

MSF Schweiz
Jahresbericht
2005-2006





Inhalt

Medizinische Bilanz 2003-2005 **2**

Hauptsitz in Genf

Die Programme **10**

Rue de Lausanne 78

Angola 10

Postfach 116

Kamerun 10

CH-1211 Genf 21

Demokratische Republik Kongo 11

Tel.: ++41 22 849 84 84

Äthiopien 13

Fax: ++41 22 849 84 88

Guatemala 14

Email: office-gva@geneva.msf.org

Guinea 15

Honduras 16

Kirgisistan 16

Laos 17

Liberia 18

Mosambik 19

Myanmar 20

Niger 20

Uganda 21

Somalia 21

Sudan 22

Schweiz 23

Büro Zürich

Streulistrasse 28

Postfach

CH-8032 Zürich

Tel.: ++41 44 385 94 44

Fax: ++41 44 385 94 45

Email: office-zuh@geneva.msf.org

MSF Schweiz vor 25 Jahren **24**

Bericht des Kassiers **26**

Human Resources **28**

Dank **30**

Der Vorstand **32**

Die Charta von Médecins Sans Frontières **33**

Impressum

Redaktion: Tobias Bührer

Lektorat: Tobias Bührer, Raphael Weber

Fotoauswahl: Jonathan Pallie

Übersetzungen: Chantal Combaz, Emmanuelle Kaeser-Lone, Marisa Marolda

Konzept, Grafik, Fotolithografie: Latitudesign

Druck: Atar Rotopresse

TITELBILD / ABFAHRT VON
FLÜCHTLINGEN, DIE EINE "GREEN
CARD" FÜR DIE USA ERHIELTEN.
CAMP LAINÉ, GUINEA, MAI 2005.

© BENJAMIN BÉCHET/DOLCE VITA

Medizinische Bilanz 2003-2005:

EHRGEIZIGE ZIELE UND EIN BEHERZTER

EINSATZ FÜR EINE BESSERES

PFLEGEANGEBOT

Einleitung

In welchem Umfeld Médecins Sans Frontières auch arbeitet, immer trifft das medizinische Personal auf Patienten mit Infektionskrankheiten - vor allem mit Tropenkrankheiten. Entweder sind es Krankheiten, die ausschliesslich in den Tropen auftreten (Malaria, Kala-Azar, Schlafkrankheit, usw.), oder aber solche, die in Entwicklungsländern am stärksten verbreitet sind (Tuberkulose, HIV/Aids, etc.). In den letzten drei Jahren konzentrierten sich die medizinischen Teams deshalb besonders auf die Qualität der Behandlung von Patienten mit solchen Krankheiten und auf angemessene Therapien. Eine hohe Pflegequalität kann jedoch ohne gute und leicht verfügbare Medikamente nicht erreicht werden. Der Zugang zu Medikamenten ist aber noch immer unsicher und hängt vom Belieben der Pharmaindustrie, der Geldgeber und der internationalen Organisationen ab sowie von jenen, die über Forschung und Entwicklung bei Medikamenten entscheiden.

Die bedeutendsten Fortschritte erzielten wir in den Bereichen Malaria, Tuberkulose und bei den vernachlässigten Krankheiten. Aber die spektakulärsten Erfolge konnten wir bei der Therapie von HIV/Aids feiern: Ende 2005 behandelten wir in der ganzen MSF-Bewegung rund 60'000 Menschen mit ARV-Medikamenten! Der Weg dahin war lang und steinig: Als Erstes galt es, interne Auseinandersetzungen zu schlichten (*Ist es sinnvoll, unheilbare Krankheiten zu therapieren, solange noch jedes Jahr so viele Säuglinge an einfach zu behandelnden Krankheiten wie Durchfall sterben?*). Es folgten politische Diskussionen mit Regierungen und mit den grossen Institutionen, von denen der problemlose, schnelle und kostengünstige Zugang zu Medikamenten abhängt.

In den letzten Jahren sind aber auch neue Bereiche dazugekommen, die heute unsere Aufmerksamkeit und unseren Einsatz fordern: Endlich wird anerkannt, dass der Bereich mentale Gesundheit auch zur humanitären Hilfe gehört. Ausserdem muss das einheimische Gesundheitspersonal besser ausgebildet werden, damit die Pflegeleistungen verbessert werden können. Die Betreuung von Frauen, die in einem Umfeld der Gewalt leben,

erhielt erste Priorität. MSF startete Projekte für Vergewaltigungsopfer und erstellte einen Handlungskatalog für den Bereich reproduktive Gesundheit.

Was wurde in den letzten drei Jahren erreicht?

1. Malaria

Rund ein Drittel unserer Patienten in Afrika leidet an Malaria. Damit ist Malaria die Krankheit, die wir bei Einsätzen auf diesem Kontinent am häufigsten antreffen. Wir haben lange gebraucht, um auf Resistenzen gegen Monotherapien wie Chloroquin und Fansidar® aufmerksam zu werden. Aber mit unseren Investitionen, einer grossen Mobilisation und der Kampagne für einen besseren Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten haben wir in den letzten fünf Jahren im Kampf gegen Malaria einen bedeutenden Erfolg erzielt: 90 Prozent der positiv getesteten Patienten in den Programmen von MSF Schweiz werden heute mit wirksamen Artemisinin-Kombinationstherapien behandelt.

Ein zusätzlicher Erfolg ist die Tatsache, dass mehrere Länder ihre nationalen Protokolle angepasst haben, vor allem in Afrika. Die Umsetzung dieser Protokolle ist aber ein langer und schwieriger Prozess: Geld aus dem Weltfonds fliesst nur spärlich, die Kombinationspräparate sind nach wie vor sehr teuer, da Novartis weiterhin das Monopol darauf hält, und die Artemisinin-Produktion bleibt unsicher, weil die Bestellmenge für die verschiedenen Länder nur schlecht geplant werden kann. Ausserdem ist das Gesundheitspersonal in der Verwendung dieser neuen Therapien unzureichend ausgebildet. MSF dokumentiert die Situation in jedem einzelnen Land und versucht, verschiedene



nationale und internationale Akteure zu mobilisieren. Ziel ist es, Patienten mit dieser weit verbreiteten, heilbaren und trotzdem noch viel zu häufig tödlich verlaufenden Krankheit richtig zu behandeln.

2. Tuberkulose

Tuberkulose wurde bei den Einsätzen von MSF Schweiz lange Zeit vernachlässigt. Die Gründe dafür sind schwer nachzuvollziehen. Tuberkulose ist heilbar. Ohne Behandlung ist diese Krankheit aber tödlich. Medikamente sind günstig und leicht zugänglich. Erst 2004/2005 führte der Wille von MSF Schweiz, den Patienten in unseren Gesundheitszentren eine wirksame Behandlung anzubieten, auch zu Resultaten. Neue Programme

wurden gestartet und bereits bestehende entwickelten sich positiv (Myanmar, Somalia, DR Kongo, Kirgisistan). Während MSF Ende 2004 noch 100 Patienten behandelte, waren es Ende 2005 bereits 600.

Tuberkulose ist bei Aids-Patienten die am häufigsten auftretende opportunistische Krankheit. Trotzdem wird sie im Rahmen der HIV/Aids-Projekte noch nicht angemessen therapiert. Dies soll sich nun ändern. In Genf soll ein zusätzlicher Arzt für den Bereich HIV und Tuberkulose die Umstände und Hindernisse für eine dauerhafte Behandlung innerhalb unserer HIV/Aids-Programme klären und analysieren.



TUBERKULOSEMEDIKAMENTE IN
DINSOR, SOMALIA.

© STEFAN PLEGER/MSF

3. Aids

Ende 2003 behandelte MSF Schweiz knapp 300 Patienten mit einer Trithérapie. Zwei Jahre später waren es bereits 10'000, und die Indikatoren für Behandlungsabbrüche und die Sterbeziffer stimmen zuversichtlich.

Die HIV/Aids-Epidemie stellt in der Geschichte von MSF den Wendepunkt dar. Ein Prinzip unserer Organisation ist, allen Patienten in Lebensgefahr zu helfen. Es wurden allerdings hitzige Diskussionen darüber geführt, ob es sinnvoll sei, unheilbar Kranke zu behandeln - noch dazu mit masslos teuren Medikamenten. 2000 bis 2001 starteten wir Pilotprojekte. Damit wollten wir zeigen, dass die umfassende Betreuung von Patienten in einem benachteiligten und instabilen Umfeld möglich ist. Mit den ersten Erfolgen in den Jahren 2002 und 2003 legte sich die Skepsis zu einem grossen Teil. Wir bewiesen, dass es möglich ist, mehrere hundert oder tausend Patienten mit ARV-Medikamenten zu behandeln. Als in den Jahren 2004 bis 2005 unsere Projekte bereits etwas fortgeschritten waren, begannen wir, über die Diskriminierung von Patienten nachzudenken, die abgelegen wohnen und daher keinen Zugang zu Medikamenten hatten.

Die Politik, die wir Ende 2004 für unsere Einsätze festlegten, umfasste folgende Punkte: Die spezialisierten Programme müssen

so weit wie möglich vereinfacht werden, damit sie mehr Patienten offen stehen. Die nationalen Instanzen müssen diese Programme reproduzieren können, und die Behandlungen müssen günstiger werden. In allen Ländern, in denen MSF arbeitet, sollen Menschen, die in unsere Kliniken gelangen, Zugang zu Pflege und Therapien erhalten. Wir nennen das Integration der HIV/Aids-Projekte in unsere medizinische Einsatzstruktur.

Unsere Arbeit und die Kampagne für den Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten sowie zu einfachen und wirksamen Therapien brachten bedeutende Erfolge: Während eine nicht kombinierte Therapie im Jahr 2001 noch 10'000 US-Dollar kostete, bezahlt man heute für eine Trithérapie weniger als 150 US-Dollar. Es ist schwierig, die Wirkung von Lobbyarbeit und öffentlichem Bezeugen zu messen. Tatsache ist aber, dass wir für die Länder, in denen wir gegen HIV/Aids kämpfen, in diesen Bereichen sehr aktiv waren.

Trotz der Erfolge bleibt viel zu tun: Die Behandlung von Kindern ist noch nicht wirklich gewährleistet. Es ist eine ständige Herausforderung, den Abbruch von Therapien langfristig zu verhindern. Hier braucht es eine Echtzeitanalyse unserer Strategien. Die mögliche Entwicklung von Resistenzen gegen die antiretro-



DEMONSTRATION FÜR MENSCHEN MIT HIV/AIDS IN TELA, HONDURAS.



viralen Medikamente muss beobachtet werden. Immer häufiger sind Folgeregime notwendig, die für Entwicklungsländer noch unerschwinglich sind. Schliesslich sind unsere Modelle noch zu kompliziert und zu teuer, als dass sie im grossen Stil angewandt werden könnten. MSF tastet sich langsam voran, lernt ständig dazu und will unbedingt weitere Fortschritte erzielen.

Der ständigen Ausbreitung von Aids können wir nicht tatenlos zusehen. Sämtliche MSF-Projekte müssen HIV/Aids-Patienten einschliessen. Sei dies bei einer Nahrungskrise, bei einer Choleraepidemie oder bei einem Projekt für Strassenkinder. Wir müssen ausserdem den Zugang zu den Behandlungen national und international weiterhin dokumentieren und uns auch in Zukunft für eine Verbesserung einsetzen.

4. Mentale Gesundheit

Eine schwere Depression ist bei Menschen über fünf Jahren weltweit die vierthäufigste Krankheitsursache. In Kriegssituationen, bei sozialer Isolation oder grosser Armut ist sie sogar fast die häufigste Krankheitsursache. Selbstmorde werden in den Gebieten, in denen MSF arbeitet, nicht dokumentiert - diese Menschen sterben unbeachtet, wie so viele andere, die es nicht in unsere Spitäler schaffen.

MSF arbeitet sehr häufig in einem Umfeld, in dem ganze Gesellschaftsstrukturen zerstört werden, in dem die Bevölkerung

intensiven psychischen Traumen ausgesetzt ist. Manche Menschen verlieren bei Naturkatastrophen oder während einer Meningitisepidemie ihre ganze Familie. In Konfliktgebieten werden Mädchen und Kinder vor den Augen ihren Familien vergewaltigt, gefoltert oder erniedrigt. Manchmal ist ein ganzes Volk der Gewalt ausgesetzt.

Als Ärzte haben wir die Pflicht, Wunden zu behandeln - seien sie sichtbar oder nicht. Die Teilnahmslosigkeit, die MSF gegenüber psychischem Leid lange Zeit an den Tag gelegt hat, empfinde ich als eine Schande. Es gehört zu unserem Beruf, zu trösten (mit Einfühlungsvermögen zuhören, Gefühle besprechen), psychische Wunden und Krankheiten zu erkennen (Grundausbildung beim nationalen Personal und bei den internationalen Freiwilligen) und effizient zu behandeln.

Um psychischem Leid künftig mehr Aufmerksamkeit schenken zu können, haben wir in der medizinischen Abteilung eine Psychologin und einen Psychiater eingestellt. Ausserdem wurde eine Politik im Umgang mit mentaler Gesundheit als Leitfaden bei Einsätzen verfasst. Die Aktivitäten im Bereich mentaler Gesundheit laufen aber nur langsam an und werden noch zu häufig als zweitrangig, unnützlich oder als zu kompliziert erachtet. Eine Ausnahme bilden hier die Notfalleinsätze. Dort wird die Frage der psychischen Betreuung meist bereits bei Beginn eines Projektes erörtert.

5. Reproduktive Gesundheit

Die Frage, ob Probleme in der reproduktiven Gesundheit angegangen werden sollen, stellte sich für uns eigentlich nie, da Frauen und Jugendliche schon seit der Gründung von MSF in unsere Konsultationen kommen und wir deshalb von Anfang an eingebunden waren. Allerdings musste unser Behandlungsansatz strukturiert, standardisiert und vervollständigt werden.

