Das Sphere-Handbuch

Humanitäre Charta und Mindeststandards in der humanitären Hilfe

Sphere

Ausgabe 2018

Copyright

Das Sphere-Handbuch

Humanitäre Charta und Mindeststandards in der humanitären Hilfe

ÜBER SPHERE

DIE HUMANITÄRE CHARTA

GRUNDSÄTZE ZUM SCHUTZ

CORE HUMANITARIAN STANDARD

WASSER-, SANITÄRVERSORGUNG & HYGIENEAUFKLÄRUNG

NAHRUNGSMITTELSICHERHEIT UND ERNÄHRUNG

NOTUNTERKÜNFTE UND SIEDLUNGEN

GESUNDHEIT

Copyright

Sphere Association
Rue de Varembé 3
1202 Genf, Schweiz
E-Mail: info@spherestandards.org
Website: www.spherestandards.org

Copyright © Sphere Association, 2018
Copyright für den Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability © CHS Alliance, Sphere Association und Groupe URD, 2018

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Dokument ist urheberrechtlich geschützt, darf jedoch kostenlos für Bildungszwecke, einschließlich Ausbildungs-, Forschungs- und Programmaktivitäten, vervielfältigt werden, sofern der Urheberrechtsinhaber genannt wird. Es ist nicht für den Weiterverkauf bestimmt. Für die Vervielfältigung für andere Zwecke, die Veröffentlichung im Internet, die Wiederverwendung in anderen Veröffentlichungen oder die Übersetzung bzw. Anpassung muss eine vorherige schriftliche Genehmigung per E-Mail an info@spherestandards.org eingeholt werden.

Ein Katalogdatensatz für das englische Original dieser Publikation ist bei der British Library und der US Library of Congress erhältlich. Belegexemplare dieser Ausgabe befinden sich bei der Landesbibliothek Bonn und der Deutschen Nationalbibliothek in Leipzig.

ISBN 978-3-88579-926-9 (Druck)
ISBN 978-3-88579-927-6 (PDF)

Zitierweise: Sphere Association. *Das Sphere-Handbuch: Humanitäre Charta und Mindeststandards in der humanitären Hilfe*, Ausgabe 2018, zweite deutsche Ausgabe, Bonn, 2019.
https://www.spherestandards.org/handbook/editions

Das Sphere-Projekt wurde 1997 von einer Gruppe von NRO und der Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung ins Leben gerufen, um eine Reihe universeller Mindeststandards in Kernbereichen der humanitären Hilfe zu entwickeln: Das Sphere-Handbuch. Ziel des Handbuchs ist es, die Qualität der humanitären Hilfe in Katastrophen- und Konfliktsituationen zu verbessern und die Rechenschaftspflicht der humanitären Hilfe gegenüber den von der Krise betroffenen Menschen zu verbessern. Die Humanitäre Charta und die Mindeststandards in der humanitären Hilfe sind das Produkt der gemeinsamen Erfahrungen zahlreicher Menschen und Organisationen. Sie sollten daher nicht als Vertretung der Ansichten einer einzelnen Organisation betrachtet werden. Im Jahr 2016 wurde das Sphere-Projekt als Sphere Association registriert.

Dankenswerterweise hat das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland Übersetzung und Druck dieses Handbuchs finanziell unterstützt.

Koordinierung der deutschen Übersetzung: Dr. Markus Moke und Nicolas Stappert, Aktion Deutschland Hilft e.V., Bonn
Übersetzung: CPSL Language Services, Barcelona
Übersetzung des Core Humanitarian Standard: Islamic Relief Deutschland e.V., Köln
Fachlektorat: Prof. Dr. Hans-Joachim Heintze, Institut für Friedenssicherungsrecht und Humanitäres Völkerrecht (IFHV), Ruhr-Universität Bochum
Endlektorat: Sphere Focal Points Deutschland: Dr. Oliver Hoffmann (Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.), Axel Schmidt (ASB Deutschland e.V.), Dr. Markus Moke (Aktion Deutschland Hilft e.V.)
Korrektorat: Kerstin Salvador, Berlin
Design: Non-linear Design Studio, Mailand
Satz: Practical Action Publishing, Rugby

Diese deutsche Ausgabe des Sphere-Handbuchs wurde 2019 von der Köllen Druck- und Verlagsgesellschaft mbH, Ernst-Robert-Curtius-Straße 14, 53117 Bonn, erstmalig veröffentlicht. Sie ist eine Übersetzung der englischen Ausgabe von „The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response", zuerst veröffentlicht durch Practical Action Publishing im Jahr 2018 unter der ISBN 978-1-908176-400 PBK.

klimaneutral gedruckt
www.klima-druck.de
ID-Nr. 1980447
bvdm.

MIX
Papier aus verantwortungsvollen Quellen
FSC® C021692
FSC
www.fsc.org

Copyright

Inhalt

Vorwort v
Danksagung vii
Über Sphere 1
Die Humanitäre Charta 27
Grundsätze zum Schutz 33
Core Humanitarian Standard 49
Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung 89
Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung 157
Notunterkünfte und Siedlungen 237
Gesundheit 289
Anhänge 371
Anhang 1: Rechtliche Grundlage von Sphere 374
Anhang 2: Verhaltenskodex 385
Anhang 3: Abkürzungen und Akronyme 393
Index 395

Copyright

Copyright

Vorwort

Mit der Veröffentlichung dieser vierten Auflage feiert das Sphere-Handbuch sein 20-jähriges Bestehen. Sie ist das Ergebnis einer intensiven, jahrelangen Mobilisierung von humanitären Akteuren auf der ganzen Welt und spiegelt zwei Jahrzehnte Erfahrung wider, die mit den Standards bei Einsätzen an vorderster Front, bei der Unterstützung von politischen Entwicklungen und der Lobbyarbeit zur Wahrung der grundsätzlichen Qualität und Rechenschaftspflicht gesammelt wurde.

Mit einem klaren rechtebasierten Rahmen baut das Handbuch auf den rechtlichen und ethischen Grundlagen des Humanitarismus auf, mit pragmatischer Anleitung, globaler bewährter Praxis und gesammelten Beweisen zur Unterstützung der humanitären Helfer an jedwedem Einsatzort.

Sphere nimmt einen einzigartigen Platz im Bereich der humanitären Hilfe und in dem sich ständig entwickelnden humanitären Umfeld ein. Die vorliegende Auflage wurde durch die auf dem ersten Weltgipfel für humanitäre Hilfe im Jahr 2016 eingegangenen internationalen Verpflichtungen sowie die UN-Agenda für nachhaltige Entwicklung 2030 und andere globale Initiativen deutlich geprägt.

Doch auch wenn sich die politische Landschaft weiter entwickelt, wissen wir, dass die unmittelbaren lebensnotwendigen Bedürfnisse der von einer Katastrophe betroffenen Menschen überall dort, wo es zu einer Krise kommt, weitgehend gleich bleiben. Sphere unterstützt und fördert globale und lokale politische Prozesse, indem es an die grundlegende Notwendigkeit erinnert, eine rechenschaftspflichtige Unterstützung zu bieten, um den Menschen zu helfen, in Würde zu überleben, sich zu erholen und ihr Leben wieder aufzubauen.

Die Stärke und globale Reichweite von Sphere liegt darin begründet, dass es allen gemein ist. Das hieraus resultierende Verantwortungsbewusstsein wird alle paar Jahre erneuert, wenn die Standards von den Anwendern selbst überprüft und überarbeitet werden. Es ist ein Moment, in dem wir gemeinsam unsere Verpflichtungen bekräftigen und uns auf verbesserte Maßnahmen einigen, um sicherzustellen, dass die anwendenden Fachkräfte auf der ganzen Welt über die besten Informationen verfügen. Dadurch stellt Sphere einen zentralen Bezugspunkt dar und eine beständige Erinnerung an die grundlegende Bedeutung der Menschenwürde und des Rechts der Menschen, in vollem Umfang an den sie betreffenden Entscheidungen beteiligt zu sein.

Sphere ist einer der Grundpfeiler der humanitären Arbeit. Es ist der Ausgangspunkt für neue humanitäre Akteure und eine ständige Referenz für erfahrene Mitarbeitende, indem es ihnen Leitlinien für vorrangige Maßnahmen vorgibt und aufzeigt, wo detailliertere Fachinformationen zu finden sind. Unsere Partner für diese Standards bieten sogar noch mehr Unterstützung in bestimmten über Sphere hinausgehenden Bereichen, um betroffenen Menschen bei der Erholung und Weiterentwicklung zu helfen.

Copyright

Die vorliegende Auflage profitiert vom Beitrag Tausender Menschen, die mit mehr als 450 Organisationen in mindestens 65 Ländern auf der ganzen Welt zusammenarbeiten. Die globale Reichweite spiegelt die Erfahrungen aus unterschiedlichen Kontexten, außergewöhnlichen Herausforderungen und verschiedenartigen Akteuren wider. Diese Standards gäbe es nicht ohne das unerschütterliche Engagement so vieler Menschen wie Sie. Der gesamte Bereich der humanitären Hilfe dankt Ihnen für Ihre Beiträge während der Überarbeitung und über die letzten zwei Jahrzehnte hinweg.

Wir freuen uns darauf, diese wichtige Arbeit fortzusetzen und gemeinsam mit Ihnen zu lernen, während Sie dieses Handbuch nutzen.

Martin McCann
Vorstandsvorsitzender von Sphere

Christine Knudsen
Geschäftsführerin von Sphere

Copyright

Danksagung

Die vorliegende Auflage des Sphere-Handbuchs ist das Ergebnis des vielfältigsten und weitreichendsten Konsultationsprozesses in der Geschichte von Sphere. Es gingen fast 4.500 Online-Kommentare von 190 Organisationen ein, und mehr als 1.400 Personen nahmen an 60 Veranstaltungen teil, die von Partnern in 40 Ländern organisiert wurden. Sphere möchte sich für den Umfang und die Bandbreite der geleisteten Beiträge, unter anderem von nationalen, lokalen und internationalen NRO, nationalen Behörden und Ministerien, Rotkreuz- und Rothalbmond-Gesellschaften, Universitäten, UN-Organisationen und einzelnen Akteuren, bedanken.

Die Überarbeitung wurde vom Sphere-Büro koordiniert. Einzelne Kapitel wurden von Leitautoren mit fachbereichsübergreifender Unterstützung durch ausgewiesene Experten und Fachleute aus der humanitären Hilfe entwickelt. Die meisten Autoren und Experten wurden von ihren angestammten Organisationen freigestellt und leisteten so mit ihrer Zeit und ihren Bemühungen eine unschätzbare Sachhilfe für die humanitäre Hilfe.

Zur Unterstützung der Autoren und Experten wurden Schreib- und Referenzgruppen eingerichtet. Sphere möchte sich für den wertvollen Beitrag all dieser Personen in den Jahren 2017 und 2018 bedanken. Eine vollständige Auflistung aller Mitglieder der Arbeits- und Referenzgruppen findet sich auf der Website von Sphere, spherestandards.org. Die Leitautoren und Experten sind nachfolgend benannt.

Das Kapitel Notunterkünfte und Siedlungen ist **Graham Saunders** gewidmet, Autor dieses Kapitels in den Auflagen der Jahre 2004 und 2011 und Berater in einer frühen Phase der Auflage des Jahres 2018.

Graham vertrat den humanitären Gedanken mit Leib und Seele und war ein Fürsprecher des Bereichs Notunterkünfte. Seine Vision, sein Führungsstil und seine unendliche Energie haben dazu beigetragen, das Thema der humanitären Notunterkünfte auf die Tagesordnung zu setzen und den Weg für zukünftige Generationen von Akteuren in diesem Bereich zu ebnen. Er hat sich fortwährend darum bemüht, unsere Praxis zu verbessern und diesen Bereich zu professionalisieren. Er wird uns als Vorreiter, Experte und Freund sehr fehlen.

Grundlagenkapitel

- **Humanitäre Charta und Anhang 1:** Dr. Mary Picard
- **Grundsätze zum Schutz:** Simon Russell (Global Protection Cluster) und Kate Sutton (Humanitarian Advisory Group)
- **Core Humanitarian Standard:** Takeshi Komino (CWSA Japan) und Sawako Matsuo (JANIC)

Copyright

Technische Kapitel

- **Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung:** Kit Dyer (NCA) und Jenny Lamb (Oxfam GB)
- **Nahrungsmittelsicherheit:** Daniel Wang'ang'a (WVI)
- **Ernährung:** Paul Wasike (Save the Children USA)
- **Notunterkünfte und Siedlungen:** Seki Hirano (CRS) und Ela Serdaroglu (IFRC)
- **Gesundheit:** Dr. Durgavasini Devanath (IFRC), Dr. Julie Hall (IFRC), Dr. Judith Harvie (International Medical Corps), Dr. Unni Krishnan (Save the Children Australien), Dr. Eba Pasha (unabhängig)

Vulnerabilität, Kapazitäten und operatives Umfeld

- **Kinder und Schutz von Kindern:** Susan Wisniewski (Terre des Hommes)
- **Ältere Personen:** Irene van Horssen und Phil Hand (HelpAge)
- **Gender:** Mireia Cano (GenCap)
- **Geschlechtsspezifische Gewalt:** Jeanne Ward (unabhängig)
- **Menschen mit Behinderungen:** Ricardo Pla Cordero (Menschlichkeit und Inklusion)
- **Menschen, die mit HIV leben und von HIV betroffen sind:** Alice Fay (UNHCR)
- **Psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung:** Dr. Mark van Ommeren (WHO), Peter Ventevogel (UNHCR)
- **Anhaltende Krisen:** Sara Sekkenes (UNDP)
- **Städtisches Umfeld:** Dr. Pamela Sitko (WVI)
- **Zivil-militärische Koordination:** Jennifer Jalovec und Mark Herrick (WVI)
- **Umwelt:** Amanda George und Thomas Palo (Schwedisches Rotes Kreuz)
- **Katastrophenrisikoreduzierung:** Glenn Dolcemascolo und Muthoni Njogu (UNISDR)
- **Bargeldhilfe und Märkte:** Isabelle Pelly (CaLP)
- **Lieferkettenmanagement und Logistik:** George Fenton (Humanitarian Logistics Association)
- **Überwachung, Evaluierung, Rechenschaftspflicht und Lernen:** Joanna Olsen (CRS)

Vorstand von Sphere (Mai 2018)

Action by Churches Together (ACT) Alliance (Alwynn Javier) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Karin Settele) * CARE International (Phillipe Guiton) * CARITAS Internationalis (Jan Weuts) * Humanitarian Response Network, Canada (Ramzi Saliba) * InterAction (Julien Schopp) * The International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Ignacio Packer) * International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (David Fisher) * International Medical Corps (IMC) (Mary Pack) * The Lutheran World Federation (LWF) (Roland Schlott) * Office Africain pour le développement et la coopération (OFADEC) (Mamadou Ndiaje) * Oxfam International - Intermón (Maria Chalaux Freixa) * Plan International (Colin Rogers) * RedR International (Martin McCann) * Save the Children (Unni Krishnan) * Sphere India (Vikrant Mahajan) * The Salvation Army (Damaris Frick) * World Vision International (WVI) (Isabel Gomes).

Copyright

Ein Wort des Dankes sei auch an die Vorstandsmitglieder gerichtet, die die Überarbeitung initiiert und geleitet haben und mittlerweile aus dem Vorstand ausgeschieden sind: Sarah Kambarami (ACT Alliance) * Anna Garvander (Church of Sweden/ LWF) * Nan Buzard (ICVA) * Barbara Mineo (Oxfam International - Intermón) * Maxime Vieille (Save the Children).

Förderer

Neben den Beiträgen der oben aufgeführten Organisationen im Vorstand wurden die Finanzmittel für die Überarbeitung des Handbuchs bereitgestellt von:

Dänische Internationale Entwicklungsagentur (DANIDA) * Deutsches Auswärtige Amt * Irish Aid * Australische Regierung - Ministerium für auswärtige Angelegenheiten und Handel (DFAT) * Generaldirektion Europäischer Katastrophenschutz und humanitäre Hilfe (ECHO) über die Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmond-Gesellschaften (IFRC) * United States Agency for International Development / Office of Foreign Disaster Assistance (US-OFDA) * Schwedische Behörde für internationale Entwicklungszusammenarbeit (SIDA) über die Schwedische Kirche * Schweizerische Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) * Hoher Kommissar der Vereinten Nationen für Flüchtlinge (UNHCR) * Amt für Bevölkerungsfragen, Flüchtlinge und Migration des US-Außenministeriums (US-PRM)

Team für die Überarbeitung des Handbuchs

Christine Knudsen, Geschäftsführerin (Sphere)
Aninia Nadig, Leiterin Lobbyarbeit und Vernetzung (Sphere)
Redakteure: Kate Murphy und Aimee Ansari (Übersetzer ohne Grenzen)
Koordinatoren der Überarbeitung: Lynnette Larsen und Miro Modrusan

Mit Unterstützung der Mitarbeitenden von Sphere:
Tristan Hale, Leiter Lernen und Ausbildung
Wassila Mansouri, Beauftragte für Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit
Juan Michel, Leiter Pressearbeit bis September 2017
Barbara Sartore, Leiterin Pressearbeit ab Oktober 2017
Loredana Serban, Beauftragte für Verwaltung und Finanzen
Kristen Pantano und Caroline Tinka, Praktikantinnen
Unterstützung bei der Online-Beratung: Markus Forsberg (PHAP)
Gestaltung des Handbuchs: Non-linear (www.non-linear.com)
Lektorat, Layout und Druck: Practical Action Publishing (www.practicalactionpublishing.org)
Kimberly Clarke und Megan Lloyd-Laney (CommsConsult)

Besonderer Dank für die ergänzende Unterstützung bei der Überarbeitung des Handbuchs gilt James Darcy, Malcolm Johnston, Hisham Khogali, Ben Mountfield, Dr. Alice Obrecht, Ysabeau Rycx, Panu Saaristo, Manisha Thomas und Marilise Turnbull.

Copyright

Sphere Focal Points, die persönliche Beratungen zur Überarbeitung organisiert haben:

ADRA Argentinien (Regionale Beratung mit ADRAs Südamerika)
Koordinierungsstelle der Agentur für afghanische Hilfe (Afghanistan)
Allianz der Lobbyisten für Sphere auf den Philippinen (ASAP)
Amity Stiftung (Mitglied von The Benevolence Standards Working Group, Anlaufstelle für China)
BIFERD (Demokratische Republik Kongo)
Weltdienst/Asien (Thailand und Pakistan)
Daniel Arteaga Galarza* mit der Behörde für Risikomanagement (Ecuador)
Dr. Oliver Hoffmann* mit dem deutschen Sphere Focal Point
Grupo Esfera Bolivien
Grupo Esfera El Salvador
Grupo Esfera Honduras
Illiassou Adamou* mit dem Untercluster Kinderschutz (Niger)
Indonesische Gesellschaft für Katastrophenschutz (MPBI)
Institut Bioforce (Frankreich)
InterAction (Vereinigte Staaten)
Überbehördliche Arbeitsgruppe zur Rechenschaftspflicht (Äthiopien)
Koreanischer NRO-Rat für internationale Entwicklungszusammenarbeit (Republik von Korea)
Sphere-Gemeinschaft Bangladesch (SCB)
Sphere Indien
Ukrainisches NRO-Forum
UNDP Chile

*Individuelle Focal Points

Übersetzung des Handbuchs ins Deutsche

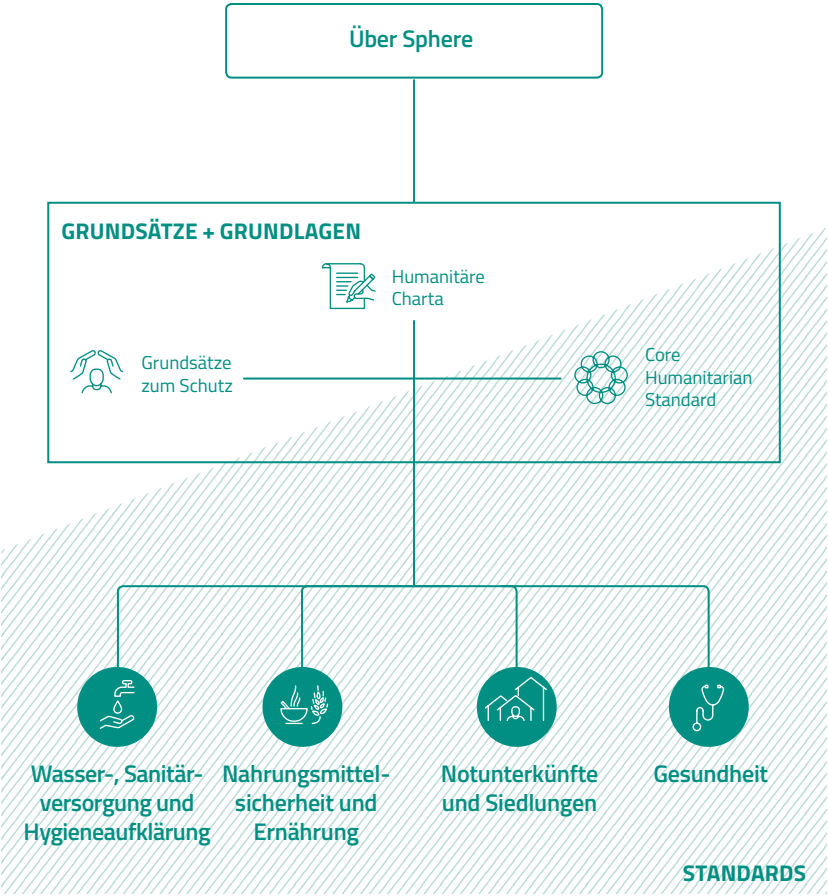
Die Übersetzung des Sphere-Handbuchs in der Ausgabe 2018 wurde vom Auswärtigen Amt der Bundesrepublik Deutschland finanziert und von Aktion Deutschland Hilft e.V., namentlich Dr. Markus Moke und Nicolas Stappert, koordiniert. Besonderer Dank geht an Prof. Dr. Hans-Joachim Heintze vom Institut für Friedenssicherungsrecht und Humanitäres Völkerrecht (IFHV) der Ruhr-Universität Bochum, der das Fachlektorat durchgeführt hat, sowie an die deutschen Sphere Focal Points Dr. Oliver Hoffmann (Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.) und Axel Schmidt (ASB Deutschland e.V.), die das fertige Werk auf letzte Unstimmigkeiten geprüft haben. Weiteren Dank schulden wir den vielen Personen, die mit Ihrer Expertise zum Gelingen des Projekts beigetragen haben, darunter Tristan Hale und Aninia Nadig vom Sphere-Sekretariat in Genf, und natürlich all unseren Dienstleistern, die mit viel Engagement den Löwenanteil der Arbeit geleistet haben.

