**, Ulm, Chirurgin  
**Katja Kusche**, M.Sc., Berlin,  
Ärztin (bis 04/2014)

Der Verein wird gemäß § 26 BGB rechtsverbindlich durch zwei Mitglieder des Vorstands gemeinsam vertreten.

Vorstandsmitglieder dürfen für ihre Tätigkeit eine angemessene Vergütung erhalten. Im Rahmen einer Honorarvereinbarung erhält der Vorsitzende des Vorstands von ÄRZTE OHNE GRENZEN eine Vergütung in Höhe von EUR 230,00 pro Tag für Tätigkeiten, die über den Rahmen der allgemeinen Vorstandstätigkeiten hinausgehen. Das maximale jährliche Honorar ist limitiert auf EUR 23.920,00 und betrug für 2013 EUR 21.671,76.

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

#### c) Aufsichtsrat

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

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

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

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

Der Aufsichtsrat besteht aus drei Personen. Die Mitglieder des Aufsichtsrats wurden erstmalig von der Mitgliederversammlung am 4. Mai 2013 gewählt. Ihm gehörten 2013 bzw. gehören an:

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

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

#### d) Geschäftsführung

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

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

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

Seit dem 1. Mai 2008 ist Herr Dr. med. Frank Dörner, Berlin, Geschäftsführer als besonderer Vertreter im Sinne des § 30 BGB. Im Jahr 2013 erhielt der Geschäftsführer von ÄRZTE OHNE GRENZEN ein Bruttogehalt in Höhe von EUR 89.847,33 (inklusive 13 Monatsgehalt).

#### Honorar des Abschlussprüfers

Das im Aufwand des Geschäftsjahres 2013 enthaltene Honorar des Abschlussprüfers beträgt EUR 17.840,00 und entfiel auf Prüfungsleistungen.

#### Vergütungsstruktur

In der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN wurden im Jahr 2013 sieben Gehaltsgruppen unterschieden. Jede Position wird auf der Grundlage verschiedener Kriterien (z. B. Grad der Verantwortung, geforderte Kompetenzen) einer Gehaltsgruppe zugeordnet. Innerhalb einer Gehaltsgruppe gibt es zudem 13 Gehaltsstufen, die die jeweilige Berufserfahrung bzw. Organisationszugehörigkeit reflektieren. Es werden 13 Monatsgehälter gezahlt. Die Vergütungen in den Gehaltsgruppen auf Monatsbasis betragen im Jahr 2013 brutto:

Gruppe	Position	von EUR	bis EUR
1	z. B. Hilfskräfte	1.881	2.819
2	z. B. Assistenten	2.219	3.329
3	z. B. Referenten	2.619	3.929
4	z. B. Koordinatoren	3.089	4.634
5	Abteilungsleiter	3.645	5.470
6	Leiter Projektmanagement	4.303	6.454
7	Geschäftsführer	5.078	7.616

Die drei höchsten Jahresgesamtbezüge betragen im Jahr 2013 brutto:

**Geschäftsführer:** EUR 89.847,33

**Leiter Projektmanagement:** EUR 83.902,00

**Leiterin Medien- und Öffentlichkeitsarbeit:** EUR 63.551,48

#### 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 auf Grund besonderer Qualifikation aufzunehmen; deren Anteil jedoch höchstens 5 % der Gesamtmitgliederzahl betragen darf.

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

#### Steuerliche Verhältnisse

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

Mit vorläufigem Bescheid vom 26. April 2013 wurde dem Verein die Freistellung von der Körperschaft- und Gewerbesteuer für das Kalenderjahr 2011 erteilt, da der Verein ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke gemäß §§ 51 ff. Abgabenordnung verfolgt.

#### Nahe stehende ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung, München

ÄRZTE OHNE GRENZEN verfügt über maßgeblichen Einfluss bei der rechtlich selbstständigen ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung, München. Die Stiftung dient der Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens, der Förderung von Projekten der humanitären Hilfe und der Förderung der Bildung und Erziehung auf dem Gebiet der weltweiten humanitären Hilfe. Sie verfolgt ausschließlich gemeinnützige Zwecke.

Die Organe der Stiftung sind der Stiftungsrat und der Stiftungsvorstand. Der Stiftungsrat besteht aus drei Personen, die vom Vorstand des Vereins ÄRZTE OHNE GRENZEN berufen werden. Der Stiftungsrat bestimmt den Stiftungsvorstand.

Am 31. Dezember 2013 betrug das Stützungskapital TEUR 2.437. Darin enthalten sind die Zustiftungen des Geschäftsjahres 2013 in Höhe von TEUR 120. Die Erträge beliefen sich 2013 auf TEUR 150. Das Jahresergebnis lag bei TEUR 1. Ferner besteht zum 31. Dezember 2013 ein Treuhandvermögen in Höhe von TEUR 1.687 aus unselbstständigen, nicht rechtsfähigen Stiftungen, die von der ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung, München, treuhänderisch verwaltet werden.

Hauptaktivität der ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung war 2013 die Organisation und Förderung des XV. Humanitären Kongresses mit rund 850 Teilnehmern. Ferner stellte die ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung, München, der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN Mittel für die Förderung je eines

Projekts in Syrien (TEUR 42) und im Tschad (TEUR 25) zur Verfügung.

Die Stiftung beschäftigt keine Mitarbeiter, die Organe sind ehrenamtlich tätig. Berlin, 29. April 2014

Médecins Sans Frontières (MSF) – ÄRZTE OHNE GRENZEN, Deutsche Sektion e. V. Der Vorstand und die Geschäftsführung

**ZUORDNUNG DER ERTRÄGE UND AUFWENDUNGEN DES GESCHÄFTSJAHRES 2013 NACH SPARTEN UND FUNKTIONEN**

	Summe		Ideell					Summe	Vermögens- verwaltung	Wirtschaftl. Geschäftsbetr.											
	EUR		Erträge	Projekte und Projektmitarbeiter	Projekt- betreuung	Tätmoignage	Sonstige Programme				Spendenverwaltung und -werbung	Allg. Verwaltung/allg. Öffentlichkeitsarbeit	EUR	EUR							
<b>Spenden und Zuwendungen</b>																					
a) Spenden	72.379.133,71		72.379.133,71																		
b) Bußgelder	1.299.367,39		1.299.367,39																		
c) Mitgliedsbeiträge	10.111,00		10.111,00																		
d) Erbschaften	6.234.580,11		6.234.580,11																		
e) Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln	3.405.028,00		3.405.028,00																		
	<b>83.328.220,21</b>		<b>83.328.220,21</b>																		
<b>Sonstige betriebliche Erträge</b>	<b>3.780.637,33</b>		<b>3.223.225,22</b>	<b>33.037,46</b>	<b>10.205,87</b>	<b>0,00</b>	<b>33.604,33</b>	<b>38.894,59</b>	<b>441.506,21</b>	<b>163,65</b>											
<b>Projektaufwendungen für internationale Projekte</b>	<b>-67.634.990,00</b>		<b>-66.625.057,00</b>	<b>-516.000,00</b>	<b>-311.912,00</b>	<b>-182.021,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>-67.634.990,00</b>	<b>0,00</b>											
<b>Personalaufwand</b>																					
a) Gehälter	-7.072.131,06		-2.456.012,32	-1.561.848,36	-513.197,10	0,00	-1.739.956,30	-801.116,98	-7.072.131,06	0,00											
b) Soziale Abgaben	-1.332.650,28		-436.888,96	-303.077,85	-99.586,28	0,00	-337.639,83	-155.457,36	-1.332.650,28	0,00											
	<b>-8.404.781,34</b>		<b>-2.892.901,28</b>	<b>-1.864.926,21</b>	<b>-612.783,38</b>	<b>0,00</b>	<b>-2.077.596,13</b>	<b>-956.574,34</b>	<b>-8.404.781,34</b>	<b>0,00</b>											
<b>Abschreibungen</b>	<b>-269.894,75</b>		<b>0,00</b>	<b>-96.904,21</b>	<b>-34.145,29</b>	<b>0,00</b>	<b>-91.224,85</b>	<b>-47.620,40</b>	<b>-269.894,75</b>	<b>0,00</b>											
<b>Sonstige betriebliche Aufwendungen</b>																					
a) Reisekosten	-675.227,53		-119.145,04	-136.190,23	-55.071,34	0,00	-295.045,24	-69.775,68	-675.227,53	0,00											
b) Fremdleistungen	-1.698.715,68		-921,42	-45.394,61	-157.283,27	0,00	-1.190.233,37	-304.883,01	-1.698.715,68	0,00											
c) Porto und Telefon	-1.991.916,17		-549,04	-38.351,91	-310.306,28	0,00	-1.623.949,89	-18.759,05	-1.991.916,17	0,00											
d) Publikationen	-32.343,22		0,00	-58,79	-25.742,74	0,00	-1.549,20	-4.992,49	-32.343,22	0,00											
e) Information und Werbung	-2.556.029,39		0,00	-19.788,63	-213.647,86	0,00	-2.298.618,20	-23.974,70	-2.556.029,39	0,00											
f) Bürokosten	-710.637,03		-21.460,03	-203.600,15	-109.412,72	0,00	-237.800,69	-138.363,44	-710.637,03	0,00											
g) Nebenkosten des Geldverkehrs	-62.796,00		0,00	0,00	0,00	0,00	-60.111,82	-2.684,18	-62.796,00	0,00											
h) Sonstiges	-1.324.902,37		-189.453,41	-33.676,60	-19.734,42	0,00	-91.375,91	-990.662,03	-1.324.902,37	0,00											
	<b>-9.052.567,39</b>		<b>-331.528,94</b>	<b>-477.060,92</b>	<b>-891.198,63</b>	<b>0,00</b>	<b>-5.798.684,32</b>	<b>-1.554.094,58</b>	<b>-9.052.567,39</b>	<b>0,00</b>											
<b>Zinserträge</b>	<b>44.175,46</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>44.175,46</b>	<b>0,00</b>											
<b>Ergebnis</b>	<b>1.790.799,52</b>		<b>83.328.220,21</b>	<b>-66.626.262,00</b>	<b>-2.921.853,88</b>	<b>-1.839.833,43</b>	<b>-7.933.900,97</b>	<b>-2.519.394,73</b>	<b>1.304.954,20</b>	<b>163,65</b>											

# LAGEBERICHT FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2013

## I. GESCHÄFTS- UND RAHMENBEDINGUNGEN

### 1. Aufbau

ÄRZTE OHNE GRENZEN ist eine internationale private medizinische Nothilfeorganisation. Das internationale Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN setzt sich aus 23 Mitgliedsverbänden zusammen, die die gemeinsame Strategie festlegen. Davon tragen 19 als sogenannte Sektionen die Verantwortung für die Steuerung des Netzwerkes. Médecins Sans Frontières (MSF) – ÄRZTE OHNE GRENZEN, Deutsche Sektion e. V. wurde 1993 als deutsche Sektion des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN gegründet.