Die neuen medizinischen Richtlinien der MSF-Bewegung in Bezug auf die reproduktive Gesundheit haben uns geholfen, einen Rahmen für unsere Aktivitäten festzulegen und je nach Umfeld Prioritäten zu setzen. Medizinische Neuerungen ermöglichen einen einfacheren Ansatz (zum Beispiel die medikamentöse Abtreibung). In vielen Bereichen könnten wir unseren Patienten allerdings noch mehr Neuerungen in der Behandlung oder in der Prävention zugute kommen lassen. Das wichtigste Beispiel ist hier Gebärmutterhalskrebs. Da die Aids-Pandemie die Erkrankung begünstigt, betrifft er immer mehr junge Frauen. Mit vereinfachten Tests und wirksamen Therapien würde die

Früherkennung möglich. Ausserdem könnten Impfungen durchgeführt werden.

MSF Schweiz hat Programme für Opfer sexueller Gewalt entwickelt und diese in der DR Kongo, in Liberia, im Südsudan und in Guinea angewandt. Dringend notwendige Leistungen wurden festgelegt, die der reproduktiven Gesundheit einen angemessenen Stellenwert verschaffen: Prävention und Behandlung der meisten sexuell übertragbaren Krankheiten mit einzelnen Medikamentendosen, Möglichkeit, medikamentöse oder chirurgische Abtreibungen durchzuführen, Familienplanung, angemessene und qualitativ hoch stehende Betreuung von Mutter und Kind sowie gynäkologische Pflege.

Diese Leistungen müssen jetzt für jedes Einsatzland standardisiert und vervollständigt werden, was noch viel Arbeit bedeutet. Ausserdem muss der Qualität der Pflege besonders viel Aufmerksamkeit geschenkt werden. In einem Bereich, in dem jeder gewisse Kenntnisse hat, aber kaum jemand auf dem neue-



MUTTER UND IHR NEUGEBORENES KIND
IN DUNGU, DR KONGO.

© FLORENCE HUEBER



sten Stand ist, ist es sehr wichtig, unser ganzes Pflegeangebot auf ein hohes Niveau zu bringen. Es ist auch dringend notwendig, dass wir unsere medizinischen Praktiken hinterfragen. Wir verwenden in der reproduktiven Gesundheit Präventionsmittel und Therapien, die wir heute überdenken müssen. Wenn wir diesen Aufwand nicht scheuen, können wir die Pflegequalität verbessern und den Frauen, die unsere Konsultationen besuchen, mehr Würde zurückgeben.

6. Qualitätssteigerung durch Ausbildung des Gesundheitspersonals

Die Schulung von nationalem Gesundheitspersonal ist bei MSF das hässliche kleine Entlein. Sie wird verkannt und kaum gewürdigt. Viele unserer internationalen Ärzte und Krankenschwestern denken, sie seien auch geborene Ausbildner. Aber können sie auch die bereits vorhandenen Kenntnisse – die manchmal die eigenen übertreffen – einschätzen, ein dem Vorwissen entsprechendes Programm ausarbeiten und das neu Erlernte beurteilen?

In etwa 80 Prozent seiner Projekte bildet MSF nationales Personal entsprechend der Einsatzstrategie aus. Bei einem Notfalleinsatz wird mit der Ausbildung von freiwilligen Helfern vor Ort die Wirkung vervielfacht. Bei längerfristigen Programmen (zum Beispiel beim Aufbau der medizinischen Grundversorgung oder bei HIV/Aids-Projekten) ist die Schulung eines der wichtigsten Mittel, um die Fortführung der Programme zu gewährleisten. Ausserdem können dank Ausbildung eine Einsatzstrategie auf die Beine gestellt oder ein MSF-Projekt an einheimisches Personal übertragen werden.

Die Schulung von medizinischem Personal erfordert spezielles Können. Zuerst wird der Bedarf an Ausbildung für das entsprechende Umfeld, für einen bestimmten Projekttyp und gemäss dem Vorwissen des nationalen Personals analysiert. Dann müssen die Lehrmethoden angepasst, die Ausbildungsprogramme erarbeitet und die erworbenen Kenntnisse eingeschätzt werden.



MSF Schweiz wird nun sämtliche Ausbildungsprogramme in den verschiedenen Projekten überprüfen, eventuell neu gestalten und den jeweiligen Umständen anpassen. Zum Beispiel ist die Dezentralisierung und die Vereinfachung der spezialisierten HIV/Aids-Projekte nur möglich, wenn eine angepasste und gezielte Schulung stattfindet. Um diese Dezentralisierung zu erreichen, müssen wir den Krankenschwestern die Verantwortung übertragen, Aidskranken Tritherapien zu verschreiben und die Therapien zu begleiten, was bisher den Ärzten vorbehalten war.

Was bleibt zu tun?

Wir müssen unsere medizinischen Praktiken ständig aufs Neue hinterfragen. Das lässt uns zwar nie eine Verschnaufpause, aber wir haben keine andere Wahl: Die Prävalenz von Krankheiten nimmt zu, Resistenzen gegenüber bestimmten Therapien treten auf, neue Tests und Diagnoseinstrumente kommen auf den Markt, neue Behandlungsmethoden werden entwickelt und effiziente und günstige Medikamente fehlen oder verschwinden. Kurz: Wir müssen unsere medizinischen Strategien stets den neuen Situationen in den jeweiligen Konflikt- oder Krisengebieten anpassen.

MANGELERNÄHRTE KINDER LEIDEN OFT UNTER ANDEREN KRANKHEITEN. DIE MEDIZINISCHE BETREUUNG IST EBENSO WICHTIG WIE DIE THERAPEUTISCHE ERNÄHRUNG.

© MARIE-PIERRE BARRE / MSF

Wie werden Patienten in den Konsultationen empfangen? Klassischerweise heisst es, dass 90 Prozent der Patienten in externen Konsultationen behandelt werden und dass die internationalen Mitarbeiter von MSF ihnen nur gerade 10 Prozent ihrer Zeit widmen. Sehr häufig sind die Konsultationen überlaufen mit Patienten – viele unter ihnen haben mehrere Stunden Marsch hinter sich. Ist unser Auswahlverfahren adäquat? Wie findet der erste Kontakt statt? Achten wir darauf, dass in den Konsultationen Männer und Frauen getrennt empfangen werden, damit Probleme mit der reproduktiven Gesundheit besser aufgedeckt werden können? Nehmen wir uns genügend Zeit, um mit der Bevölkerung und dem einheimischen Personal zu sprechen, um besser zu verstehen, Mängel zu erkennen und die Konsultationen so umzuorganisieren, dass eine Atmosphäre des Vertrauens entsteht und ein besseres Angebot möglich wird? *Die Antwort ist: nein.*

Was wissen wir heute über die Behandlung von einfachem Durchfall und über mögliche Resistenzen gegenüber einem Antibiotikum, das in Konsultationen verschrieben wird? Was wissen wir über die Informationen, die Patienten zu einem Medikament erhalten und die für die richtige Behandlung entscheidend sind? Was wissen wir über die Zahl der Menschen, die nach den Konsultationen sterben? *Die Antwort ist: fast nichts.* Im Krankenhaus stellen sich die gleichen Fragen wie bei den

Konsultationen. Zwar können wir dort die Betreuung der Patienten besser verfolgen, aber was wissen wir über die Praktiken des Pflegepersonals? Kümmert sich MSF wirklich um eine hohe Pflegequalität: Verbände, Injektionen, Sterilisierung? Können wir garantieren, dass sich Patienten im Spital nicht mit anderen Krankheiten anstecken?

Die regelmässige Impfung im Rahmen des erweiterten Impfprogramms der WHO ist eine Präventionsmassnahme, die mehr und mehr in Vergessenheit gerät. Die Krankheiten, denen man mit einer Impfung vorbeugen kann, töten aber immer noch: Masern, Diphtherie, Keuchhusten und Wundstarrkrampf. Ausserdem reagieren wir nur sehr selten auf Epidemien, die mit Impfungen bekämpft werden könnten, da wir sie überhaupt nicht mehr orten.

Die neuen Strategien bei Nahrungskrisen müssen umgesetzt werden. Wir müssen uns auch um die kleinen Patienten kümmern, die unterernährt sind und an Aids oder Tuberkulose leiden. Ausserdem sollten unterernährte Patienten in jedem Programm entsprechend ihrer Krankheiten eine angepasste Ernährung erhalten. In gefährdeten Gebieten braucht es ein besseres Alarm- und Überwachungssystem für Nahrungskrisen.

Die traditionelle Praxis von MSF, sich nicht um chronische Krankheiten und/oder innere Medizin zu kümmern, muss angesichts der neuen Therapiemöglichkeiten dringend überdacht werden. Können wir wirklich nichts oder nur sehr wenig unternehmen gegen Diabetes, Bluthochdruck, Angina pectoris, Asthma und Gebärmutterhalskrebs (die Liste ist bei weitem nicht vollständig)?

Schlussfolgerung

Die Arbeit von MSF ist spannend, reich an aussergewöhnlichen Herausforderungen, Energie raubend, manchmal fast übermenschlichen Einsatz verlangend. MSF kommt weiter, sucht weiter, entwickelt weiter. Allerdings nicht schnell genug angesichts der Not und der Entwicklung von Krankheiten und von neuen Therapiemöglichkeiten. Qualitätsanforderungen, Verantwortung und das Bewusstsein, dass wir es unseren Patienten schuldig sind, treiben uns vorwärts.

Es bleibt viel zu tun: **Das Erreichte muss unbedingt erhalten bleiben.** Es wäre schade, wenn unsere Erfahrung und unser

Können bei Krankheiten wie Malaria, Tuberkulose und HIV/Aids verloren gingen. Ich bin nach wie vor davon überzeugt, dass wir in fünf Jahren Aids wie jede andere Krankheit in allen Gesundheitszentren behandeln können.

Wir müssen es aber auch wagen, in die noch wenig untersuchten Bereiche der chronischen Krankheiten und der inneren Medizin **vorzudringen.** Hier braucht es eine ehrgeizige und gezielte Einsatzstrategie.

MSF verfügt über umfangreiche finanzielle und personelle Mittel, über grosse Fachkenntnis und viel technisches Wissen. MSF hat eine reiche Einsatzerfahrung, fantastische Freiheiten bei der Analyse, ist kreativ, und weiss über das Los der Bevölkerung öffentlich zu kommunizieren. Das sind unsere Stärken. Nutzen wir sie. Dort, wo sie gebraucht werden, dort, wo die anderen sich nicht oder nicht mehr engagieren. Fahren wir damit fort, das Umfeld, in dem wir arbeiten, zu dokumentieren, unsere medizinische Arbeit zu hinterfragen, zu sagen, was wir tun und was noch nicht, und führen wir auch weiterhin beherzte Einsätze durch.

Bleiben wir ehrgeizig, leidenschaftlich und mutig!

Herzlichen Dank allen medizinischen und nicht medizinischen Teams, die mit Kommentaren, Kritik, Vorschläge, Ermutigungen und erstaunten Reaktionen mitgeholfen haben, die Projekte von MSF zu entwickeln. Die gemeinsame Arbeit hat uns dorthin geführt, wo wir heute stehen. Ich danke all jenen, die an den Einfallsreichtum von MSF glauben und an seine unbestrittene Hartnäckigkeit, immer noch mehr erreichen zu wollen.

Dr. med. Elisabeth le Saout

Leiterin medizinische Abteilung von Juni 2003 bis Mai 2006

Die Programme

Angola: Zwischen Wiederaufbau und Choleraepidemie

Im Berichtsjahr versuchte MSF seine Strategie in diesem Land mehr auf Aids-Kranke auszurichten. Denn rund vier Jahre nach Ende des Bürgerkrieges sollte Angola die medizinische Grundversorgung wieder selbst gewährleisten können.

In Mavinga in der Provinz Cuando Cubango im Südosten des Landes ist die Situation aber nach wie vor besorgniserregend. Die Menschen in dieser Region leben vergessen und von Gesundheitseinrichtungen isoliert. Der Krankenhausbetrieb ist noch immer vollständig von MSF abhängig. Im April 2006 wurden knapp 300 Patienten ins Spital eingeliefert, und über 2'000 Patienten ambulant versorgt. Die Teams vor Ort bereiten die Übergabe an die Behörden sehr sorgfältig vor.

In Lubango (Provinz Huila) versuchte MSF eine qualitativ gute Behandlung von Aidskranken im Rahmen der nationalen Gesundheitseinrichtungen zu fördern – leider ohne Erfolg. MSF sah sich dazu gezwungen, dieses Projekt im April 2006 aufzugeben, da die lokalen Verantwortlichen eine Zusammenarbeit trotz grosser Anstrengungen von MSF de facto verweigerten

und die Patienten nicht korrekt über ihre Behandlung informiert wurden.

Im Februar 2005 brach in Angola eine der grössten Choleraepidemien aus, die das Land je gekannt hatte. Mit einem Grosseinsatz kämpfte MSF gegen sie an. Die Epidemie hatte sich von den Elendsvierteln der Hauptstadt Luanda bis in die Küstenstädte und sogar bis ins Landesinnere ausgebreitet.

Bis am 14. Mai wurden mehr als 34'000 Cholerafälle gezählt. Die Epidemie forderte über 1'200 Menschenleben. Die MSF-Teams der in Angola präsenten Sektionen – 70 internationale Freiwillige und über 1'000 angolanische Mitarbeiter – behandelten mehr als 20'000 Menschen in rund einem Dutzend Cholerazentren. MSF Schweiz kämpfte in den Provinzen Benguela und Huila gegen die Epidemie.

Kamerun: Übergabe der Aidsprojekte

MSF begann im Jahr 2000 am Militärspital von Yaoundé das erste Projekt der MSF-Bewegung, in dem MSF in Afrika antiretrovirale Medikamente einsetzte und so den Nachweis erbrachte, dass dies auch in armen Ländern möglich ist. Im Laufe des Jahres 2006 übergibt MSF die Verantwortung für die Patienten dieses Projektes an zwei staatliche Strukturen: die Behandlungszentren des Militärspitals (1752 Patienten, von denen 943 antiretrovirale



Medikamente erhalten) und das Distrikthospital von Djoungolo, Yaoundé (500 Patienten).