Copyright

Über Sphere

Copyright

Handbuch



ANHANG 1 Rechtliche Grundlage von Sphere
ANHANG 2 Verhaltenskodex
ANHANG 3 Akronyme und Abkürzungen

Copyright

Inhalt

Über Sphere 4
1. Das Handbuch 4
Vier Grundlagenkapitel und vier technische Kapitel 5
Die Mindeststandards fördern einen einheitlichen Ansatz 6
Die Struktur der Standards 6
Arbeiten mit den Schlüsselindikatoren 7
Verweise auf weitere Standards 7
2. Anwendung der Standards im Kontext 8
Die Standards gelten für den gesamten Programmzyklus 9
Beurteilung und Analyse 9
Strategieentwicklung und Programmdesign 9
Durchführung 10
Monitoring, Evaluierung, Rechenschaftspflicht und Lernen 10
Verständnis der Vulnerabilität und Kapazitäten 10
Aufschlüsselung der Daten 12
Kinder 12
Ältere Personen 13
Gender 14
Geschlechtsspezifische Gewalt 14
Menschen mit Behinderungen 14
Menschen, die mit HIV leben und von HIV betroffen sind 15
LGBTQI-Personen 15
Psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung 15
Verständnis der operativen Umgebung 16
Unterstützung nationaler und lokaler Akteure 16
Anhaltende Krisen 17
Städtisches Umfeld 17
Gemeinschaftssiedlungen 18
Kontexte mit nationalen oder internationalen Streitkräften 18
Umweltauswirkungen in der humanitären Hilfe 19
Anlage: Hilfeleistung über die Märkte 20
Quellen und weiterführende Literatur 26

Copyright

Über Sphere

Das Sphere-Projekt, jetzt Sphere genannt, wurde 1997 von einer Gruppe humanitärer Nichtregierungsorganisationen und der Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung ins Leben gerufen. Das Ziel des Projekts war, die Qualität ihrer humanitären Hilfe zu verbessern und Rechenschaft über ihre Aktivitäten abzulegen. Die Philosophie von Sphere basiert auf zwei Grundüberzeugungen:

- die von einer Katastrophe oder einem Konflikt betroffenen Menschen haben ein Recht auf ein Leben in Würde und daher ein Recht auf Hilfe, und
- es sollten alle möglichen Schritte unternommen werden, um menschliches Leid infolge einer Katastrophe oder eines Konflikts zu lindern.

Die Humanitäre Charta und die Mindeststandards setzen diese Grundüberzeugungen in die Praxis um. Die Grundsätze zum Schutz klären über sämtliche humanitären Maßnahmen auf, und der Core Humanitarian Standard enthält Verpflichtungen zur Unterstützung der Rechenschaftspflicht in allen Bereichen. Zusammen bilden sie das Sphere-Handbuch, das sich weltweit zu einer der meist genannten humanitären Ressourcen entwickelt hat.

1. Das Handbuch

Hauptadressat des Sphere-Handbuchs sind die anwendenden Fachkräfte, die in Planung, Leitung oder Durchführung humanitärer Einsätze involviert sind. Dazu zählen Mitarbeitende und Freiwillige lokaler, nationaler und internationaler humanitärer Organisationen, die humanitäre Hilfe leisten, sowie die betroffenen Menschen selbst. Das Handbuch wird auch für die humanitäre Lobbyarbeit verwendet, um die Qualität und die Rechenschaftspflicht von Hilfe und Schutz im Einklang mit den humanitären Grundsätzen zu verbessern. Es wird zunehmend von Regierungen, Spendern, dem Militär oder dem Privatsektor genutzt, um ihre eigenen Maßnahmen zu leiten und ihnen eine konstruktive Zusammenarbeit mit den humanitären Organisationen, die die Standards anwenden, zu ermöglichen.

Das Handbuch wurde erstmals 1998 publiziert und in den Jahren 2000, 2004, 2011 und nun 2018 in überarbeiteten Versionen veröffentlicht. Jedem Überarbeitungsprozess gingen sektorweite Beratungen mit Einzelpersonen, Nichtregierungsorganisationen (NRO), Regierungen und Organisationen der Vereinten Nationen voraus. Die daraus resultierenden Standards und Leitlinien sind evidenzbasiert und spiegeln 20 Jahre Feldversuche von anwendenden Fachkräften auf der ganzen Welt wider.

Die vorliegende vierte Ausgabe fällt mit dem 20. Jahrestag des Sphere-Handbuchs zusammen und bringt die Veränderungen im Bereich der humanitären Hilfe in dieser Zeit zum Ausdruck. Sie enthält neue Leitlinien für die Arbeit in städtischen Gebieten, für die Einhaltung der Mindeststandards in anhaltenden Krisen und für die Hilfeleistung über die Märkte als Mittel zur Erreichung der Standards. Alle technischen Kapitel wurden entsprechend der aktuellen Praxis aktualisiert und die bisherigen Grundstandards durch den harmonisierten Core Humanitarian Standard ersetzt.

Copyright

Vier Grundlagenkapitel und vier technische Kapitel

Das Handbuch drückt das Engagement von Sphere für eine auf Grundsätzen und rechtebasierte humanitäre Hilfe aus. Es fußt auf der grundlegenden Achtung des Rechts der Menschen, in vollem Umfang an Entscheidungen über ihre Gesundung beteiligt zu sein.

Die vier Grundlagenkapitel beschreiben die ethischen, rechtlichen und praktischen Grundlagen für die humanitäre Hilfe. Sie bilden die Grundlage für alle technischen Bereiche und Programme. Sie beschreiben Verpflichtungen und Prozesse zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen humanitären Hilfe und regen die Hilfskräfte an, den von ihren Maßnahmen Betroffenen gegenüber rechenschaftspflichtig zu sein. Diese Kapitel helfen dem Anwender, die Mindeststandards in jedem Kontext effektiver anzuwenden. Das ausschließliche Studium eines technischen Kapitels, ohne die dazugehörigen Grundlagenkapitel zu lesen, birgt die Gefahr, wesentliche Elemente der Standards zu übersehen. Die Grundlagenkapitel sind:

Über Sphere: Das vorliegende Kapitel beschreibt die Struktur des Handbuchs, seine Verwendung und die zugrunde liegenden Grundsätze. Es veranschaulicht v. a., wie das Handbuch in der Praxis anzuwenden ist.

Die Humanitäre Charta: Der Eckpfeiler des Sphere-Handbuchs, der die gemeinsame Überzeugung der humanitären Akteure zum Ausdruck bringt, besagt, dass alle von einer Krise betroffenen Menschen ein Recht auf Schutz und Hilfe haben. Dieses Recht sichert die Grundvoraussetzungen für ein Leben in Würde. Die Charta bildet den ethischen und rechtlichen Rahmen für die Grundsätze zum Schutz, den Core Humanitarian Standard und die Mindeststandards. Sie baut auf dem Verhaltenskodex für die Internationale Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung sowie Nichtregierungsorganisationen (NRO) für die Katastrophenhilfe aus dem Jahr 1994 auf. Der Verhaltenskodex ist nach wie vor ein integraler Bestandteil des Sphere-Handbuchs ⊕ *siehe Anhang 2*.

Liste der wichtigsten Dokumente, die die Rechtsgrundlage für die Humanitäre Charta bilden ⊕ *siehe Anhang 1*.

Grundsätze zum Schutz: Eine praktische Überführung der in der Humanitären Charta dargelegten Rechtsgrundsätze und Rechte in vier Grundsätze, die für die gesamte humanitäre Hilfe maßgebend sind.

Der Core Humanitarian Standard: Neun Verpflichtungen, die wesentliche Prozesse und organisatorische Verantwortlichkeiten zur Ermöglichung von Qualität und Rechenschaftspflicht bei der Erreichung der Mindeststandards beschreiben.

Die vier technischen Kapitel beinhalten Mindeststandards in den wichtigsten Bereichen der humanitären Hilfe:

- Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung (WASH)
- Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung
- Notunterkünfte und Siedlungen
- Gesundheit

In der Praxis lassen sich humanitäre Bedürfnisse nicht genau in bestimmte Bereiche einteilen. Eine wirksame humanitäre Hilfe muss die Bedürfnisse der Menschen ganzheitlich ins Auge fassen, wobei sich die einzelnen Bereiche untereinander abstimmen und zusammenarbeiten sollten. Im Rahmen einer anhaltenden Krise kann dies

Copyright

Der Verhaltenskodex: 10 Grundprinzipien

1. Der humanitäre Imperativ hat oberste Priorität.
2. Die Hilfe wird ungeachtet der ethnischen, religiösen oder nationalen Zugehörigkeit der Empfänger und ohne jede nachteilige Unterscheidung geleistet. Die Hilfsprioritäten richten sich allein nach der Bedürftigkeit.
3. Die Hilfe wird nicht zur Unterstützung eines bestimmten politischen oder religiösen Standpunkts eingesetzt.
4. Wir sind bestrebt, uns nicht für die außenpolitischen Interessen einer Regierung instrumentalisieren zu lassen.
5. Wir respektieren Kultur und Sitten.
6. Wir sind bestrebt, die Katastrophenhilfe nach den lokalen Kapazitäten auszurichten.
7. Wir finden Wege, um die von den Programmen Begünstigten in das Management der Nothilfe einzubeziehen.
8. Die Nothilfe muss darauf abzielen, die künftige Gefährdung und Anfälligkeit der Menschen aufgrund von Katastrophen zu verringern und ihre grundlegenden Bedürfnisse zu befriedigen.
9. Wir legen sowohl jenen, denen unsere Hilfe gilt, als auch jenen, die uns Mittel zur Verfügung stellen, Rechenschaft ab.
10. In unseren Maßnahmen im Bereich Information, Öffentlichkeitsarbeit und Werbung betrachten wir die Opfer von Katastrophen als Menschen mit Würde, nicht als Objekte ohne Hoffnung.

Der Verhaltenskodex: Verhaltensgrundsätze für die Internationale Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung und der Nichtregierungsorganisationen in der Katastrophenhilfe im Volltext ⊕ *siehe Anhang 2.*

auch über die humanitäre Hilfe hinausgehen und eine enge Zusammenarbeit mit den Entwicklungsakteuren erfordern. Das Handbuch enthält Querverweise, um diese Verbindungen leichter herzustellen. Die Leserinnen und Leser sollten sich mit allen Kapiteln vertraut machen, um zu einer ganzheitlichen Hilfe beitragen zu können.

Die Mindeststandards fördern einen einheitlichen Ansatz

Die Standards basieren auf verfügbaren Beweisen und Erfahrungen in der humanitären Hilfe. Sie zeigen bewährte Verfahren auf der Grundlage eines breiten Konsens auf. Da sie unveräußerliche Menschenrechte widerspiegeln, gelten sie universell.

Für eine wirksame Anwendung der Standards muss jedoch der Kontext, in dem die Hilfe geleistet wird, verstanden, beobachtet und analysiert werden.

Die Struktur der Standards

Den Standards liegt eine gemeinsame Struktur zugrunde, um den Leser beim Verständnis der universellen Aussage zu unterstützen, auf die eine Reihe von Schlüsselaktivitäten, Schlüsselindikatoren und Leitlinien zu deren Umsetzung folgt.

- Die **Standards** leiten sich aus dem grundsätzlichen Recht auf ein Leben in Würde ab. Diese sind allgemeiner und qualitativer Natur und geben das Mindestmaß an, das in einer Krise erreicht werden muss. Die Entsprechungen im Core Humanitarian Standard (CHS) sind die Kriterien „Verpflichtung" und „Qualität".
- Die **Schlüsselaktivitäten** beschreiben praktische Schritte zur Erreichung des Mindeststandards. Diese sind als Vorschläge zu verstehen, da sie mitunter nicht in jedem Kontext anwendbar sind. Die anwendenden Fachkräfte sollten die für die Situation relevantesten auswählen.

Copyright

- Die **Schlüsselindikatoren** dienen als Signale, um zu messen, ob der Standard erreicht wird. Sie bieten eine Möglichkeit, Prozess- und Programmergebnisse über die gesamte Dauer der Hilfe hinweg mit dem Standard abzugleichen. Quantitative Mindestanforderungen sind der niedrigste annehmbare Erreichungsgrad für Indikatoren und werden nur dann berücksichtigt, wenn ein bereichsweiter Konsens hierüber besteht.
- Die **Leitlinien** bieten zusätzliche Informationen zur Unterstützung der Schlüsselaktivitäten, mit Querverweisen zu den Grundsätzen zum Schutz, dem Core Humanitarian Standard und weiteren Standards im Handbuch. Darüber hinaus finden sich auch Querverweise auf weitere Standards des Bündnisses für humanitäre Standards (Humanitarian Standards Partnership, HSP).

Arbeiten mit den Schlüsselindikatoren

Mithilfe der Sphere-Schlüsselindikatoren kann ermittelt werden, ob ein Standard erreicht wird; sie sollten nicht mit dem Standard selbst verwechselt werden. Der Standard ist universell, die Schlüsselindikatoren sollten jedoch, genau wie die Schlüsselaktivitäten, sowohl im Hinblick auf den Kontext als auch auf die Phase der Hilfe betrachtet werden. Es gibt drei Arten von Sphere-Indikatoren:

- Mithilfe von **Prozessindikatoren** wird überprüft, ob eine Mindestanforderung erreicht wurde. Beispiel: Verwendung von standardisierten Protokollen zur Analyse der Nahrungsmittelsicherheit, der Existenzgrundlagen und der Bewältigungsstrategien ⊕ *siehe Standard 1.1 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und der Ernährung: Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit.*
- Die **Fortschrittsindikatoren** dienen als Maßeinheit zur Überwachung der Erreichung des Standards. Sie sollten verwendet werden, um die Ausgangslage zu bestimmen, Ziele mit Partnern und Interessengruppen festzulegen und Änderungen auf dieses Ziel hin zu überwachen. Beispiel: Prozentsatz der Haushalte, die laut Beobachtung zu jeder Zeit Wasser sicher in sauberen und abgedeckten Behältern sammeln ⊕ *siehe Standard 2.2 zur Wasser und Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung (WASH): Wasserqualität.* Obgleich das optimale Ziel bei 100 Prozent liegt, sollten die anwendenden Fachkräfte den Indikator mit den Gegebenheiten vor Ort abgleichen, Verbesserungen anhand der Ausgangslage überwachen und im Laufe der Zeit Fortschritte in Richtung des vereinbarten Ziels machen.
- Die **Zielindikatoren** sind spezifische, quantifizierbare Ziele, die das quantifizierbare Mindestmaß darstellen, unterhalb dessen der Standard nicht erreicht wird. Diese Ziele sollten so schnell wie möglich erreicht werden, da eine Unterschreitung des Ziels das Gesamtprogramm gefährden würde. Beispiel: Prozentsatz der Kinder im Alter von sechs Monaten bis 15 Jahren, die eine Masernimpfung erhalten haben: das Ziel liegt bei 95 Prozent ⊕ *siehe Standard 2.2.1 zur grundlegenden Gesundheitsversorgung – Kindergesundheit: Durch Impfung vermeidbare Kinderkrankheiten.*

Verweise auf weitere Standards

Das Sphere-Handbuch deckt nicht alle Aspekte der humanitären Hilfe ab, die das Recht auf ein Leben in Würde unterstützen. Unsere Partnerorganisationen haben in mehreren Bereichen ergänzende Standards entwickelt, die auf der gleichen Philosophie und dem gleichen Engagement wie die von Sphere basieren. Diese sind über Sphere, das Bündnis für humanitäre Standards (HSP) und die Websites ihrer Partnerorganisationen erhältlich.

Copyright

- Leitlinien und Standards zu Nutztieren in Notsituationen (Livestock Emergency Guidelines and Standards, LEGS): LEGS Project
- Mindeststandards zum Schutz von Kindern in der humanitären Hilfe (Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action, CPMS): Alliance for Child Protection in Humanitarian Action
- Mindeststandards zur Bildung: Vorsorge, Hilfe, Wiederherstellung (Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery): Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE)
- Mindeststandards zur wirtschaftlichen Erholung (Minimum Economic Recovery Standards, MERS): Small Enterprise Education and Promotion (SEEP) Network
- Mindeststandard zur Marktanalyse (Minimum Standard for Market Analysis, MISMA): Cash Learning Partnership (CaLP)
- Humanitäre Standards zur Inklusion von älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen: (Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities): Age and Disability Consortium

2. Anwendung der Standards im Kontext

Humanitäre Hilfe erfolgt in vielen verschiedenen Kontexten. Mehrere Faktoren haben Einfluss darauf, wie die Mindeststandards im Einsatzumfeld angewendet werden können, um das Recht auf ein Leben in Würde zu unterstützen. Zu diesen Faktoren gehören:

- das Umfeld, in dem die humanitäre Hilfe geleistet wird
- die Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen und die Vielfalt innerhalb dieser Gruppen
- operative und logistische Gegebenheiten, die sich darauf auswirken, wie und welche Art von humanitärer Hilfe geleistet wird und
- genaue Ausgangslagen und Indikatoren in verschiedenen Kontexten, einschließlich der Festlegung der Schlüsselbegriffe und der Ziele.

Die Kultur, Sprache, Kapazität der Hilfskräfte, Sicherheit und der Zugang sowie die Umweltbedingungen und Ressourcen beeinflussen ebenfalls die Hilfe. Zudem ist es wichtig, mögliche negative Auswirkungen der Hilfe zu antizipieren und so zu handeln, dass diese begrenzt werden ⊕ *siehe Grundsätze zum Schutz 1 und 2* und *Verpflichtung 3 des Core Humanitarian Standard*.

Das Sphere-Handbuch ist ein freiwilliger Kodex für Qualität und Rechenschaftspflicht, der darauf abzielt, eine möglichst breite Anwendung und Verantwortungsübernahme der Standards zu fördern. Es ist kein „Ratgeber", sondern eine Beschreibung dessen, was mindestens vorhanden sein muss, damit die Menschen Krisen in Würde überleben und sich von diesen in Würde erholen können.

Die Einhaltung der Sphere-Standards bedeutet nicht, dass alle Schlüsselaktivitäten durchgeführt oder alle Schlüsselindikatoren aller Standards erreicht werden müssen. Der Grad, in dem eine Organisation die Standards erfüllen kann, hängt von einer Reihe Faktoren ab, von denen einige außerhalb ihrer Kontrolle liegen. Der Zugang zur betroffenen Bevölkerung oder politisch oder wirtschaftlich unsichere Verhältnisse können die Erreichung der Standards in einigen Kontexten unmöglich machen.

In Fällen, in denen die Mindestanforderungen die Lebensbedingungen der aufnehmenden Gemeinde übersteigen, ist zu überlegen, wie potenzielle Spannungen abgebaut werden können, wie beispielsweise durch das Angebot von gemeindebasierten Diensten. In bestimmten Situationen legen vielleicht auch Landesbehörden Mindestanforderungen fest, die über die Mindeststandards von Sphere hinausgehen.

Copyright

Die Sphere-Standards sind Ausdruck der Grundrechte im Zusammenhang mit einem Leben in Würde und sind daher unveränderlich. Die Indikatoren und Mindestanforderungen müssen gegebenenfalls angepasst werden, um im jeweiligen Kontext sinnvoll zu sein. In Fällen, in denen die Standards nicht eingehalten werden, sollte jeder Vorschlag zur Reduzierung der Mindestanforderungen sorgfältig geprüft werden. Alle Änderungen sollten gemeinsam vereinbart und ein Abweichen von den tatsächlichen Fortschritten gegenüber den Mindestanforderungen sollte dokumentiert werden. Darüber hinaus müssen die humanitären Organisationen die negativen Auswirkungen der Nichteinhaltung eines Standards auf die Bevölkerung beurteilen und Maßnahmen ergreifen, um etwaige Schäden zu minimieren. Diese Versorgungslücke sollte für die Lobbyarbeit genutzt und versucht werden, die Indikatoren so schnell wie möglich zu erreichen.

Die Standards gelten für den gesamten Programmzyklus

Die Sphere-Standards sollten während des gesamten Programmzyklus angewendet werden, von der Beurteilung und Analyse über die Strategieentwicklung, Planung und Programmgestaltung, Durchführung und Monitoring bis hin zur Evaluierung und zum Lernen.