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

Unter dem Namen „Operational Centre Amsterdam“ arbeiten die Sektionen in den Niederlanden, Deutschland, Großbritannien und Kanada zusammen. Die deutsche Sektion beteiligt sich am Operational Centre Amsterdam durch das Management von Projekten im Tschad, in der Zentralafrikanischen Republik, in Simbabwe, in Swasiland, in der Russischen Föderation, in Usbekistan, in Tadschikistan sowie in Papua-Neuguinea. Zudem ist die Projekt-Abteilung für die Durchführung eines mobilen Schlafkrankheitsprojekts in Zentralafrika verantwortlich.

Im Rahmen einer Partnerschaft mit dem „Operational Centre Genf“ entwickelt die deutsche Sektion ein Konzept zur Verbesserung der medizinischen Qualität in den Projekten des internationalen Netzwerkes sowie ein chirurgisches Nothilfekonzept für die Projekte des Operational Centre Genf.

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

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

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

Von der Mitgliederversammlung wurde im Mai 2013 erstmalig ein aus drei Mitgliedern bestehender Aufsichtsrat gewählt. Dieses Vereinsorgan wurde durch eine Satzungsänderung im Jahr 2012 neu eingeführt. Andere maßgebliche organisatorische Veränderungen haben sich im Berichtsjahr nicht ergeben.

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

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

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

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

Im Mai und September wird darüber hinaus 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.

Der Aufsichtsrat berät und überwacht den Vorstand bei der Leitung des Vereins, insbesondere in Bezug auf das Jahresbudget und die regelmäßige Kontrolle durch Plan-Ist-Vergleiche und die laufende Berichterstattung über wesentliche Ereignisse des Vereins.

Im Jahr 2009 hat ÄRZTE OHNE GRENZEN ein Qualitätsmanagement als Steuerungsinstrument in der Spendergewinnung und -betreuung (Fundraising) eingeführt und ist vom TÜV nach DIN ISO 9001 zertifiziert worden. Nach einer Re-Zertifizierung 2012 fand im Jahr 2013 wie in den Vorjahren ein jährliches Überwachungsaudit durch den TÜV statt. Dabei konnte wieder nachgewiesen werden, 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 ergreifen zu können. Dieses Vorgehen hat sich vor allem im Zusammenhang mit dem Nothilfeinsatz auf den Philippinen im November 2013 bewährt. In diesem Kontext musste sichergestellt werden, dass nicht mehr zweckgebundene Spenden eingehen, als in den Projekten vor Ort ausgegeben werden können. Die 2010 erarbeitete Fünf-Jahres-Strategie für die Fundraising-Abteilung für die Jahre 2011 bis 2015 dient als wichtiges Steuerungselement. Die Leistungsindikatoren für die Evaluierungen („4M“/„8M“/„12M“ Reporting) wurden 2013 weiter an die strategischen Ziele angepasst.

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.

Der 2013 erstmals gewählte ehrenamtliche Aufsichtsrat dient der besseren Kontrolle des Vorstands und einer klaren Trennung von Leitung und Aufsicht, um Interessenkonflikte zu vermeiden. Damit erfüllen wir national und international anerkannte Standards guter und verantwortungsvoller Organisationsführung.

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

Die Projekte des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN werden mit eigenen internationalen und nationalen Mitarbeitern durchgeführt. In jedem Projektland gibt es mindestens einen Finanzkoordinator, der als Mitglied des Management-Teams vor Ort die Mittelverwendung nach den Vorgaben und Standards des Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN überwacht.

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

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

Das internationale Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN veröffentlicht neben den nationalen Abschlüssen der 19 Sektionen sowie weiterer Einheiten (wie z. B. das internationale Büro in Genf, das Logistikzentrum in Frankreich oder die ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung in Deutschland) einen gemeinsamen geprüften Jahresabschluss („Combined Accounts“). Die Überführung der nationalen Einzelabschlüsse in den gemeinsamen Abschluss erfolgt auf Basis eines komplexen Regelwerkes (MSF-GAAP), das von allen Sektionen verbindlich angewendet wird. Durch die Zusammenführung der nach den MSF-GAAP angepassten Einzelabschlüsse werden durch die Eliminierung von Forderungen und Verbindlichkeiten sowie Aufwendungen und Erträge Effekte ausgeblendet, die auf Verrechnungen der Sektionen untereinander beruhen und möglicherweise zu Verzerrungen wie z. B. Doppelerfassungen führen könnten. Der internationale Abschluss liefert ein klares Bild über die Leistungsfähigkeit der Gesamtorganisation und dient zusätzlich der transparenten Berichterstattung über die Arbeit des Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN gegenüber der Öffentlichkeit. Der internationale Abschluss für das Jahr 2013 kann erst nach Vorliegen der Einzelabschlüsse der Sektionen und der weiteren Einheiten erstellt werden und liegt erst im Juni 2014 vor.

### 3. Geschäftsentwicklung

Die ursprünglich geplanten Einnahmen von EUR 63,8 Mio. für private Spenden und Zuwendungen einschließlich Einnahmen aus Kooperationen, die unter den sonstigen betrieblichen Erträgen ausgewiesen werden, sind mit tatsächlichen Einnahmen von insgesamt EUR 82,5 Mio. um 29 % übertraffen worden. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen Zuwachs der Einnahmen von EUR 18,9 Mio. Wesentlichen Anteil an diesem Zuwachs haben die Spenden für den Nothilfeinsatz auf den Philippinen nach dem Taifun Haiyan im November. In direktem Zusammenhang mit diesem Nothilfeinsatz erhielt die deutsche Sektion rund EUR 10 Mio. Spenden.

Von den EUR 10 Mio., die wir im Rahmen des Nothilfeinsatzes auf den Philippinen erhalten haben, waren EUR 3,8 Mio. zweckgebunden für die Philippinen. Bei weiteren EUR 4,5 Mio., die wir im Zusammenhang mit den Philippinen erhielten, hatten uns die Spender die Möglichkeit eingeräumt, diese auch für andere Nothilfeinsätze auszugeben, falls die Projekte auf den Philippinen bereits ausfinanziert wären. Weitere EUR 1,7 Mio. haben wir zwar im Rahmen des Nothilfeinsatzes auf den Philippinen erhalten, aber bei diesen hatten die Spender von vornherein für die weltweite Hilfe von ÄRZTE OHNE GRENZEN gespendet. Aufgrund der weltweit außerordentlichen Spendenbereitschaft für die Philippinen für das Netzwerk von ÄRZTE OHNE GRENZEN und der in Umfang und Zeit begrenzten medizinisch-humanitären Bedürfnisse können nur die zweckgebundenen Spenden auf den Philippinen ausgegeben werden. Alle anderen Spenden wurden im Jahr 2013 in anderen Nothilfeprojekten von ÄRZTE OHNE GRENZEN verwendet. Von den EUR 3,8 Mio. zweckgebundenen Spenden konnten 2013 nur EUR

1,7 Mio. ausgegeben werden. Die restlichen EUR 2,1 Mio. werden im Jahr 2014 in Projekten auf den Philippinen ausgegeben. Deshalb sind sie im Jahresabschluss 2013 nicht als Ertrag, sondern in einem Sonderposten („Noch nicht verbrauchte Spendenmittel“) verbucht worden.

Darüber hinaus konnten wir die sonstigen Spendeneinnahmen – unterstützt durch die gute gesamtwirtschaftliche Entwicklung in Deutschland – durch Investitionen in unser Fundraising weiter steigern. Wichtigster Träger dieses Wachstums sind unsere Dauerspender, deren Anzahl wir bis zum Jahresende von 101.000 auf 118.000 steigern konnten. Dies konnte unter anderem durch eine Ausweitung unserer regionalen Standwerbungsaktivitäten auf den Raum Hamburg erreicht werden. Außerdem konnten wir durch zusätzliche und differenziertere Mailings zusätzliche Spendeneinnahmen erzielen.

Die Ausgaben für Spendenverwaltung und -werbung sind 2013 um EUR 0,4 Mio. gegenüber dem Vorjahr auf EUR 8,0 Mio. gestiegen. Der Ausgabenanstieg ist auf eine stärkere Anwerbung von neuen Dauerspendern durch Standwerbung und mehr Onlinewerbeaktivitäten zurückzuführen. Auch die intensivere Betreuung bestehender und die Anwerbung neuer Großspender haben dazu beigetragen.

Der Verein ÄRZTE OHNE GRENZEN erhielt im Jahr 2013 Zuwendungen in Höhe von EUR 67.000 (2012: EUR 50.000) aus der ihm nahe stehenden ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung, die satzungsgemäß in Projekte von ÄRZTE OHNE GRENZEN flossen. Darüber hinaus organisierte die Stiftung den jährlich stattfindenden Humanitären Kongress. Aufgrund der derzeit niedrigen Zinssätze bleiben diese Zuwendungen auf niedrigem Niveau, das Stiftungskapital stieg zum Jahresende leicht um EUR 0,1 Mio. auf EUR 2,4 Mio. an.

Die Zuwendungen aus öffentlichen Fördermitteln gingen im Jahr 2013 gegenüber dem Vorjahr um EUR 0,3 Mio. auf

EUR 3,4 Mio. zurück und lagen damit EUR 0,6 Mio. unter dem Plan von EUR 4,0 Mio. Dies liegt unter anderem daran, dass das Auswärtige Amt im Jahr 2013 einen großen Teil seines Budgets für die humanitäre Hilfe in Syrien zur Verfügung gestellt hat, ÄRZTE OHNE GRENZEN für die Arbeit in diesem Konflikt aber aus Gründen der Unabhängigkeit keine öffentlichen Gelder annimmt. ÄRZTE OHNE GRENZEN nimmt grundsätzlich keine öffentlichen Fördermittel für Kontexte an, in denen Deutschland militärisch aktiv ist oder es andere Interessenkonflikte gibt, die die Unabhängigkeit der Hilfe gefährden könnten. Das Einwerben von öffentlichen Fördermitteln ist daher begrenzt, weil diese durch die Fördermittelgeber bevorzugt für Kontexte gewährt werden, in denen ÄRZTE OHNE GRENZEN bewusst nur private Gelder zur Finanzierung einsetzt.