In Douala unterstützte MSF das Gesundheitsministerium in der praktischen Umsetzung der Dezentralisierung der Pflege von Menschen mit Aids aus den wichtigsten Spitälern in Einrichtungen auf Distriktebene, konkret in das Distrikthospital von Nylon, das Gesundheitszentrum "Congo II" im Distrikt "New Bell" und vier Gesundheitsposten. Bis Ende 2006 soll auch dieses Programm, in dem Ende 2005 rund 2500 Patienten betreut wurden, darunter etwa 900 mit ARV, ganz an das Gesundheitsministerium übertragen werden.

Buruli-Ulkus ist eine durch ein bestimmtes Bakterium hervorgerufene Tropenkrankheit, die unter der Haut liegende Gewebe zerstört. Es ist auch heute noch unklar, wie die Krankheit übertragen wird und wie sie genau verläuft. Prävention, Diagnose und Behandlung sind deshalb sehr schwierig. Seit 2004 führt MSF ein Programm in Akonolinga, in dem MSF Patienten operativ behandelt. Im letzten Jahr hat MSF ausserdem eine neue Diagnose-technik (Labordiagnose mittels "polymerase chain reaction" – eine Technik der Molekularbiologie) und die Behandlung gewisser Patienten mit den Tuberkulosemedikamenten Rifampizin und Streptomycin wissenschaftlich begleitet.

Die Behandlung von Buruli-Ulkus ist sehr teuer. MSF behandelt sämtliche Patienten kostenlos, möchte aber nach und nach verschiedene Aktivitäten dem Gesundheitsministerium übergeben. Um ein Projekt langfristig zu gewährleisten und auf Ebene des Gesundheitsministeriums durchbringen zu können, muss so stark wie möglich an der Früherkennung gearbeitet werden. So fallen die Kosten nicht zu hoch aus, und die medizinische Belastung bleibt verhältnismässig tief.



BURULI-ULKUS

Heute ist immer noch unklar:

› Wie die Krankheit übertragen wird

› Ob sie ansteckend ist

› Wie sie sich genau entwickelt

› Was zu Rückfällen führt

› Welche Faktoren ein besonderes Risiko

für Buruli-Ulkus darstellen

Deshalb kommt bei der Behandlung von Buruli-Patienten der Datenerhebung besondere Bedeutung zu.

Von 2002 bis 2005 hat MSF 491 Patienten wegen Buruli-Ulkus behandelt. 35% waren unter 10 Jahre alt, 64% unter 20 Jahre.

Demokratische Republik Kongo: Spitalrenovation

Das Land leidet seit 1994 unter ethnischen Konflikten und Bürgerkrieg. Ituri, Nord- und Südkivu sowie Katanga sind am stärksten betroffen. Obwohl im April 2003 eine neue Verfassung unterzeichnet wurde und für 2006 Präsidentschaftswahlen vorgesehen sind, ist der Staat an vielen Orten nicht wirklich präsent, und der Prozess der Entwaffnung und Integration verschiedener Rebellenarmeen in eine neue kongolesische Armee kommt nur langsam voran.

Am 2. Juni 2005 wurden zwei MSF-Mitarbeiter entführt. Zehn Tage lang waren sie in der Gewalt ihrer Kidnapper. Die Entführung hatte zur Folge, dass MSF die Nothilfe einstellte, die sie zugunsten von rund 100'000 Vertriebenen in der Umgebung von Bunia (Vertriebenenlager Tché, Tchomia, Kakwa und Gina) geleistet hatte. Im August 2005 veröffentlichte MSF den Bericht "Nichts Neues in Ituri: Die Gewalt hält unvermindert an", mit dem die Organisation Zeugnis ablegte über die medizinischen Bedingungen in Ituri und die Schwierigkeiten, dort humanitäre Einsätze durchzuführen.

Seit 2003 funktioniert das Spital "Bon Marché" in Bunia. Mit 300 Betten ist es die einzige grössere medizinische Einrichtung der Region. Im Schnitt kommen pro Monat 5000 Menschen in die Sprechstunden und 980 werden stationär behandelt. In den beiden Operationssälen des Spitals werden jeden Monat

durchschnittlich 645 chirurgische Eingriffe vorgenommen. Im Jahr 2005 wurden hier über 1800 Opfer sexueller Gewalt medizinisch betreut.

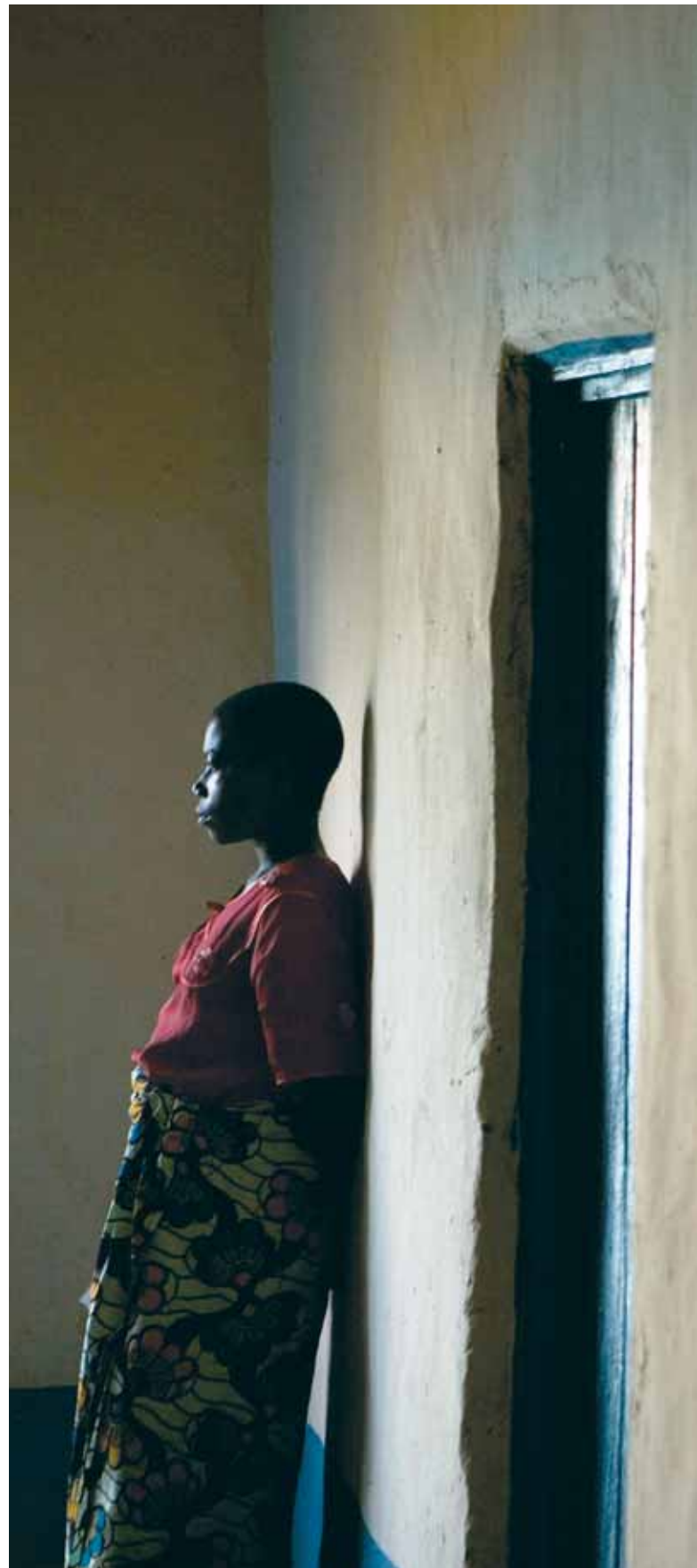
Das vollkommen unabhängige Spital verfügt über eine Kühlkette, Einrichtungen zur Sterilisierung und ein eigenes Labor, zu dessen wichtigsten Tätigkeit die Sicherstellung von Bluttransfusionen (150 Fälle im Monat) gehört. Angesichts der anhaltenden Notsituation hat MSF beschlossen, das weitgehend aus Holz und Plastikplanen bestehende Spitalprovisorium durch widerstandsfähigere Gebäude zu ersetzen. In der Nähe der Einrichtung ist genügend Platz vorhanden. Die Bauarbeiten haben begonnen und sollen im Laufe des Jahres 2006 abgeschlossen werden. Zwei Gesundheitsposten im Norden und Süden der Stadt ergänzen die Leistungen des Spitals.

Im Mai und Juni 2006 leistete MSF in Kwandroma und Buba (Ituri) nach einem Ausbruch von Lungenpest einen Notfalleinsatz und kümmerte sich insbesondere um die Isolation und Behandlung der Patienten.

In Dangu (Distrikt Haut Uélé) unterstützt MSF ein vom Gesundheitsministerium betriebenes 160-Betten-Spital mit medizinischem Know-how, Medikamenten und Wiederaufbau von im Krieg zerstörter Infrastruktur. Dank MSF werden hier seit Mai 2005 auch Patienten mit Aids behandelt. Ende Mai 2006 erhielten 70 Patienten antiretrovirale Medikamente. Im Herbst 2006 will MSF in Doruma (Haut Uélé) ein weiteres Projekt zur Bekämpfung der Schlafkrankheit beginnen.

DR KONGO: DAS SCHWEIGEN BRECHEN

Vom 29. November bis am 23. Dezember 2005 zeigte MSF in einer bekannten Galerie in Genf eine Fotoausstellung unter dem Titel "DRC: Silent Suffering". Sie bestand aus 50 Bildern von Fotografen der Agentur VII zu den MSF-Projekten in der Demokratischen Republik Kongo. Parallel zur Ausstellung organisierte MSF zwei Podiumsdiskussionen zu sexueller Gewalt und der Bedeutung von Gebühren für den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen in der DR Kongo.



Äthiopien: Mehrere Notfalleinsätze

Gambella ist eine der ärmsten Regionen Äthiopiens und zählt rund 300'000 Einwohner. Mindestens ein Viertel davon sind Flüchtlinge aus Südsudan oder Vertriebene, die Opfer von lokalen Konflikten sind. Die meisten Gesundheitseinrichtungen wurden geplündert, das Gesundheitssystem funktioniert praktisch nicht mehr. Die wichtigsten Gesundheitsprobleme sind Mangelernährung, Malaria, Tuberkulose und eine hohe HIV/Aids-Prävalenz. Ausserdem bestehen enorme Lücken im Impfschutz der Bevölkerung, da hier seit Jahren kaum mehr geimpft wurde.

In der Stadt Itang bietet MSF in einem Gesundheitszentrum mit 35 Betten kostenlose medizinische Versorgung an. Pro Tag werden etwa 200 Patienten ambulant versorgt. Zudem haben die MSF-Teams ein Dorf für 80 Tuberkulosepatienten errichtet. Mobile Kliniken klären die Bedürfnisse in abgelegenen Gegenden ab und bieten medizinische Grundversorgung an.

Im Flüchtlingslager Pugnido wurde im Sommer 2005 ein Teil der Flüchtlinge von Nahrungsmittelverteilungen und Gesundheits-Grundversorgung ausgeschlossen. Darauf leistete MSF dort einen Nothilfeinsatz, in dem von Juli bis September 2005 über 4000 Konsultationen geleistet und 79 Kinder mit schwerer Unterernährung gepflegt wurden. In Durang wurden im Januar 2006 rund 5000 Menschen aufgrund eines lokalen Konfliktes vertrieben. MSF leistete auch hier einen kurzen Nothilfeinsatz, um die Sterblichkeit unter den Vertriebenen zu senken. Im April brach in Gambella Cholera aus. MSF richtete beim Spital von Gambella ein Cholerabehandlungszentrum ein, in dem von Mitte April bis Mitte Mai 2006 920 Patienten behandelt wurden.

Nach Anfragen der lokalen Gesundheitsbehörden leistete MSF Notfalleinsätze in zwei weiteren Regionen des Landes: In der Zone Gamo Goffa in der Southern Nations, Nationalities and Peoples Region (SNNPR) behandelte MSF vom 27. August bis am 12. November 2005 mit mobilen Teams 13'665 Malariapatienten mit Medikamenten auf Artemisininbasis. Rund 60 schwere Fälle wurden im Gesundheitszentrum von Shaffi hospitalisiert.

In der Zone Wollayita, SNNPR, unterstützte MSF die lokalen Behörden nach einem Meningitisausbruch. Vom 12. bis am 17. Februar impfte MSF rund 25'000 Menschen in 25 Dörfern.

Guatemala: Aids und Tropensturm

MSF Schweiz arbeitet in Guatemala seit 1996 im Bereich der Aidsprävention und -behandlung.

Im Jahr 2001 begann MSF im Universitätsspital Roosevelt der Hauptstadt ein erstes Projekt für umfassende Pflege von Menschen mit Aids. Ende Juni 2005 wurde die Verantwortung für dieses Projekt mit 624 Patienten, die antiretrovirale Behandlung (ARV) erhielten, und über 2000, die regelmässig zu Kontrolluntersuchungen kamen, an das Gesundheitsministerium übertragen. MSF begleitet das Projekt aber weiterhin und sprang wiederholt bei Lieferengpässen für antiretrovirale Medikamente ein. Eine wichtige Rolle spielen auch Selbsthilfegruppen, welche die Leistungen der Regierung kritisch verfolgen und Menschen unterstützen, die sich neu angesteckt haben.