Beurteilung und Analyse

Die Mindeststandards von Sphere bieten eine Grundlage für die Bedarfsermittlung und -analyse in jedem Bereich, wofür sich in jedem Kapitel Checklisten für die Beurteilung finden. Bei Ausbruch einer Krise helfen die Sphere-Standards, den unmittelbaren Bedarf zu ermitteln und Aktivitäten zu priorisieren, die diesen Bedarf decken. Planungszahlen und Mindestniveaus an Unterstützung werden umfassend skizziert, um Mindestergebnisse in der gesamten Hilfe zu formulieren. Folglich dienen die Standards auch einer besseren Koordinierung zwischen den Organisationen und den Bereichen.

Strategieentwicklung und Programmdesign

Der Core Humanitarian Standard und die Mindeststandards unterstützen die Planung von Maßnahmen, um den Bedürftigsten die richtige humanitäre Hilfe zur richtigen Zeit zur Verfügung zu stellen. Die uneingeschränkte Beteiligung der betroffenen Bevölkerung und die Koordinierung mit nationalen und lokalen Behörden sind unerlässlich, um dies in allen Bereichen umzusetzen.

Die Schlüsselaktivitäten und -indikatoren bieten einen Rahmen, um Prioritäten zu ermitteln, Planungszahlen festzulegen und bereichsübergreifend zu koordinieren. Dies trägt dazu bei, dass sich die Hilfen in den einzelnen Bereichen gegenseitig verstärken und die eigene Kapazität der Bevölkerung zur Deckung ihrer Bedürfnisse unterstützen. Die Schlüsselaktivitäten und -indikatoren beschreiben die Qualität der zu leistenden Hilfe. Darüber hinaus bilden sie eine Grundlage für die Durchführung einer Analyse der Hilfe, die den besten Weg zur Deckung der ermittelten Bedürfnisse und zur Minimierung potenzieller schädlicher Nebenwirkungen aufzeigt.

Die Programmplanung umfasst in der Regel die Analyse mehrerer Hilfsoptionen, wie beispielsweise Bereitstellung von Sachmitteln, Geldtransfers, direkte Erbringung von Dienstleistungen, technische Hilfe oder eine Mischung daraus. Die spezifische Kombination der gewählten Hilfsoptionen entwickelt sich in der Regel im Laufe der Zeit. Die Mindeststandards konzentrieren sich auf das, was getan werden muss, und nicht darauf, wie die Hilfe zu leisten ist.

Geldtransfers, eine Form der marktbasierten Programme, werden zunehmend zur Deckung des humanitären Bedarfs eingesetzt. Überlegungen zu ihrer Nutzung finden

Copyright

sich im gesamten Handbuch, in allen Kapiteln. Geldtransfers können sowohl für die Deckung eines bereichsübergreifenden als auch eines bereichsspezifischen Bedarfs eingesetzt werden. Zudem können sie auch zur Bekämpfung diskriminierender Praktiken eingesetzt werden, die den Zugang von Frauen zu Vermögenswerten und ihre Entscheidungsfreiheit hinsichtlich der Verwaltung von Vermögenswerten einschränken. Die zweckungebundene Bereitstellung von Geldern kann ein wirksames Mittel sein, um Hilfe zu leisten und bereichsübergreifend Standards zu erreichen. Jedwede Geldtransfers sollten auf einer bereichsübergreifenden Analyse des Bedarfs, der Dynamik im jeweiligen Kontext, der Marktfunktionalität und einer Beurteilung der Machbarkeit basieren.

Nicht alle Bereiche sind an marktbasierte Programme hinreichend angepasst. Dies gilt insbesondere für Anbieter von direkten Dienstleistungen oder technischer Hilfe. Anbieter von Gesundheitsleistungen und Nahrungsmitteln können sich dafür entscheiden, den Zugang zu vorhandenen Anbietern von Gesundheitsleistungen und lokalen Gesundheitsmaßnahmen, die nicht als Märkte funktionieren, zu unterstützen.

Um zu ermitteln, wie die Hilfe am besten geleistet werden kann, sind Beratungen mit der Bevölkerung, Analysen der Märkte, Kenntnisse über die Art und Weise, wie Dienstleistungen erbracht werden, sowie ein Überblick über die Kapazitäten der Lieferkette und der Logistik erforderlich. Diese Analyse der Hilfe sollte im Laufe der Zeit überprüft werden, da sich die Situation ändert ⊕ *siehe Anlage: Hilfeleistung über die Märkte*.

Durchführung

Wenn die Sphere-Standards nicht für alle oder für einige Gruppen der betroffenen Bevölkerung erfüllt werden können, ist nach den Gründen hierfür zu suchen sowie die Umsetzungslücken und den Änderungsbedarf darzulegen. Die negativen Auswirkungen, einschließlich der Risiken für den Schutz und die öffentliche Gesundheit, sollten beurteilt werden. Die Probleme sollten dokumentiert werden und es sollte aktiv mit anderen Bereichen und der betroffenen Bevölkerung zusammengearbeitet werden, um geeignete Wege zu finden, potenzielle Schäden zu minimieren.

Monitoring, Evaluierung, Rechenschaftspflicht und Lernen

Mithilfe des MEAL-Konzepts (Monitoring, Evaluation, Accountability and Learning; Monitoring, Evaluierung, Rechenschaftspflicht und Lernen) können frühzeitige und evidenzbasierte Managemententscheidungen getroffen werden. Hierdurch können humanitäre Programme an veränderte Rahmenbedingungen angepasst werden. Alle Mindeststandards haben Indikatoren, die überwacht werden können, um festzustellen, ob sie erreicht werden, ob sie für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen erreicht werden oder wie viel noch zu tun ist. Die Evaluierung unterstützt das Lernen, um die Leitlinien und die zukünftigen Verfahrensweisen zu optimieren, und trägt zur Rechenschaftspflicht bei. MEAL-Systeme führen zudem zu umfassenderen Lernbemühungen im Hinblick auf eine wirksame humanitäre Hilfe.

Verständnis von Vulnerabilität und Kapazitäten

Im gesamten Handbuch wird der Begriff „Menschen" in einem weiten Sinne verwendet, um der Überzeugung von Sphere Ausdruck zu verleihen, dass alle Menschen ein Recht auf ein Leben in Würde und daher ein Recht auf Hilfe haben. „Menschen" umfasst in diesem Sinne Frauen, Männer, Jungen und Mädchen, unabhängig von Alter, Behinderung, Nationalität, Hautfarbe, ethnischer Zugehörigkeit, Gesundheitszustand, politischer Zugehörigkeit, sexueller Ausrichtung, Geschlechtsidentität oder anderen Merkmalen, die sie unter Umständen zur Selbstdefinition verwenden.

Copyright

Die aktuelle Situation und die Trends im Laufe der Zeit beurteilen

- Wer ist betroffen?
- Bedürfnisse und Vulnerabilität
- Bewältigungsstrategien und Kapazitäten
- Vertrieben? Beweglich?
- Was sind die Prioritäten der betroffenen Menschen?

- Bedrohungen und Risiken für den Schutz
- Sicherheitslage und Rechtsstaatlichkeit
- Zugang zu Hilfe
- Zugang zu Menschen in Not?
- Saisonale Schwankungen der Gefahren

- Interessengruppen und Machtverhältnisse
- Kapazität und Absicht der Hilfskräfte
- Hilfepläne von Behörden und anderen Akteuren
- Rolle der aufnehmenden Bevölkerung

- Verfügbare Waren und Dienstleistungen
- Marktsysteme und Lieferketten
- Kapazität der Infrastruktur
- Dienstanbieter (finanzielle und andere)
- Logistikkapazitäten, Grenzen

↓

Analysieren und priorisieren

Welche Probleme müssen gelöst werden? Für welche Bevölkerungsgruppen? In welchem geografischen Gebiet? Über welchen Zeitraum? Anhand welcher Standards?

↓

Die Optionen überprüfen und entscheiden, wie die Hilfe geleistet wird

Die verfügbaren Optionen im jeweiligen Kontext berücksichtigen:

- direkte Bereitstellung von Dienstleistungen
- Verteilung von Verbrauchsgütern
- technische Hilfe
- marktbasierte Programme
- Geldtransfers

Die Hilfsoptionen anhand der folgenden Beurteilung auswählen:

- Dringlichkeit und Rechtzeitigkeit
- Durchführbarkeit
- Kapazitäten
- Würde
- Bedrohungen/Risiken für den Schutz
- Effizienz, Kostenwirksamkeit
- Resilienz
- nationale Verantwortungsübernahme
- Regierungspolitik

↓

Design eines Programms auf der Grundlage von Qualität und Rechenschaftspflicht

Grundlegende Perspektiven

- Aufschlüsselung der Daten nach Geschlecht, Alter und Behinderung
- Vulnerabilität und Schutz
- Nachhaltigkeit oder Übergang

Kommunikation und Rechenschaftspflicht

- Feedback- und Beschwerdemechanismen
- Koordination
- systematische Einbeziehung der Gemeinde

Monitoring von Kontext, Prozess, Fortschritt und Ergebnissen

- Auswahl der Indikatoren
- geeignete Aufschlüsselung der Daten

Übergangs- und Ausstiegsstrategien

- lokale Beteiligung und Verantwortungsübernahme
- nationale Systeme und Verantwortungsübernahme
- Partnerschaften

Verständnis des Kontexts für die Anwendung der Standards (Abbildung 1)

Copyright

Nicht alle Menschen haben die gleiche Kontrolle über Macht und Ressourcen. Einzelpersonen und Gruppen innerhalb einer Bevölkerung haben unterschiedliche Kapazitäten, Bedürfnisse und Vulnerabilitäten, die sich im Laufe der Zeit ändern. Einzelne Faktoren wie Alter, Geschlecht, Behinderung sowie Rechtsstellung oder Gesundheitszustand können den Zugang zur Hilfe einschränken. Diese und andere Faktoren können auch die Grundlage für eine vorsätzliche Diskriminierung sein. Der systematische Dialog mit Frauen, Männern, Mädchen und Jungen jeden Alters und jeden Hintergrunds – einzeln und in gemischten Gruppen – ist für ein gutes Programm von grundlegender Bedeutung. Jung oder alt, eine Frau oder ein Mädchen, ein Mensch mit einer Behinderung oder ein Mitglied einer ethnischen Minderheit zu sein, macht einen Menschen per se nicht vulnerabel. Vielmehr ist es das Zusammenspiel von Faktoren in einem bestimmten Kontext, durch das Kapazitäten gestärkt, Resilienz aufgebaut oder der Zugang zur Hilfe für einen Einzelnen oder eine Gruppe beschränkt werden kann.

In vielen Zusammenhängen können ganze Gemeinschaften und Gruppen auch deshalb vulnerabel sein, weil sie in abgelegenen, unsicheren oder unzugänglichen Gebieten leben oder weil sie geografisch verstreut sind und nur eingeschränkten Zugang zu Hilfe und Schutz haben. Manche Gruppen werden mitunter aufgrund ihrer Nationalität, ethnischen, religiösen oder politischen Zugehörigkeit oder Sprache unterversorgt und diskriminiert, was besondere Aufmerksamkeit erfordert, um dem Grundsatz der Unparteilichkeit Rechnung zu tragen.

Wenn verschiedene Gruppen am Programmdesign beteiligt sind, ist die humanitäre Hilfe umfassender und inklusiver und kann so zu nachhaltigeren Ergebnissen führen. Die Einbeziehung und Beteiligung der betroffenen Bevölkerung ist für ein Leben in Würde von grundlegender Bedeutung.

Aufschlüsselung der Daten

In vielen Situationen sind Daten auf Bevölkerungsebene schwer zu finden oder zu ermitteln. Aufgeschlüsselte Daten zeigen jedoch die unterschiedlichen Bedürfnisse von und die Auswirkungen der Hilfsmaßnahmen auf verschiedene Gruppen auf. Aufgeschlüsselte Daten können dazu beitragen, die am stärksten gefährdeten Menschen zu ermitteln sowie festzustellen, ob sie Zugang zu humanitärer Hilfe haben und diese in Anspruch nehmen können und wo noch mehr zu tun ist, um sie zu erreichen. Die Daten sind so weit wie möglich aufzuschlüsseln und in die dem jeweiligen Kontext angemessenen Kategorien einzuteilen, um die Unterschiede aufgrund von biologischem oder sozialem Geschlecht, Alter, Behinderung, geographischer Lage, Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit, Religion oder Kaste oder anderen Faktoren, die den Zugang zu unparteiischer Hilfe einschränken können, zu verstehen.

Für allgemeine Daten zu Alter sind die gleichen Kohorten wie in nationalen Datenerhebungssystemen zu verwenden. Wenn es keine nationalen Alterskohorten gibt, ist die folgende Tabelle zu verwenden. Eine präzisere Aufschlüsselung kann erforderlich sein, um spezifische Gruppen wie Säuglinge, Kinder, Jugendliche, Frauen oder ältere Personen ins Auge zu fassen.

Kinder

Kinder machen einen erheblichen Teil aller von einer Krise betroffenen Bevölkerungen aus, sind jedoch häufig weniger sichtbar. Die Kapazitäten und Bedürfnisse von Kindern variieren je nach biologischem Alter und Entwicklungsstand. Es sind besondere Maßnahmen zu ergreifen, um sicherzustellen, dass alle Kinder vor Schaden bewahrt werden und gerechten Zugang zu Basisdienstleistungen erhalten.

Während einer Krise sind Kinder spezifischen lebensbedrohlichen Risiken ausgesetzt, darunter Mangelernährung, Trennung von ihren Familien, Menschenhandel,

Copyright

Geschlecht	Grad der Behinderung	Alter									
		0–5	6–12	13–17	18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+
weiblich	ohne Behinderungen										
	mit Behinderungen										
männlich	ohne Behinderungen										
	mit Behinderungen										

Rekrutierung für bewaffnete Gruppen sowie körperliche oder sexuelle Gewalt und Missbrauch, die alle sofortige Maßnahmen erfordern.

Schutzrisiken werden oft durch viele Faktoren noch verstärkt. Beispielsweise werden jugendliche und kleine Jungen eher von Streitkräften und bewaffneten Gruppen als Soldaten rekrutiert oder den schlimmsten Formen der Kinderarbeit unterworfen. Jugendliche Mädchen werden eher als Sexsklavinnen rekrutiert oder von Menschenhändlern verschleppt. Kinder mit Behinderungen werden eher ausgestoßen oder vernachlässigt. Mädchen mit Behinderungen bedürfen besonderer Aufmerksamkeit, da sie einem höherem Risiko von sexueller Gewalt, sexueller Ausbeutung und Mangelernährung ausgesetzt sind.

Die Perspektiven von Mädchen und Jungen aller Altersgruppen müssen aktiv untersucht werden, damit sie Einfluss darauf nehmen können, wie die Hilfe geleistet, überwacht und evaluiert wird. Im Übereinkommen über die Rechte des Kinds ist ein „Kind" als jedwede Person unter 18 Jahren definiert, soweit die Volljährigkeit nach dem anzuwendenden Recht nicht früher eintritt. Es ist zu analysieren, wie die betroffene Bevölkerung Kinder definiert, um sicherzustellen, dass keine Kinder oder Jugendliche von der Hilfe ausgeschlossen werden.

Ältere Personen

Ältere Personen sind in den meisten Ländern ein schnell wachsender Teil der Bevölkerung, werden jedoch in der humanitären Hilfe oft vernachlässigt.

In vielen Kulturen wird das Altsein eher mit Umständen (z. B. Enkelkinder haben) oder körperlichen Anzeichen (z. B. weiße Haare haben) als mit dem Lebensalter verbunden. Während viele Quellen ältere Personen als Personen über 60 Jahre definieren, sind unter Umständen in Kontexten, in denen humanitäre Krisen auftreten, 50 Jahre ein geeigneterer Grenzwert.

Ältere Personen bringen Wissen und Erfahrung hinsichtlich Bewältigungsstrategien mit und fungieren als Betreuer, Ressourcenmanager, Koordinatoren und Geldverdienende. Ältere Personen verkörpern oft Traditionen und Geschichte und fungieren als kulturelle Bezugspunkte. Isolierung, körperliche Schwäche, eine zerrüttete Familien- und Gemeindeunterstützungsstruktur, chronische Krankheit, funktionelle Schwierigkeiten und abnehmende geistige Fähigkeiten können die Vulnerabilität älterer Personen in humanitären Kontexten erhöhen.

Es ist sicherzustellen, dass ältere Personen in jeder Phase der humanitären Hilfe konsultiert und einbezogen werden. Altersgerechte und zugängliche Dienstleistungen, Umgebungen und Informationen sollten berücksichtigt sowie nach Alter aufgeschlüsselte Daten für das Monitoring und Management des Programms verwendet werden.

Copyright

Gender

„Gender" bezieht sich auf die sozial konstruierten Unterschiede zwischen Frauen und Männern über ihren gesamten Lebenszyklus hinweg. Dies kann sich im Laufe der Zeit und innerhalb und zwischen den Kulturen und Kontexten ändern. Das soziale Geschlecht (Gender) bestimmt oft die verschiedenen Rollen, Verantwortlichkeiten, Befugnisse und den Zugang zu Ressourcen von Frauen, Mädchen, Jungen und Männern. Das Verständnis dieser Unterschiede und wie sie sich im Laufe der Krise ändern, ist entscheidend für ein effektives humanitäres Programm und die Einhaltung der Menschenrechte. Krisen können eine Gelegenheit sein, geschlechtsspezifische Ungleichheiten anzusprechen und Frauen, Mädchen, Jungen und Männer zu stärken.

Gender ist nicht dasselbe wie Geschlecht, das sich auf die biologischen Eigenschaften einer Person bezieht.

„Gender" bedeutet nicht „nur Frauen". Frauen und Mädchen sind meist mit Einschränkungen innerhalb der Geschlechterrollen konfrontiert, doch auch Männer und Jungen werden von strikten Erwartungen an deren Männlichkeit beeinflusst. Programme zur Gleichstellung der Geschlechter erfordern ihre Einbeziehung für die Entwicklung gerechterer Beziehungen und die gleichberechtigte Beteiligung von Frauen, Mädchen, Männern und Jungen.

Geschlechtsspezifische Gewalt

„Geschlechtsspezifische Gewalt" beschreibt Gewalt, die auf geschlechtsspezifischen Unterschieden zwischen Männern und Frauen basiert. Dieser Begriff betont die Tatsache, dass die Ungleichheit zwischen Männern und Frauen die Grundlage für die meisten Formen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen auf der ganzen Welt ist. Krisen können viele Formen von geschlechtsspezifischer Gewalt verschärfen, darunter Gewalt in der Partnerschaft, Kinderehe, sexuelle Gewalt und Menschenhandel.

Die Organisationen sind dafür verantwortlich, alle notwendigen Schritte zu unternehmen, um die sexuelle Ausbeutung und den Missbrauch von Menschen, die von Krisen betroffen sind, auch bei ihren eigenen Aktivitäten, zu verhindern. Wenn sich Vorwürfe eines Fehlverhaltens als wahr herausstellen, ist es wichtig, dass die zuständigen Behörden den Täter zur Rechenschaft ziehen und diese Fälle transparent behandelt werden.

Menschen mit Behinderungen

Etwa 15 Prozent der Weltbevölkerung leben mit einer Form von Behinderung. Der Begriff „Menschen mit Behinderungen" bezieht sich auf Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Beeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.

In humanitären Kontexten sind Menschen mit Behinderungen eher mit Barrieren und Hindernissen im Hinblick auf die natürliche Umwelt, Transportmittel, Informationen und Kommunikation sowie auf humanitäre Einrichtungen oder Dienstleistungen konfrontiert. Die Hilfs- und Vorsorgeprogramme sollte die Fähigkeiten und Bedürfnisse aller Menschen mit Behinderungen berücksichtigen und sich gezielt bemühen, physische, kommunikative und einstellungsbedingte Hindernisse für ihren Zugang und ihre Teilhabe zu beseitigen. Die Risiken für Frauen und Mädchen mit Behinderungen können durch geschlechtsspezifische Ungleichheit und Diskriminierung noch verstärkt werden.

⊕ *Siehe Quellen:* Siehe *Fragen der Washington Group* zur Aufschlüsselung von Daten nach dem Grad der Behinderung und ⊕ *Humanitäre Standards zur Inklusion von älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen.*

Copyright

Menschen, die mit HIV leben und von HIV betroffen sind

Es ist wichtig, die HIV-Prävalenz in einem spezifischen Kontext zu kennen, um die Vulnerabilität und die Risiken zu verstehen und eine effektive Hilfe leisten zu können. Eine Vertreibung kann zu einer erhöhten HIV-Vulnerabilität führen, und Krisen führen in der Regel zu einer Beeinträchtigung bei Prävention, Tests, Versorgung, Behandlung und Unterstützungsdiensten. Häufig sind spezifische Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt und Diskriminierung von stark gefährdeten Bevölkerungsgruppen erforderlich. Hinzu kommen geschlechtsspezifische Ungleichheit und Diskriminierungen aufgrund des Grades der Behinderung, der Geschlechtsidentität und der sexuellen Ausrichtung. Dies wiederum kann Menschen, die mit HIV leben, davon abhalten, in einer Krise Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, sofern diese angeboten werden. Gewalt, Diskriminierung und negative Bewältigungsstrategien wie Sex gegen Geld oder Güter erhöhen die Vulnerabilität für eine HIV-Übertragung, insbesondere für Frauen, Mädchen und LGBTQI-Personen. Zu den am stärksten gefährdeten Personen gehören Männer, die Sex mit Männern haben, Menschen, die Drogen spritzen, SexarbeiterInnen, Transgender-Personen, Menschen mit Behinderungen und Menschen in Gefängnissen und anderen geschlossenen Einrichtungen ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.3.3 zur sexuellen und Reproduktionsgesundheit: HIV*.