Jedoch konnten bereits Ende 2013 Fördermittel in Höhe von EUR 2,2 Mio. für das Jahr 2014 eingeworben werden. Auch im Jahr 2013 kamen alle öffentlichen Fördermittel vom Auswärtigen Amt.

## II. WIRTSCHAFTLICHE LAGE

### 1. Ertragslage

	2013		2012		Veränderung	
	TEUR	%	TEUR	%	TEUR	%
Mittelaufkommen	87.109	100,0	70.800	100,0	16.309	23,0
Mittelverwendung	-85.362	-98,0	-68.978	-97,4	-16.384	-23,8
Betriebsergebnis	1.747	2,0	1.822	2,6	-75	-4,1
Finanzergebnis	44	0,1	158	0,2	-114	-72,2
<b>Jahresergebnis</b>	<b>1.791</b>	<b>2,1</b>	<b>1.980</b>	<b>2,8</b>	<b>-189</b>	<b>-9,5</b>

Das **Mittelaufkommen** resultiert aus den vereinnahmten privaten Spenden und Zuwendungen ohne Einnahmen aus Kooperationen (EUR 79,9 Mio.), öffentlichen Zuwendungen (EUR 3,4 Mio.) sowie sonstigen betrieblichen Erträgen (EUR 3,8 Mio.). Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies einen Zuwachs des Mittelaufkommens um EUR 16,3 Mio., der durch den Zuwachs an Spendeneinnahmen begründet ist. Die Erträge aus Erbschaften (- EUR 0,3 Mio.), die sonstigen betrieblichen Erträge (- EUR 0,2 Mio.) sowie die Einnahmen aus öffentlichen Zuwendungen (- EUR 0,3 Mio.) haben im Berichtszeitraum abgenommen.

Die **Mittelverwendung** besteht zum größten Teil aus Aufwendungen für Projekte des gesamten internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN (EUR 67,6 Mio.). Die deutsche Sektion stellt diese Mittel aufgrund vertraglicher Vereinbarungen den jeweiligen projektdurchführenden Sektionen zur Verfügung. Die Projektmittel konnten im Jahr 2013 um EUR 15,4 Mio. gesteigert werden, was zum großen Teil auf die Spenden im Zusammenhang mit dem Nothilfeinsatz auf den

Philippinen zurückzuführen ist. Aus privaten Mitteln haben wir im Jahr 2013 Projektaufwendungen in Höhe von EUR 64,2 Mio. finanziert.

Weiterhin fallen unter die Mittelverwendung die Personalaufwendungen (EUR 8,4 Mio.). In den Personalaufwendungen sind Aufwendungen für Projektmitarbeiter enthalten (EUR 2,8 Mio.), die kostenneutral an andere Sektionen weiterbelastet wurden.

Die Abschreibungen haben gegenüber 2012 aufgrund der Investition in eine neue Fundraising-Datenbank sowie einen neuen Internetauftritt um EUR 0,1 Mio. auf EUR 0,3 Mio. zugenommen. Die sonstigen betrieblichen Aufwendungen stiegen bedingt durch die Investitionen im Bereich Fundraising um EUR 0,3 Mio. auf EUR 9,1 Mio.

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

### 2. Finanzlage

	2013		2012		Veränderung	
	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	%
Cashflow aus laufender Tätigkeit	6.413	-3.250	9.663	n.a.		
Cashflow aus Investitionstätigkeit	-518	-769	251	32,6		
Cashflow	5.895	-4.019	9.914	n.a.		
Finanzmittelbestand Periodenbeginn	12.213	16.232	-4.019	24,8		
Finanzmittelbestand Periodenende	18.108	12.213	5.895	48,3		

Zum Ende des Geschäftsjahres ist der Finanzmittelbestand im Wesentlichen durch die hohen Spendeneinnahmen für die Nothilfe auf den Philippinen und durch die Spenden in der Weihnachtszeit stark gestiegen.

Finanzmittel werden in Form von kurz- und mittelfristigen Termingeldern gehalten. In geringem Umfang werden kurzfristig Wertpapiere (TEUR 751), die aus Erbschaften stammen, gehalten. Für Finanzanlagen gibt es eine Investitionsrichtlinie. Diese sieht vor, dass in risikobehaftete Anlageformen wie z. B. Aktien oder Derivate von ÄRZTE OHNE GRENZEN selbst nicht investiert wird. Lediglich in Einzelfällen werden Wertpapiere im Rahmen von Nachlässen an uns übertragen. Bei der dem Verein nahe stehenden ÄRZTE OHNE GRENZEN Stiftung werden in Ausnahmefällen im Rahmen von Treuhandstiftungen auch Aktien oder Aktienfonds gehalten. Vor der Anlage liquider Mittel bei Bankinstituten prüfen wir diese auf ihre Bonität und darauf, ob sie das Geld nicht in Bereichen investieren oder mit solchen verbunden sind, die den Zielen von ÄRZTE OHNE GRENZEN widersprechen.

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

### 3. Vermögenslage

	31.12.2013		31.12.2012		Veränderung	
	TEUR	%	TEUR	%	TEUR	%
<b>VERMÖGEN</b>						
Anlagevermögen	1.281	5,6	1.033	6,5	248	24,0
Kurzfristige Forderungen und Wertpapiere	3.511	15,3	2.635	16,5	876	33,2
Flüssige Mittel	18.108	78,7	12.213	76,4	5.895	48,3
Abgrenzungsposten	90	0,4	103	0,6	-13	-12,6
<b>Summe</b>	<b>22.990</b>	<b>100,0</b>	<b>15.984</b>	<b>100,0</b>	<b>7.006</b>	<b>43,8</b>
<b>KAPITAL</b>						
Rücklagen	11.273	49,0	9.482	59,3	1.791	18,9
Noch nicht verbrauchte Spendenmittel	3.667	16,0	919	5,7	2.748	n.a.
Rückstellungen	372	1,6	429	2,7	-57	-13,3
Kurzfristige Verbindlichkeiten	7.678	33,4	5.154	32,3	2.524	49,0
<b>Summe</b>	<b>22.990</b>	<b>100,0</b>	<b>15.984</b>	<b>100,0</b>	<b>7.006</b>	<b>43,8</b>

Das Anlagevermögen hat sich vor allem aufgrund der Investition in einen neuen Internetauftritt um EUR 0,2 Mio. erhöht.

Die kurzfristigen Forderungen konnten aufgrund von frühzeitigem Ausgleich von Forderungen gegen andere Büros des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** reduziert werden. Ein Teil der kurzfristigen Forderungen sind Forderungen aus Erbschaften, für die zum Bilanzstichtag ein rechtlicher Anspruch vorlag und die zwischen Bilanzstichtag und Aufstellung des Jahresabschlusses zugeflossen sind bzw. deren Wert bei Aufstellung des Jahresabschlusses eindeutig feststand (EUR 1,5 Mio.). Diese Erbschaften sind zum Bilanzstichtag noch nicht satzungsgemäß verwendet und unter dem Posten „Noch nicht verbrauchte Spendenmittel“ abgegrenzt worden (EUR 1,5 Mio.). Der noch nicht in 2013 verwendete Teil der zweckgebundenen Spenden für die Philippinen (EUR 2,1 Mio.) wurde ebenfalls als „Noch nicht verbrauchte Spendenmittel“ abgegrenzt.

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

Der Jahresüberschuss des Berichtszeitraums von EUR 1,8 Mio. wurde in die Rücklagen des Vereins eingestellt.

Die Rückstellungen sind aufgrund des Verbrauchs der Rückstellung für die Initiative DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative) leicht zurückgegangen.

Wie im Vorjahr bestehen zum Bilanzstichtag kurzfristige Verbindlichkeiten aufgrund noch ausstehender Zahlungen von Projektmitteln für 2013, die erst Anfang 2014 abgeflossen sind. Sie fallen höher als im Vorjahr aus, da die Überweisungen für die Projektmittel im Jahr 2013 später stattfanden als im Vorjahr.

### 4. Wichtige Leistungsindikatoren

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

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

#### Projektbetreuung

Im Jahr 2013 koordinierte die Projektabteilung der deutschen Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** 25 Projekte in acht Ländern (2012: 20 Projekte in acht Ländern) sowie ein mobiles Team zur Behandlung der Schlafkrankheit.

Die Bevölkerung des **Tschad** litt auch im Jahr 2013 unter Epidemien bei gleichzeitiger unzureichender medizinischer Versorgung. In Am Timan behandelte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Jahr 2013 5.281 Patienten ambulant, 3.025 Patienten wurden stationär versorgt (2012: 2.237 stationäre Patienten). Die Teams unterstützten außerdem 1.896 Geburten (2012: 1.868). Immer wieder kam es zu Nahrungsmittelkrisen. 9.955 Patienten mussten deshalb im Jahr 2013 in Am Timan mit therapeutischen Nahrungsmitteln behandelt werden. Im Osten des Tschad impften die Teams im Jahr 2013 insgesamt 39.051 Menschen: 12.250 gegen Masern und 26.801 gegen Meningitis. In Tissi eröffneten wir 2013 ein Projekt, das sich hauptsächlich an tschadische Vertriebene und Flüchtlinge aus Darfur (Sudan) richtet. Im Jahr 2013 führte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Tissi 48.674 ambulante Konsultationen durch, nahm 1.061 Patienten stationär auf, unterstützte 137 Geburten und behandelte

519 Patienten im Ernährungsprogramm. Das kurzzeitige Mangelernährungs-Projekt in Bokoro haben wir 2013 an das Gesundheitsministerium übergeben. Um Flüchtlinge aus der Zentralafrikanischen Republik zu versorgen, eröffnete **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Dezember 2013 ein Projekt in Abéché, das chirurgische Behandlungen ermöglicht.

In der **Zentralafrikanischen Republik** hat sich im Jahr 2013 die bereits seit Jahrzehnten andauernde chronische Krise durch extreme Gewalt dramatisch verschlechtert. Wir reagierten mit insgesamt vier neuen akuten Nothilfprojekten. Die Steuerung aller Projekte in der Zentralafrikanischen Republik wurde Ende Oktober 2013 von der deutschen Sektion bis auf weiteres an den „Emergency Desk“ in Amsterdam übertragen. Die ersten neuen Nothilfprojekte 2013 eröffneten die Teams im Januar in Damara und Sibut, wo die Menschen aufgrund der Kämpfe für einen begrenzten Zeitraum von jeglicher medizinischer Versorgung abgeschnitten waren. In Damara wurden bis zur Schließung des Projekts Ende März 3.680 ambulante Konsultationen durchgeführt und 1.802 Malaria-Patienten behandelt. In Sibut führte das Team bis zur Schließung des Projekts im Juni 8.621 ambulante Konsultationen durch und behandelte 228 Patienten stationär. Es wurden 5.281 Malaria-Patienten betreut.