MSF führt im staatlichen Krankenhaus von Coatepeque ein zweites Aidsprogramm. Dessen Übergabe an das Gesundheitsministerium hat begonnen und soll noch 2006 abgeschlossen werden. Auch dieses Projekt wird MSF darauf noch eine Zeitlang begleiten. Parallel zur Projektübergabe wird die Verantwortung

für Sexualkundeunterricht, den MSF in den Schulen der Region erteilt, wieder vollständig ans Erziehungsministerium übertragen. Im Lauf des Jahres 2005 wurde klar, dass viele Patienten erst spät für Diagnose und Kontrolluntersuchungen erscheinen. Konsequenz: eine im Vergleich zu ähnlichen MSF-Projekten hohe Sterblichkeit. Grund scheint zu sein, dass viele Menschen – darunter auch ein Teil des Pflegepersonals – schlecht über HIV/Aids informiert sind, insbesondere glauben, Aids komme immer noch einem Todesurteil gleich, und nicht zu Unrecht befürchten, nach einer HIV-Infektion als "Schuldige" gebrandmarkt zu werden. Darauf hat MSF ein Pilotprogramm gestartet, das in einem ersten Schritt aus Trainingseinheiten für Gesundheitspersonal besteht. In einem zweiten Schritt wird die Pflege von Patienten, die noch keine ARV benötigen, an ausgewählte Gesundheitszentren übertragen und in diesen Gemeinden breit über HIV und Aids informiert. Das Programm soll Ende 2006 oder 2007 vom staatlichen Aidsprogramm übernommen werden.

Nach dem Tropensturm "Stan" vom 3. Oktober 2005 führte MSF bis Ende Dezember einen Nothilfeinsatz durch. MSF kümmerte sich vor allem um Notunterkünfte und die Versorgung mit sicherem Trinkwasser.



OLOPA, CHIQUIMULA, GUATEMALA.

© JUAN CARLOS TOMASI

Guinea: Versorgung von Flüchtlingen, Einsatz gegen Malaria und Meningitis

Guinea kämpft nach wie vor mit grossen politischen und wirtschaftlichen Problemen. Das hat Auswirkungen auf den Gesundheitssektor: Gesundheitszentren erhalten kaum medizinisches Material und Medikamente, viele Kranke können sich die prohibitiven Tarife der öffentlichen Spitäler nicht leisten, und Überweisungen an Referenzeinrichtungen scheitern immer wieder am mangelnden Unterhalt der Ambulanzen oder am Fehlen von Treibstoff.

Seit August 2002 stellt MSF im Lager Lainé die Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge aus Liberia, die in den 90er Jahren vor dem Bürgerkrieg in ihrer Heimat flohen, und der Einwohner der Umgebung sicher. Das Lager befindet sich rund eine Autostunde von N'zérékoré entfernt, der grössten Stadt von Guinée Forestière, dem dicht bewaldeten Süden Guineas. Im Juni 2005 befanden sich noch 21'000 Flüchtlinge im Lager. Die Organisationen ihrer Rückkehr wird unter Ägide des UN-Flüchtlingshochkommissariates weitergeführt. Neben klassischer Gesundheitsversorgung (Sprechstunden, Bettenstation, Pflege für Mutter und Kind, Gebärabteilung) versorgt MSF hier auch Opfer sexueller Gewalt medizinisch. Seit Mitte Januar 2006 bietet hier MSF ausserdem freiwillige Aidstests (mit Beratung), und Mitte April 2006 konnte der erste Aidspatient eine Therapie mit antiretroviralen Medikamenten beginnen.

Bis Ende 2005 führte MSF eine ähnliche Gesundheitseinrichtung im Lager Nonah, das Flüchtlinge aus der Elfenbeinküste beherbergte. Nach der Überweisung dieser Flüchtlinge in ein anderes Lager wurde das Projekt abgeschlossen.

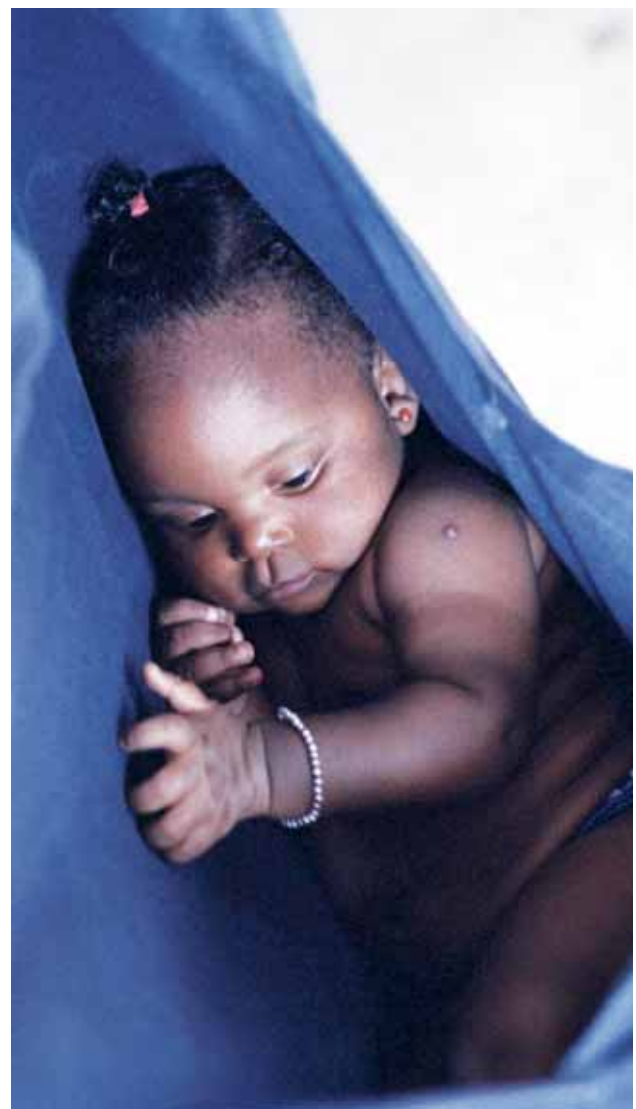
Ende 2004 hatte MSF in Dabola eine Studie durchgeführt, die zeigte, dass Medikamente auf Artemisininbasis eine wirksame Behandlung einfacher Malaria darstellen. Die Studie trug dazu bei, dass Guinea seine nationalen Behandlungsvorschriften für Malaria entsprechend anpasste. Effektiv verfügbar sind die neuen Medikamente aber erst in der Präfektur Dabola, wo MSF seit 2005 Medikamente und Diagnose-Tests an das Ambulatorium des Spitals und 9 Gesundheitsposten liefert. MSF bildet guineisches Gesundheitspersonal in der Pflege von Malariapatienten weiter. Ausserdem unterstützt MSF die Blutbank des Spitals von Dabola.

Im März 2006 traten in der Präfektur Mandiana, die an Mali und an die Elfenbeinküste grenzt, Fälle von Meningokokken-Meningitis (Hirnhautentzündung) auf, die zum Teil tödlich verliefen. Darauf impfte MSF im Mai rund 200'000 Menschen gegen Meningitis.

SENSIBILISIERUNG VON SCHÜLERN

FÜR HUMANITÄRE HILFE

Vom 4. bis am 27. November 2005 zeigte MSF in einer grossen Halle in Zürich die Ausstellung "Überleben auf der Flucht". Diese zeigt in einem nachgebauten Flüchtlingslager typische Unterkünfte, Trinkwasseranlagen, Latrinen und medizinische Einrichtungen wie ein Cholerabehandlungszentrum oder ein therapeutisches Ernährungszentrum. Rund 6000 Besucher – doppelt so viele wie erwartet – sahen sich die Ausstellung an. 4000 davon waren Schüler, für die MSF die Ausstellung konzipiert hatte.



Honduras: Einsatz für Strassenkinder

Tegucigalpa ist die Hauptstadt von Honduras und zählt rund eine Million Einwohner. Eine auffallend grosse Zahl von Kindern und Jugendlichen wird ihrem Schicksal überlassen und lebt auf der Strasse. MSF kennt etwa 400 Kinder und Jugendliche, die unter äusserst prekären Umständen in einer städtischen Umgebung überleben müssen, die als besonders gefährlich gilt und täglich von Gewalt erschüttert wird.

Im März 2005 hat MSF im Stadtzentrum ein Tageszentrum gegründet, wo sich das Team der Nöte dieser Kinder und Jugendlichen annimmt. Die von ihrem Leben gezeichneten, oft völlig erschöpften und zudem mittellosen Jugendlichen benötigen die kostenlose medizinische und psychologische Betreuung, die MSF anbietet, manchmal sehr dringend. Kinder und Jugendliche werden nicht nur im Zentrum betreut, sondern auch auf der Strasse.

Besonders viel Aufmerksamkeit wird sexuell übertragbaren Krankheiten und gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen geschenkt. Die Abhängigkeit der jungen Menschen von unterschiedlichen Drogen stellt für das MSF-Team eine enorme, nur schwer zu meisternde Herausforderung dar. Schliesslich setzt

sich MSF insbesondere auch dafür ein, dass medizinische Einrichtungen Strassenkinder und -jugendliche als Patienten aufnehmen.

Laut den Gesundheitsbehörden leben in Honduras 70'000 Menschen mit dem HI-Virus. 7'000 Aidspatienten benötigen dringend antiretrovirale Medikamente und 3'500 erhalten diese heute.

Das Programm in Tela für Menschen mit HIV/Aids, das MSF seit 2001 führte und in dem 300 Patienten antiretrovirale Medikamente erhielten, wurde – nach dreijähriger Vorbereitung – bis am 30. September 2005 an die staatlichen Gesundheitseinrichtungen übergeben. Allerdings musste MSF darauf mehrmals mit Notlieferungen die Medikamentenvorräte auffüllen, damit Behandlungsunterbrüche verhindert werden konnten.

Kirgisistan: Tuberkulose im Gefängnis

Kirgisistan ist eines der ärmsten Länder Zentralasiens. Tuberkulose ist hier stark verbreitet. Das Gesundheitsministerium bietet heute Pflege für Tuberkulosekranke nach dem *DOTS-System*¹. Doch die ungenügende Versorgung von



DIESE FOTO WURDE VON STRASSENKINDERN
AUFGENOMMEN, FÜR DIE MSF IN TEGUCIGALPA EIN
PROGRAMM FÜHRT.

TB-Kranken während Gefängnisaufenthalten droht diesem System zu schaden und erhöht insbesondere das Risiko, dass gegen gängige Tuberkulosemedikamente resistente Bakterienstämme verbreitet werden.

Nach mehreren Abklärungsrunden hat MSF Ende 2005 ein Projekt zur Pflege tuberkulosekranker Häftlinge begonnen. MSF arbeitet in der "Kolonie" (Strafvollzugsanstalt) Nr. 31 und im "Sizo" (Untersuchungsgefängnis) Nr. 1, die beide in der Nähe der Hauptstadt Bischkek liegen. In einem ersten Schritt soll die DOTS-Therapie in diesen Institutionen verbessert werden. Dazu wird MSF in den Bereichen Personalweiterbildung, Patienteninformation und Behandlungsvorschriften arbeiten, Medikamente liefern und Labors ausrüsten und Abläufe entwickeln, die sicherstellen, dass Haftentlassene ihre Behandlung im Rahmen des nationalen Tuberkuloseprogrammes abschliessen können.

Nach Abschluss einer Studie zur Resistenz gegen Antibiotika soll auch die Behandlung gegen multiresistente Tuberkuloseformen² angeboten werden.

Das ganze Projekt ist auf eine Dauer von mindestens fünf Jahren angelegt. Die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen ist ein wichtiger Teil des Projektes, das sehr unterschiedliche Bereiche von der Medizin bis zur Sozialhilfe berührt.

¹ **DOTS**= Directly Observed Treatment Short-course (direkt überwachte Kurzzeittherapie). Strategie, welche die WHO Anfang der neunziger Jahre für effiziente Tuberkulosebehandlung vorschlug.

² **MDR** (multi-drug resistance): Resistenz gegen Rifampicin und Isoniazid mit oder ohne Resistenz gegen weitere Medikamente (PDR – poly-drug resistance).

TUBERKULOSE

MSF Schweiz behandelte gegen Tuberkulose:

2004: 100 Patienten

2005: 600 Patienten (270 davon in Dinsor, Somalia und 267 in Dawei, Myanmar).

2006 sollen über 2000 Patienten in den Projekten in Angola, Äthiopien, Kirgisistan, Liberia, Myanmar, Somalia und Südsudan behandelt werden.

Laos: Künftig auch Aidsbehandlungen in Vientiane

Bisher gibt es in Laos nur einen einzigen Ort, an dem Menschen mit Aids mit antiretroviralen Medikamenten behandelt werden: die Virologieabteilung des Spitals von Savannakhet, wo MSF seit Juli 2003 ein Aidsprojekt führt. Mehr als 500 Patienten werden heute bereits im Rahmen dieses Projektes betreut. Um den Zugang zu Behandlung zu verbessern, wird die Dienstleistung "Test und Beratung" seit 2004 nach und nach in den 15 Distrikten der Provinz eingeführt.

Das Projekt soll auch zeigen, wie eine umfassende nationale Aidspolitik aussehen könnte, die u.a. die Behandlung von Patienten, die Ausbildung des Gesundheitspersonals und Massnahmen gegen die Stigmatisierung von Menschen mit HIV/Aids einschliesst. In diesem Zusammenhang organisierte MSF im September 2005 das zweite nationale HIV/Aids-Forum in Vientiane, um seine Erfahrung mit anderen zu teilen. Bis 2008 will MSF das Projekt Savannakhet nach und nach ganz an den Staat übergeben. Daher konzentriert sich MSF heute darauf, die Leistungen zu definieren, die für eine zufriedenstellende Pflege von Menschen mit HIV/Aids unabdingbar sind, und die Pflege so stark wie möglich zu vereinfachen.

Rund 30 Prozent der Patienten in Savannaketh stammen aus der Hauptstadt Vientiane. Daher hat MSF begonnen, dort das Krankenhaus Setthathirat ebenfalls im Bereich der Pflege von Menschen mit Aids zu unterstützen.