Faktoren wie eine zeitweise Einschränkung der Mobilität und ein besserer Zugang zu Dienstleistungen für von einer Krisen betroffene Bevölkerungsgruppen können das Risiko von HIV verringern. Mögliche Missverständnisse über die Anwesenheit von Menschen mit HIV und eine erhöhte HIV-Prävalenz sollten beseitigt werden, um diskriminierende Praktiken zu vermeiden. Menschen mit HIV haben das Recht, ihr Leben in Würde und frei von Diskriminierung zu leben und sollten diskriminierungsfreien Zugang zu Dienstleistungen haben.

LGBTQI-Personen

Menschen, die sich als lesbisch, schwul, bisexuell, transgender, queer oder intersexuell (LGBTQI) identifizieren, sind oft einem erhöhten Risiko von Diskriminierung, Stigmatisierung sowie sexueller und körperlicher Gewalt ausgesetzt. Sie können auf Barrieren bezüglich des Zugangs zu Gesundheits-, Wohn-, Bildungs-, Beschäftigungs-, Informations- und humanitären Einrichtungen stoßen. So sind beispielsweise LGBTQI-Personen bei Hilfsprogrammen, die auf „konventionellen" Familieneinheiten basieren, wie beispielsweise für Notunterkünfte oder Nahrungsmittelverteilung, oft diskriminiert. Solche Barrieren wirken sich auf ihre Gesundheit und ihr Überleben aus und können langfristige Folgen für die Integration haben. Spezifische, sichere und inklusive Schutzmaßnahmen sollten in die Vorbereitung und Planung einbezogen werden. Eine sinnvolle Beratung mit LGBTQI-Personen und -Organisationen in jeder Phase der humanitären Hilfe ist zu gewährleisten.

Psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung

Menschen reagieren unterschiedlich auf den Stress einer humanitären Krise. Einige werden eher von Verzweiflung übermannt, insbesondere wenn sie gewaltsam vertrieben, von Familienmitgliedern getrennt, Gewalt überlebt oder bereits zuvor unter psychischen Erkrankungen gelitten haben. Das Angebot von Basisdienstleistungen und Sicherheit in einer sozial und kulturell angemessenen Weise ist unerlässlich, sowohl um Verzweiflung unter den betroffenen Bevölkerungsgruppen zu vermeiden als auch um einer Diskriminierung vorzubeugen.

Die Stärkung der psychosozialen Unterstützung und Selbsthilfe innerhalb der Gemeinde schafft eine schützende Umgebung, die es den betroffenen Menschen ermöglicht, sich gegenseitig bei ihrer sozialen und emotionalen Gesundung zu helfen. Gezielte Einzel-, Familien- oder Gruppeninterventionen – einschließlich klinischer Interventionen

Copyright

– sind wichtig, müssen aber nicht unbedingt von psychologischen Fachkräften durchgeführt werden. Sie können auch von geschulten und beaufsichtigten Laien durchgeführt werden ⊕ *siehe Standard 2.5 zur grundlegenden Gesundheitsversorgung: Psychische Gesundheitsversorgung*.

Betroffene Bevölkerungsgruppen drücken oft eine geistliche oder religiöse Identität aus und schließen sich bisweilen einer Glaubensgemeinschaft an. Dies ist oft ein wesentlicher Bestandteil ihrer Bewältigungsstrategie und wirkt sich in vielen verschiedenen Bereichen auf eine geeignete Hilfe aus. Es gibt immer mehr Hinweise darauf, dass betroffene Bevölkerungsgruppen davon profitieren, wenn die Mitarbeitenden einer humanitären Organisation deren Glaubensidentität berücksichtigen. Bestehende Glaubensgemeinschaften haben ein großes Potenzial, zu jeder Form von humanitärer Hilfe beizutragen. Ein auf die Menschen ausgerichteter Ansatz erfordert, dass sich die Mitarbeitenden einer humanitären Organisation der Glaubensidentität der betroffenen Bevölkerungsgruppen bewusst sind. Es gibt eine wachsende Anzahl von Instrumenten, um dies zu erreichen.

Verständnis der operativen Umgebung

Die humanitäre Hilfe findet in sehr unterschiedlichen Kontexten statt, die von städtisch bis ländlich, von Konflikten bis hin zu plötzlich auftretenden Katastrophen reichen, und im Laufe der Zeit oft in einer Kombination daraus. Die Wirksamkeit der Hilfe hinsichtlich der Befriedigung der Bedürfnisse der betroffenen Bevölkerung hängt von geografischen, sicherheitspolitischen, sozialen, wirtschaftlichen, politischen und ökologischen Faktoren ab. Auch wenn die Mindeststandards entwickelt wurden, um sich auf eine sofortige lebensrettende Hilfe zu konzentrieren, sind sie auch auf eine humanitäre Hilfe anwendbar, die einige Tage, Wochen, Monate oder sogar Jahre dauert. Die humanitäre Hilfe sollte im Laufe der Zeit verändert und angepasst werden und sollte einer Abhängigkeit von der Hilfe vorbeugen. Durch eine fortlaufende Analyse des Kontexts und der Situation wird aufgezeigt, wann die Programme an ein sich veränderndes Umfeld, wie beispielsweise eine neue Sicherheitsproblematik oder saisonale Beschränkungen wie Überschwemmungen, anzupassen sind.

Eine laufende Evaluierung der Auswirkungen der Hilfe auf die lokale Dynamik, wie beispielsweise die Beschaffung von Waren und Dienstleistungen oder die Anmietung von Transportmitteln, ist unerlässlich, um sicherzustellen, dass die humanitäre Hilfe die Konfliktdynamik nicht verstärkt ⊕ *siehe Grundsätze zum Schutz 2*. Wenn Krisen anhalten, können die zugrunde liegenden systemischen Schwächen die Bedürfnisse und die Vulnerabilität erhöhen, was zusätzliche Anstrengungen zum Schutz und zum Aufbau der Widerstandsfähigkeit erfordert. Einige davon sind besser durch oder in Zusammenarbeit mit den Entwicklungsakteuren zu bewältigen.

Koordinierungsmechanismen wie das Clustersystem sind erforderlich, um für eine klare Arbeitsteilung und Trennung der Verantwortungsbereiche zu sorgen und Lücken hinsichtlich der Reichweite und Qualität aufzuzeigen. Es ist von großer Wichtigkeit, mehrseitige Bemühungen und somit eine Verschwendung von Ressourcen zu vermeiden. Über einen Informations- und Wissensaustausch zwischen den Interessengruppen sowie eine gemeinsame Planung und integrierte Aktivitäten kann zudem sichergestellt werden, dass die Organisationen Risiken besser handhaben und die Ergebnisse der Hilfe optimieren.

Unterstützung nationaler und lokaler Akteure

In Anerkennung der grundlegenden Rolle und Verantwortung des Aufnahmestaates soll das Handbuch als Anleitung für alle an der humanitären Hilfe Beteiligten und für die Rolle, die humanitäre Organisationen bei der Unterstützung dieser Verantwortung

Copyright

spielen können, dienen. In einem Konflikt wird die Bereitschaft der staatlichen oder nicht-staatlichen Akteure, den Zugang zur Bevölkerung zu erleichtern, eine entscheidende Auswirkung haben.

Die Rolle des Staates bei der Leitung oder Koordinierung der Hilfe ist von vielen Faktoren geprägt, darunter:

- das Vorhandensein einer Regierungsbehörde, die ausdrücklich mit der Koordinierung oder Durchführung der humanitären Hilfe beauftragt ist (oft als nationale Katastrophenschutzbehörde oder -organisation bezeichnet),
- die Rolle und das Gewicht der Fachministerien bezüglich der Festlegung von Standards wie beispielsweise Standards zur Ernährung und zu grundlegenden Arzneimitteln und medizinischen Fachkräften, und
- das Fehlen funktionierender staatlicher Einrichtungen, wie beispielsweise in umkämpften Gebieten. In solchen außergewöhnlichen Fällen müssen die humanitären Akteure möglicherweise ihre eigenen Koordinierungsmechanismen entwickeln.

Anhaltende Krisen

Wenn es offensichtlich ist, dass eine humanitäre Hilfe länger als mehrere Monate oder Jahre dauern wird, sind verschiedene Mittel und Wege in Betracht zu ziehen, um die Bedürfnisse zu decken und ein Leben in Würde zu unterstützen. Möglichkeiten zur Zusammenarbeit mit bestehenden Dienstleistern, lokalen Behörden, lokalen Gemeinschaften, sozialen Schutznetzwerken oder Entwicklungsakteuren erkunden, um den Bedürfnissen gerecht zu werden. Bei der Beurteilung sind der Kontext und die Schutzbelange sowie die Auswirkungen auf die Rechte der betroffenen Bevölkerung zu berücksichtigen. Menschen aller Geschlechter und Altersgruppen, Graden an Behinderung und Hintergründe, einschließlich selbstdefinierter Gemeinschaften, in die Analyse, Beurteilung, Entscheidungsfindung sowie Monitoring und Evaluierung einbeziehen. So früh wie möglich langfristige und dauerhafte Lösungen anstreben. Wenn humanitäre Akteure die Möglichkeit haben, langfristige Lösungen umzusetzen, sollten diese Vorrang vor temporären Maßnahmen haben.

Erkennen, dass die betroffenen Menschen oft die ersten sind, die auf ihre eigenen Bedürfnisse eingehen und sich schützen. Nationale und lokale Behörden, zivilgesellschaftliche Organisationen, glaubensbasierte Organisationen und andere leisten entscheidende Hilfe. Sich dieser bereits bestehenden Hilfsnetzwerke bewusst sein und Möglichkeiten für deren Unterstützung suchen, anstatt diese zu untergraben oder zu verdoppeln.

Städtisches Umfeld

Da immer mehr Menschen auf der ganzen Welt in Städte ziehen, müssen die Mitarbeitenden einer humanitären Organisation darauf vorbereitet sein, Hilfe im städtischen Umfeld zu leisten. Städtische Gebiete unterscheiden sich in der Regel von anderen Kontexten in Bezug auf:

- **Dichte:** eine höhere Dichte an Menschen, Häusern, Infrastruktur, Gesetzen und Kulturen in einem relativ kleinen Gebiet
- **Vielfalt:** sozial, ethnisch, politisch, sprachlich, religiös und wirtschaftlich unterschiedliche Gruppen leben in unmittelbarer Nähe zueinander
- **Dynamik:** das städtische Umfeld ist fließend, verändert sich beständig und zeichnet sich durch eine hohe Mobilität und schnell wechselnde Machtverhältnisse aus

Die Stadtgemeinde ist oft die wichtigste Regierungsbehörde, mit Verbindungen zu anderen staatlichen Akteuren und Regierungsstellen wie beispielsweise die

Copyright

Fachministerien. Der Zugang zu Basisdienstleistungen, Nahrungsmittelsicherheit und Existenzgrundlagen sollte sorgfältig beurteilt werden, auch im Hinblick auf Diskriminierungen. In der Regel nutzen die Menschen in Städten Bargeld, um ihre Miete zu zahlen, Nahrungsmittel zu kaufen und Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erhalten. Die Mindeststandards für ein Leben in Würde gelten, unabhängig davon, wie die Hilfe geleistet wird.

Die Sphere-Mindeststandards können angewendet werden, um mehrere Zugangspunkte für die Bereitstellung von Hilfe in städtischen Gebieten zu unterstützen, auch über einen Ansatz, der sich auf bestimmte Siedlungen, Nachbarschaften oder Gebiete bezieht. Etablierte Gruppen mit gemeinsamen Interessen, wie beispielsweise Schulen, Vereine, Frauengruppen und Taxifahrer, können nützliche Zugangspunkte darstellen. Die Zusammenarbeit mit lokalen Akteuren (wie dem Privatsektor, der lokalen Regierung, führenden Persönlichkeiten in Nachbarschaften und Gemeindegruppen) kann entscheidend dazu beitragen, bestehende Dienste wiederaufnehmen, zu unterstützen und zu stärken statt sie zu ersetzen. Bedenken, wie die humanitäre Hilfe die kommunale Investitionsplanung unterstützen und für die Dauer der Krise und auf lange Sicht einen bleibenden Wert schaffen kann.

Wie in jedem Umfeld sollte eine Kontextanalyse im städtischen Umfeld neben den Risiko- und Schutzaspekten auch die vorhandenen Ressourcen und Möglichkeiten, wie Handel, Bargeld, Technik, öffentlicher Raum, Menschen mit besonderen Fähigkeiten sowie soziale und kulturelle Vielfalt, berücksichtigen. Die Analyse sollte für die Hilfsoptionen und die endgültige Auswahl der Art der Bereitstellung, wie beispielsweise die Entscheidung, Hilfe in Form von Sachleistungen oder Geld anzubieten (einschließlich der optimalen Weise, dies zu tun), maßgebend sein. Die auf Geld basierende Wirtschaft der Städte bietet Möglichkeiten für Partnerschaften mit Akteuren der Märkte und Technologie, die die Nutzung von Geldtransfers erleichtern können.

Gemeinschaftssiedlungen

Geplante Gemeinschaftssiedlungen und Lager sowie Sammelzentren und Behelfssiedlungen beherbergen Millionen von Menschen, die gewaltsam vertrieben wurden. Die Sphere-Standards können angewendet werden, um die Qualität der Hilfe in solchen Gemeinden zu gewährleisten. Sie können auch dazu beitragen, Prioritäten für bereichsübergreifende Programme zur Lösung von Problemen der öffentlichen Gesundheit und für den Zugang zu Basisdienstleistungen in Behelfssiedlungen zu setzen.

In Gemeinschaftssiedlungen können spezielle Lagermanagementkapazitäten zu mehr Rechenschaftspflicht und einer koordinierten Leistungserbringung beitragen. Gemeinschaftssiedlungen bergen jedoch auch besondere Risiken für den Schutz. Wenn beispielsweise das Recht auf uneingeschränkte Bewegungsfreiheit zum Verlassen der Siedlung verweigert wird, sind die Menschen mitunter nicht in der Lage, Zugang zu Märkten zu erhalten oder ihren Lebensunterhalt zu bestreiten. Besondere Aufmerksamkeit sollte auch den aufnehmenden Gemeinden geschenkt werden, da reale oder vermeintliche Unterschiede in der Behandlung zu eskalierenden Spannungen oder Konflikten führen können. In solchen Fällen können die Befürwortung einer Alternative zu einem lagerähnlichen Umfeld und die Berücksichtigung der Bedürfnisse der aufnehmenden Gemeinde dazu beitragen, dass die betroffenen Bevölkerungsgruppen in Würde leben können.

Kontexte mit nationalen oder internationalen Streitkräften

Wenn humanitäre Organisationen im gleichen Gebiet wie nationale oder internationale Streitkräfte tätig sind, ist es wichtig, sich der Mandate, der Verfahrenweisen, der Kapazitäten und der Grenzen seiner Organisation und der anderen bewusst zu

Copyright

sein. In Katastrophen- und Konfliktsituationen kann es passieren, dass humanitäre Organisationen mit verschiedenen Streitkräften eng zusammenarbeiten, zum Beispiel mit den Streitkräften des Aufnahmestaates, nicht-staatlichen bewaffneten Gruppen und internationalen Friedenstruppen. Humanitäre Akteure sollten zur Kenntnis nehmen, dass Aufnahmestaaten verpflichtet sind, in ihrem Hoheitsgebiet den von der Krise betroffenen Menschen Hilfe und Schutz zu bieten. Häufig werden die nationalen Streitkräfte hiermit beauftragt.

Der gesamte Dialog zwischen humanitären Organisationen und Streitkräften sowie die Koordination auf allen Ebenen und in allen Phasen der Interaktion muss von den humanitären Grundsätzen geleitet sein. Informationsaustausch, Planung und Aufgabenteilung sind drei wesentliche Elemente einer effektiven zivil-militärischen Koordination. Sofern ein Informationsaustausch zwischen humanitären und militärischen Akteuren stattfindet, hat dieser vom Kontext der operativen Aktivitäten abzuhängen. Humanitäre Organisationen dürfen keine Informationen weitergeben, die einer Konfliktpartei einen taktischen Vorteil verschaffen oder Zivilisten gefährden.

Bisweilen müssen humanitäre Organisationen die besonderen Kapazitäten von Streitkräften nutzen, um humanitäre Einsätze zu unterstützen. Die militärische Unterstützung von humanitären Organisationen sollte sich auf eine Unterstützung der Infrastruktur sowie eine indirekte beschränken; eine direkte Unterstützung ist nur im absoluten Notfall zulässig.

Die Zusammenarbeit mit Streitkräften hat tatsächliche oder vermeintliche Auswirkungen auf die Neutralität und die operative Unabhängigkeit einer humanitären Organisation und muss daher im Vorfeld sorgfältig abgewägt werden. International vereinbarte Richtlinien sollten die Grundlage für alle humanitär-militärischen Koordinationsvereinbarungen sein ⊕ *siehe Verpflichtung 6 des Core Humanitarian Standard* und *Quellen*.

Umweltauswirkungen in der humanitären Hilfe

Die Umwelt, in der die Menschen leben und arbeiten, ist für ihre Gesundheit, ihr Wohlbefinden und ihre Erholung von der Krise von grundlegender Bedeutung. Das Verständnis, wie betroffene Menschen für ihre eigene Gesundung von der Umwelt abhängig sind, kann auch für das Programmdesign maßgebend sein und zu nachhaltigeren Hilfen führen, um zukünftige Schocks zu bewältigen und zukünftige Risiken zu mindern.

Humanitäre Einsätze wirken sich sowohl direkt als auch indirekt auf die Umwelt aus. Eine wirksame humanitäre Hilfe sollte daher neben umfassenderen Beurteilungen und Situationsanalysen auch die Umweltrisiken sorgfältig beurteilen. Hinsichtlich der Programme sollten deren Umweltauswirkungen minimiert und geprüft werden, wie die Beschaffung, der Transport, die Materialauswahl oder die Nutzung von Land und natürlichen Ressourcen die Umwelt schützen oder weiter schwächen können ⊕ *siehe Standard 7 zu Notunterkünften und Siedlungen: Ökologische Nachhaltigkeit*.

Länder und Regionen, die mit Armut sowie schwachen institutionellen Kapazitäten und einer fragilen Ökologie zu kämpfen haben, sind einem höheren Risiko von Naturkatastrophen und Instabilität ausgesetzt, was zu einem Teufelskreis sozialer und ökologischer Verschlechterung führt. Dies hat Auswirkungen auf Gesundheit, Bildung, Existenzgrundlagen und andere Dimensionen von Sicherheit, Würde und Wohlbefinden. Ökologische Nachhaltigkeit ist ein wichtiger Bestandteil einer qualitativ hochwertigen humanitären Hilfe ⊕ *siehe Verpflichtungen 3 und 9 des Core Humanitarian Standard* sowie *Standard 7 zu Notunterkünften und Siedlungen: Ökologische Nachhaltigkeit*.

Copyright

Anlage
Hilfeleistung über die Märkte

Die vorliegende Anlage ergänzt die Einführung des Sphere-Handbuchs und bietet weitere Informationen und Leitlinien zur Nutzung von Märkten, um die Mindeststandards zu erreichen und den Menschen unmittelbar nach einer Krise bei der Deckung ihrer Bedürfnisse zu helfen. Sie baut auf den Grundlagenkapiteln auf und wird in den technischen Kapiteln referenziert. Aus diesem Grund ist sie ein integraler Bestandteil des Sphere-Handbuchs. Um wirksam helfen zu können, sollten humanitäre Akteure verstehen, was die Bedürfnisse sind und wie sie diesen in der Praxis nachkommen können. Teil dieser Analyse ist das Verständnis, wie die Märkte funktionieren und welche Waren und Dienstleistungen auf lokaler, nationaler, regionaler und internationaler Ebene verfügbar sind. Durch dieses Verständnis können humanitäre Programme auch die Märkte für die Dauer der Hilfe unterstützen – oder zumindest nicht beeinträchtigen.

Marktanalyse als Teil der Analyse der Hilfe

Sobald die Bedürfnisse und Kapazitäten zur Festlegung der Prioritäten beurteilt wurden, sollten die verschiedenen Möglichkeiten zu helfen und diesen Bedürfnissen nachzukommen analysiert werden. Die Analyse der Hilfe sollte sicherstellen, dass bei der Festlegung, wie die Hilfe geleistet wird, operative, programmatische und kontextbezogene Risiken und Möglichkeiten systematisch berücksichtigt werden. Dies wird bisweilen als „Wahl der Modalität" bezeichnet.

Zur Ermittlung des besten Weges bei der Unterstützung von Menschen, ihren Bedürfnissen nachzukommen, ist Folgendes erforderlich:

- aufgeschlüsselte Informationen zu Prioritäten und der Art und Weise, wie die Menschen auf die Hilfe zugreifen möchten, bereichsübergreifend und im Laufe der Zeit und
- ein Verständnis der wirtschaftlichen Vulnerabilität, sowohl der bereits bestehenden als auch der durch die Krise entstandenen.

Als Teil der Analyse der Hilfe trägt die Marktanalyse dazu bei, den möglicherweise effektivsten Weg zur Deckung der vorrangigen Bedürfnisse zu finden: Sachleistungen, Bereitstellung von Diensten, Geldtransfers oder je nach Kontext eine Mischung daraus. Durch die Marktanalyse können etwaige Markteinschränkungen, einschließlich Angebots- und Nachfrageproblemen, oder Vorschriften, Richtlinien, Regeln oder einer Infrastruktur, die das Funktionieren des Marktes einschränken, ermittelt werden.