In Bossangoa hatten Zehntausende Vertriebene auf einem Kirchengelände und in einer Schule Schutz gesucht. Seit Mai 2013 führten die Teams hier 30.148 ambulante Konsultationen durch und behandelten 652 Patienten stationär. 16.295 Malaria-Patienten wurden behandelt und 8.273 Menschen gegen Masern geimpft. Außerdem wurden 387 Geburten begleitet. In der Hauptstadt Bangui wurde im Dezember 2013 in der Folge der eskalierenden Gewalt ein Projekt eröffnet. Das Team

unterstützt Gesundheitseinrichtungen und stellt in zwei Vertriebenenlagern Wasser und Latrinen bereit.

In Zémio und Boguila führten die Teams die bestehenden Projekte auch 2013 fort. Insgesamt wurden in den beiden Projekten 113.390 Malaria-Patienten behandelt, eine deutliche Steigerung im Vergleich zum Vorjahr (70.113 Patienten), weil aufgrund der Vertreibung die Infektionsraten besonders hoch waren. Darüber hinaus wurden insgesamt 185.332 ambulante Konsultationen durchgeführt (2012: 141.848) und 4.280 Patienten (2012: 3.277) stationär aufgenommen. Neben der lokalen Bevölkerung behandelten wir Patienten, die aufgrund der Gewalt in diese Region geflüchtet waren.

In **Simbabwe** ist die wirtschaftliche Lage immer noch angespannt, und viele Menschen leben in Armut. Simbabwe gehört nach wie vor zu den Ländern, die weltweit am stärksten von HIV/Aids betroffen sind. In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium bietet **ÄRZTE OHNE GRENZEN** vor allem eine umfassende medizinische Versorgung für Patienten mit HIV/Aids und Tuberkulose (TB) an. Im Projekt in Epworth, zu dem auch unsere Klinik in Caledonia Farm gehört, behandelte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Jahr 2013 10.459 HIV-Patienten (2012: 31.409 Patienten) und versorgte 8.351 Patienten mit antiretroviralen Medikamenten. Da die Behandlung vieler Patienten wie geplant an die Gesundheitsbehörden übergeben wurde, ist diese Zahl um zwei Drittel zurückgegangen. Zudem wurden 167 Überlebende sexueller Gewalt versorgt. In Gokwe, einem sehr ländlichen Gebiet, haben die Menschen kaum Zugang zu medizinischer Versorgung. In 18 lokalen Gesundheitseinrichtungen testen die Teams Menschen auf HIV sowie TB und behandeln die Infizierten. In der gesamten Region behandelten die Teams im Jahr 2013 8.714 HIV-

Patienten (2012: 5.658 Patienten), von denen 5.547 antiretrovirale Medikamente bekamen. Seit 2013 unterstützen wir mehrere Kliniken in Harare. Dort versorgten die Teams 10.047 HIV-Patienten, 5.762 von ihnen erhielten antiretrovirale Medikamente. Insgesamt begannen in Simbabwe 878 TB-Infizierte eine Behandlung (2012: 1.377 neue Fälle). In Harare betreut **ÄRZTE OHNE GRENZEN** außerdem psychisch kranke Gefängnisinsassen. 1.298 psychologische Gruppensitzungen und 1.534 Einzelsitzungen fanden im Jahr 2013 in den Gefängnissen statt.

In **Swasiland** ist die Rate der Menschen, die sowohl mit HIV als auch mit TB infiziert sind, eine der höchsten weltweit. Gleichzeitig steigt die Zahl der Fälle von resistenter TB weiter an. Das Ziel von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ist es, HIV-Patienten, die auch an TB erkrankt sind, eine kostenfreie und wirksame Behandlung zu ermöglichen. In der Klinik in Matsapha fanden im Jahr 2013 44.943 ambulante Behandlungen statt (2012: 43.056). 2.890 erhielten antiretrovirale Medikamente. Von den 493 Patienten, die im Jahr 2013 eine TB-Behandlung begannen, waren 397 (81 %) HIV-positiv. In der Klinik in Mankayane begannen zwölf Patienten mit resistenter TB (DR-TB) ihre Therapie. Insgesamt wurden 59 DR-TB-Patienten behandelt. Die geplante Einführung einer verkürzten Therapie für multiresistente Tuberkulose (MDR-TB) konnte erst Anfang 2014 realisiert werden, da die Gesundheitsbehörden die Genehmigung erst dann erteilten.

In der **Russischen Föderation** ist **ÄRZTE OHNE GRENZEN** nach wie vor in Tschetschenien tätig. Hier arbeiten die Teams zusammen mit dem tschetschenischen Gesundheitsministerium daran, die Qualität der Diagnose und Behandlung von Tuberkulose zu verbessern. In Grosny begannen 309 TB-Patienten und 121 mit einer resistenten Form der TB infizierte Patienten



	Plan 2014	Ist 2013	Ist 2012
<b>FINANZIELLE INDIKATOREN</b>			
Private Spendeneinnahmen und Zuwendungen zzgl. Einnahmen aus Kooperationen (in Mio. EUR)	76,0	82,5	63,6
Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln (in Mio. EUR)	5,0	3,4	3,7
Kosten am Standort Deutschland (in Mio. EUR) <sup>1</sup>	18,1	15,0	14,0
Kosten für Spendenverwaltung und -werbung (in Mio. EUR)	10,1	8,0	7,6
Return on Investment (in EUR pro EUR) <sup>2</sup>	7,5	10,3	8,4
Social Mission-Ratio (in %) <sup>3</sup>	84,0	87,2	84,8
Verwaltungs- und Fundraising-Ratio (in %) <sup>4</sup>	16,0	12,8	15,2
Finanzmittelbestand (in Mio. EUR)	9,1	18,1	12,2
Zeitraum der Absicherung durch Rücklagen für den Fall von Einnahmeausfällen (in Monaten)	6,0	8,0	6,7
<b>NICHTFINANZIELLE INDIKATOREN</b>			
<b>Personal</b>			
Vermittelte Projekteinsätze <sup>5</sup>	240	252	270
Anteil der Erstausreisen (in %)	30	23,8	31,2
Nachbetreuungs-Ratio (in %) <sup>6</sup>	80,0	64,4	73,0
Bindung von Projektmitarbeitern (mehr als zwei Projekteinsätze, in %)	60,0	57,9	50,2
Offene Stellen in den von der dt. Sektion betreuten Projekten (in %)	3,5	4,09	3,0
Stellen am Standort Deutschland (auf Basis von Vollzeitstellen) <sup>7</sup>	117,20	105,76	96,78
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>			
Bruttoreichweite (Print und TV in Mio.) <sup>8</sup>	600,0	697,1	559,5
Web-Visits (in Tausend pro Monat)	67,0 <sup>9</sup>	176,3	171,3
Vermittelte Interviews mit deutschen Medien	250	331	233
Ungestützte Markenbekanntheit (in %) <sup>10</sup>	25,9	25,9	23,9
Gestützte Markenbekanntheit (in %) <sup>11</sup>	73,4	73,4	70,7
Image (auf einer Skala von 1 – 5) <sup>12</sup>	4,3	4,3	4,2
<b>Advocacy<sup>13</sup></b>			
Etat im Bundeshaushalt für humanitäre Hilfe im Folgejahr (in Mio. EUR)	>186,5	<sup>14</sup>	186,5
Bruttoreichweite von Themen der Medikamen- kampagne (Print und TV in Mio.)	101,2	90,1	74,3
Zusage der Bundesregierung zur Finanzierung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria im Folgejahr (in Mio. EUR)	>400	<sup>14</sup>	200

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

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

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

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

<sup>5</sup> Unter deutschem Vertrag

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

<sup>7</sup> Einschließlich Standortwerbung (Plan 2014: 17,50) und studentischer Aushilfskräfte (Plan 2014: 18,78)

<sup>8</sup> Anzahl der erreichten Kontakte der Medien, in denen ÄRZTE OHNE GRENZEN erwähnt wird

<sup>9</sup> Ab 2014 Umstellung des Web-Analysetools von Piwik auf Google Analytics

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

<sup>11</sup> Befragung durch TNS infratest nach Bekanntheit „medizinischer Nothilfeorganisationen“ unter Vorgabe von ÄRZTE OHNE GRENZEN als Antwortmöglichkeit

<sup>12</sup> Befragung durch TNS-infratest nach elf Eigenschaften

<sup>13</sup> Unter Advocacy ist die Lobbyarbeit für den Zugang zu bezahlbaren Medikamenten (Medikamentenkampagne) und für die humanitäre Hilfe und ihre Prinzipien zusammengefasst.

<sup>14</sup> Aufgrund des Wechsels der Bundesregierung ist der Haushalt 2014 zum Zeitpunkt der Erstellung des Lageberichts noch nicht verabschiedet. Ziel im Jahr 2014 ist es, den Etat bzw. den Finanzierungsbeitrag für das Jahr 2015 zu steigern.

eine Therapie (2012: 290 Patienten). Da es in Grosny und den umliegenden Bergregionen noch immer zu Gewalt kommt, leisten die Teams psychologische Unterstützung zur Bewältigung von Angstzuständen und Traumata. Im Jahr 2013 führten die Teams 6.128 psychologische Beratungssitzungen für Gruppen und Einzelpersonen durch (2012: mehr als 2.500).

In **Usbekistan** ist Tuberkulose sehr weit verbreitet und ÄRZTE OHNE GRENZEN setzt sich nach wie vor dafür ein, die Behandlung von TB zu verbessern und für alle Patienten zugänglich zu machen. In der Region Karakalpakstan haben wir das Projekt zur Behandlung von TB auf die Distrikte Chimbay, Shumanay und Kanlikul ausgedehnt. Die Aktivitäten in drei weiteren Distrikten – Khodjeily, Takhiatash, Nukus Rayon – wurden 2013 wie geplant an das Gesundheitsministerium übergeben. Im Jahr 2013 haben 677 Patienten mit resistenter TB und 1.502 Patienten mit herkömmlicher TB eine Behandlung angefangen. 16 Patienten haben erstmals eine kürzere Behandlung für MDR-TB begonnen (neun Monate statt zwei Jahre). In Taschkent setzte ÄRZTE OHNE GRENZEN die Behandlung von HIV-positiven Patienten fort, 223 Patienten starteten mit einer antiretroviralen Therapie.