Liberia: Wiederaufbau

Die letzte Episode des liberianischen Bürgerkrieges schloss Ende 2003 mit dem Exil des ehemaligen Präsidenten Charles Taylor. Bis zu den Wahlen vom Oktober 2005 wurde das Land von einer aus UNO-Vertretern und der Übergangsregierung gebildeten Kommission verwaltet. Die Sicherheit wurde während dieser Zeit von 15'000 UNO-Blauhelmen gewährleistet. Zahlreiche Flüchtlinge kehrten aus Guinea, Elfenbeinküste und Ghana zurück, doch viele zögern noch. Der grösste Teil der intern Vertriebenen dürfte an ihre Heimatorte zurückgekehrt sein. Mit der Wahl von *Elle Sirleaf Johnson* zur Präsidentin konnte der Wiederaufgang jetzt definitiv beginnen.

Ende 2003 übernahm MSF die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung im Flüchtlingslager *Saclepea* (Nimba County), das im Mai 2005 noch rund 1000 Flüchtlinge aus der Elfenbeinküste beherbergt. Hier führt MSF ein Gesundheitszentrum, das bis heute in provisorischen Gebäuden funktioniert und ambulante Konsultationen (rund 2500 pro Monat), eine Pädiatrie- und Spitalabteilung für Erwachsene (300 Spitalweisungen pro Monat), eine Gebärabteilung (40 Geburten pro Monat) sowie therapeutische Ernährung für mangelernährte Kinder (rund 30 pro Monat) bietet. Seit Anfang 2006 stellt MSF hier auch die Pflege von Tuberkulosepatienten sicher.

Gleichzeitig wurde eine Frauenabteilung geschaffen, in der Schwangerschaftskontrolluntersuchungen, Familienplanung, die Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten und die medizinische Versorgung von Opfern sexueller Gewalt zusammengefasst sind. Für die Betreuung der Opfer sexueller Gewalt arbeitet MSF eng mit dem *International Refugee Council* zusammen, der sich um die psychosozialen und rechtlichen Aspekte kümmert.

Im Frühjahr richtete MSF ein Zentrum für freiwillige Aids-tests (mit Beratung) und die Behandlung von Menschen mit Aids ein. Ausserdem hat MSF mit dem Bau eines "verbessertes Gesundheitszentrums" (mit 40 Spitalbetten) begonnen, der 1997 abgeschlossen, worauf das Zentrum in die öffentliche Gesundheitsversorgung integriert werden soll.

Ausserdem unterstützt MSF mehrere Gesundheitsposten im County, insbesondere im Grenzgebiet zur krisengeschüttelten Elfenbeinküste. Im Frühjahr 2006 sind dies zwei fest installierte Gesundheitsposten in den Dörfern Zuaplay und Lepula. Der Bau zwei weiterer ist in in Dialla und NewYourpea vorgesehen, die in der Berichtsperiode einmal pro Woche mit einer mobilen Klinik versorgt werden.



EIN TEIL DER FLÜCHTLINGE KEHRT NACH
LIBERIA ZURÜCK. ANDERE ZÖGERN
NOCH.

© ALAN MEIER

Mosambik: Mehr Aidspatienten behandeln

Schätzungen gehen davon aus, dass in Mosambik rund 16% der Bevölkerung HIV-positiv sind. MSF Schweiz führt seit 2001 zwei Projekte, in denen Menschen mit Aids behandelt werden. Das eine liegt in der Hauptstadt Maputo, das andere ganz im Norden des Landes in Lichinga (Provinz Niassa). Beide Projekte umfassen medizinische Pflege inklusive antiretroviraler Therapien, die Vorbeugung der Übertragung des HI-Virus von der Mutter aufs Kind, die Behandlung opportunistischer Infektionen sowie Patienten, Prävention und Information sowie freiwillige Aidstests. In Lichinga behandelt MSF im Frühjahr 2006 rund 1500 Patienten (rund 400 erhalten ARV), in Maputo rund 8500 Patienten (rund 4000 erhalten ARV).

Diese Projekte haben klar gezeigt, dass Aidskranke auch in Entwicklungsländern erfolgreich mit dem Typ medikamentöser Therapie, der in Industrieländern eingesetzt wird – antiretrovirale Medikamente (ARV) – behandelt werden können. Heute geht es darum, die Zahl der behandelten Patienten möglichst rasch von einigen Tausend auf mehrere Zehntausend zu steigern. Diese Herausforderung kann nur gemeistert werden, wenn sie von



AIDSPATIENTIN IM MSF-TAGESSPITAL IN MAPUTO.

© MARTIN BEAULIEU

allen Organisationen gemeinsam, insbesondere auch vom mosambikanischen Gesundheitsministerium wahrgenommen wird.

MSF möchte die Aktivitäten seines Projektes in Lichinga bis Ende 2008 dem Gesundheitsministerium übergeben. Der Prozess der Integration ins öffentliche Gesundheitssystem hat bereits begonnen. Im Vordergrund steht die Ausbildung des Personals und die Dezentralisierung des Behandlungsangebotes, das auch ausserhalb des Provinzhauptortes angeboten werden soll.

In Maputo bemüht sich MSF mit dem Gesundheitsministerium um eine Dezentralisierung der Betreuung: Unkomplizierte Fälle sollen nicht mehr in den Tagesspitälern, sondern in Basis-Gesundheitszentren versorgt werden, damit mehr Kranke behandelt werden können. Zudem beteiligt sich MSF an einem Forschungsprojekt, dass eine Vereinfachung der Behandlung von gleichzeitig an Aids und Tuberkulose erkrankten Patienten untersucht.

AIDS

MSF Schweiz sieht die Herausforderung heute in:

Dezentralisierung der Behandlung. Damit kann an die Behandlung an mehr Orten angeboten und der Behandlungsort näher zum Patienten gebracht werden.

Vereinfachung der Behandlung: Die Behandlungsvorschriften sollen so gestaltet werden, dass einfache Fälle mit weniger klinischen Kenntnissen ("Pfleger statt Arzt", Einbezug der Gemeinschaften) behandelt werden können, weniger Medikamente und Laborexamen vorgesehen sind. Bedingung dazu ist ein gut funktionierendes Referenzsystem.

Integration der Patienten der MSF-Projekte ins öffentliche Gesundheitssystem.

Integration der Pflege von Aidspatienten in die Gesundheits-Grundversorgung (zum Beispiel in Dungen, DR Kongo oder Kajo Keji, Südsudan). Dazu gibt es noch kaum Erfahrung, MSF kommt eine Pionierrolle zu.

Aidsbehandlung durch MSF Schweiz:

März 2004: rund 7000 registrierte Aidspatienten, davon erhielten 1000 antiretrovirale Medikamente

Oktober 2005: 20864 registrierte Aidspatienten, von denen 7493 antiretrovirale Medikamente erhielten.

Myanmar: Hilfe für besonders Benachteiligte

Die Not von Teilen der Bevölkerung des Landes hat sich zu einer kaum bemerkten Katastrophe entwickelt. Myanmar schottet sich seit Jahrzehnten von der Aussenwelt ab. Präsenz und Einfluss der internationalen Gemeinschaft sind sehr begrenzt. MSF betrachtet es als seine Aufgabe, benachteiligte und besonders verwundbare Gruppen medizinisch zu versorgen, und arbeitet deshalb trotz der schwierigen Rahmenbedingungen im Land.

Seit dem Jahr 2000 arbeitet MSF in der Region Thanintaryi, wo die Organisation im Distrikt Dawei mehrere Einheiten zur Malariadiagnose und -behandlung betreibt. Sieben davon sind in öffentliche Kliniken integriert, weitere sind als mobile Kliniken unterwegs. Auch im Distrikt Myeik führt MSF mehrere mobile Kliniken, die zum Teil per Boot unterwegs sind. Seit 2004 betreibt MSF in Dawei ausserdem eine Aidsklinik. Im Jahr 2005 hat MSF begonnen, in immer mehr dieser Einrichtungen Malaria, sexuell übertragbare Krankheiten, Aids und Tuberkulose mit einem integrierten Ansatz zu behandeln.

MSF arbeitet seit 2004 im Kayah State, wo die Organisation beim Hauptort Loikaw und in Pasaung Kliniken betreibt und mehrere Dörfer mit mobilen Kliniken versorgt. Im Jahr 2005 behandelte MSF über 16'000 Patienten. Im Juni 2005 begann ausserdem die Ausbildung traditioneller Geburtshelferinnen mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung auch in den für MSF immer wieder gesperrten Teilen der Provinz zu verbessern. 2006 möchte MSF mit der Behandlung von Tuberkulosekranken beginnen.



Niger: Nahrungskrise

Für die Bevölkerung im südlichen Teil von Niger war 2005 ein schreckliches Jahr. Die Nahrungskrise fand lange Zeit kaum Beachtung, denn sie betraf vor allem den ärmsten Teil der Bevölkerung, während die Marktstände gefüllt blieben.

MSF Schweiz begann seinen Nothilfeinsatz in der Region Zinder im Süden des Landes im Juli 2005. Bis Ende 2005 versorgte MSF über 16'000 schwer mangelernährte Kinder unter fünf Jahren medizinisch. Dazu wurden in der Stadt Zinder und in Magaria therapeutische Ernährungszentren mit Intensivstation eingerichtet (über 4'000 Kinder) und rund zehn Orte der Provinz einmal pro Woche mit mobilen Kliniken versorgt (über 12'000 Kinder). August und September waren die kritischsten Monate, mit wöchentlich über 1000 Neuaufnahmen ins Programm. Am 23. August besuchte UN-Generalsekretär Kofi Annan das MSF-Programm in Zinder.

Für die MSF-Bewegung war der Einsatz im Niger einer der grössten Nothilfeinsätze ihrer Geschichte. Insgesamt verteilte MSF im Jahr 2005 über 8000 Tonnen Nahrungsmittel und betreute im ganzen Land mehr als 60'000 schwer mangelernährte Kinder. Auf dem Höhepunkt der Krise standen über 150 internationale Freiwillige und etwa 1500 nigerische Angestellte im Einsatz, der insgesamt über 20 Millionen Euro kostete.

Obwohl die Ernte vom Herbst 2005 in diesem Landesteil relativ gut ausfiel, geht MSF bei Redaktionsschluss davon aus, dass sich die Krise 2006 wiederholen wird – nur ihr Ausmass ist noch unklar. Zahlreiche Haushalte litten so stark unter der Krise von 2005, dass sie weiter verarmt sind. Viele mussten sich verschulden, um überhaupt Nahrung kaufen zu können. Ein grosser Teil der Ernte diente dazu, diese Schulden zurückzuzahlen. Man nimmt allgemein an, dass es zwei bis drei Jahre mit guten Ernten braucht, bis sich die Lage etwas entspannt. Die Zahl der Neuaufnahmen in die MSF-Ernährungszentren stieg bereits im Mai 2006 wieder an.

MANGELERNÄHRUNG

Seit 2003 wird die Erdnusspaste "Plumpy'Nut®" verwendet, die ohne weitere Zubereitung (weniger Probleme mit Hygiene, unsauberem Trinkwasser, usw.) verabreicht werden kann. Das erlaubte einen Paradigmawechsel bei der Behandlung von Mangelernährung. MSF unterscheidet neu nicht mehr zwischen schwerer und moderater

Mangelernährung (je nach Verhältnis von Grösse zu Gewicht), sondern zwischen unkomplizierter (Kinder mit Appetit mit Interesse für Ihre Umgebung und ohne schwere Krankheiten) und komplizierter Unterernährung (Kinder mit schweren Krankheiten). Unkomplizierte Fälle können mit mobilen Einrichtungen behandelt werden, welche die therapeutische Nahrung z.B. einmal wöchentlich abgeben und die Patienten auf Komplikationen untersuchen. Dieses Vorgehen senkt das Risiko von Infektionen mit anderen Krankheiten in spitalähnlichen Einrichtungen. Komplizierte Fälle werden in stationären therapeutischen Ernährungszentren mit Intensivstationen gepflegt. Im Sommer 2005 wandte MSF Schweiz den neuen Ansatz während des Grosseinsatzes im Niger an.



Uganda: Leben im Lager

Der seit 19 Jahren wütende Bürgerkrieg in Norduganda zwingt 90 Prozent der Bevölkerung der Distrikte Gulu, Pader und Kitgum, in unzureichend ausgerüsteten Vertriebenenlagern zu leben.

Seit 2004 bietet MSF in Gulu, im Spital Lacor, Kindern eine Unterkunftsmöglichkeit an. Bis zu 4'000 Kinder finden dort ein Dach in einer kinderfreundlichen Umgebung und Waschmöglichkeiten. Ausserdem besuchen jeden Monat 7'000 Kinder eine medizinische Konsultation. Wenn nötig, werden sie an das benachbarte allgemeine Krankenhaus überwiesen. Es steht den

Kindern ausserdem frei, sich von MSF-Sozialarbeitern oder Psychologen betreuen zu lassen.

In den Lagern Awere und Amuru, in denen rund 60'000 Vertriebene Zuflucht gefunden haben, bietet MSF medizinische Grundversorgung an und versucht, die hygienischen Bedingungen zu verbessern. Pro Monat werden rund 300 Malariapatienten mit Kombinationstherapien auf Artemisinbasis (ACT) behandelt.

In Amudat, einem kleinen Ort an der Grenze zu Kenia, pflegt MSF 60 Kala-Azar-Patienten. Da rund die Hälfte der Patienten aus dem Distrikt West Pokot in Kenia stammt, hat MSF beschlossen, dort im Jahr 2006 ein Gesundheitszentrum für die Behandlung von Menschen mit Kala-Azar einzurichten. Ausserdem hat MSF in Amudat ACT für die Behandlung von Malaria eingeführt.