Ungeachtet der Art der ausgewählten Hilfsoption sollte diese marktsensibel sein und auch auf den Schutz der Existenzgrundlagen, der Arbeitsplätze und Unternehmen vor Ort abzielen. Das Fundament von Sphere ist ein grundlegender Respekt vor den von einer Krise betroffenen Menschen und die Unterstützung ihrer Entscheidungen für ihre eigene Gesundung. Durch Berücksichtigung der Art und Weise, wie die Menschen mit lokalen Märkten interagieren, um Waren und Dienstleistungen zu erhalten und ein Einkommen zu erzielen, unterstützt die Marktanalyse einen auf die Menschen ausgerichteten Ansatz.

Programme und Märkte

Die Hilfe kann auf vielfältige Weise auf lokaler, nationaler oder regionaler Ebene über die Märkte geleistet werden. Marktbasierte Programme können direkt für die

Copyright

Hilfeleistung genutzt werden, oder die Märkte können unterstützt werden, um die betroffene Bevölkerung besser zu versorgen.

- Die lokale und regionale Beschaffung von Verbrauchs- und Gebrauchsgütern unterstützt die Angebotsseite der Märkte.
- Geldtransfers, die Menschen beim Kauf lokal verfügbarer Waren oder Dienstleistungen helfen, unterstützen die Nachfrageseite der Märkte.
- Eine Unterstützung der Infrastruktur, wie die Verbesserung von Zufahrtsstraßen zu den Märkten, oder Reformen wie Gesetze zur Verhinderung von Preisabsprachen, unterstützen die Märkte, sodass sie die betroffene Bevölkerung besser bedienen können.

Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit oder Behinderung haben oft einen direkten Einfluss auf den physischen, finanziellen und sozialen Zugang zu Märkten. Worin unterscheidet sich der Zugang zu den Märkten bei Männern, Frauen, Jugendlichen und älteren Personen? Können Händler einer bestimmten ethnischen Zugehörigkeit auf Kreditfazilitäten zugreifen? Diese und andere Faktoren beeinflussen den Grad, in dem Einzelpersonen aktiv an Märkten teilnehmen können.

Bei der Entwicklung marktbasierter Programme sollten ethische und ökologische Aspekte berücksichtigt werden. Sicherstellen, dass Märkte, die natürliche Ressourcen, Ökosysteme und die Umwelt übermäßig nutzen, nicht so erschlossen werden, dass die Menschen weiter gefährdet werden.

Waren, Dienstleistungen und Märkte: Hinsichtlich der Deckung vorrangiger humanitärer Bedürfnisse sollten sowohl Waren als auch Dienstleistungen berücksichtigt werden. Die meisten Sphere-Standards beinhalten die Bereitstellung einer bestimmten Art von Verbrauchsgütern oder den Zugang zu Waren. Soziale Bereiche wie Gesundheit und Bildung sind dadurch gekennzeichnet, dass sie den Zugang zu Dienstleistungen bereitstellen oder verbessern, die Bereitstellung über Märkte jedoch unter Umständen keine Option ist. Bei der Zusammenarbeit mit Drittanbietern oder Subunternehmern Maßnahmen ergreifen, um mit ihnen gemeinsam die Qualität von Dienstleistungen und Produkten genau zu überwachen ⊕ *siehe Standard 1.4 zu Gesundheitssystemen: Gesundheitsfinanzierung*.

In einigen Fällen bieten sich marktbasierte Programme an, die den Zugang zu Dienstleistungen indirekt unterstützen. Geldtransfers können den Transport zu Gesundheitseinrichtungen oder den Zugang zu Bildung (Kauf von Uniformen und Materialien) unterstützen. Die Verfolgung der Haushaltsausgaben liefert klare Daten über die Kosten für den Zugang zu Dienstleistungen, einschließlich zu denjenigen, die kostenlos sein sollten. Die Überwachung der Haushaltsausgaben sollte immer durch das Monitoring der Ergebnisse der Geldtransfers unterstützt werden.

Dienstleistungssektoren können auch marktbasierte Programme für Waren wie mit Insektiziden behandelte Moskitonetze, Nahrungsergänzung und Arzneimittel in Betracht ziehen, sofern sie die Qualitätskriterien erfüllen ⊕ *siehe Standard 1.3 zu Gesundheitssystemen: Unentbehrliche Arzneimittel und Medizinprodukte*.

In den meisten Kontexten ist eine Kombination von marktbasierten Interventionen erforderlich. Marktbasierte Programme müssen wahrscheinlich durch andere Aktivitäten, wie solche, die technische Hilfe bereitstellen, unterstützt werden. Diese Kombination wird sich ebenfalls im Laufe des Programms entwickeln und kann sich von Sachleistungen auf Bargeldhilfe oder Gutscheine verlagern oder umgekehrt. Neben dem Programmmonitoring ist die Marktüberwachung wichtig, um die Form der Hilfe zu bestätigen oder anzupassen.

Copyright

Die Zusammenarbeit zwischen Lieferkette, Logistik und Programmfunktionen ist zu jeder Zeit erforderlich. Weiterführende Informationen zu Instrumenten, die diese Auswahl und Analyse unterstützen ⊕ *finden Sie in den Quellen*.

Checklisten

Checkliste für Geldtransfers

Im vorliegenden Abschnitt werden einige Überlegungen zur Hilfeleistung über die Märkte aufgeführt. Diese Liste ist auf den Programmmanagementzyklus ausgerichtet und enthält weitere wichtige Elemente, die bei der Umsetzung dieses Ansatzes zur Erfüllung der Mindeststandards zu berücksichtigen sind. Jeder Kontext ist anders und die Optionen für die Bereitstellungsmechanismen variieren je nach Infrastruktur, Datenschutz, Kosteneffizienz und Einbindung in das Finanzsystem.

Programmdesign

- Die Kriterien für die Ausrichtung auf Zielgruppen anhand der Programmziele festlegen und spezifische Überlegungen zu Geldtransfers einschließen.
- Auf der Grundlage einer klaren Risikobeurteilung und unter Abwägung aller Schutzbelange sorgfältig überlegen, wer im Haushalt die Geldtransfers erhalten sollte.
- Sichere, zugängliche und wirksame Mechanismen für die Bereitstellung von Hilfe auf der Grundlage des Kontexts, der Ziele und des Umfangs des Programms sowie des Finanzwissens und der Präferenzen der Empfänger ermitteln.
- Den Überweisungsbetrag auf der Grundlage des zu deckenden Bedarfs und der Kosten für die Deckung dieses Bedarfs berechnen.
- Dauer und Häufigkeit der Überweisung je nach Bedarf, Saison, Kapazität des Finanzdienstleisters und Risiken für den Schutz festlegen.
- Sofern möglich und machbar, sollte eine bereichsübergreifende Perspektive eingenommen werden.
- Schlüsselaktivitäten und damit zusammenhängende Indikatoren zur Überwachung der Prozesse und Aktivitäten sowie der Leistungs- und Ergebnisquoten festlegen.

Durchführung

- Kontextspezifische Erwägungen und andere relevante Dimensionen in die Ausschreibungen für Finanzdienstleister einbeziehen und klare Auswahlkriterien festlegen.
- Die Nutzung vorhandener familiärer Bereitstellungsmechanismen für den sozialen Schutz erwägen.
- Systeme für die Registrierung und Identifizierung der Empfänger einrichten, die für den Bereitstellungsmechanismus und den Schutz personenbezogener Daten geeignet sind.
- Sicherstellen, dass die vom Finanzdienstleister geforderten Daten in den Systemen für die Registrierung und Identifizierung enthalten sind.
- Datenschutzmaßnahmen anwenden und dokumentieren.
- Weitgehend Mechanismen für digitale Daten in Zusammenarbeit mit verschiedenen Organisationen einrichten („interoperable Systeme“).
- Die Verfahren, Rollen und Verantwortlichkeiten für den Prozess der Bargeldbereitstellung sowie die Mechanismen des Risikomanagements klar definieren.
- Sicherstellen, dass der Prozess zur Bereitstellung der Bargeldhilfe zugänglich und effektiv ist.
- Gewährleisten, dass alle betroffenen Gruppen während der gesamten Projektlaufzeit auf den ausgewählten Bereitstellungsmechanismus zugreifen können.

Copyright

- Sicherstellen, dass die Empfänger über die Programmziele und die Dauer der Geldtransfers informiert sind, sodass sie bewusste Ausgabenentscheidungen treffen können.
- Durch Vertragsmanagement und Monitoring sicherstellen, dass Finanzdienstleister den Empfängern gegenüber rechenschaftspflichtig sind ⊕ *siehe Verpflichtungen 4 und 5 des Core Humanitarian Standard.*

Monitoring, Evaluierung und Lernen

- Die Prozesse, Aktivitäten, Leistungen und Risiken im Zusammenhang mit den Geldtransfers auch nach der Verteilung überwachen.
- Überwachen, ob das Bargeld bzw. die Gutscheine von der richtigen Person sicher, pünktlich und in der richtigen Höhe empfangen wurden.
- Die Märkte und ihre Lieferketten über die Preisüberwachung hinaus konsequent überwachen.
- Die Haushaltsausgaben überwachen und mit den Marktbeobachtungsdaten triangulieren, um zu beurteilen, ob die Bedürfnisse durch Geldtransfers tatsächlich gedeckt und negative Bewältigungsstrategien reduziert werden können.
- Potenzielle Risiken von Geldtransfers, einschließlich der Risiken für den Schutz und etwaiger negativer Auswirkungen auf die natürlichen Ressourcen, überwachen.
- Die Ergebnisse im Zusammenhang mit den Geldtransfers sind zu evaluieren.
- Regelmäßig evaluieren, ob die Wahl der Geldtransfers den sich ändernden Bedarf wirksam deckt, und das Programm entsprechend anpassen sowie das kontinuierliche Lernen für zukünftige Programme unterstützen.

Checkliste für Lieferkettenmanagement und Logistik

Im vorliegenden Abschnitt werden einige Überlegungen zum Lieferkettenmanagement und zur Logistik aufgeführt. Diese Liste ist auf den Programmmanagementzyklus ausgerichtet und enthält weitere wichtige zu berücksichtigende Elemente.

Das Lieferkettenmanagement beginnt mit der Auswahl des Verbrauchsguts bzw. der Dienstleistung. Dazu gehören die Ermittlung der Quelle des Bedarfs sowie Beschaffung, Qualitätsmanagement, Risikomanagement (einschließlich Versicherung), Verpackung, Versand, Transport, Lagerung, Bestandsmanagement, Lieferung und Verteilung. Lieferkettenmanagement bezieht viele verschiedene Partner ein, weshalb es wichtig ist, die Aktivitäten zu koordinieren ⊕ *siehe Verpflichtung 6 des Core Humanitarian Standard.*

Hierzu sind spezifische Kenntnisse des Lieferkettenmanagements erforderlich. Zu relevanten Fachkenntnissen zählen insbesondere Vertragsmanagement, Transport- und Lagermanagement, Bestandsmanagement, Pipeline-Analyse und Informationsmanagement sowie Sendungsverfolgung und Importmanagement. Die Management- und Monitoringpraktiken sollten sicherstellen, dass die Verbrauchsgüter an den Verteilungspunkten geschützt sind. Humanitäre Organisationen sind jedoch auch dafür verantwortlich, sicherzustellen, dass Produkte und Dienstleistungen (einschließlich Geldtransfers) die Menschen erreichen, die Hilfe benötigen.

Durch den lokalen und regionalen Einkauf von Waren werden die lokalen Märkte belebt. Dies kann für Landwirte ein Anreiz sein, mehr zu produzieren, wodurch sie zur Ankurbelung der lokalen Wirtschaft beitragen würden. Wenn die Versorgung jedoch bereits relativ begrenzt ist, könnte der lokale oder regionale Einkauf Probleme auf anderen Märkten verursachen oder bestehende Handelsnetze stören. Umgekehrt kann der Import lokale oder regionale Produzenten verdrängen und auch bestehende Handelsnetze stören.

Copyright

Programmdesign

- Die lokale Verfügbarkeit der benötigten Waren und Dienstleistungen ist vor deren Bezug von außerhalb der Region zu beurteilen.
- Die Zusammenarbeit mit seriösen lokalen oder regionalen Spediteuren erwägen, die über wertvolle Kenntnisse der lokalen Vorschriften, Verfahren und Einrichtungen verfügen und dazu beitragen können, die Einhaltung der Gesetze des Aufnahmestaates sicherzustellen und Lieferungen zu beschleunigen.
- In einem Konfliktumfeld einen besonders strengen Überprüfungsprozess für Dienstleister anwenden.
- Darauf achten, dass die lokale Beschaffung keine Feindseligkeiten verursacht oder verschärft.
- Überlegen, ob eine Nutzung der natürlichen Ressourcen nachhaltig ist und ob die Nutzung zu weiteren Konflikten um die Ressourcen führen kann.
- Ein transparentes, faires und offenes Vergabeverfahren unter Berücksichtigung lokaler, nationaler und internationaler Optionen einrichten.
- Wenn mehrere Organisationen beteiligt sind, die lokale Beschaffung so weit wie möglich koordinieren.

Durchführung

- Gute Beziehungen zu Lieferanten, lokalen Händlern und Dienstleistern aufbauen.
- Eine angemessene Qualität von Waren und Dienstleistungen über Verträge sowie über ethische und ökologisch nachhaltige Vorgehensweisen durchsetzen.
- Die Mitarbeitenden auf allen Ebenen der Lieferkette schulen und beaufsichtigen, um die Produktqualität beizubehalten und die Sicherheitsverfahren (für Empfangende und Mitarbeitende) sowie ethische und ökologisch nachhaltige Vorgehensweisen einzuhalten.
- Die Mitarbeitenden von Partnerorganisationen und Dienstleistern in die Schulung miteinbeziehen und die Schulungen in der Landessprache durchführen.
- Verfahren zur Rechenschaftspflicht einrichten, einschließlich der Planung von Lieferung, Transport und Lagerung sowie von Bestandsmanagement, Berichterstattung und Finanzsystemen.
- Eine Verwendung von Nahrungsmittel zur Bezahlung von logistischen Vorgängen wie das Entladen in Lagerhallen vermeiden. Diese Kosten sollten im Grundbudget enthalten sein.
- Separate Lagerhallen für Nahrungsmittel und für Verbrauchs- und Gebrauchsgüter sind empfehlenswert. Bei der Auswahl einer Lagerhalle ist darauf zu achten, dass sie nicht für die Lagerung von gefährlichen Gütern verwendet wurde und keine Kontaminationsgefahr besteht. Zu den zu berücksichtigenden Faktoren gehören: Sicherheit, Kapazität, gute Zugänglichkeit, strukturelle Stabilität und keine Überschwemmungsgefahr.
- Die Risiken für die Sicherheit von Transportwegen und Lagerhallen sind zu beurteilen und zu managen.
- In Konfliktsituationen sollten Kontrollsysteme eingerichtet und alle Ebenen der Lieferkette überwacht werden, um das Risiko von Plünderungen oder Beschlagnahmungen durch Konfliktparteien zu minimieren.
- Weitreichende politische und sicherheitspolitische Auswirkungen, wie die Möglichkeit, dass abgezweigte Bestände einen bewaffneten Konflikt anheizen, analysieren und verhindern ⊕ *siehe Grundsätze zum Schutz 2*.
- Produktverluste auf allen Ebenen der Lieferkette minimieren und melden.

Copyright

- Beschädigte oder ungeeignete Verbrauchsgüter von qualifizierten Inspektoren (wie Experten für Nahrungsmittelsicherheit und Labors für öffentliche Gesundheit) überprüfen und für die Entsorgung zertifizieren lassen.
- Beschädigte Verbrauchsgüter umgehend entsorgen, bevor sie zu einem Gesundheits- oder Sicherheitsrisiko werden. Zu den Methoden der Entsorgung von Verbrauchsgütern gehören der Verkauf (z. B. von Nahrungsmitteln als Tierfutter) und das durch die zuständigen Behörden autorisierte und bestätigte Vergraben oder Verbrennen. Auf keinen Fall dürfen ungeeignete Verbrauchsgüter in die Lieferkette zurückgelangen, die Umwelt schädigen oder Wasserquellen kontaminieren ⊕ *siehe WASH-Standards 5.1 bis 5.3 für Feststoffabfallmanagement*.
- Zu den Anforderungen des täglichen Managements gehört eine zeitnahe und transparente Meldung von Verzögerungen oder Abweichungen in der Lieferkette. An allen Orten, an denen Waren empfangen, gelagert und/oder versendet werden, Unterlagen und Formulare in der jeweiligen Landessprache ausreichend zur Verfügung stellen. Auf diese Weise wird ein schriftlich belegter Prüfpfad der Geschäftsvorgänge angelegt.

Monitoring, Evaluierung und Lernen

- Das Versorgungssystem der Verbrauchsgüter überwachen und managen, um Abzweigungen und Unterbrechungen der Verteilungen sowie eine Marktverzerrung zu vermeiden.
- Die Interessengruppen regelmäßig über die Ergebnisse der Bemühungen im Bereich der Lieferkette informieren.
- Relevante Informationen über Lagerbestände, erwartete Eingänge und Verteilungen an die Interessengruppen in der Lieferkette weitergeben. Die Verfolgung von Lagerbeständen nutzen, um voraussichtliche Versorgungsausfälle und Probleme rechtzeitig zu erkennen. Der Informationsaustausch zwischen den Partnern kann die Aufnahme von Krediten erleichtern, um Einbrüche im Versorgungssystem zu verhindern. Wenn die Ressourcen nicht ausreichen, müssen die Verbrauchsgüter priorisiert werden. Die Interessengruppen in die Erwägung von Lösungen einbeziehen.
- Sicherstellen, dass die Rechenschaftspflicht- und Kommunikationsmechanismen die Besonderheiten der Lieferprozesse widerspiegeln.
- Sicherstellen, dass Systeme zur Verfolgung der Verbrauchsgüter und zum Management von Informationen bereits zu Beginn der Intervention vorhanden sind.
- Regelmäßig evaluieren, ob die Hilfe den sich ändernden Bedarf wirksam deckt, und das Programm entsprechend anpassen sowie das kontinuierliche Lernen für zukünftige Programme unterstützen.

Copyright

Quellen und weiterführende Literatur

Verständnis von Vulnerabilität und Kapazitäten

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme. HelpAge, 2018. www.helpage.org

Glaubensbasierte Programme

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org

Marktanalyse und marktbasierte Programme

Minimum Economic Recovery Standards (MERS): Core Standard 2 and Assessment and Analysis Standards. The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. https://seepnetwork.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Geldtransfers

CBA Programme Quality Toolbox. CaLP. http://pqtoolbox.cashlearning.org

Lieferkettenmanagement und Logistik

Cargo Tracking: Relief Item Tracking Application (RITA). Logistics Cluster. www.logcluster.org

HumanitarianResponse.info: Quellen zur Logistik UNOCHA. https://www.humanitarianresponse.info

Logistics Operational Guide (LOG). Logistics Cluster. http://dlca.logcluster.org

Oxfam Market Systems and Scenarios for CTP – RAG Model 2013. Logistics Cluster. www.logcluster.org

Toolkit for Logistics in C&V. Logistics Cluster. www.logcluster.org

Weiterführende Literatur:

Weitere Literaturhinweise finden Sie unter www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Copyright

Die humanitäre Charta

Copyright

Die Humanitäre Charta

Die Humanitäre Charta bildet den ethischen und rechtlichen Rahmen für die Grundsätze zum Schutz, den Core Humanitarian Standard und die Mindeststandards, die alle nachfolgend in diesem Handbuch zu finden sind. Sie enthält zum einen anerkannte gesetzliche Rechte und Pflichten und zum anderen gemeinsame Überzeugungen.

Hinsichtlich der Rechte und Pflichten fasst die Humanitäre Charta die wesentlichen Rechtsgrundsätze zusammen, die für das Wohl der von Katastrophen und Konflikten betroffenen Menschen am relevantesten sind. Die gemeinsamen Überzeugungen dagegen versuchen einen Konsens der humanitären Organisationen über die Grundsätze zu formulieren, die die Basis jeder Reaktion auf Katastrophen oder Konflikte sein sollte, einschließlich der Rollen und Verantwortlichkeiten der beteiligten Akteure.

Die Humanitäre Charta bildet somit die Grundlage für eine Selbstverpflichtung derjenigen humanitären Agenturen, die Sphere unterstützen. Sie ist aber auch eine Einladung an alle, die an humanitären Maßnahmen beteiligt sind, diese Grundsätze zu übernehmen.

Unsere Überzeugungen

1. Die Humanitäre Charta ist Ausdruck unserer gemeinsamen Überzeugung als humanitäre Agenturen, dass alle Menschen, die von Katastrophen oder Konflikten betroffen sind, ein Recht auf Schutz und Hilfe haben, damit sie ihre Grundbedürfnisse in Würde decken können. Wir sind überzeugt, dass die in dieser Humanitären Charta beschriebenen Grundprinzipien universell sind, weltweit für alle von Katastrophen oder Konflikten Betroffenen und für alle Personen gelten, die diesen Betroffenen Hilfe oder Schutz bieten möchten. Diese Prinzipien sind im Völkerrecht verankert, ihre Wirkungsmacht erhalten sie jedoch letztendlich vom moralischen **Humanitätsgrundsatz**: Alle Menschen sind frei geboren und gleich in Rechten und Würde. Auf dieser Grundlage bestätigen wir das Primat des **humanitären Imperativs**: Im Falle von Katastrophen oder Konflikten sollten alle Maßnahmen ergriffen werden, die menschliches Leid verhindern oder lindern helfen. Nichts sollte dieses Prinzip außer Kraft setzen.