In **Tadschikistan** setzte ÄRZTE OHNE GRENZEN 2013 das TB-Projekt fort, das ausschließlich der schwierigen Diagnose und Therapie von Tuberkulose bei Kindern gewidmet ist. Das Ziel des Projektes ist es, Kinder mit TB und ihre Familien besser behandeln und betreuen zu können. Im TB-Kinderkrankenhaus in Duschanbe hat ÄRZTE OHNE GRENZEN 2013 mit der Behandlung von 28 Kindern mit MDR-TB und 196 Patienten mit herkömmlicher TB begonnen. Zusammen mit dem Gesundheitsministerium organisierte ÄRZTE OHNE GRENZEN ein regionales Symposium zu TB, das Ende 2013 stattfand. Vertreter von Gesundheitsbehörden und -organisationen aus ganz Zentralasien und Osteuropa kamen hier zusammen, um sich zu informieren, wie die ambulante TB-Behandlung für mehr Menschen, insbesondere auch für Kinder, zugänglich gemacht werden könnte. ÄRZTE OHNE GRENZEN unterstützte im Jahr 2013 das tadschikische Gesundheitsministerium außerdem erstmals in der Bekämpfung von Kala Azar.

Häusliche und sexuelle Gewalt stellen in **Papua-Neuguinea** ein großes gesellschaftliches Problem dar. ÄRZTE OHNE GRENZEN bietet den Überlebenden an mehreren Standorten medizinische und psychologische Behandlung an. Das Projekt in der Stadt Lae haben wir wie geplant im Juni 2013 an die lokalen Gesundheitsbehörden übergeben. Bis dahin hatten die Teams dort 1.198 psychologische Beratungssitzungen durchgeführt. Im Krankenhaus in Tari fanden 2013 insgesamt 830 Operationen statt (2012: 1.194), die Teams führten 10.810 ambulante Konsultationen durch (2012: 10.197). 2.265 Patienten wurden psychologisch betreut. In der Hauptstadt Port Moresby eröffnete ÄRZTE OHNE GRENZEN 2013 wie geplant ein neues Projekt mit dem Ziel, Behandlungsmöglichkeiten für Opfer häuslicher und sexueller

Gewalt zu schaffen. Hier führten die Teams 2013 insgesamt 93 psychologische Beratungssitzungen durch. Im November veranstaltete ÄRZTE OHNE GRENZEN mit den Gesundheitsbehörden ein Symposium zu häuslicher und sexueller Gewalt und erreichte so eine breite Öffentlichkeit für diese Problematik.

Das **mobile Schlafkrankheitsteam** hat das Ziel, die noch immer schwer zu diagnostizierende und zu behandelnde Krankheit auch in entlegenen Regionen zu eliminieren. Das Team war 2013 in der D. R. Kongo und im Südsudan aktiv. Es testete 23.381 Menschen im Südsudan und 22.879 in der D. R. Kongo auf die Krankheit. Im Südsudan behandelte das Team 20 positiv getestete Patienten, in der D. R. Kongo diagnostizierte und behandelte es 18 Fälle in der Gegend von Bili und 361 Fälle in Doruma. Die Aktivitäten im Südsudan wurden im März 2013 abgeschlossen.

Insgesamt haben wir im Jahr 2013 in acht Ländern 399.509 ambulante und stationäre Behandlungen durchgeführt (2012: 267.911 Behandlungen in acht Ländern). Außerdem haben die Teams 12.516 psychologische Beratungssitzungen durchgeführt (2012: 14.691), insgesamt 12.066 Kinder gegen Mangelernährung behandelt (2012: 17.864) und 46.260 Menschen auf Schlafkrankheit getestet (2012: 80.603). In den von der deutschen Sektion betreuten Projekten arbeiteten im Jahr 2013 173 internationale und 1.361 nationale Mitarbeiter.

Das im Jahr 2012 innerhalb von ÄRZTE OHNE GRENZEN Deutschland entwickelte Konzept, mit dem wir die medizinische Qualität der Projekte des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN messen und verbessern können, wurde 2013 in zwei weiteren Projekten eingesetzt und weiterentwickelt. Bei der Re-Evaluierung eines Projekts des Operational Centre Genf in Agok, Südsudan, konnten Verbesserungen der medizinischen Qualität festgestellt werden.

#### Personal

Im Jahr 2013 organisierte die deutsche Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN insgesamt 252 Ausreisen in Projekte weltweit. Dies bedeutet einen leichten Rückgang gegenüber dem Vorjahr (270 Ausreisen). Der Schwerpunkt lag 2013 auf der Vermittlung von erfahrenen Mitarbeitern.

Bei den Ausreisen von Projektmitarbeitern in akute Nothilfeinsätze lagen die Schwerpunkte im Jahr 2013 auf dem Südsudan (45 Ausreisen), auf Syrien (28) und auf der Demokratischen Republik Kongo (26). Insgesamt waren die Mitarbeiter aus Deutschland im Jahr 2013 in 41 Ländern tätig. 45 % aller ausgereisten Mitarbeiter waren Mediziner, 24 % der Mitarbeiter kamen aus dem nichtärztlichen medizinischen Bereich und 31 % waren nicht-medizinisches Personal.

Um Projektmitarbeiter anzuwerben, haben wir 2013 verstärkt Online-Aktivitäten durchgeführt und Social Media eingesetzt. So wurden zum Beispiel elf (2012: sieben) Onlineseminare (Webinare) angeboten, um über die Möglichkeit der Projektarbeit zu informieren. Sie wurden mit

insgesamt 395 Teilnehmern (2012: 242) gut angenommen, so dass die Zahl der klassischen Informationsabende weiter reduziert werden konnte. Im Berichtszeitraum organisierten Mitarbeiter unseres Bonner Büros in Deutschland insgesamt 31 Informationsabende (2012: 39) für potentielle Projektmitarbeiter mit insgesamt 1.123 Teilnehmern (2012: 1.390). Dazu kamen rund 130 Aktivitäten wie Teilnahmen an Kongressen, Informationsständen u. ä. Wie im Vorjahr wurden auch wieder Informationsabende in Polen durchgeführt.

Das Bonner Büro ist außerdem für die Organisation der Vorbereitungsseminare der Projektmitarbeiter zuständig. Im Jahr 2013 wurden sechs solcher Seminare mit insgesamt 166 Teilnehmern (2012: 147) betreut.

Auch 2013 haben wir die Managementkompetenz nationaler Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN, die in den Projektländern arbeiten, weiterentwickelt. In Papua-Neuguinea und in Äthiopien haben wir speziell an die lokale Situation in den Projekten angepasste Weiterbildungsseminare mit insgesamt 39 Teilnehmern organisiert.

ÄRZTE OHNE GRENZEN hat wie in den Vorjahren in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf einen internationalen chirurgischen Workshop organisiert, der 31 unserer Chirurgen aus 20 Ländern des Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN ein praktisches Training ermöglichte.

#### Öffentlichkeitsarbeit/Advocacy

Im Jahr 2013 gaben die Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN insgesamt 331 Interviews für Print-, TV-, Hörfunk- und Onlinemedien in Deutschland. Dies entspricht einer deutlichen Steigerung gegenüber dem Vorjahr (2012: 233, geplant für 2013: 250). 126 Interviews wurden allein zur humanitären Lage in Syrien gegeben.

Besonderes Medieninteresse erhielt dabei unsere Pressemitteilung, mit der wir die Öffentlichkeit am 24. August darüber informierten, dass in drei von ÄRZTE OHNE GRENZEN unterstützten Krankenhäusern in Damaskus rund 3.600 Menschen mit neurotoxischen Symptomen aufgenommen wurden. Auch über die Arbeit von ÄRZTE OHNE GRENZEN nach dem Taifun Haiyan auf den Philippinen wurde häufig in den deutschen Medien berichtet (35 Interviews).

Mit 60 Pressemitteilungen (2012: 56) und drei Pressekonferenzen berichteten wir über die Situation in aktuellen Krisengebieten und die Herausforderungen für die humanitäre Hilfe. Gemäß des strategischen Plans der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN für die Jahre 2013 bis 2015 kam der aktiven Medienarbeit im Jahr 2013 eine wichtige Rolle dabei zu, in der Öffentlichkeit auf Themen hinzuweisen, die sonst kaum mediale Beachtung finden. Dazu gehörten die dramatische Lage in der Zentralafrikanischen Republik und im Südsudan. In vier Gastbeiträgen (2012: sieben) thematisierten wir u. a. die schwierige Entscheidung von ÄRZTE OHNE GRENZEN, im August 2013 sämtliche Projekte in Somalia zu schließen sowie die dramatischen Folgen der Vermischung von humanitären und militärischen Aktivitäten.

Im Laufe des Jahres 2013 wurde ÄRZTE OHNE GRENZEN rund 3.200 Mal in den deutschen TV- und Printmedien genannt. Dies sind etwa 700 Nennungen mehr als im Vorjahr (2012: rund 2.500), was vor allem auf das mediale Interesse für Syrien und den Taifun Haiyan zurückzuführen ist.

Im Jahr 2013 haben wir unsere Online-Kommunikation wie geplant weiter ausgebaut: Die neue Website von ÄRZTE OHNE GRENZEN ging im Oktober online, im Jahr 2013 gab es durchschnittlich rund

176.000 Webvisits pro Monat. Zum ersten Mal konnten einige Veranstaltungen per Livestream im Internet verfolgt werden und 99 Zuhörer informierten sich zudem auf Webinaren über unsere Arbeit in den Projekten. Die Anzahl der Facebook-Fans stieg im Jahresverlauf auf 96.833 (2012: 72.180), und die Zahl der Twitter-Follower hat sich mit 13.278 im Vergleich zum Vorjahr mehr als verdoppelt (2012: 6.013). Auch im Jahr 2013 informierten elf E-Newsletter (2012: zwölf) über unsere Arbeit.