Somalia: Ersatz fehlender staatlicher Strukturen

Es gibt wohl kaum andere Länder mit einem derart grossen Ungleichgewicht zwischen ungedeckten Grundbedürfnissen und tatsächlich geleisteter humanitärer Hilfe. Seit Beginn des Bürgerkrieges vor 15 Jahren wurden rund zwei Millionen Menschen vertrieben oder getötet. Auch im Jahr 2006 hat 70% der Bevölkerung keinen Zugang zu sicherem Trinkwasser oder Gesundheitsdiensten. Somalia ist immer noch eine Gesellschaft ohne Staat, in der jede einzelne Familie und jeder Klan seine Eigeninteressen vertritt und Konflikte in einem Raum ohne Ordnungskräfte oft gewaltsam austrägt. MSF versucht hier, fehlende staatliche Gesundheitsstrukturen zu ersetzen und möglichst vielen Menschen den Zugang zu qualitativ guter medizinischer Versorgung zu ermöglichen.

MSF Schweiz arbeitet seit 2002 in der Stadt Dinsor in der im Südosten Somalias gelegenen Provinz Bay, wo die Organisation die einzige Gesundheitsinfrastruktur für eine Region von rund 100'000 Einwohnern betreibt. Das Gesundheitszentrum besteht heute aus einer Bettenstation mit 60 Betten, einem Ambulatorium, wo monatlich rund 4000 Menschen versorgt werden, einem Operationssaal, wo MSF Kaiserschnitte und Notoperationen für Opfer von Gewalt vornimmt. MSF pflegt hier auch Tuberkulose- und Kala-Azar-Patienten sowie Kinder, die an einfacher oder komplizierter Mangelernährung leiden. Da in Somalia nur die

wenigsten Kinder unter fünf Jahren geimpft sind, nimmt MSF regelmässig an Masern-Impfkampagnen teil. Wegen der grossen Trockenheit führte MSF von Februar bis April 2006 in der Umgebung von Dinsor drei mobile Kliniken, um Fälle schwerer Mangelernährung früher zu entdecken.

SOMALIA IM INTERNATIONALEN GENF

Vom 15. Mai bis am 2. Juni 2005 zeigte MSF im Lichthof der Universität Genf die Fotoausstellung "Somalia:

Die vergessene humanitäre Krise" mit rund 60 Fotografien

des ukrainischen Fotografen Alexander Glyadyelov zu

Somalia. Im Anschluss organisierte MSF die Podiums

diskussion "Somalie: la résignation humanitaire"

zum Missverhältnis zwischen Bedarf an und tatsächlich

geleisteter humanitärer Hilfe in Somalia, die sich

insbesondere an die Mitarbeiter von in Genf präsenten

internationalen Organisationen und NGOs richtete.

› **Die Broschüre "Somalia, nach fünfzehn Jahren immer**

noch im Krieg" mit Lebensgeschichten von Patienten und

Mitarbeitern des MSF-Gesundheitszentrums in Dinsor ist

bei MSF Schweiz verfügbar.

Sudan: Auf dem Weg zum Frieden

Am 9. Januar 2005 unterzeichneten die Regierung von Sudan und die Sudan People's Liberation Movement (SPLM) das Friedensabkommen, das einen der längsten afrikanischen Bürgerkriege nach 21 Jahren offiziell beendete. Am 9. Juli 2005 übernahm in Khartoum eine neue Regierung der nationalen Einheit die Macht. Das Friedensabkommen sieht vor, dass der Südsudan nach sechs Jahren per Referendum über die vollständige Unabhängigkeit von Sudan abstimmt. In der im Zentrum des Landes gelegenen Provinz Abyei soll gleichzeitig ein Referendum über die Zugehörigkeit der Provinz zu Süd- oder Nordsudan durchgeführt werden.

Im Westen Sudans brach im Februar 2003 in Darfur ein weiterer bewaffneter Konflikt aus, der dazu führte, dass rund zwei Millionen Menschen vertrieben wurden oder in den benachbarten Tschad flohen. Diese Personen sind heute vollständig von humanitärer Hilfe abhängig. Am 5. Mai 2006 unterzeichneten die Regierung von Sudan und die Sudan Liberation Army in Abuja (Nigeria) ein Friedensabkommen, dem sich die ebenfalls in

Darfur basierte Justice and Equality Movement allerdings nicht anschloss.

Die Lage in Tschad kompliziert die Situation in Darfur weiter. Dort brach im April 2006 ein grösserer militärischer Konflikt aus. Rebellengruppen beider Länder benützen das Gebiet auf der jeweils anderen Seite der Grenze als Rückzugsgebiet und militärische Basis.

Da im Lager El Geneina mittlerweile viele Hilfsorganisationen arbeiten, konnte sich MSF schrittweise von dort zurückziehen und sich auf Habilah (Gesundheitszentrum mit Bettenstation und ambulanten Konsultationen, spezialisierte Pflege für Frauen und therapeutische Ernährung) und Kerenek (Bettenstation mit 30 Betten, ambulante Konsultationen) konzentrieren. Das Programm in Kerenek soll so bald wie möglich an eine längerfristig arbeitende Organisation übergeben werden, da die Lage in der Gegend relativ stabil ist. Im April 2006 begann MSF abzuklären, ob im Süden oder Norden von El Geneina weitere Projekte entlang der Grenze zu Tschad notwendig und machbar sind.

Anfang 2006 begann MSF in Abyei ein neues Projekt, da hier eine grosse Zahl von Rückkehrern erwartet wird und die vorhandenen Gesundheitseinrichtungen in schlechtem Zustand sind. In einem ersten Schritt unterstützt MSF Konsultationen im Spital von Abyei mit Personal und liefert Medikamente.

Die Programmleitung für den Südsudan wurde bis Ende März schrittweise von Nairobi nach Juba (die neue Hauptstadt des Südsudans) verlegt.

MSF arbeitet seit 1996 im Krankenhaus in Marial Lou. Die Einrichtung bietet 45 Betten, externe Konsultationen und Notfallchirurgie. In einem Ernährungszentrum mit 130 Plätzen konnten zwischen Mai und September 2005 rund 800 Kinder mit schwerer Unterernährung behandelt werden. Zusätzlich wurden rund 1'700 moderat mangelernährte Kinder in einem mobilen Programm versorgt und im August Nahrungsmittel an rund 5000 Kinder in Marial Lou und Paliang verteilt.

MSF ist auch im Referenzspital der Provinz Kajo Keji tätig. Dieses Spital zählt 140 Betten und bietet medizinische Grundversorgung sowie Chirurgie an. In diesem Jahr wurden dort 50 Aidspatienten (von denen 27 antiretrovirale Medikamente erhielten), 72 Tuberkulosekranke und 200 Menschen mit Schlafkrankheit



behandelt. Kajo Keji ist das bisher einzige Spital im Südsudan, in dem Behandlung für Aidspatienten verfügbar ist.

In der gegenwärtigen Phase des Wiederaufbaus plant MSF die Übergabe dieser beiden Programme an andere Entwicklungsorganisationen, die langfristig im Einsatz bleiben. Die Priorität in der Arbeit der MSF-Teams liegt nun darin, die Projekte korrekt zu übergeben, so dass die Patienten unter unserem Rückzug nicht zu leiden haben.

Parallel dazu klären die medizinischen Teams die Situation in besonders instabilen Gebieten ab. Es sind dies vor allem Gebiete, in die nun eine grosse Zahl von Vertriebenen zurückkehren wird und in denen die Versorgungsquellen nach über zwei Jahrzehnten Krieg sehr knapp geworden sind.

In Yei leistete MSF im Februar 2006 einen Notfalleinsatz nach einem Choleraausbruch. MSF installierte gegenüber dem Stadtspital ein Cholerabehandlungszentrum, wo 145 Patienten mit Verdacht auf Cholera behandelt wurden.

Schweiz: Neues Projekt "Meditrina" in Zürich

Nach intensiven Abklärungen vom Frühjahr 2004 bis Winter 2004/05 ist MSF zum Schluss gekommen, dass auch in der grössten Stadt der Schweiz viele Menschen ohne jegliche medizinische Hilfe auskommen müssen.

Im Januar 2006 eröffnete MSF deshalb die Anlaufstelle "Meditrina", die als Türöffner zum normalen Gesundheitsdienst funktioniert: Patienten werden untersucht und falls nötig weiterverwiesen. Meditrina arbeitet mit einem Netzwerk von Ärzten, Apothekern, Spitälern und Labors zusammen.

Dieses Projekt folgt auf ein ähnliches, das MSF in Fribourg führte und im November 2004 an den Verein "Fri-Santé" übergab.

MSF Schweiz

vor 25 Jahren

ERINNERUNGEN

EINER FREIWILLIGEN,

DIE MSF SCHWEIZ

SEIT DEN ANFÄNGEN

BEGLEITET

Es waren einmal ...

- › eine kleine Wohnung (im Erdgeschoss, links) im Genfer Quartier Champel,
- › ein Schild mit der Aufschrift "Médecins Sans Frontières, Öffnungszeiten: morgens von 9 bis 12 Uhr",
- › ehrenamtliche Helfer, die sich im Bereitschaftsdienst abwechselten,
- › eine Präsidentin, die gleichzeitig verantwortlich war für Personal, Einsätze und Kommunikation,
- › gebrauchte und geschenkte Bürostühle und -tische,
- › ein Telefon,
- › eine mechanische Schreibmaschine, die ein Jahr später durch eine elektronische ersetzt wurde (oh du Höllenmaschine, wie hast du einigen Angst eingejagt!),
- › ein Kartonregister aus dem Ausverkauf,
- › Freiwillige in Ladakh, wo MSF Schweiz zusammen mit MSF Frankreich seinen damals einzigen Einsatz durchführte (Aber wo lag Ladakh überhaupt? Was machten die Freiwilligen dort? Wie konnte man mit ihnen kommunizieren?),
- › Schweizer Ärzte und Krankenschwestern im Einsatz für andere Sektionen (Wo genau?),
- › zwei geschenkte Matratzen, die wir zusammen mit Croissants den Besuchern anderer Sektionen anbieten konnten,
- › Medikamentenspenden zum Aussortieren (inklusive halber Tabletten und alter Eisbehälter aus Plastik!),
- › ein Kassenwart (der sich mehr für Hieroglyphen als für den Computer begeisterte, den wir uns später anschafften),
- › ein Budget von CHF 200'000 bis CHF 300'000 pro Jahr für allgemeine Unkosten,
- › eine Freiwillige für die Redaktion unserer Zeitschrift und die Mittelbeschaffung
- › und eine kleine Holzbox mit alphabetisch geordneten Karteikarten, auf denen wir Spender und Spenden sorgfältig eintrugen.

Das war MSF im Jahr 1984.

Dann wurde MSF grösser ...

Die neue Präsidentin (sie arbeitete im Krankenhaus und kam während der Pausen und abends ins Büro) und die ehrenamtlichen Mitarbeiter entwickelten MSF weiter. Der Bereitschaftsdienst - noch immer von zwei Freiwilligen sichergestellt - bestand vor allem darin, telefonisch Fragen zu beantworten: "Wie kann ich für MSF an einen Einsatz reisen?", "Mein Sohn hat Probleme. Könnte er nicht für MSF arbeiten, sei es auch nur als Putzmann?", "Ich möchte gerne andere Kulturen kennen lernen und habe einen Monat frei. Können Sie mich einsetzen?", "Wie kann man Kleider und Medikamente in Entwicklungsländer senden?", etc.

Eines Tages bot sich die Gelegenheit, einen Computer zu einem unschlagbar günstigen Preis zu erwerben. Unser manuelles Buchungssystem musste weichen. "Mit dem Computer können wir die Zahlungseingänge besser überwachen", meinte unser Buchhalter (sie bestanden aus fünf Franken da, zwanzig Franken dort und ab und zu einer Subvention). Aber wie funktionierte dieser Computer? Zum Aufstarten (im Schnitt zehn Minuten) und Arbeiten daran musste oft telefonische Hilfe beigezogen werden!

Als auf einem See in Kamerun ein MSF-Boot samt Ladung kenterte, kauften wir uns einen Telex. So konnten wir einfacher mit unseren Mitarbeitern im Ausland in Kontakt treten.

Ein neuer Leiter, eine Teilzeitsekretärin und mehrere Projektverantwortliche stiessen zum Team. Wir verzeichneten Zahlungseingänge, eröffneten eigene Programme und kauften eine zweckdienliche Büroeinrichtung. Die Sektion wuchs schnell und war schliesslich für Einsätze gerüstet. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter blieben noch lange Zeit auf verantwortungsvollen Posten.

Es folgten der Umzug ins Genfer Quartier Carouge, an die Rue du Lac, und schliesslich an die Rue de Lausanne. Heute, im Jahr 2006, beschäftigt MSF rund 100 Angestellte an seinem Sitz in Genf und besitzt auch ein Büro in Zürich. Rund fünfzehn ehrenamtliche Mitarbeiter helfen regelmässig oder gelegentlich in Genf, Zürich oder Bern aus. MSF führt in immer mehr Ländern Einsätze durch. Neue Programme werden eröffnet, andere abgeschlossen.

Weiterhin alles Gute, MSF!

Christiane Roth



Bericht des Kassiers

ZUR RECHNUNG 2005

Die Jahresrechnung 2005 gibt einen Überblick über unsere kontinuierliche Arbeit in den 25 Einsatzländern und in unseren Büros in Genf, Bern und Zürich.

Die Jahresrechnung von MSF Schweiz wurde dieses Jahr zum ersten Mal gemäss den *Swiss GAAP FER* Fachempfehlungen zur Rechnungslegung abgeschlossen. Dadurch sind die finanziellen Informationen über unsere Tätigkeit umfassender geworden; Indikatoren und Statistiken geben eine bessere Übersicht.

Die Jahresrechnung von MSF Schweiz widerspiegelt sowohl die Entwicklung als auch die Vielfalt unserer Operationen: die Schlüsselprojekte, die neuen operationellen Kapazitäten und die sanierte Finanzlage.

87% der Ausgaben fliessen direkt in die humanitäre Arbeit

MSF Schweiz konnte 2005 mehr als 87% des Aufwands für seinen sozialen Auftrag verwenden, das heisst für die Durchführung der medizinischen Projekte (84%) sowie die Zeugenberichte und anderen humanitären Aktivitäten (zusammen 3%).