Als lokale, nationale und internationale humanitäre Agenturen verpflichten wir uns, mit unseren Bemühungen den Betroffenen zu helfen und sie zu schützen, die Grundsätze dieser Charta zu fördern und einzuhalten und Mindeststandards zu erfüllen. Wir laden alle, die sich an humanitären Aktionen beteiligen, auch aus dem öffentlichen und dem privaten Sektor, ein, die im Folgenden beschriebenen gemeinsamen Grundsätze, Rechte und Pflichten als Erklärung der gemeinsamen humanitären Überzeugungen zu übernehmen.

Unsere Rolle

2. Wir erkennen an, dass es zuallererst Aufgabe der von Katastrophen oder Konflikten Betroffenen ist, ihre Bedürfnisse zu decken, und zwar mit der Unterstützung von ihren Gemeinden und lokalen Institutionen. Wir erkennen an, dass es primär Aufgabe und Verantwortung des jeweiligen Staates ist, den Betroffenen rechtzeitig Hilfe anzubieten,

Copyright

ihren Schutz und ihre Sicherheit zu gewährleisten und ihre Gesundung zu unterstützen. Wir sind überzeugt, dass die effektive Prävention und Hilfe eine Kombination aus amtlichen und freiwilligen Maßnahmen erfordert. In diesem Kontext spielen die nationale Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung und andere zivilgesellschaftliche Akteure eine wesentliche Rolle bei der Unterstützung der Behörden. Sind die nationalen Kapazitäten unzureichend, ist es unserer Überzeugung nach die Rolle der größeren internationalen Gemeinschaft, einschließlich Geberländern und regionaler Organisationen, die Staaten bei der Ausübung ihrer Verantwortlichkeiten zu unterstützen. Wir anerkennen und unterstützen die spezielle Rolle der mandatierten Organisationen der Vereinten Nationen und des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz (ICRC) an.

3. Als humanitäre Agenturen erfüllen wir unsere Rolle jeweils entsprechend den Bedürfnissen und Fähigkeiten der betroffenen Bevölkerungen und den Verantwortlichkeiten ihrer Regierungen oder Machthaber. Wir sind uns der Tatsache bewusst, dass die primär für die Hilfe Verantwortlichen nicht immer in vollem Umfang in der Lage oder bereit sind, diese Aufgabe selbst zu übernehmen. Sofern mit dem humanitären Imperativ und den anderen in dieser Charta dargelegten Grundsätzen vereinbar, unterstützen wir die Bemühungen der relevanten Behörden, die Betroffenen zu schützen und ihnen Hilfe zu leisten. Wir rufen alle staatlichen und nicht-staatlichen Akteure auf, die unparteiliche, unabhängige und unvoreingenommene Rolle der humanitären Agenturen zu respektieren und deren Arbeit zu vereinfachen, indem sie unnötige rechtliche und praktische Barrieren beseitigen, für deren Sicherheit sorgen und ihnen zügig und konsequent den Zugang zu den betroffenen Bevölkerungsgruppen ermöglichen.

Allgemeine Grundsätze, Rechte und Pflichten

4. Wir bieten unsere Leistungen als humanitäre Agenturen auf der Basis des Humanitätsgrundsatzes und des humanitären Imperativs an und achten die Rechte aller von einer Katastrophe oder einem Konflikt betroffenen Menschen – Frauen und Männer, Jungen und Mädchen. Dazu gehören die Rechte auf Schutz und Hilfe gemäß humanitärem Völkerrecht, Menschenrechten und Flüchtlingsrecht. Für diese Charta fassen wir diese Rechte wie folgt zusammen:

- **das Recht auf Leben in Würde**
- **das Recht auf den Erhalt humanitärer Hilfe**
- **das Recht auf Schutz und Sicherheit**

Obwohl diese Rechte nicht mit dieser Begrifflichkeit im Völkerrecht niedergelegt sind, umfassen sie eine Reihe gängiger Rechte und verleihen dem humanitären Imperativ mehr Substanz.

5. Das **Recht auf ein Leben in Würde** ist im Völkerrecht niedergelegt, insbesondere in den Menschenrechtsnormen betreffend das Recht auf Leben, auf einen angemessenen Lebensstandard und auf die Unterlassung von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder entwürdigender Behandlung oder Bestrafung. Das Recht auf Leben beinhaltet die Pflicht, Leben zu schützen, wenn es bedroht ist. Dies umfasst auch die Pflicht, die Bereitstellung von lebensrettender Hilfe nicht zu be- oder verhindern. Würde bedeutet mehr als nur körperliches Wohlbefinden; sie bedeutet auch Respekt für die gesamte Person, einschließlich der Werte und Überzeugungen der Menschen und betroffenen Gemeinschaften, der Achtung ihrer Menschenrechte, einschließlich persönlicher Freiheit, Gewissens- und Religionsfreiheit.

Copyright

6. Das **Recht auf humanitäre Hilfe** ist ein notwendiger Bestandteil des Rechts auf ein Leben in Würde. Es beinhaltet das Recht auf einen angemessenen Lebensstandard, unter anderem eine angemessene Versorgung mit Nahrung, Wasser, Kleidung, Unterkunft und die Voraussetzungen für eine gute Gesundheit, die im Völkerrecht ausdrücklich garantiert sind. Der Core Humanitarian Standard und die Mindeststandards spiegeln diese Rechte wider und geben ihnen praktischen Ausdruck, insbesondere in Bezug auf die Bereitstellung von Hilfe für die von einer Katastrophe oder einem Konflikt Betroffenen. Wir sind der Meinung, dass die staatlichen oder nicht-staatlichen Akteure anderen die Hilfeleistung erlauben müssen, wenn sie selbst nicht dazu in der Lage sind. Für jede Hilfeleistung gilt der Grundsatz der **Unparteilichkeit**. Das heißt, dass die Hilfe ausschließlich auf Bedarfsbasis und bedarfsgerecht geleistet wird. Dies wiederum ist eng mit dem allgemeineren Grundsatz der **Gleichbehandlung** verbunden: Niemand sollte aufgrund seines Status, d. h. Alter, Geschlecht, Hautfarbe, ethnische Zugehörigkeit, sexuelle Orientierung, Sprache, Religion, Behinderung, Gesundheitszustand, politische oder andere Überzeugungen, nationale oder soziale Herkunft, diskriminiert werden.

7. Das **Recht auf Schutz und Sicherheit** ist im Völkerrecht verankert, in den Resolutionen der Vereinten Nationen und anderer zwischenstaatlicher Organisationen sowie in der souveränen Verantwortung der Staaten, alle Menschen unter ihrer Hoheitsgewalt zu schützen. Die Sicherheit der Menschen in Katastrophen- oder Konfliktsituationen ist ein besonderes humanitäres Anliegen und schließt den Schutz von Flüchtlingen und Binnenvertriebenen ein. Das Recht erkennt jedoch sehr wohl an, dass manche Menschen aufgrund ihres Status, z. B. Alter, Geschlecht oder Hautfarbe, besonders gefährdet in Bezug auf Missbrauch und Diskriminierung sind und daher möglicherweise spezieller Schutz- und Hilfsmaßnahmen bedürfen. Wir sind der Überzeugung, dass ein Staat, der die Bevölkerung in solchen Situationen nicht schützen kann, entsprechende internationale Hilfe anfordern muss.

Die Rechtsnormen betreffend den Schutz von Zivilpersonen und Flüchtlingen sind in diesem Kontext besonders relevant:

i. Während eines **bewaffneten Konflikts** gelten gemäß dem humanitären Völkerrecht besondere rechtliche Bestimmungen bezüglich Schutz und Hilfe für nicht am Konflikt beteiligte Personen. Insbesondere durch die Genfer Abkommen von 1949 und die Zusatzprotokolle von 1977 werden den an internationalen wie auch nicht internationalen bewaffneten Konflikten beteiligten Parteien bestimmte Verpflichtungen auferlegt. Wir betonen das allgemeine Verbot von Angriffen auf die Zivilbevölkerung und Repressalien und insbesondere die Bedeutung des Folgenden:

   - das Prinzip der **Unterscheidung** zwischen Zivilpersonen und Kombattanten sowie zwischen zivilen Objekten und militärischen Zielen
   - das Prinzip der **Verhältnismäßigkeit** bei der Anwendung von Gewalt und von **Vorsichtsmaßnahmen** bei Angriffen
   - die Pflicht, keine unterschiedslos wirkenden Waffen oder Waffen einzusetzen, die unnötige Verletzungen oder Leiden verursachen
   - die Pflicht, unparteiische humanitäre Hilfsaktionen zu erlauben

   Ein Großteil des vermeidbaren Leids, das Zivilisten in bewaffneten Konflikten zugefügt wird, entsteht aus der Nichtbeachtung dieser Grundsätze.

Copyright

ii. Das **Recht auf Asyl oder Zuflucht** ist für den Schutz von Menschen, die von Verfolgung oder Gewalt bedroht sind, weiterhin von elementarer Bedeutung. Die von einer Katastrophe oder einem Konflikt betroffenen Menschen sind häufig gezwungen, auf der Suche nach Sicherheit und einem Lebensunterhalt aus ihrer Heimat zu fliehen. Die Bestimmungen des Abkommens über die Rechtsstellung der Flüchtlinge von 1951 (Convention Relating to the Status of Refugees, in der jeweils aktuellen Fassung) und anderer universeller und regionaler Verträge enthalten grundlegende Schutzklauseln für Menschen, die von dem Staat, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen oder in dem sie ansässig sind, keinen Schutz erhalten und daher gezwungen sind, in einem anderen Land Schutz zu suchen. Hierbei kommt dem Grundsatz der **Nichtzurückweisung** die größte Bedeutung zu: Niemand darf in ein Land zurückgeschickt werden, in dem das Leben, die Freiheit oder physische Sicherheit der Person bedroht ist oder in dem sie mit Folter oder anderer grausamer, unmenschlicher oder entwürdigender Behandlung oder Bestrafung zu rechnen hat. Dieser Grundsatz gilt auch für Binnenvertriebene, wie in den internationalen Menschenrechtsnormen und den Grundsätzen betreffend Binnenvertreibungen (Guiding Principles on Internal Displacement) von 1998 und entsprechenden regionalen und nationalen Gesetzen dargelegt.

Selbstverpflichtung

8. Wir bieten unsere Leistungen in der Überzeugung an, dass die betroffene Bevölkerung im Zentrum des humanitären Einsatzes steht. Es ist uns bewusst, dass die aktive Beteiligung der Betroffenen überaus wichtig ist, damit die Hilfe in einer Weise geleistet werden kann, die die Bedürfnisse aller, insbesondere aber der gefährdeten und sozial ausgegrenzten Menschen, deckt. Wir sind bestrebt, die lokalen Bemühungen zu unterstützen, bei Katastrophen und Konflikten Prävention bzw. Vorsorge und Hilfe sicherzustellen und die Fähigkeiten der lokalen Akteure auf allen Ebenen zu stärken.

9. Wir sind uns bewusst, dass die Versuche, humanitäre Hilfe zu leisten, mitunter unbeabsichtigte nachteilige Wirkungen haben können. In Zusammenarbeit mit den betroffenen Gemeinden und Behörden bemühen wir uns, negative Auswirkungen der humanitären Einsätze auf die lokalen Gemeinden oder auf die Umwelt möglichst gering zu halten. Es ist uns bewusst, dass bei bewaffneten Konflikten die Art der Bereitstellung humanitärer Hilfe die Gefährdung der Zivilbevölkerung verschärfen kann oder dass eine oder mehrere der am Konflikt beteiligten Parteien zuweilen einen unbeabsichtigten Vorteil erlangen. Wir tun im Rahmen der oben aufgeführten Grundsätze alles in unserer Macht Stehende, um diese nachteiligen Auswirkungen auf ein Minimalmaß zu begrenzen.

10. Wir handeln in Übereinstimmung mit den in dieser Charta niedergelegten Grundsätzen für humanitäre Maßnahmen und mit den besonderen Leitlinien im Verhaltenskodex der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung und der Nichtregierungsorganisationen (NGO) in der Katastrophenhilfe (Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organisations (NGOs) in Disaster Relief, 1994).

11. Der Core Humanitarian Standard und die Mindeststandards konkretisieren die gemeinsamen Grundsätze dieser Charta; sie basieren auf dem Verständnis der

Copyright

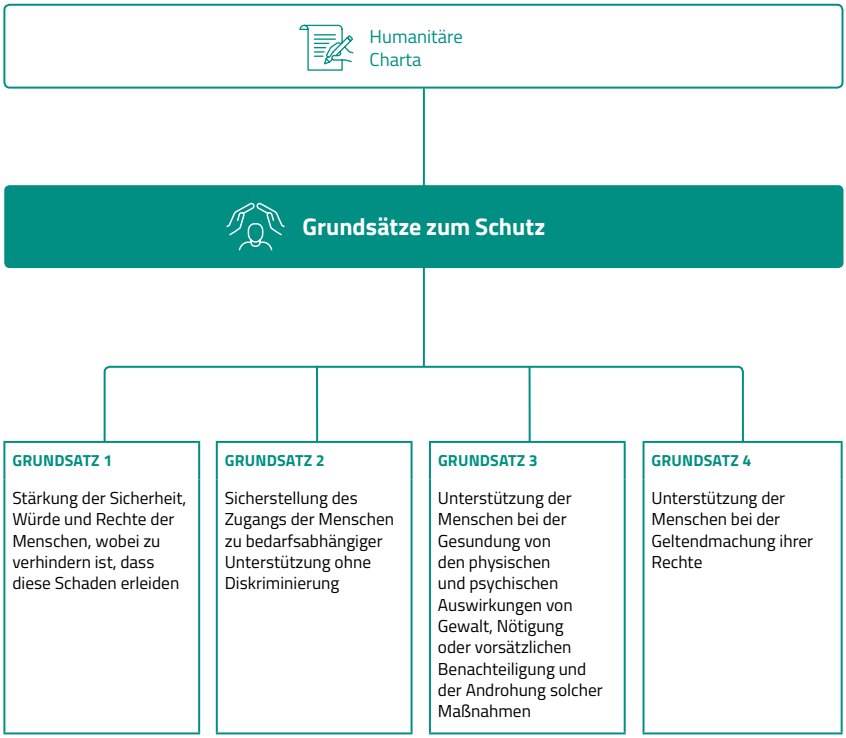
Hilfsorganisationen hinsichtlich der Mindestanforderungen für ein Leben in Würde und auf ihren Erfahrungen bei der Leistung humanitärer Hilfe. Die Einhaltung der Standards hängt von einer Reihe von Faktoren ab, die zu einem großen Teil nicht unserer Kontrolle unterliegen. Dennoch verpflichten wir uns, uns konsequent für die Einhaltung der Standards einzusetzen, und erwarten, entsprechend zur Rechenschaft gezogen zu werden. Wir laden alle Parteien, auch die Regierungen der betroffenen Staaten und der Geberländer, die internationalen Organisationen sowie die privaten und nicht-staatlichen Akteure ein, den Core Humanitarian Standard und die Mindeststandards als anerkannte Normen zu übernehmen.

12. Durch die Einhaltung des Core Humanitarian Standard und der Mindeststandards verpflichten wir uns, alles in unserer Macht Stehende zu unternehmen, um sicherzustellen, dass die von Katastrophen oder Konflikten betroffenen Menschen Zugang zu den Mindestvoraussetzungen für ein Leben in Würde und Sicherheit haben, einschließlich angemessener Wasserversorgung, Sanitäranlagen, Nahrung, Ernährung, Unterkunft und Gesundheitsversorgung. Daher setzen wir uns auch weiterhin dafür ein, dass Staaten und sonstige Parteien ihren moralischen und rechtlichen Verpflichtungen gegenüber den betroffenen Bevölkerungsgruppen nachkommen. Wir verpflichten uns, unsere Einsätze effektiver, adäquater und verantwortlicher zu gestalten, und zwar durch solide Beurteilung und Beobachtung des sich verändernden lokalen Kontexts, durch Transparenz der Informationen und der Entscheidungsfindung und durch effektivere Koordinierung und Zusammenarbeit mit den weiteren relevanten Akteuren auf allen Ebenen, wie dies im Core Humanitarian Standard und in den Mindeststandards niedergelegt ist. Insbesondere verpflichten wir uns, mit den betroffenen Bevölkerungsgruppen zusammenzuarbeiten und deren aktive Beteiligung an den Hilfsmaßnahmen in den Vordergrund zu stellen. Wir sind uns bewusst, dass wir in erster Linie den Menschen gegenüber Rechenschaft schuldig sind, die wir unterstützen möchten.

Copyright

Grundsätze zum Schutz

Copyright



ANLAGE Zusammenfassung der professionellen Standards für Schutzmaßnahmen

Copyright

Inhalt

Grundsätze zum Schutz 36
Grundsatz zum Schutz 1 38
Grundsatz zum Schutz 2 40
Grundsatz zum Schutz 3 41
Grundsatz zum Schutz 4 43
Anlage: Zusammenfassung der professionellen Standards für Schutzmaßnahmen 45
Quellen und weiterführende Literatur 47

Copyright

Grundsätze zum Schutz

Für alle humanitären Maßnahmen und alle Beteiligten daran sind vier Grundsätze zum Schutz anwendbar:

1. Stärkung der Sicherheit, Würde und Rechte der Menschen, wobei zu verhindern ist, dass diese Schaden erleiden
2. Sicherstellung des Zugangs der Menschen zu bedarfsabhängiger Unterstützung ohne Diskriminierung
3. Unterstützung der Menschen bei der Gesundung von den physischen und psychischen Auswirkungen von tatsächlicher oder angedrohter Gewalt, Nötigung oder vorsätzlicher Benachteiligung
4. Unterstützung der Menschen bei der Geltendmachung ihrer Rechte

Die Grundsätze zum Schutz bekräftigen die in der Humanitären Charta verankerten Rechte: das Recht auf ein Leben in Würde, das Recht auf humanitäre Hilfe und das Recht auf Schutz und Sicherheit. Die Grundsätze formulieren die Rolle, die alle Akteure im humanitären Bereich beim Schutz der Menschen spielen können. Die Rolle und Verantwortung der Akteure im humanitären Bereich sind jedoch der des Staates nachgeordnet. Der Staat oder andere Behörden tragen die rechtliche Verantwortung für das Wohl der Menschen in ihrem Territorium oder unter ihrer Kontrolle sowie für die Sicherheit von Zivilpersonen in bewaffneten Konflikten. Es obliegt diesen Behörden, die Sicherheit der Menschen durch entsprechende Maßnahmen oder Verbote zu gewährleisten. Die Rolle der Akteure im humanitären Bereich kann darin bestehen, die Behörden zur Wahrnehmung ihrer Verantwortung aufzufordern. Werden sie ihrer Verantwortung nicht gerecht, unterstützen Akteure im humanitären Bereich die Menschen bei der Bewältigung der Konsequenzen.

Dieses Kapitel zeigt, wie humanitäre Organisationen zum Schutz beitragen können, indem sie den Menschen helfen, ein sicheres Leben zu führen, Zugang zu Unterstützung zu bekommen, sich von Gewalt zu erholen und ihre Rechte geltend zu machen.

Schutz bezieht sich auf die Sicherheit, Würde und Rechte von Menschen, die von Katastrophen heimgesucht wurden oder bewaffneten Konflikten ausgesetzt sind. Das Inter-Agency Standing Committee (IASC) definiert Schutz folgendermaßen:

> „... alle Aktivitäten, die die vollständige Beachtung der Rechte des Einzelnen nach Wortlaut und Geist der relevanten Gesetzespassagen (d. h. internationale Menschenrechtsnormen, internationales humanitäres Recht, internationales Flüchtlingsrecht) zum Ziel haben."

In einem weiter gefassten Sinn umfasst Schutz alle Bemühungen seitens Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern humanitärer Organisationen und Menschenrechtsaktivistinnen und -aktivisten, die darauf abzielen, sicherzustellen, dass die Rechte der betroffenen Personen und die Verpflichtungen der Verantwortlichen nach dem Völkerrecht ohne Diskriminierung verstanden, respektiert, geschützt und erfüllt werden.

Schutz bedeutet, Maßnahmen zu ergreifen, um die Menschen vor Gewalt, Zwang und vorsätzlicher Benachteiligung zu bewahren. Häufig gibt es vorrangige Schutzanliegen, die ganze Gemeinschaften in einem bestimmten humanitären Kontext betreffen. Effektives Vorgehen in solchen Situationen erfordert konzertierte Maßnahmen. Damit eine humanitäre Reaktion schutzorientiert sein kann, müssen die zentralen Risiken für die Betroffenen verstanden und angesprochen werden, darunter der ernsthafte Schaden, der bei der Nichteinhaltung des Völker-, Flüchtlings- und Menschenrechts entsteht.

Copyright

Praktische Umsetzung der Grundsätze

Alle, die die Mindeststandards von Sphere anwenden, sollten dies auf Basis der Grundsätze zum Schutz tun, selbst, wenn sie kein eigenes Schutzmandat haben oder nicht auf Schutzmaßnahmen spezialisiert sind. Das bedeutet zunächst, den Kontext zu verstehen und Maßnahmen zur Verhinderung, Einschränkung oder Beendigung von Übergriffen und Risiken für die Sicherheit der Menschen zu ergreifen. Wichtig ist außerdem, Informationen bereitzustellen und die Fähigkeit der Menschen zu unterstützen, fundierte Entscheidungen über ihre eigene Situation und ihre Genesung zu treffen.