Die Ausstellung „Überleben auf der Flucht“ wurde an insgesamt 24 Ausstellungstagen in Hannover, Erlangen, Dresden und Essen gezeigt und von rund 8.300 Menschen besucht (2012: 26 Ausstellungstage, rund 10.500 Besucher). Die geplante Besucherzahl von 10.000 wurde nicht erreicht, was auf äußerst schlechte Witterungsverhältnisse zurückzuführen ist. Auf 85 Veranstaltungen berichteten zurückgekehrte Projektmitarbeiter über ihre Arbeit mit ÄRZTE OHNE GRENZEN (2012: 72). Auch der Dokumentarfilm „Living in Emergency“ wurde wie geplant 24 Mal in Kinos in ganz Deutschland gezeigt (2012: 13).

Das Spendermagazin „Akut“ wurde dreimal an die Leser verschickt. Dies entspricht einer Ausgabe weniger als in den Vorjahren, da die Septemberausgabe durch einen „Brief aus dem Projekt“ ersetzt wurde. Die durchschnittliche Auflage hat sich mit 162.148 im Vergleich zum Vorjahr etwa halbiert (2012: 308.000), was mit einem veränderten Mailingkonzept zusammenhängt. Im Jahr 2013 erreichte ÄRZTE OHNE GRENZEN einen Bekanntheitsgrad von 78,0 % (gestützte Abfrage der Bekanntheit „gemeinnütziger Organisationen“ über tns infratest, im Jahr 2012: 76,3 %).

Die Advocacy-Arbeit in Bezug auf humanitäre Fragen wurde weiter ausgebaut. Die Kontakte zum Auswärtigen Amt und zum Bundesministerium für wirtschaft-

liche Zusammenarbeit und Entwicklung sowie zu relevanten Parlamentariern wurden intensiviert. Neben der Konferenz „20 Jahre deutsche Außenpolitik aus humanitärer Sicht“ veranstalteten wir auch im Jahr 2013 den Humanitären Kongress und veröffentlichten drei Publikationen zu Fragen der humanitären Hilfe und deren politischer Instrumentalisierung.

Die Medikamentenkampagne hat sich auch 2013 für den Zugang zu bezahlbaren lebensnotwendigen Medikamenten eingesetzt. Ein wichtiger Erfolg dabei war die endgültige Ablehnung einer Klage des Pharmakonzerns Novartis gegen das indische Patentrecht durch den Obersten Indischen Gerichtshof. Dadurch konnte die weitere Produktion kostengünstiger Generika vorerst gesichert werden. Das Ziel, eine Aufstockung der finanziellen Mittel für den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Malaria und Tuberkulose durch die Bundesregierung zu bewirken, konnte nicht erreicht werden.

Hinsichtlich der Koalitionsverhandlungen im Herbst 2013 wurde durch eine Reihe von Aktivitäten Einfluss auf die Themensetzung ausgeübt. Sowohl im Bereich der humanitären Hilfe als auch zu Themen der Medikamentenkampagne ist es gelungen, zentrale Anliegen im Koalitionsvertrag zu verankern. So finden sich dort erstmalig ein eigenständiges Kapitel zu humanitärer Hilfe, ein Absatz zu Gesundheit in Entwicklungsländern und ein Bekenntnis zur Bedeutung des Globalen Fonds.

### III. NACHTRAGSBERICHT

Zwischen dem Bilanzstichtag 31. Dezember 2013 und dem Zeitpunkt der Aufstellung des Jahresabschlusses sind keine wesentlichen Ereignisse eingetreten.

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

Gemäß unserer Fünf-Jahres-Strategie für den Bereich Fundraising ist das Jahr 2014 als Investitionsjahr geplant. Diese Investitionen werden wir insbesondere in den Bereichen Großspender- und Onlinemarketing durchführen.

Der im Dezember 2013 vom Vorstand genehmigte Jahresplan für 2014 sieht Einnahmen aus privaten Spenden, Zuwendungen und der Vermögensverwaltung in Höhe von EUR 76,0 Mio. vor. Dies sind EUR 6,5 Mio. weniger als im Jahr 2013 eingenommen wurden, in dem aber durch die medienwirksame Naturkatastrophe auf den Philippinen rund EUR 10 Mio. an außerordentlichen Spenden eingegangen sind. Ohne Berücksichtigung dieser Einnahmen von EUR 10 Mio. gehen wir also von einer Erhöhung der Spendeneinnahmen um EUR 3,5 Mio. bzw. 5 % aus, was

durch die geplanten Investitionen ein realistisches Ziel ist. Die aktuellen Entwicklungen an den Finanzmärkten und der in Deutschland weiterhin wenig spürbare Einfluss der europäischen Finanzkrise lassen außerdem keine Veränderung der Spendenbereitschaft erwarten.

Ein Risiko im Jahr 2014 besteht in der notwendigen Umstellung auf das SEPA-Lastschriftverfahren, die wir bereits zum Februar 2014 durchführten. Längerfristige Reaktionen der Spender vor allem durch die Option der Sperrung von Lastschriften („blacklisting“) durch die Kontoinhaber sind schwer vorherzusagen. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung konnte die Umstellung allerdings ohne wesentliche technische Probleme abgeschlossen werden. Negative Reaktionen der Spender sind bisher ausgeblieben.

Bei den Projektausgaben für 2014 planen wir eine Reduzierung um EUR 4,5 Mio. auf EUR 62,1 Mio. Die Projektausgaben werden entsprechend des Plans niedriger sein als 2013, weil wir von weniger Spendeneinnahmen ausgehen. Mit den realistisch geplanten Einnahmen werden wir dieses Ziel ohne besonderes Risiko erreichen können. Hinzu kommen EUR 2,1 Mio. zweckgebundene Spenden für die Philippinen, die 2013 eingegangen sind und erst 2014 in den Projekten auf den Philippinen ausgegeben werden können. Für die einzelnen von der deutschen Sektion finanzierten Projekte planen wir auch 2014, wie in den Vorjahren, mit steigenden Kosten. Diese berücksichtigen neben der allgemeinen Inflation auch steigende Personalkosten.

Bei der Jahresplanung ist auch berücksichtigt, dass ÄRZTE OHNE GRENZEN Material vorhalten muss, um schnell und effek-

tiv auf Naturkatastrophen, Epidemien oder Flüchtlingskrisen reagieren zu können. Über den geplanten Einsatz in den Projekten hinaus werden Impfstoffe, spezielle Cholera-Kits, Medikamente, Infusionslösungen und logistisches Material zur Wasseraufbereitung sowie Zelte bereitgehalten, um in einem akuten Notfallfall unverzüglich bereitstehen. Zudem müssen nationale und internationale Mitarbeiter schnell verfügbar sein, um eine sofortige professionelle Reaktion auf eine akute Krise zu ermöglichen.

Im Operational Centre Amsterdam, das die meisten der von der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN mitfinanzierten Projekte durchführt, ist darüber hinaus ein Teil des Budgets für 2014 (EUR 22,3 Mio. bzw. 14 % des Gesamtbudgets) nicht speziellen Projekten zugewiesen, sondern steht kurzfristig für Projekte in akuten Krisen zur Verfügung.

Auch für das Jahr 2014 haben wir die Finanzierungszusagen an die anderen Sektionen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** unter Vorbehalt einer entsprechenden Entwicklung der Einnahmen getroffen.

Zum 31. Dezember 2013 wurde der Jahresüberschuss in Höhe von EUR 1,8 Mio. in die

freie Rücklage eingestellt. Die damit zum Bilanzstichtag bestehenden Rücklagen in Höhe von EUR 11,3 Mio. sind ausreichend, um den Zielwert von sechs Monatsausgaben am Standort Deutschland zu decken. Rücklagen für die Projektfinanzierung werden auch weiterhin im internationalen Netzwerk von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gehalten

und sichern die Projektfinanzierung bei möglichen Einnahmeausfällen für mindestens sechs Monate ab. Zusätzlich besteht eine internationale Risiko-Streuung, so dass Einnahmeausfälle in einzelnen Sektionen von anderen Sektionen kompensiert werden können.

Im Rahmen der Rotationsrichtlinie für Mitglieder des Management-Teams wird es im Juni 2014 einen Wechsel der Geschäftsführung geben. Eine ausreichend lange Übergabezeit wird sicherstellen, dass die Führung von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** dadurch nicht beeinträchtigt wird.

## V. PROGNOSEBERICHT

Auch für 2014 planen wir weiterhin mit einem dynamischen Wachstum der Spendeneinnahmen. Nach der Planung für 2013 von EUR 63,8 Mio. und einem erzielten Ergebnis von EUR 82,5 Mio. erwarten wir 2014 Einnahmen aus privaten Spenden und Zuwendungen in Höhe von EUR 76,0 Mio., was bereinigt um die Spenden in Zusammenhang mit dem Nothilfeinsatz auf den Philippinen einem Wachstum von EUR 3,5 Mio. entspricht.

Die Steigerung der Spendeneinnahmen soll insbesondere durch Investitionen in den Bereichen Großspender- und Online-Fundraising erreicht werden. Unsere Analysen haben gezeigt, dass wir bei der Gruppe der Großspender, die wir noch stärker durch Veranstaltungen und persönliche Besuche ansprechen und binden wollen, noch mehr Potential haben. Im Bereich der Onlinespenden wollen wir sowohl die Auffindbarkeit im Internet verbessern (Suchmaschinenoptimierung) als auch die langfristig angelegte digitale Spenderbindung. Der Anteil der Online-Spenden an den Gesamteinnahmen wird auch in Zukunft weiter steigen. Außerdem sehen wir eine wachsende Notwendigkeit und Chance, den Spendern gemäß ihrer Interessen aktuelle Informationen digital zur Verfügung stellen zu können. Unser bereits sehr umfangreiches Mailingprogramm wird weiter optimiert und kann im Jahr 2014 aufgrund der vielen 2013 neu gewonnenen Spender eine noch größere Zielgruppe erreichen. Unsere Standortwerbung bleibt weiterhin ein wichtiges Instrument zur Gewinnung neuer Dauerspender. Darüber hinaus starten wir ein neues Dauerspenderprogramm, welches ausschließlich auf Ärzte fokussiert ist.

Nach im Jahr 2013 durchgeführten Tests im Bereich Telefon-Fundraising planen wir, dieses 2014 im Rahmen geltender Datenschutzrichtlinien dauerhaft einzuführen. Wir versprechen uns davon langfristig eine höhere Bindung unserer Spender und ein noch aktiveres Beschwerdemanagement.