Der Aufwand für die Projekte belief sich 2005 auf rund 63 Mio. CHF, das sind 24% mehr als 2004.

Dieses Wachstum ist hauptsächlich auf die Notfalleinsätze zurückzuführen, die mit 17 Mio. CHF zu Buche stehen (siehe Kasten 1). Die permanenten Projekte stellen mit insgesamt 27 Mio. CHF für 2005 den Hauptteil unserer Aktivitäten dar: Einsätze in schwer zugänglichen Krisengebieten, Behandlung von Infektionskrankheiten wie Malaria, HIV/Aids und Tuberkulose. 2005 führte MSF Schweiz 49 Projekte in 25 Ländern durch, darunter auch in der Schweiz.

Medizinische Projekte in Notfallsituationen und unter instabilen Zuständen brauchen eine ausgereifte Organisation: Zu den Projektkosten hinzu kommen die Kosten der Teams, die die Projekte koordinieren, die Kosten für die medizinische und logistische Unterstützung, für die Verwaltung und die Leitung der Einsätze: insgesamt rund 7.7 Mio. CHF, 10% des Gesamtbudgets.

Weitere humanitäre Aktivitäten sind die Zeugenberichte, die Kampagne für einen Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten und die Entwicklung von Behandlungsprotokollen für vergessene Krankheiten; sie machen rund 2% unseres Aufwands aus.

Bleiben schliesslich noch die Betriebskosten von MSF Schweiz (Öffentlichkeitsarbeit, Mittelbeschaffung und Verwaltung); wir bemühen uns, diese auf ein vernünftiges Niveau zu beschränken. 2005 waren es rund 13% des Aufwands, wie Grafik 2 zeigt.

Unsere Finanzierung hängt weiterhin von Ihrer Unterstützung ab

Die Arbeit von MSF Schweiz wird hauptsächlich durch die Sammlung privater Spenden im Inland und (über die anderen MSF-Sektionen) im Ausland ermöglicht: fast 84% der Gelder stammen von privaten Spendern; die öffentlichen Beiträge machen rund 15% der Einnahmen aus.

Im Jahr 2005 erwirtschaftete MSF Schweiz einen Einnahmenüberschuss, der es der Organisation erlaubte, die Reserven aufzustocken. Ende Dezember 2005 belief sich das Vermögen auf rund 4 Monate an Ausgaben. Diese Reserven sind unerlässlich, um in Notfällen sofort reagieren und den Fortbestand unserer permanenten Projekte gewährleisten zu können; dies sind wir unseren Patienten schuldig.

Wir möchten deshalb den ca. 182'700 Schweizer Privatpersonen herzlich danken, die unserer Organisation 2005 eine Spende zukommen liessen. Unser Dank geht aber auch an die Hunderttausende Spender im Ausland, die unsere humanitären Projekte über die Partnersektionen mitfinanziert haben.

Dank an dieser Stelle auch den 736 in den Einsatzgebieten tätigen Freiwilligen und den 2'760 vor Ort rekrutierten Mitarbeitern, die an unseren Projekten mitgearbeitet haben.

Karim Laouabdia

Kassier

Die Jahresrechnung von MSF Schweiz kann im Internet auf französisch, deutsch oder englisch eingesehen werden: **www.msf.ch**.

DIE NOTFALLEINSÄTZE 2005

Nach dem Tsunami, der am 26. Dezember 2004 die Küsten Südostasiens verwüstete, waren die Teams von MSF Schweiz schnell zur Stelle, um den Einheimischen Soforthilfe zu leisten, zuerst in Sri Lanka und dann auch auf Sumatra. Insgesamt beliefen sich die Kosten für diese Projekte auf 5.3 Mio. CHF.

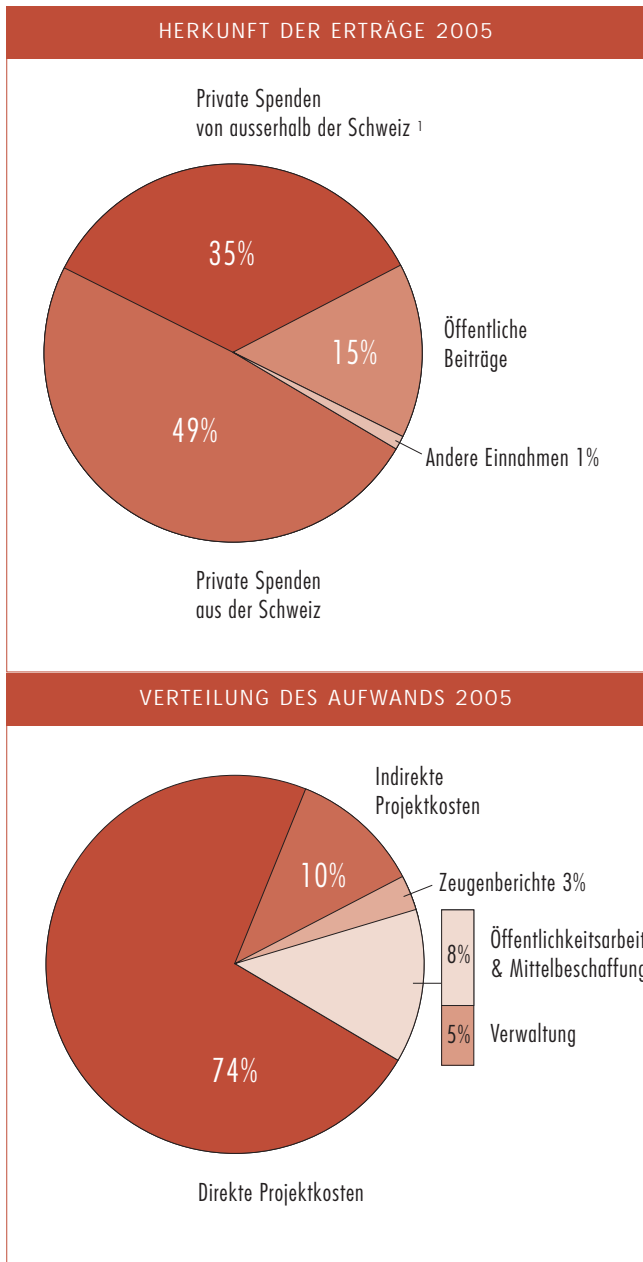
Der Einsatz im Niger war durch das Ausmass der Ernährungskrise und die umfangreichen Mittel, die bereitzustellen waren, von den ersten Tagen an so etwas wie ein "Sonderkommando". Zwischen Juli und Dezember 2005 wurden in den Gesundheitszentren und mobilen Kliniken von MSF Schweiz mehr als 16'300 Kinder mit schwerer Mangelernährung behandelt. Die Kosten des Einsatzes beliefen sich auf 9.3 Mio. CHF. 212 Freiwillige wurden für diesen Einsatz verpflichtet – oft für sehr kurze Zeiträume – und vor Ort fast 240 lokale Mitarbeiter rekrutiert.

Weitere Notfalleinsätze haben das Jahr 2005 geprägt: Der Einsatz von MSF Schweiz beim Wiederaufflammen der Kämpfe in der Region des Albertsees (Demokratische Republik Kongo) im Frühjahr 2005, die Reaktion auf die Nahrungsmittelkrise im Südsudan, punktuelle Einsätze in Äthiopien, Angola und insbesondere in Guatemala: Insgesamt machten die Notfalleinsätze annähernd 24% des Gesamtaufwands von MSF Schweiz aus.

DIE MSF- BEWEGUNG

MSF Schweiz ist Teil der internationalen MSF-Bewegung. Im Jahr 2004 wurde zum ersten Mal eine konsolidierte Jahresrechnung aller Sektionen der MSF-Bewegung erstellt und geprüft; diese kann auf der internationalen Website von MSF eingesehen werden (www.msf.org). Die nachstehende Tabelle gibt eine Übersicht über den Umfang der Einsätze der gesamten MSF-Bewegung für die Jahre 2004 und 2003.

BILANZ INTERNATIONALE MSF-BEWEGUNG		
in Tausend EURO	2004	2005
Gesamtertrag	458'128	381'866
Davon: Private Spenden	342'837	288'314
Aufwand		
Projektkosten	-321'453	-285'917
Zeugenberichte und andere humanitäre Aktivitäten	-22'415	-22'344
Mittelbeschaffung	-49'217	-42'957
Verwaltung und Verschiedenes	-30'850	-31'049
Gesamtaufwand	-423'935	-382'267
Ergebnis	34'193	-401



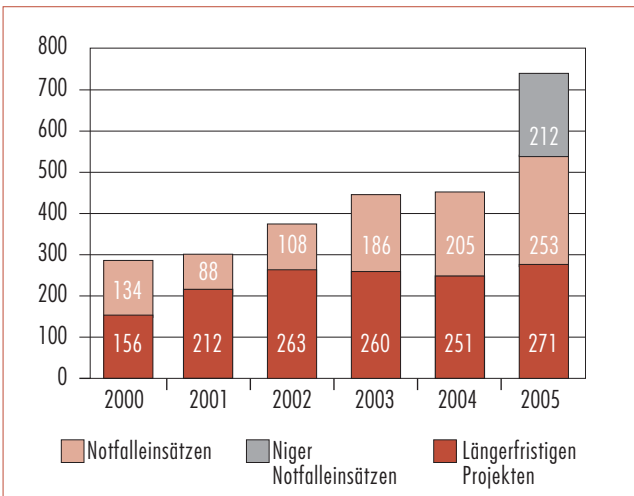
¹ Private Spenden, die von anderen MSF-Sektionen gesammelt wurden

Human Resources

ZAHL DER EINSÄTZE EXPATRIERTER, 2000 – 2005

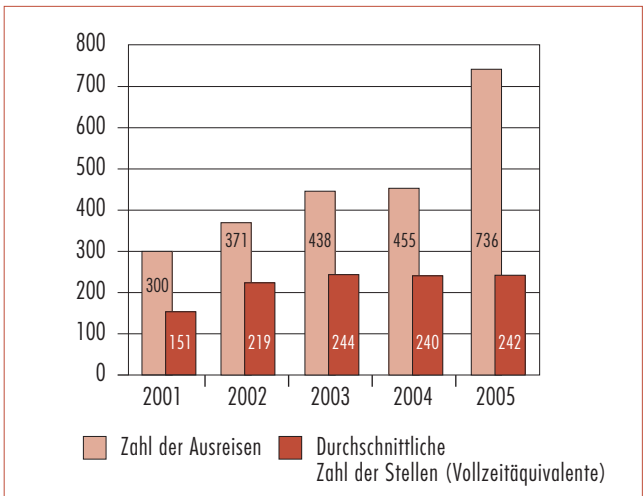
Einsätze in:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Längerfristigen Projekten	156	212	263	260	251	271
Niger 2005 Notfalleinsätzen						253
Notfalleinsätzen	134	88	108	186	205	212
Total	290	300	371	446	456	736



DURCHSCHNITTLICHE STELLENZAHL (EXPATRIIERTE) UND AUSREISEN 2001 – 2005

	2001	2002	2003	2004	2005
Zahl der Ausreisen	300	371	438	455	736
Durchschnittliche Zahl der Stellen (Vollzeitäquivalente)	151	219	244	240	242



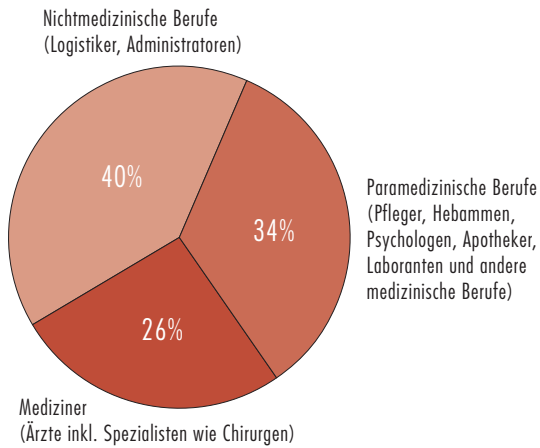
ANZAHL STELLEN (VOLLZEITÄQUIVALENT) PRO PROGRAMM, EXPATRIIERTE, 2005

Land	0	10	20	30
DR Kongo				30.1
Niger				22.2
Nordsudan				21.5
Uganda			15.5	
Südsudan			15.1	
Indonesien			13.3	
Mosambik			13.1	
Angola			12.2	
Myanmar			11.2	
Guinea		9.9		
Äthiopien		9.8		
Kamerun		8.8		
Liberia		7.2		
Honduras		5.8		
Guatemala		5.7		
Burundi		5.1		
Laos		5.0		
Somalia		5.0		
Philippinen		2.4		
Kirgisistan		1.8		
Sri Lanka		1.7		
Bulgarien		0.7		

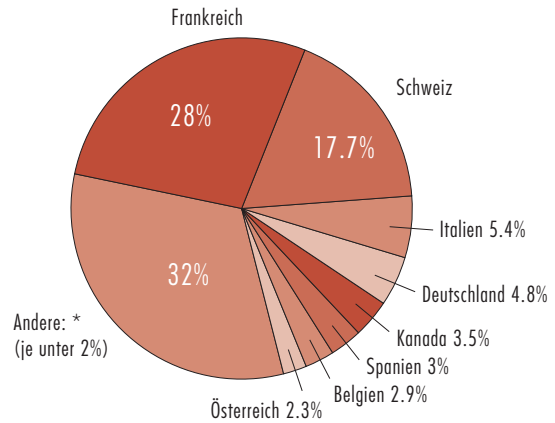
ANZAHL STELLEN (VOLLZEITÄQUIVALENT) PRO PROGRAMM, VOR ORT ANGESTELLTES PERSONAL, 2005

Land	0	150	300	450
DR Kongo				444
Niger			238	
Nordsudan			276	
Uganda		163		
Südsudan			397	
Indonesien	29			
Mosambik		115		
Angola		164		
Myanmar		151		
Guinea		205		
Äthiopien		107		
Kamerun		72		
Liberia		176		
Honduras		33		
Guatemala		31		
Burundi		48		
Laos		24		
Somalia		70		
Philippinen	4			
Kirgisistan	2			
Sri Lanka	3			
Bulgarien	6			
Afghanistan	2			
Schweiz	1			