Auf Schutzmaßnahmen spezialisierte Akteure sollten diese Grundsätze berücksichtigen und zusätzlich bestimmte ergänzende Standards einhalten. Spezialisierte Akteure handeln selbstständig und konzentrieren sich auf konkrete Problembereiche, wie etwa:

- Kinderschutz
- geschlechtsspezifische Gewalt
- Wohn-, Land- und Grundstücksrechte
- Minenräumung
- Rechtsstaatlichkeit und Gerechtigkeit
- Rechtsberatung
- Menschenrechtsverfechter und -verteidiger
- binnenvertriebene Bevölkerungsgruppen
- Rechte von Flüchtlingen

⊕ *Siehe Quellen* und *Anlage: Professionelle Standards für Schutzmaßnahmen*, die Familiensuche, Verlängerung von Dokumenten, Datenschutz sowie andere Bereiche umfassen.

Schutzmaßnahmen

Schutzrelevante Aktivitäten sind Präventivmaßnahmen, reaktive Maßnahmen oder Abhilfemaßnahmen oder der Aufbau eines entsprechenden Umfelds. Für die Umsetzung der Grundsätze zum Schutz ist eine Kombination dieser Maßnahmen erforderlich.

- **Präventivmaßnahmen:** Vermeidung von Bedrohungen der Sicherheit, Würde oder Rechte bzw. Verringerung der Gefährdung oder der Verwundbarkeit.
- **Reaktive Maßnahmen:** Beendigung laufender Übergriffe oder des Missbrauchs durch eine sofortige Reaktion auf Gewalt, Nötigung oder Benachteiligung.
- **Abhilfemaßnahmen:** Abhilfe bei aktuellem oder früherem Missbrauch durch eine entsprechende Gesundheitsversorgung (einschließlich psychosozialer Unterstützung), Rechtshilfe oder sonstige Unterstützung, um die Würde der Menschen wiederherzustellen.
- **Maßnahmen zum Aufbau des Umfelds:** Beitrag zu einem politischen, sozialen, kulturellen, institutionellen und rechtlichen Umfeld, das die vollständige Einhaltung der Rechte der betroffenen Bevölkerung unterstützt. Das beinhaltet auch Anregungen zur Förderung der Einhaltung der Rechte in Einklang mit internationalem Recht.

Interessenvertretung öffentlicher oder privater Natur ist typischer Bestandteil aller vier Arten von Maßnahmen. Resultieren die Gefahren für die betroffenene Bevölkerung aus vorsätzlichen Entscheidungen, Maßnahmen oder Politiken, sollten humanitäre oder Menschenrechtsorganisationen für eine Änderung der jeweils relevanten Entscheidungen, Maßnahmen oder Politik eintreten. Dies kann das Verhalten einer

Copyright

Person oder Organisation beeinflussen, das eine Bedrohung darstellt. Ziel kann aber auch eine Änderung der diskriminierenden Politik oder des rechtlichen Rahmens sein. Interessenvertretung kann auch die Unterstützung der Bemühungen der betroffenen Personen bedeuten, in Sicherheit zu leben oder das Gefahrenpotential zu mindern.

Grundsatz zum Schutz 1: Stärkung der Sicherheit, Würde und Rechte der Menschen, wobei zu verhindern ist, dass diese Schaden erleiden

Akteure im humanitären Bereich ergreifen Maßnahmen, um die Risiken und die Verwundbarkeit der Menschen zu verringern. Dies umfasst auch das Risiko negativer Auswirkungen humanitärer Programme.

Dieser Grundsatz umfasst Folgendes:

- Die Schutzrisiken werden im Kontext erkannt,
- die Menschen erhalten Hilfe, die die Risiken mindert, denen sie bei der Erfüllung ihrer Bedürfnisse in Würde ausgesetzt sind,
- die Hilfe wird in einem Umfeld geleistet, in dem die Menschen keinen weiteren physischen Gefahren, Gewalt oder Missbrauch ausgesetzt sind,
- die Fähigkeit der Menschen, sich selbst zu schützen, wird unterstützt.

Ein Kernelement dieses Grundsatzes ist es, dass eventuelle negative Auswirkungen der humanitären Programme unbedingt verhindert werden sollten. ⊕ *Siehe Core Humanitarian Standard – Verpflichtung 3.*

Leitlinien

Kontextanalyse: Analysieren Sie den Kontext und überlegen Sie, welche Konsequenzen die humanitäre Maßnahme in Bezug auf die Sicherheit, Würde und Rechte der betroffenen Bevölkerung haben kann. Arbeiten Sie mit Partnern und Gruppen der betroffenen Frauen, Männer, Jungen und Mädchen zusammen, und führen Sie regelmäßige Risikoanalysen durch, wenn sich die Situation ändert.

Die folgende Liste ist nicht vollständig, kann aber als Ausgangsbasis für eine solche Analyse dienen.

- Welche Schutzbedrohungen, Risiken und Vulnerabilitäten liegen in der gesamten Bevölkerung vor? Welche Kapazitäten hat die Bevölkerung, um diese zu minimieren?
- Gibt es Gruppen, die bestimmten Risiken ausgesetzt sind? Warum? Denken Sie beispielsweise an unterschiedliche Ethnien, Kasten, Klassen, Gender-Aspekte, Geschlecht, Alter, Behinderungen oder sexuelle Orientierung.
- Gibt es Hürden, die verhindern, dass sich die Menschen Hilfe holen oder an Entscheidungen beteiligen? Dazu können Aspekte wie Sicherheit, soziale oder physische Barrieren oder die Art der Informationsbereitstellung zählen.
- Was tun die lokalen Gemeinden, um sich selbst zu schützen? Wie können humanitäre Organisationen diese Bemühungen unterstützen, anstatt sie zu untergraben? Gibt es ein Risiko, wenn sich die Menschen selbst schützen?

Copyright

- Zeigen die Menschen negative Bewältigungsmechanismen wie etwa Sex gegen Geld oder Güter, frühe Heirat, Kinderarbeit oder risikobehaftete Migration? Wie können die zugrundeliegenden Vulnerabilitäten verringert werden?
- Haben humanitäre Maßnahmen unbeabsichtigte negative Konsequenzen, etwa dass Menschen an Verteilungspunkten einem Risiko ausgesetzt werden oder eine Spaltung innerhalb der Gemeinden oder mit den aufnehmenden Gemeinden erfolgt? Wie kann dieses Risiko verringert werden?
- Gibt es ein Strafrecht, das ein Schutzrisiko darstellt, wie etwa obligatorische HIV-Tests, Kriminalisierung von gleichgeschlechtlichen Beziehungen usw.?

Richten Sie Mechanismen für den Informationsaustausch und eine Rechenschaftspflicht in den Gemeinschaften ein (schließen Sie dabei die Risikogruppen mit ein), damit Sie Schutzprobleme erkennen und ansprechen können.

Machen Sie sich nicht zu Mittätern bei Verletzungen der Rechte der Menschen, indem Sie Maßnahmen ergreifen, die Bestimmungen und Praktiken legitimieren, die das Problem verursacht haben. Beispiele: Aktivitäten, die die Zwangsumsiedlung von Bevölkerungsgruppen aus politischen oder militärischen Gründen ermöglichen, oder die indirekte Verschärfung des Konflikts durch die unbedachte Auswahl von Partnern oder Auftragnehmern. Diese Analyse kann mit schwierigen Entscheidungen einhergehen. Sie sollte jedoch explizit angewandt und überprüft werden, sobald sich die Umstände ändern.

Humanitäre Hilfe: Die Art und Weise, wie Unterstützung geleistet wird, und die Umgebung, in der sie erfolgt, kann die Menschen noch verletzbarer für Schäden, Gewalt und Zwang machen.

- Achten Sie auf eine möglichst sichere Umgebung und überlegen Sie sich, wie Sie Bedrohungen und Vulnerabilitäten aktiv minimieren können. Bieten Sie beispielsweise Aufklärung und Gesundheitsversorgung an Standorten, die für alle Menschen sicher erreichbar sind. ⊕ *Siehe INEE Handbook.*
- Ergreifen Sie rund um die humanitären Maßnahmen auch angemessene Maßnahmen, um die Menschen vor physischen und sexuellen Übergriffen zu schützen. Beispiel: Wertvolle Güter oder Geldtransfers können zu Raub veranlassen und so die Empfängerinnen und Empfänger einer Gefahr aussetzen.
- Helfen Sie den Menschen, Möglichkeiten zu finden, wie sie ihre Grundbedürfnisse sicher erfüllen können. Beispiel: Bieten Sie Brennstoffalternativen, damit die Menschen nicht in gefährlicher Umgebung Brennholz sammeln müssen.
- Erstellen Sie Maßnahmen zum Schutz von Mädchen und Jungen und verursachen Sie keine zusätzlichen Risiken wie etwa die Rekrutierung von Kindern, Entführungen oder Trennung von der Familie. ⊕ *Siehe CPMS Handbook.*
- Koordinieren Sie mit staatlichen Behörden und spezialisierten Organisationen Maßnahmen zur Räumung von Landminen und Blindgängern aus Gebieten, in denen Hilfe geleistet wird. ⊕ *Siehe International Mine Action Standards.*
- Berücksichtigen Sie mögliche unbeabsichtigte Auswirkungen auf die Umwelt, die die Sicherheit, Würde und Rechte der Menschen beeinträchtigen könnten.
- Sprechen Sie mit unterschiedlichen Gruppen in der Gemeinde, einschließlich Risikogruppen und Organisationen, denen diese vertrauen, um herauszufinden, wie die Hilfe am besten geleistet werden kann. Beispiel: Arbeiten Sie mit behinderten Menschen zusammen, um herauszufinden, wie diese am wirkungsvollsten unterstützt werden können. Es sollten keine weiteren Risiken für das Wohl dieser Menschen oder das Wohl der Menschen entstehen, denen sie in Bezug auf Hilfe vertrauen.

Copyright

Schutzmechanismen für Gemeinschaften: Informieren Sie sich, mit welchen Mitteln die Menschen versuchen, sich selbst, ihre Familien und Gemeinschaften zu schützen. Unterstützen Sie von den Gemeinschaften durchgeführte Selbsthilfeinitiativen. Humanitäre Maßnahmen sollten die Fähigkeit der Menschen, sich selbst und andere zu schützen, nicht beeinträchtigen.

Sensible Informationen: Achten Sie darauf, dass sich aus der Art und Weise, wie Akteure im humanitären Bereich Informationen aufzeichnen und weitergeben, keine Gefahren für die Menschen ergeben. Formulieren Sie Leitlinien für die Erfassung und Weitergabe sensibler Informationen. Diese Leitlinien sollten die Umstände definieren, unter denen Informationen weitergegeben werden dürfen. Das Prinzip der informierten Einwilligung sollte ebenfalls darin verankert sein. Geschieht dies nicht, ist unter Umständen die Sicherheit der Überlebenden und der Mitarbeiter gefährdet.

Grundsatz zum Schutz 2: Sicherstellung des Zugangs der Menschen zu bedarfsabhängiger Unterstützung ohne Diskriminierung

Akteure im humanitären Bereich identifizieren Hürden, die den Zugang zu Unterstützung behindern, und ergreifen Maßnahmen, die sicherstellen, dass die Hilfe bedarfsgerecht und ohne Diskriminierung bereitgestellt wird.

Dieser Grundsatz umfasst Folgendes:

- Alle Handlungen, die die Menschen bei der Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse behindern, werden unter Berücksichtigung der humanitären Grundsätze und einschlägigen Gesetze hinterfragt⊕ *siehe Humanitäre Charta*,
- es wird gewährleistet, dass die Menschen bedarfsabhängige Unterstützung erhalten und keine Diskriminierung aus anderen Gründen erfolgt,
- der Zugang zu Unterstützung wird für alle Teile der betroffenen Bevölkerung sichergestellt.

Ein Kernelement dieses Grundsatzes ist das Konzept, dass die Gemeinschaften Zugang zur benötigten humanitären Hilfe haben. ⊕ *Siehe Core Humanitarian Standard – Verpflichtung 2*.

Leitlinien

Unparteilichkeit: Priorisieren Sie Hilfe ausschließlich bedarfsabhängig und leisten Sie Unterstützung, die in ihrem Umfang dem tatsächlichen Bedarf entspricht. Dieses Prinzip der Unparteilichkeit ist im Verhaltenskodex des Internationalen Roten Kreuzes und der Rothalbmond-Bewegung und von NGOs in der Katastrophenhilfe verankert. ⊕ *Siehe Anhang 2* und die *Humanitäre Charta*. Humanitäre Organisationen sollten sich nicht nur auf eine bestimmte Gruppe (wie etwa Vertriebene in einem Camp oder bestimmte Minderheitengruppen) konzentrieren, wenn dieser Fokus zulasten einer anderen Gruppe in der betroffenen Bevölkerung geht, die ebenfalls bedürftig ist.

Recht auf den Erhalt humanitärer Hilfe: Treten Sie für das Recht der von Krisen betroffenen Menschen auf den Erhalt humanitärer Hilfe ein. Wenn die Menschen ihre Grundbedürfnisse nicht erfüllen können und die zuständigen Behörden nicht in der Lage sind, Hilfe zu leisten, sollten die Behörden den Zugang zu unparteilichen

Copyright

humanitären Organisationen nicht unterbinden. Diese Form der Behinderung stellt insbesondere bei bewaffneten Konflikten unter Umständen einen Verstoß gegen das Völkerrecht dar. Von Krisen betroffene Menschen erhalten humanitäre Hilfe und Schutz völlig unabhängig von ihrem rechtlichen Status.

Die Behörden sollten das Vorliegen humanitärer Bedürfnisse nicht in Abrede stellen und keine bürokratischen Hürden errichten, die die Mitarbeiter humanitärer Organisationen in ihrer Bewegungsfreiheit einschränken.

Zugangsbarrieren: Beobachten Sie den Zugang der Menschen zu humanitärer Hilfe, um die Hürden zu erkennen, denen sie gegenüberstehen. Ergreifen Sie nach Möglichkeit Maßnahmen, die diese Hürden abbauen.

- Achten Sie auf mögliche Barrieren, die die Bewegungsfreiheit der Menschen oder ihren physischen Zugang zu humanitärer Hilfe einschränken. Dazu zählen Blockaden, Landminen und Checkpoints. Bei bewaffneten Konflikten werden unter Umständen Checkpoints eingerichtet. Diese sollten jedoch keine Bevölkerungsgruppen diskriminieren oder den Zugang betroffener Menschen zu humanitärer Hilfe in unangemessener Weise behindern.
- Sprechen Sie Barrieren an, die den Zugang bestimmter Gruppen und Personen beschränken könnten und dadurch Ungerechtigkeiten bei der Hilfeleistung zur Folge haben. Barrieren können zur Diskriminierung von Frauen und Kindern, älteren Menschen, Menschen mit Behinderungen oder Minderheiten führen. Zudem verhindern sie möglicherweise den Zugang zu Hilfe aufgrund von Ethnie, Religion, politischer Gesinnung, sexueller Orientierung, Gender-Identität, Sprache oder anderen Aspekten.
- Bieten Sie Informationen in zugänglichen Formaten und Sprachen über Anspruch und Feedback-Mechanismen an. Fördern Sie den Kontakt zu „versteckten" Risikogruppen, wie etwa Menschen mit Behinderungen, Straßenkinder oder Menschen in schwer zugänglichen Regionen, um ihnen einen sicheren Zugang zu Unterstützung zu ermöglichen.

Grundsatz zum Schutz 3: Unterstützung der Menschen bei der Gesundung von den physischen und psychischen Auswirkungen von tatsächlicher oder angedrohter Gewalt, Nötigung oder vorsätzlicher Benachteiligung

Akteure im humanitären Bereich bieten sofortige und nachhaltige Unterstützung für all jene, die durch Übergriffe gelitten haben, und verweisen diese gegebenenfalls auch an andere Stellen.

Dieser Grundsatz umfasst Folgendes:

- Die Überlebenden werden an die entsprechenden unterstützenden Stellen weiterverwiesen,
- es werden alle angemessenen Maßnahmen ergriffen, um sicherzustellen, dass die betroffene Bevölkerung keinen weiteren Gewalttaten, Zwang und Beraubung ausgesetzt wird,
- die Bemühungen der Menschen, ihre Würde und Rechte innerhalb ihrer Gemeinschaften wiederzuerlangen und in Sicherheit zu leben, werden unterstützt.

Copyright

Kernelement dieses Grundsatzes ist das Konzept, dass die von der Krise betroffenen Gemeinschaften und Menschen koordinierte, ergänzende Unterstützung erhalten. ⊕ *Siehe Core Humanitarian Standard – Verpflichtung 6.*

Leitlinien

Überweisungen: Machen Sie sich mit den bestehenden Systemen für Überweisungen vertraut und helfen Sie den von Gewalt betroffenen Menschen, die entsprechenden Leistungen auf sichere Weise in Anspruch zu nehmen. Manche Menschen suchen nach Übergriffen möglicherweise keine Hilfe. Ergreifen Sie Maßnahmen, um die Hindernisse zu verstehen, die die Menschen von der Inanspruchnahme von Hilfe abhalten, und passen Sie das Überweisungssystem entsprechend an.

Unterstützen Sie Überlebende von physischer oder geschlechtsspezifischer Gewalt bei der Inanspruchnahme von Leistungen wie etwa Gesundheitsversorgung, polizeilicher Unterstützung, Unterstützung in Bezug auf psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung sowie andere Leistungen. Diese Leistungen sollten Geschlecht, Alter, Behinderung, sexuelle Orientierung und sonstige relevante Faktoren entsprechend berücksichtigen. ⊕ *Siehe Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action.*

Richten Sie sichere und effektive Überweisungsmechanismen für den Schutz von Kindern ein und wenden Sie sie an, um Kinder zu unterstützen, die Gewalt, Ausbeutung, Missbrauch und Vernachlässigung erlebt haben.

Maßnahmen der Gemeinschaft: Unterstützen Sie Maßnahmen und Selbsthilfeaktionen der Gemeinschaft, die die Handlungskraft der Menschen wiederherstellen und ihren Schutz verbessern.

Unterstützen Sie Schutzmechanismen für Familien, Gemeinschaften und Einzelpersonen sowie Maßnahmen für psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung. Dazu können Gelegenheiten geschaffen werden, bei denen die Menschen über ihre Situation sprechen können, bestimmte Bedrohungen ansprechen und Maßnahmen zu deren Beseitigung erarbeiten und umsetzen können.

Helfen Sie lokalen Gruppen wie etwa Jugendgruppen, Frauengruppen oder religiösen Gruppen bei der Implementierung gewaltfreier Maßnahmen zum Selbstschutz und unterstützen Sie verwundbare Personen.

Reißen Sie Familien – auch Familien im nicht-herkömmlichen Sinn – nach Möglichkeit nicht auseinander, und geben Sie Personen aus einem bestimmten Dorf oder aus einem bestimmten Hilfsnetzwerk die Möglichkeit, in derselben Gegend zu leben.

Unterstützen Sie positive Bewältigungsmechanismen auf Gemeinschaftsebene, wie etwa kulturell angemessene Bestattungen, religiöse Zeremonien und Praktiken sowie nicht nachteilige ungefährliche kulturelle und soziale Praktiken.

Anhaltende Übergriffe, Monitoring und Berichterstattung: Beachten Sie die Mechanismen zur Meldung von Menschenrechtsverletzungen und befolgen Sie die Richtlinien und Verfahren zur sicheren Weitergabe sensibler Informationen. ⊕ *Siehe Grundsatz zum Schutz 1* und *Anlage: Professionelle Standards für Schutzmaßnahmen.*

Anhaltende Übergriffe müssen ebenfalls berücksichtigt und bei Partnern und spezialisierten Organisationen angesprochen werden. Die primäre Verantwortung zum Schutz der Menschen liegt bei der Regierung und anderen relevanten Institutionen. Arbeiten Sie mit spezialisierten Organisationen bei der Identifizierung jener Parteien zusammen, die die rechtliche Verantwortung oder Fähigkeit haben, Schutz zu bieten, und weisen Sie diese auf ihre Verantwortung hin.

Copyright

Sicherheitsorganisationen und Exekutivbehörden, Polizei, Militär und Friedenstruppen spielen eine wichtige Rolle bei der Gewährleistung der physischen Sicherheit der Menschen. Machen Sie, so dies angemessen und auf sichere Art und Weise möglich ist, Polizei oder Exekutivbehörden oder militärische Stellen auf Verletzungen der Menschenrechte aufmerksam.

Ziehen Sie bei bewaffneten Konflikten ein Monitoring der Institutionen in Betracht, die lebenswichtige Dienste erbringen und nach dem Völkerrecht besonderen Schutz genießen, wie etwa Schulen und Krankenhäuser, und melden Sie alle Angriffe auf diese Einrichtungen. Versuchen Sie insbesondere die Risiken und Bedrohungen von Entführungen oder Zwangsrekrutierungen zu verringern, die in diesen Einrichtungen vorkommen können.

Umgang mit sensiblen Informationen: Humanitäre Organisationen sollten klare Richtlinien und Verfahren erstellen, wie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorzugehen haben, wenn sie Kenntnis von einem Missbrauch erlangen, und wie sie diese an Spezialisten oder spezialisierte Behörden übermitteln. In diesen Richtlinien sollte die Vertraulichkeit der Informationen dargelegt werden.