Durch einen besseren Austausch mit dem Auswärtigen Amt hoffen wir, mehr öffentliche Fördermittel für die Projektländer zu bekommen, für die wir sie entsprechend unserer Richtlinien annehmen können. Außerdem erwarten wir eine Erhöhung des Etats des Auswärtigen Amtes für humanitäre Hilfe. Wir gehen deshalb von einer Steigerung bei den Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln um EUR 1,6 Mio. auf EUR 5,0 Mio. aus. Von diesen haben wir bereits im Jahr 2013 eine Zusage über EUR 2,2 Mio. für

2014 erhalten. Beantragt werden öffentliche Fördermittel ausschließlich für Länder, in denen die deutsche Regierung weder direkt noch indirekt militärisch aktiv ist, um so die Unabhängigkeit von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** zu wahren. Sie stellen nur einen kleinen Teil der Einnahmen von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** dar.

Für das Jahr 2014 planen wir, EUR 62,1 Mio. für Projekte des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** aufzuwenden. Zusätzlich werden EUR 2,1 Mio. zweckgebundene Spenden, die wir 2013 für den Nothilfeinsatz auf den Philippinen eingenommen haben, aber noch nicht ausgegeben werden konnten, 2014 für Projekte auf den Philippinen verwendet.

Bei der Planung der Ausgaben Projektpersonal gehen wir von einer Steigerung um EUR 0,5 Mio. aus. Grund dafür ist ein neues internationales Gehaltssystem, was eine Steigerung der Gehälter für Projektmitarbeiter aus Deutschland zur Folge hat. Die Ausgaben Projektpersonal werden uns auch weiterhin von anderen Sektionen kostenneutral erstattet.

Der im Folgenden dargestellte Plan für das Jahr 2014 wurde vom Vorstand der deutschen Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Dezember 2013 verabschiedet. Auf der Grundlage der Fünf-Jahres-Strategie für den Bereich Fundraising und einer Vereinbarung über die Finanzierung der Projekte innerhalb des internationalen Netzwerkes von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gibt es außerdem eine Prognose-Planung für das Jahr 2015. Unter Berücksichtigung einer Aktualisierung dieser Prognose im Februar 2014 sieht diese Planung vor, die Einnahmen der deutschen Sektion 2015 auf insgesamt EUR 87,1 Mio., inklusive der öffentlichen Fördermittel, zu steigern. Nach Abzug der Ausgaben am Standort Deutschland in Höhe von EUR 19,6 Mio., einschließlich EUR 5,4 Mio. für Projektbetreuung und *Témoignage*, können wir damit im Jahr 2015 die Projekte von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** mit voraussichtlich EUR 67,5 Mio. finanzieren.

Der Jahresplan 2014 basiert auf einem strategischen Plan für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Deutschland für die Jahre 2013 bis 2015, der im September 2012 verabschiedet wurde. Unsere Arbeit in den Bereichen Projektbetreuung, Projektpersonal und Öffentlichkeitsarbeit richtet sich zusätzlich auch nach dem vom Operational Centre Amsterdam verabschiedeten Strategieplan für die Jahre 2011 bis 2014.

### Projektbetreuung

Im Jahr 2014 wird die Projektabteilung der deutschen Sektion von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** weiterhin die medizinische Versorgung der notleidenden Bevölkerung im Tschad, in der Zentralafrikanischen Republik, in Simbabwe, Swasiland, der Russischen Föderation, Usbekistan, Tadschikistan und in Papua-Neuguinea steuern. Das mobile Schlafkrankheitsteam wird seine Arbeit 2014 in der Demokratischen Republik Kongo fortsetzen. Neue Projekte in Weißrussland und auf den Salomonen werden von den Koordinationsteams in der Russischen Föderation bzw. in Papua-Neuguinea gestartet.

Die Menschen in den Grenzregionen des **Tschad** leiden weiterhin unter den gewaltsamen Auseinandersetzungen in den Nachbarländern Sudan und Zentralafrikanische Republik. Im Rahmen zweier neuer Projekte trägt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** dazu bei, die medizinische Versorgung von Flüchtlingen zu gewährleisten. Das im Dezember 2013 eröffnete Projekt in Abéché ermöglicht weiterhin chirurgische Behandlungen. Dabei konzentrieren sich die Teams auf Notfallchirurgie und Trauma-Behandlung. In der Hauptstadt N'Djamena leistet **ÄRZTE OHNE GRENZEN** seit Februar 2014 Basisgesundheitsversorgung für Flüchtlinge aus der Zentralafrikanischen Republik. In Tissi im Osten des Tschad werden die Teams weiterhin Flüchtlinge aus dem Sudan behandeln – insbesondere Verwundete und Opfer sexueller Gewalt. In Am Timan unterstützt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** auch 2014 die Entbindungsstation und die Kinderabteilung des Bezirkskrankenhauses sowie die lokalen Gesundheitseinrichtungen. Zusätzlich wird **ÄRZTE OHNE GRENZEN** im Fall von Epidemien und im Fall von Ernährungs-krisen kurzfristig weitere Nothilfeprojekte einrichten.

In der **Zentralafrikanischen Republik** kommt es im ersten Quartal 2014 in der Hauptstadt Bangui und außerhalb fast täglich zu Gewalttaten gegen die Bevölkerung. Es ist davon auszugehen, dass die Krise anhält und viele Menschen weiterhin auf ein großes Maß an Hilfe angewiesen sein werden. Wir rechnen damit, dass die deutsche Sektion die Projektsteuerung Mitte des Jahres wieder übernehmen wird. In Bossangoa können die Aktivitäten nach einem Ende der akuten Krise an andere Akteure übergeben werden. Das Projekt in Bangui wird geschlossen, sobald es nicht mehr zu täglicher Gewalt kommt

und die Vertriebenen in ihre Häuser zurückkehren können. In Boguila und Zémio ist geplant, die Projekte jeweils längerfristig zu betreiben.

In **Simbabwe** wird es im Jahr 2014 darum gehen, die HIV-Programme auszuweiten und eine dezentrale Behandlung von HIV/Aids anzubieten. Im Mittelpunkt der Arbeit wird weiterhin auch die sich ausbreitende Tuberkulose stehen.

Eine der Prioritäten unserer Projektarbeit in **Swasiland** wird darin bestehen, eine schneller wirksame, besser verträgliche und effektivere Behandlung von MDR-TB durchzusetzen. Die ersten Patienten haben mit einer kürzeren, neunmonatigen Behandlungsmethode begonnen. In Matsapha und in Mankayane wird **ÄRZTE OHNE GRENZEN** weiterhin Patienten mit HIV und TB in lokalen Gesundheitseinrichtungen behandeln.

In der **Russischen Föderation** plant **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, Teile des Programms zur TB-Behandlung in Grosny an die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen zu übergeben und den Schwerpunkt angesichts der überraschend hohen Anzahl an diagnostizierten Fällen von extrem resistenter Tuberkulose (XDR-TB) auf die Behandlung dieser Krankheit zu legen. Im Laufe des Jahres wird ein neues Projekt zur medizinischen Versorgung von Migranten in Moskau eröffnet. Außerdem ist geplant, mit den Vorbereitungen für ein neues Projekt in Weißrussland zu beginnen, in dem zwangseingewiesene TB-Patienten und ehemalige Häftlinge auf TB behandelt werden sollen. Auch dieses Projekt wird vom Koordinationsteam von der benachbarten Russischen Föderation aus gesteuert werden.

In **Usbekistan** werden wir das TB-Projekt in der Region Karakalpakstan mit einem besonderen Fokus auf die Einführung einer verkürzten neunmonatigen Behandlungsmethode für MDR-TB-Patienten fortsetzen. In Taschkent nehmen wir weitere HIV-Patienten in unsere Projekte auf. Wir betreiben weiter Advocacy für eine bessere TB-Behandlung.

In **Tadschikistan** werden wir das Projekt für an TB erkrankte Kinder fortführen. Bei den Verantwortlichen im Gesundheitsbereich werden wir uns weiterhin für einen besseren Zugang zu medizinischer Behandlung von TB-Patienten einsetzen.

	Plan 2014		Ist 2013		Veränderung TEUR
	TEUR	in %	TEUR	in %	
<b>Einnahmen</b>					
Private Spenden, Zuwendungen und Vermögensverwaltung	76.000	89,5	80.365	92,2	-4.365
Öffentliche Fördermittel	5.000	5,9	3.405	3,9	1.595
Einnahmen Projektpersonal	3.700	4,4	3.223	3,7	477
Sonstiges	204	0,2	160	0,2	44
	<b>84.904</b>	<b>100,0</b>	<b>87.153</b>	<b>100,0</b>	<b>2.249</b>
<b>Ausgaben</b>					
Ausgaben in den Projektländern	62.087	73,4	66.626	78,0	-4.539
Projektbetreuung	3.280	3,9	2.955	3,5	325
Ausgaben Projektpersonal	3.700	4,4	3.223	3,8	477
Témoignage, sonstige Programmarbeit	2.545	3,0	2.032	2,4	513
Summe satzungsgemäße Ausgaben	<b>71.612</b>	<b>84,7</b>	<b>74.836</b>	<b>87,7</b>	<b>-3.224</b>
Spendenverwaltung/-werbung	10.114	12,0	7.968	9,3	2.146
Allgemeine Verwaltung/ Allgemeine Öffentlichkeitsarbeit	2.787	3,3	2.558	3,0	229
	<b>84.513</b>	<b>100,0</b>	<b>85.362</b>	<b>100,0</b>	<b>-849</b>
<b>Ergebnis</b>	<b>391</b>		<b>1.791</b>		<b>-1.400</b>

In Papua-Neuguinea leisten die Teams in Tari und Port Moresby weiterhin medizinische Hilfe für Überlebende häuslicher und sexueller Gewalt. Auf den benachbarten Salomonen wird ÄRZTE OHNE GRENZEN ein ähnliches Projekt starten wie in Papua-Neuguinea und sich dabei auf Kinder fokussieren. Dieses Projekt wird von unserem Koordinationsteam in Papua-Neuguinea gesteuert werden.

Das mobile Schlafkrankheitsteam wird 2014 seine Arbeit in der Demokratischen Republik Kongo fortsetzen. Die Provinz Orientale – hier insbesondere die Bezirke Haut- und Bas-Uélé – gilt als die am stärksten von Schlafkrankheit betroffene Region weltweit. Das Team wird seine Aktivitäten in dieser Region fortsetzen.

Basierend auf unserem Konzept, mit dem wir die medizinische Qualität der Projekte des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN messen und verbessern können, werden wir im Jahr 2014 in weiteren Projekten des Operational Centre Genf eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung umsetzen. Dafür sollen Mitarbeiter die medizinische Qualität in den Projekten messen und darin geschult werden, in Qualitätszirkeln zu arbeiten, Verbesserungsvorschläge zu entwickeln und diese dann auch umzusetzen. Hierzu werden Schulungen, Train-the-Trainer-Module und eine neue Software entwickelt.