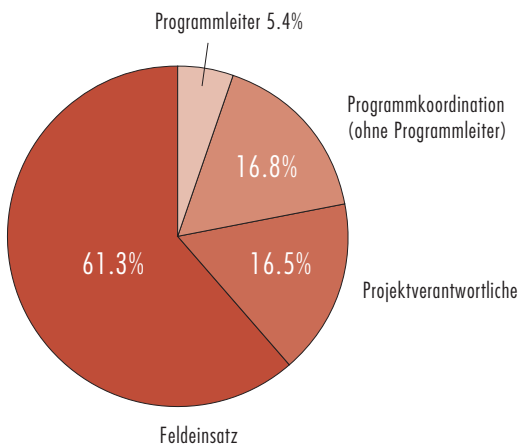
EXPATRIIERTE NACH BERUFSGRUPPEN, 2005



NATIONALITÄT DER EXPATRIIERTEN, 2005



EXPATRIIERTE NACH FUNKTION, 2005

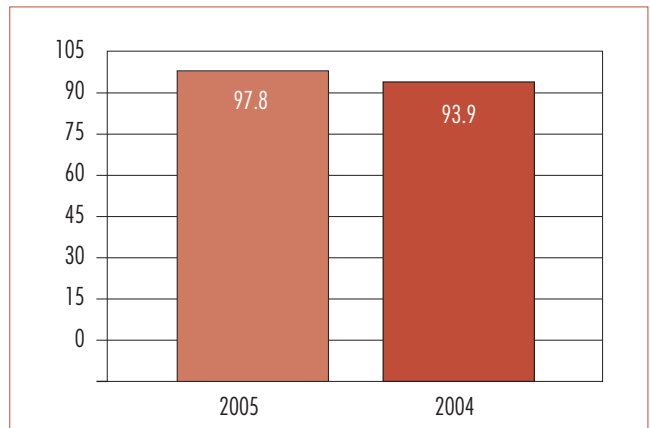


* Afghanistan, Algerien, Angola, Argentinien, Aserbaidschan, Äthiopien, Australien, Benin, Bulgarien, Burkina Faso, Burundi, China, Dänemark, Demokratische Republik Kongo, Elfenbeinküste, El Salvador, Griechenland, Guinea, Holland, Hong Kong, Indien, Indonesien, Irak, Japan, Kenia, Kolumbien, Kongo, Litauen, Luxemburg, Malawi, Mali, Marokko, Neuseeland, Nicaragua, Nigeria, Norwegen, Kuba, Peru, Philippinen, Portugal, Ruanda, Rumänien, Russische Föderation, Schweden, Singapur, Sri Lanka, Sudan, Tschechische Republik, Türkei, Uganda, Usbekistan, Vereinigte Staaten, Vereinigtes Königreich

Insgesamt 62 verschiedene Nationalitäten

IN DER SCHWEIZ ANGESTELLTES PERSONAL (VOLLZEITÄQUIVALENT)

Jahr	2005	2004
Personal (Vollzeitäquivalent)	97.8	93.9



Dank

An dieser Stelle möchten wir all unseren Spenderinnen und Spendern für ihre treue Unterstützung während des letzten Jahres herzlich danken. Es fehlt uns der Platz, um sie allenamtlich zu erwähnen, aber dadurch wird unser Dank nicht kleiner. Unser Dank geht auch an alle Freunde von Médecins Sans Frontières, die anonym bleiben wollen. Ihr Engagement an unserer Seite freut uns sehr, denn nur dank diesem Engagement können wir uns weltweit für Menschen in Not einsetzen.

Folgende Institutionen und Regierungen unterstützen unsere Projekte:

Europäische Union (ECHO)
Schweiz (DEZA)
Vereinigtes Königreich (DFID)
Norwegen
Kanada
Irland
Schweden
Holland
UNAIDS
Stiftung Anesvad
Region Veneto (Italien)
OXFAM
Region Verona (Italien)

Ein herzliches Dankeschön geht an folgende Unternehmen, Kantone, Gemeinden und Institutionen für ihre Spenden oder Finanzierung unserer Projekte (im Zeitraum Juni 2005 – Mai 2006)

Fundacion Salamander, Zürich

Kanton Basel-Stadt

Kanton Bern

Kanton Zürich

Leopold Bachmann Stiftung, Rüslikon

Santag Stiftung, Vaduz

von Duhn Stiftung, Vaduz

sowie:

Alfred M. Hanka-Stiftung, Vaduz

Alfred Richterich Stiftung, Laufen

Alpha Associates AG, Zürich

Apotheke Zur Rose, Steckborn

ASP Inteco AG, Winterthur

Association des Anciens de l'O.M.S.,
Genève

Baumer Electric AG, Frauenfeld

Blaser Swisslube AG, Hasle-Rüegsau

Bodensee Madrigalchor, Kreuzlingen

Bolliger & Mabillard, Monthey

Breitling SA, Grenchen

Budliger Treuhand AG, Zürich

Bürger- und Forstverwaltung der

Gemeinde Härkingen

Cargill International SA, Genève

Caterpillar Excel Team, Genève

Cendres & Métaux SA, Bienne

Christian Bachschuster Stiftung Jona,
Goldach

Christl. Seelsorgestelle, Brugg AG

COFRA Holding, Zug

Commune de Cologny

Commune de Plan-les-Ouates

Commune de Troinex

Commune du Grand-Saconnex

Commune Meyrin

Consa Treuhand AG, Zürich

Dietrich, Baumgartner & Partner, Zürich

Dismas-Stiftung, Schwyz

Dr. Schlegel Healthworld AG,

Steinhausen

DSM Nutritional Products Ltd., Basel

Eduran AG, Zürich

Elisabeth Nothmann Stiftung, Zürich

Etablissement Stabro, Vaduz

Evang. Ref. Kirchgemeinde Zürich-Seebach

Fageb Verwaltungs AG, Jona

Famille Nicod, Lausanne

Finanziaria Indosuez International Sa,
Lugano

Fondation Abouzeid, Genève

Fondation Agnès Delachaux, Neuchâtel

Fondation Pierre Demaurex, St-Sulpice VD

Fondation pour l'aide humanitaire, Pully

Fondazione Renato Grandi, Vaduz

Forum Buchs, Buchs

Frama AG, Lauperswil

Ge Healthcare Finland Oy, Helsinki

Gemeinde Berikon, Berikon

Gemeinde Küsnacht ZH

Gemeinde Meilen

Gemeinde Teufen AR

Gemeinde Wallisellen

Gemeinde Wettingen

Gemeinde Zollikon

GfK Growth from Knowledge, London

Glencore International AG, Baar

Göldi AG, Flurlingen

GSI Gerber & Schmassmann

Informatik AG, Köniz

Hamasil Stiftung, Zürich

Hartlaub Familienstiftung, Vaduz

Hatch Foundation, Schaan

Heggli + Co AG, Zürich

Huwa Finanz & Beteiligungs AG,
Appenzell

Infometis AG, Zürich

Ivoclar Vivadent AG, Schaan

JPI Direct Marketing AG, Bonstetten

Kanton Aargau

Kanton Uri

Kath. Kirchgemeinde Wattwil

Kath. Pfarramt Landquart

Kath. Pfarramt St. Michael, Zug

Kepler Equities Switzerland, Zürich

Kern Concept AG, Gossau SG

Kirchgemeinde Vechingen, Boll

Kosibro Stiftung, Mels

Liberties Strategic Services Ltd., Genève

Lovebrigde Foundation, Vaduz

Marc Rich Foundation, Luzern

Martin Nösberger Stiftung, St. Antoni
 Medtronic (Suisse) SA, Tolochenaz
 Neuapostolische Kirche Schweiz, Zürich
 Perestroika-Stiftung, Schaan
 Process Partner AG, St. Gallen
 Provisa AG, Uitikon Waldegg
 Raab-Verlag und Versandhandel OHG,
 Krailing
 Raiffeisenbank Wattwil
 Ref. Kirchgemeinde Wallisellen
 Reprofotografie Ruedi Gysin AG, Zürich
 Rimoldi & Bergamini Sa, Lugano
 Rolf Hänggi AG, Grenchen
 S + M Architekten AG, Zürich
 Schiller AG, Baar
 Sfaslia Familien-Stiftung, Vaduz
 Société Privée de Gérance, Genève
 Soltop Schuppisser AG, Elgg
 Sotronik GmbH, Winterthur
 Stadt Sursee
 Stadt Zug
 Stiftung Bredroli, Zürich
 Stiftung C. & H. Vetter Erben, Mörschwil
 Stiftung Fürstlicher Kommerzienrat
 Guido Feger, Vaduz
 Stiftung Sanitas Davos
 Stone Age Gems Ltd, Schönbühl-
 Urtenen
 T2B AG, Basel
 Télésonique SA, Genève-Aéroport
 The Dalai Lama In Switzerland Ass.,
 Zürich
 The Herrod Foundation, Montreux
 The Kernco Foundation, Genève
 The Nova Charitable Trust, Nassau
 The Tanner Trust, Oxford UK
 Trustees of the Awareness, Vaduz
 Tschikali Stiftung, Herrliberg
 Union des Associations Européennes de
 Football, Nyon
 Victorinox AG, Schwyz
 Ville de Genève
 Ville d'Onex
 Voegeli & Wirz AG, Bienne
 Volkart Stiftung, Winterthur
 Wärtsilä Schweiz AG, Winterthur

Wilhelm-Schulthess-Stiftung, Zürich
 Xamas Associated Corp., Zürich
 Xerof Financial Services SA, Genève

Aus Diskretionsgründen publizieren wir
 die Namen privater Gönner nicht.

**Ein spezielles Dankeschön geht an die
 ehrenamtlichen Mitarbeiter, die uns
 Jahr für Jahr in den verschiedensten
 Bereichen unterstützen.**

**Die folgenden Personen haben 2005
 nicht weniger als 3'686 Stunden
 Freiwilligenarbeit in unseren Büros in
 Genf, in Zürich und während unseren
 diversen Veranstaltungen geleistet:**

BEGER Gudrun
 BERTSCHI Lisbeth
 BINGLER Viola
 BODMER Robert
 CHIESA Nathalie
 CHOISY Hervé
 CONSOLI Paolo
 DRÄYER Jürg
 DREYER Brigitte
 EISERBECK Susi
 ESCHER Judith
 FAUST Helga
 FEUZ Ursula
 FREI Edith
 HERZOG Gabi
 KAPPELER Ueli
 KLINER Francesco
 MANNINI Antonella
 MARCOVICI Peggy
 MATTHEY Claire
 MOZZINI Andrea
 PALLIE Jonathan
 PIEMONTESE DE SASSI Laura
 PFEFFERKORN Nelly
 PRETRE Monique
 RASMUSSEN Thérèse
 ROTH Christiane
 SALEWSKI Gudrun

SCHNIGGENDILLER Katrin
 STRICKER Katharina
 TEL Elise
 TERRERI VITAGLIANO Maria
 TSCHANNEN Anja
 VITAGLIANO Maria
 ZÜRCHER Sue

Ein grosses Dankeschön geht an die
 Personen, Institutionen, Vereine und
 Unternehmen, die uns auf verschiedenste
 Weise unterstützt haben.

Ein spezielles Dankeschön geht an alle,
 die zur Organisation der diesjährigen
 Generalversammlung beigetragen
 haben.

Herzlichen Dank an unsere Spender,
 ohne deren Unterstützung wir unsere
 Arbeit nicht verrichten könnten.

Schliesslich danken wir den
 Kirchgemeinden, die uns unterstützen
 und den Familien, die beim Ableben
 eines Nächsten die Trauergemeinde auf-
 fordern, anstelle von Blumengeschenken
 MSF zu unterstützen.

Wir bitten, allfällige unterlassene
 Danksagungen zu entschuldigen.

Der Vorstand

Der Vorstand Juni 2005 - Mai 2006

Isabelle Segui-Bitz, *Präsidentin*

Marc Joly, *Vizepräsident*

Laure Delcros, *Sekretärin*

Dr. Karim Laouabdia, *Kassier*

Dr. Antoine Chaix

Dr. Jürg Dräyer

Chus Alonso Lomard

Gérald Massis

Dr. Nathalie Metzger

Dr. Reinhard Dörflinger

(ab August 2005, vom Vorstand kooptiertes Mitglied)

Der Vorstand ab Mai 2006

Isabelle Segui-Bitz, *Präsidentin*

Marc Joly, *Vizepräsident*

Laure Delcros, *Sekretärin*

Dr. Karim Laouabdia, *Kassier*

Dr. Antoine Chaix

Dr. Jürg Dräyer

Dr. Christophe Fournier

Gérald Massis

Dr. Nathalie Metzger

Lisa Langbein (vom Vorstand kooptiertes Mitglied)



DIE CHARTA VON MÉDECINS SANS FRONTIÈRES

Médecins Sans Frontières ist eine private internationale Organisation. Die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Ärzte und Pflegekräfte, aber auch Vertreter zahlreicher anderer Berufe unterstützen aktiv die Arbeit. Sie verpflichten sich ehrenwörtlich auf folgende Grundsätze:

Die Charta von Médecins Sans Frontières:

Médecins Sans Frontières 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, philosophischen oder politischen Überzeugung.

Im Namen der universellen medizinischen Ethik und des Rechts auf humanitäre Hilfe arbeitet Médecins Sans Frontières neutral und unparteiisch und fordert völlige und ungehinderte Freiheit bei der Ausübung seiner Tätigkeit.

Die Mitarbeiter von Médecins Sans Frontières 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 Médecins Sans Frontières der Risiken und Gefahren ihrer Einsätze bewusst und haben nicht das Recht, für sich und ihre Angehörigen Entschädigungen zu verlangen, ausser denjenigen, die Médecins Sans Frontières zu leisten imstande ist.