Außerdem werden wir im Jahr 2014 das Operational Centre Genf in seinen chirurgischen Aktivitäten in den Projekten unterstützen. Geplant sind hier eine umfassende Neuausrichtung der Strategie chirurgischer Projekte und die Erarbeitung eines chirurgischen Notfallkonzeptes.

#### Personal

Um dem Bedarf an Projektmitarbeitern bestimmter Berufsgruppen sowohl quantitativ als auch qualitativ gerecht zu werden, werden wir weiterhin verstärkt Online-Medien für die Rekrutierung einsetzen. Es geht darum, unsere unterschiedlichen Zielgruppen spezifischer anzusprechen und damit besser und effektiver zu erreichen. Ebenso setzen wir unsere Rekrutierungsaktivitäten in Polen in diesem Jahr fort. Eine Analyse des deutschen Arbeitsmarktes soll es uns zudem ermöglichen, unsere Rekrutierungsaktivitäten noch besser steuern zu können.

Im Bereich Training wird die deutsche Sektion die Durchführung sämtlicher Vorbereitungsseminare für Projektmitarbeiter für das Operational Centre Amsterdam übernehmen. Die Vorbereitungsseminare werden zudem durch den Einsatz von E-Learning Elementen ergänzt.

Im Jahr 2014 werden wir gemeinsam mit den anderen Sektionen des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN ein neues Gehaltssystem für internationale Mitarbeiter einführen. Dieses basiert auf einem umfangreichen internationalen Gehaltsvergleich und soll zum einen zu einem gerechteren Bezahlungssystem führen und zum anderen erfahrene Mitarbeiter länger an ÄRZTE OHNE GRENZEN binden. Für die Mitarbeiter in den deutschen Büros wurde das bestehende Gehaltssystem im Jahr 2013 überarbeitet. Die Einführung des neuen Systems fand zum Januar 2014 statt.

#### Öffentlichkeitsarbeit/Advocacy

Unsere Medien- und Öffentlichkeitsarbeit orientiert sich weiterhin an der Kommunikationsstrategie des internationalen Netzwerkes von ÄRZTE OHNE GRENZEN mit folgenden Zielen: 1. Erhöhung der Sichtbarkeit unserer humanitären medizinischen Arbeit; 2. Steigerung der Akzeptanz der Organisation – vor allem in den Einsatzländern; 3. Verbesserung der Einflussnahme auf internationale Akteure der humanitären Hilfe zu Gunsten der betroffenen Bevölkerung.

Im Vordergrund unserer Medienarbeit im Jahr 2014 wird die humanitäre Lage in Ländern wie der Zentralafrikanischen Republik, der Demokratischen Republik Kongo, dem Tschad und Afghanistan stehen. Die besondere Situation in Afghanistan soll auch auf einer Konferenz im Mai 2014 mit Verantwortlichen aus der humanitären Hilfe und Politik diskutiert werden.

Darüber hinaus sollen Themen wie die Spannungen zwischen humanitärer Hilfe und Politik, vergessene Krisen, die Behandlung der multiresistenten Tuberkulose sowie die Verwendung der Erträge aus der Finanztransaktionssteuer für Gesundheitsprogramme in die deutsche Öffentlichkeit getragen werden.

Es ist geplant, eine Strategie zur Nutzung digitaler Medien zu erstellen. Neben der Nutzung neuer Kanäle planen wir, unsere Präsenz auf den bisherigen Social Media-Plattformen weiter auszubauen und 15.000 Follower auf Twitter sowie 110.000 Fans bei Facebook zu erreichen. Darüber hinaus planen wir, mehr Videomaterial für Online-medien zur Verfügung zu stellen.

Die Freiluft-Ausstellung „Überleben auf der Flucht“ wird im Jahr 2014 neu konzipiert und grundlegend überarbeitet. Unter dem neuen Titel „Im Einsatz mit ÄRZTE OHNE GRENZEN – Die Ausstellung zur weltweiten Nothilfe“ werden die verschiedenen medizinisch-humanitären Inhalte unserer Arbeit anschaulich erklärt. Es ist geplant, die Ausstellung in vier Städten zu zeigen und damit 9.000 Besucher zu erreichen. Zudem soll auch der Film „Living in Emergency“ 20 Mal in Kinos gezeigt werden.

Mit monatlichen öffentlichen Debatten, dem Humanitären Kongress und gezielten Publikationen wollen wir auch weiterhin eine Vielzahl von Menschen für aktuelle Themen der humanitären Hilfe interessieren.

Ende Januar 2014 hat ÄRZTE OHNE GRENZEN zusammen mit der Deutschen Lepra- und Tuberkulosehilfe und der BUKO-Pharmakampagne zum ersten Mal den Memento Preis für vernachlässigte Krankheiten verliehen. Der Preis ist eine Auszeichnung für Wissenschaftler und politische Akteure, die sich in besonderem Maße für die Forschung und Entwicklung im Bereich der vernachlässigten Krankheiten engagiert haben. Weitere Schwerpunkte der Medikamentenkampagne sind der bezahlbare Zugang zu zwei neuen Medikamenten zur Behandlung von multiresistenter Tuberkulose sowie die Forschungs- und Entwicklungsagenda der Weltgesundheitsorganisation.

Berlin, 29. April 2014

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

## BESTÄTIGUNGSVERMERK



### 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 2013 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, 29. April 2014

Ernst & Young GmbH  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Seidel  
Wirtschaftsprüfer

Köhler  
Wirtschaftsprüferin



# A-Z: KLEINES LEXIKON DER FACHBEGRIFFE

## Antiretrovirale Kombinationstherapie

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



HIV-Medikamente in einer Apotheke von  
ÄRZTE OHNE GRENZEN © Sven Torfinn

## Cholera

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

## Generika

Sogenannte Nachahmermedikamente, die dieselben Wirkstoffe enthalten wie patentgeschützte, aber meist teurere Originalpräparate. Besonders in Indien, das als „Apotheke der Armen“ gilt, können Generikaproduzenten lebenswichtige Medikamente zu erschwinglichen Preisen herstellen und verkaufen. Davon profitieren auch Organisationen wie ÄRZTE OHNE GRENZEN: Ein Großteil der Medikamente → Antiretrovirale Kombinationstherapie für unsere rund 285.000 HIV-Patienten stammt aus Indien.

## HIV/Aids

Aids ist eine Immunschwächekrankung, die durch das HI-Virus verursacht wird. Nach Angaben der UN sind weltweit mehr als 35,3 Millionen Menschen infiziert, ungefähr 1,6 Millionen Menschen sterben jährlich an den Folgen der HIV-Infektion. Zwei Drittel aller HIV-Infizierten leben in Afrika, südlich der Sahara. HIV/Aids zählt neben → Tuberkulose, → Malaria, Lungenentzündungen und infektiösen Durchfallerkrankungen zu den häufigsten Todesursachen in ärmeren Ländern. Die Therapie ist zweigleisig: Um die Vermehrung der Viren zu hemmen, werden antiretrovirale Medikamente (→ Antiretrovirale Kombinationstherapie) eingesetzt. Treten aufgrund des geschwächten Immunsystems zusätzliche Krankheiten auf, werden diese gezielt behandelt.



Masern-Impfung © Ikram N'gadi/MSF

## Impfkampagne

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

## Kala Azar

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

## Malaria

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



Moskitonetze schützen vor  
Mückenstichen und damit vor Malaria.  
© Robin Meldrum/MSF

## Mangelernährung

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

## Masern

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

## Meningitis

Durch unterschiedliche Bakterien oder Viren ausgelöste Hirnhautentzündung. Besonders gefährlich ist die Infektion mit Meningokokken-Bakterien. Im sogenannten Meningitis-Gürtel zwischen Senegal und Äthiopien kommt es regelmäßig zu Meningitis-Epidemien. ÄRZTE OHNE GRENZEN führt dort → Impfkampagnen durch. Seit dafür ein neuer Impfstoff angewendet werden kann, sind diese Kampagnen wesentlich effektiver und nachhaltiger.

## Mobile Klinik

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

## Psychologische Hilfe

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

## Resistenz

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

## Schlafkrankheit

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

## Trinkwasser

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



Trinkwasserkontrolle in Haiti  
© Ron Haviv/VII

## Tuberkulose

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



TB-Patient in Matsapha, Swasiland  
© Sven Torfinn

## Vernachlässigte Krankheiten

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



# DANKESCHÖN!

## LIEBE UNTERSTÜTZERINNEN UND UNTERSTÜTZER,

nur mit Ihrer Spende können wir helfen – und auch im vergangenen Jahr war Ihre Unterstützung großartig. Wir freuen uns sehr über die zahlreichen neuen Spender und die vielen verlässlichen Dauerspender, die unsere Hilfe schnell und unbürokratisch möglich machen.

Deswegen bedanken wir uns herzlich für all die zuverlässige Unterstützung

... bei insgesamt 431.133 Spendern, die an **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gespendet haben – 103.631 Menschen dürfen wir als neue Unterstützer bei **ÄRZTE OHNE GRENZEN** begrüßen. Herzlich willkommen!

... bei 666 Unterstützern, die ihre Geburtstage, Hochzeiten oder Jubiläen zugunsten von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gefeiert haben.

... bei 118 Stiftungen, die uns mit Zuwendungen bedacht haben.

... bei 594 Unterstützern, die eigenes Engagement für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gezeigt haben – und Benefiz-Veranstaltungen wie Läufe, Basare, Konzerte und Sammlungen initiiert haben.

... bei 8.652 Firmen, die uns mit einer Spende unterstützt haben.

... bei 122 Menschen, die uns im Jahr 2013 mit einer Erbschaft bedachten.

... bei 443 Menschen, die im Namen eines Verstorbenen um Spenden für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gebeten haben.

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



[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)



ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK:  
Wartebereich der Klinik von Ärzten OHNE GRENZEN in Camot © Jacob Zocherman

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



D. R. KONGO: Straßenszene in Mweso © Giulio Di Sturco

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



SÜDSUDAN: Baby im Krankenhaus in Aweil © Yann Libessart / MSF

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





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

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

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.  
Am Köllnischen Park 1, 10179 Berlin  
Tel. (030) 700 130 0  
Fax (030) 700 130 340  
[office@berlin.msf.org](mailto:office@berlin.msf.org)

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