Beweise, wie etwa Zeugenaussagen, Bevölkerungsprofile und Bilder, in bzw. auf denen Personen identifiziert werden können, sind möglicherweise sehr sensibel und können eine Gefahr für die jeweiligen Personen darstellen. Sensible Informationen über konkrete Missbrauchsfälle oder Übergriffe sollten von spezialisierten Organisationen mit der nötigen Expertise und den nötigen Systemen, Möglichkeiten und Protokollen gesammelt werden. ⊕ *Siehe Anlage: Professionelle Standards für Schutzmaßnahmen.*

Grundsatz zum Schutz 4: Unterstützung der Menschen bei der Geltendmachung ihrer Rechte

Akteure im humanitären Bereich helfen den betroffenen Gemeinden bei der Geltendmachung ihrer Rechte mithilfe von Informationen und Dokumenten und unterstützen die Bemühungen, dass diese Rechte stärker respektiert werden.

Dieser Grundsatz umfasst Folgendes:

- Die Menschen werden bei der Geltendmachung ihrer Rechte und beim Zugang zu Rechtsmitteln gegenüber der Regierung oder anderen Stellen unterstützt,
- die Menschen werden bei der Einholung von Dokumenten unterstützt, die sie für den Nachweis ihrer Ansprüche benötigen,
- die vollständige Einhaltung der Menschenrechte und des Völkerrechts wird gefordert, damit ein stärker schützendes Umfeld entstehen kann.

Kernelement dieses Grundsatzes ist, dass die von Krisen betroffenen Menschen ihre Rechte und Ansprüche kennen sollten. ⊕ *Siehe Core Humanitarian Standard – Verpflichtung 4.*

Leitlinien

Zugang zu Informationen: Bieten Sie Aufklärung und Informationen, damit die Menschen ihre Rechte verstehen und dafür eintreten können. Informieren Sie die Menschen über ihre Ansprüche, etwa in Bezug auf Rückkehr- und Umsiedlungsmöglichkeiten.

Copyright

Arbeiten Sie mit spezialisierten Organisationen, die Rechtshilfe bieten, zusammen, um die Menschen über ihre Rechte unter den in ihrem Land geltenden Gesetzen und Vorschriften zu informieren.

Bieten Sie diese Informationen in Sprachen an, die die betroffenen Personen verstehen. Verwenden Sie mehrere Formate (wie etwa schriftliche Informationen, Grafiken oder Audio-Dateien), um die Informationen möglichst bekannt zu machen. Testen Sie bei unterschiedlichen Gruppen, wie gut die Botschaft angekommen ist, und berücksichtigen Sie dabei unterschiedliche Altersgruppen, Geschlechter, Ausbildungsniveaus und Muttersprachen.

Dokumente: Alle Menschen haben generell Rechte, ganz gleich, ob sie bestimmte Dokumente besitzen oder nicht. Doch ohne bestimmte Dokumente, wie etwa Geburtsurkunde, Heiratsurkunde, Sterbeurkunde, Reisepass, Landtitel oder Ausbildungsnachweis, kann die Geltendmachung von Rechten oder Ansprüchen schwierig werden. Verweisen Sie diese Personen an Behörden, die diese Dokumente ausstellen oder ersetzen können.

Von den relevanten Behörden anerkannte Dokumente und Urkunden dürfen nicht mit von humanitären Organisationen ausgestellten Unterlagen, wie etwa Lebensmittelkarten oder Registrierungspapieren verwechselt werden. Von den Behörden ausgestellte Dokumente sollten nicht darüber entscheiden, wer Hilfe von humanitären Organisationen erhalten darf.

Zugang zu juristischer Unterstützung und Rechtssystemen: Bei einer Verletzung ihrer Rechte haben die Menschen ein Recht auf Rechtshilfe und Wiedergutmachung durch die Regierung und die zuständigen Behörden. Dazu kann eine Entschädigung ebenso zählen wie die Rückgabe von Eigentum. Die Menschen dürfen zusätzlich erwarten, dass die Täter von Rechtsverletzungen vor Gericht gebracht werden.

Unterstützen Sie die Personen, die Rechtsmittel einlegen, auf sichere Art und Weise. Voraussetzung für eine effektive Überweisung ist es, zu wissen, welche Stellen rechtliche Unterstützung bieten können.

Fördern Sie den Zugang zur Justiz nicht in Situationen, in denen das gerichtliche Verfahren den Opfern noch zusätzlich schaden könnte. Mitarbeiter im Gesundheitsbereich und in Beratungsnetzwerken für geschlechtsbasierte Gewalttaten sollten mit dem nationalen medizinisch-rechtlichen System und den einschlägigen Gesetzen bei sexueller Gewalt vertraut sein. Informieren Sie Überlebende über alle Gesetze zu den erforderlichen Meldungen, die die Vertraulichkeit der von den Patienten gegebenen Informationen beschränken könnten. Dies kann die Entscheidung der Überlebenden zur weiteren Inanspruchnahme der Betreuung oder Meldung beeinflussen, muss aber respektiert werden. ⊕ *Siehe Gesundheit: Standard für Sexuelle und Reproduktionsgesundheit 2.3.2.*

In Krisenzeiten können betroffene Gemeinschaften möglicherweise alternative und informelle Streitbeilegungsmechanismen nutzen, wie etwa Mediation auf Gemeinschaftsebene. Wo es solche gibt, informieren Sie die Menschen und erklären Sie ihnen, wie sie diese Leistungen in Anspruch nehmen können.

Landzugang und -besitz können erhebliche Streitpunkte darstellen. Ermutigen Sie die Behörden und Gemeinschaften, bei der Lösung von solchen Problemen zusammenzuarbeiten.

Copyright

Anlage
Zusammenfassung der professionellen Standards für Schutzmaßnahmen

Bei bewaffneten Konflikten oder in anderen Gewaltsituationen ist der Schutz der Zivilbevölkerung, die zu Schaden kommen oder leiden könnte, von größter Bedeutung. Ein effektiver Schutz erfordert professionelle Kompetenz und die Einhaltung gemeinsam vereinbarter professioneller Mindeststandards, die für alle auf Schutzmaßnahmen spezialisierten Akteure gelten.

Die professionellen Standards für Schutzmaßnahmen wurden festgelegt, um unter den Teams humanitärer und Menschenrechtsorganisationen eine gemeinsame Basis für Schutzmaßnahmen zu schaffen und die Effektivität dieser Arbeit für die betroffene Bevölkerung zu optimieren. Sie ergänzen die Grundsätze zum Schutz.

Die Standards spiegeln die Überzeugung wider, dass die Menschen im Mittelpunkt der Maßnahmen stehen müssen, die in ihrem Interesse ergriffen werden. Die Menschen spielen eine wichtige Rolle bei der Analyse und Entwicklung sowie dem Monitoring von Schutzmaßnahmen auf die von ihnen erlebten Bedrohungen und Risiken. Die Schutzbemühungen sollen jedoch nicht nur die physische Sicherheit der Menschen verbessern, sondern auch den Respekt der Rechte, Würde und Integrität jener Personen fördern, die gefährdet sind oder Übergriffe und Missbrauch erleben.

Die Palette der Maßnahmen, die die Akteure humanitärer Organisationen umsetzen, ist sehr breit; es ist für alle Akteure ganz wichtig, das Thema Schutz entsprechend der Grundsätze zum Schutz in ihre Praxis einfließen zu lassen. Die professionellen Standards richten sich vorrangig an Experten und Organisationen, die den Schutz in bewaffneten Konflikten und anderen gewaltbehafteten Situationen durchführen.

Die professionellen Standards bieten Organisationen eine solide Basis, von der aus sie interne Verfahren, Richtlinien und Schulungsunterlagen überprüfen und erarbeiten können. Häufig sind sie ein praktisches Nachschlagewerk für Teams im Feld, die Schutzstrategien vor Ort konzipieren und implementieren. Zudem können sie auch als Anregung dienen. Sie sind hilfreiche Nachschlagewerke, um anderen Akteuren und Stakeholdern zu vermitteln, wie spezialisierte Akteure im Schutzbereich Aktivitäten zum Schutz von Einzelpersonen und Gemeinden auf sichere Weise implementieren.

Diese Standards versuchen nicht, die Schutzmaßnahmen zu regulieren oder die Diversität zu beschränken, sondern ergänzen andere professionelle Grundsätze und ermutigen Akteure im Schutzbereich, diese in ihre eigenen Praktiken, Richtlinien und Schulungen aufzunehmen.

Die professionellen Standards 2018 sind folgendermaßen aufgebaut:

1. Übergeordnete Grundsätze bei Schutzmaßnahmen
2. Umgang mit Schutzstrategien
3. Übersicht über die Architektur von Schutzmaßnahmen
4. Nutzung der rechtlichen Basis von Schutzmaßnahmen
5. Förderung der Komplementarität
6. Umgang mit Daten und Informationen für den Erfolg von Schutzmaßnahmen
7. Gewährleistung professioneller Fähigkeiten

Copyright

Die Standards enthalten eine Stellungnahme zu den Implikationen der Informations- und Kommunikationstechnologie und die wachsende Fülle von Rechtsnormen zum Datenschutz mit konkreten Hinweisen zur Verwaltung von schutzrelevanten Informationen.

Der Dialog und die Interaktion zwischen Teams humanitärer und Menschenrechtsorganisationen, zwischen den Friedensoperationen der Vereinten Nationen sowie anderen militärischen und polizeilichen Kräften mit internationalem Mandat sind häufig notwendig, um den Erfolg von Schutzmaßnahmen zu gewährleisten. Die professionellen Standards beinhalten Richtlinien, um bei diesen Interaktionen einen grundsatzbasierten Ansatz wahren zu können.

Nationale, regionale und internationale Bemühungen im Kampf gegen „gewalttätigen Extremismus" durch Rechtsvorschriften zur Terrorismusbekämpfung werden ebenfalls in den professionellen Standards thematisiert. Dabei wird klargestellt, wie diese Art von Gesetzgebung sich auf die Aktivitäten von Schutzbeauftragten auswirken kann.

Die professionellen Standards für Schutzmaßnahmen können Sie im E-Book-Store des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz herunterladen:
https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook.html.

Copyright

Quellen und weiterführende Literatur

Allgemeiner Schutz: Hintergrund und Tools

Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia, 2008. https://drc.ngo

Policy on Protection in Humanitarian Action. IASC, 2016. www.interagencystandingcommittee.org

Professional Standards for Protection Work Carried Out by Humanitarian and Human Rights Actors in Armed Conflict and Other Situations of Violence. ICRC, 2018. https://shop.icrc.org

Geschlechtsspezifische Gewalt

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. IASC, 2015. gbvguidelines.org

Wohn-, Land- und Grundstücksrechte

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. OHCHR, 2005. www.unhcr.org

Binnenvertriebene

Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons. Global Protection Cluster, 2010. www.globalprotectioncluster.org

Psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007. https://interagencystandingcommittee.org

Minenräumung

International Mine Action Standards. www.mineactionstandards.org

Ältere Personen und Personen mit Behinderungen

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme. HelpAge, 2018. www.helpage.org

Kinder und Kinderschutz

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. INEE, 2010. https://inee.org/standards

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. http://cpwg.net

Weiterführende Literatur

Weitere Literaturhinweise finden Sie unter www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Copyright

Copyright

Weiterführende Literatur

Allgemeiner Schutz: Hintergrund und Tools

Aide Memoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians. OCHA, 2016. https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Aide%20Memoire%202016%20II_0.pdf

Enhancing Protection for Civilians in Armed Conflict and Other Situations of Violence. ICRC, 2017. www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

FMR 53: Local communities: first and last providers of protection. University of Oxford and Refugee Studies Centre, 2016. www.fmreview.org/community-protection.html

Giossi Caverzasio, S. *Strengthening Protection in War: A Search for Professional Standards.* ICRC, 2001. https://www.icrc.org/en/publication/0783-strengthening-protection-war-search-professional-standards

Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. IASC, 2002. http://www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_Growing_Sheltering_Tree_2002_EN.pdf

Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters. IASC, 2011. www.ohchr.org/Documents/Issues/IDPersons/Operational Guidelines_IDP.pdf

O'Callaghan, S. Pantuliano, S. *Protective Action: Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response.* HPG Report 26. ODI, 2007. https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/1640.pdf

Protection and Accountability to Affected Populations in the HPC (EDG Preliminary Guidance Note). IASC, 2016. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/edg_-aap_protection_guidance_note_2016.pdf

Protection Mainstreaming Training & Sector-Specific Guidance. Global Protection Cluster. http://www.globalprotectioncluster.org/themes/protection-mainstreaming/

Safety with Dignity: A field manual for integrating community-based protection across humanitarian programs. Action Aid, 2009. https://actionaid.org/publications/2010/safety-dignity

Statement on the Centrality of Protection in Humanitarian Action. IASC, 2013. https://interagencystandingcommittee.org/principals/content/centrality-protection-humanitarian-action

Slim, H. Bonwick, A. *Protection – An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies.* ALNAP, 2005. www.alnap.org/resource/5263

Strategien und Möglichkeiten des Selbstschutzes

Local Perspectives on Protection: Recommendations for a Community-based Approach to Protection in Humanitarian Action. Local to Global Protection, 2015. www.local2global.info/wp-content/uploads/L2GP_pixi_Final_WEB.pdf

Copyright

Thematic Policy Document no 8 – Humanitarian Protection: improving protection outcomes to reduce risks for people in humanitarian crises, page 24. DG ECHO, EC, 2016. https://ec.europa.eu/echo/sites/echo-site/files/policy_guidelines_humanitarian_protection_en.pdf

Geldtransfers

Guide for Protection in Cash-based Interventions. UNHCR and partners, 2015. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/cash-based-interventions/erc-guide-for-protection-in-cash-based-interventions-web_en.pdf

Menschen mit Behinderung

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action: Child Protection. UNICEF, 2017. training.unicef.org/disability/emergencies/protection.html

Need to Know Guidance: Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement. UNHCR, 2011. www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

Washington Group on Disability Statistics. 2018. www.washingtongroup-disability.com

Geschlechtsspezifische Gewalt

Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-based Violence Programming in Humanitarian Settings: A Toolkit for GBV Practitioners. Women's Refugee Commission & International Rescue Committee, 2015. www.womensrefugeecommission.org/?option=com_zdocs&view=document&id=1173

Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. WHO, 2007. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43709/9789241595681_eng.pdf;jsessionid=9834DA17763D28859CAD360E992A223B?sequence=1

Gender-based Violence Against Children and Youth with Disabilities: A Toolkit for Child Protection Actors. Women's Refugee Commission, ChildFund International, 2016. www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1289-youth-disabilities-toolkit

Wohn-, Land- und Grundstücksrechte

Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery. Global Protection Cluster, Housing, Land and Property Area of Responsibility, 2009.

Handbook on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. Implementing the "Pinheiro Principles". Internal Displacement Monitoring Centre, FAO, OCHA, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, UN-Habitat and UNHCR, 2007. www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c2.html

Land and Natural Disasters: Guidance for Practitioners. UN Human Settlements Programme. UN-Habitat, FAO, Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster, 2010. https://www.alnap.org/help-library/land-and-natural-disasters-guidance-for-practitioners

Copyright

Binnenvertriebene

Addressing Internal Displacement: A Framework for National Responsibility. Brookings Institution – University of Bern Project of Internal Displacement, 2005. https://www.brookings.edu/research/addressing-internal-displacement-a-framework-for-national-responsibility/

Bagshaw, S. Paul, D. *Protect or Neglect? Toward a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons.* Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division, 2004. https://www.brookings.edu/research/protect-or-neglect-toward-a-more-effective-united-nations-approach-to-the-protection-of-internally-displaced-persons/

Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010. www.brookings.edu/research/iasc-framework-on-durable-solutions-for-internally-displaced-persons/

Implementing the Collaborative Response to Situations of Internal Displacement: Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators and Country Teams. IASC, 2004. www.refworld.org/pdfid/41ee9a074.pdf

UN Guiding Principles on Internal Displacement. UN Economic and Social Council, 1998. www.unhcr.org/protection/idps/43ce1cff2/guiding-principles-internal-displacement.html

Psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung

Community-based Protection and Mental Health & Psychosocial Support. UNHCR, 2017. https://cms.emergency.unhcr.org/

Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know? IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, 2010. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/MHPSS%20Protection%20Actors.pdf

Ältere Personen

Humanitarian Action and Older Persons: An essential brief for humanitarian actors. WHO, HelpAge International, IASC, 2008. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_HumanitarianAction_OlderPersons_EN.pdf

Kinder und Kinderschutz

Handbook for Professionals and Policymakers on Justice in matters involving child victims and witnesses of crime. UNODC, 2009. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/hb_justice_in_matters_professionals.pdf

Integrated Disarmament, Demobilization, and Reintegration Standards. UN-DDR, 2006. www.unddr.org/iddrs.aspx

Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. ICRC, International Rescue Committee, Save the Children, UNICEF, UNHCR and World Vision, 2004. www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_1011.pdf

INSPIRE: Seven Strategies for Ending Violence against Children. WHO, 2016. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en/

Copyright

Paris Principles and Commitments to Protect Children from Unlawful Recruitment or Use by Armed Forces or Groups. UNICEF, 2007. https://www.unicef.org/protection/57929_58012.html

Responding to the Worst Forms of Child Labour in Emergencies. CPWG, 2010. https://resourcecentre.savethechildren.net/library/responding-worst-forms-child-labour-emergencies

HIV

Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. Update. WHO, 2016. www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/

Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical guidance for collaborative interventions. UNDP, 2016. www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-with-transgend.html

Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs: Practical guidance for collaborative interventions. UNODC, 2017. www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/practical-guidance-for-collaborative-interventions.html

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical approaches from collaborative interventions. WHO, 2013. www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Men Who Have Sex with Men: Practical guidance for collaborative interventions. UNFPA, 2015. www.who.int/hiv/pub/toolkits/msm-implementation-tool/en/

Joint United Nations Statement on ending discrimination in health care settings. WHO, 2017. www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/en/

LGBTQI-Personen und unterschiedliche sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität und -ausdruck sowie Geschlechtsmerkmale

Joint UN Statement on ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) people. OHCHR, 2015. www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/JointLGBTIstatement.aspx

Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence – LGBTI Refugees. Women's Refugee Commission, 2016. https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/document/download/1284

Training Package on the Protection of LGBTI Persons in Forced Displacement. UNHCR, 2015. https://lgbti.iom.int/lgbti-training-package

The Yogyakarta Principles: Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity. International Commission of Jurists, 2007. www.yogyakartaprinciples.org

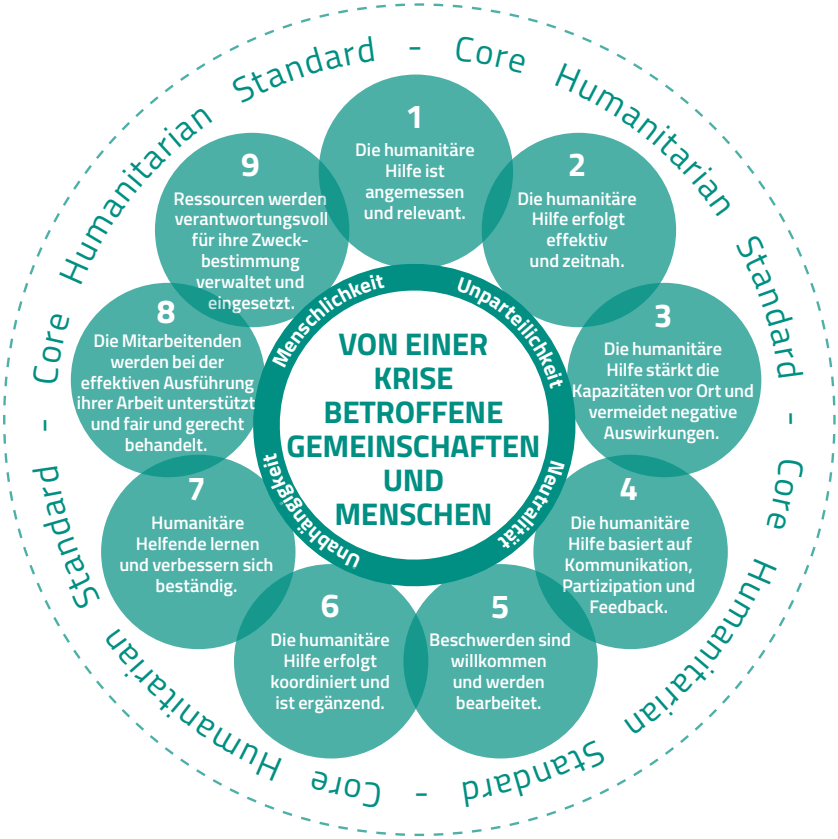
Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender & Intersex Persons in Forced Displacement. UNHCR, 2011. www.refworld.org/pdfid/4e6073972.pdf

Copyright

Core Humanitarian Standard

Copyright

Der Core Humanitarian Standard wird direkt durch die Humanitäre Charta und die Grundsätze zum Schutz untermauert. Gemeinsam bilden diese drei Kapitel die Prinzipien und Grundsätze der Sphere-Standards.



ANLAGE: Leitfragen zum Monitoring der Schlüsselaktivitäten und der Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene (nur PDF-/Online-Handbuch))

Copyright

Inhalt

Ein Grundstandard mit neun Verpflichtungen 52
Verpflichtung 1 54
Verpflichtung 2 56
Verpflichtung 3 59
Verpflichtung 4 63
Verpflichtung 5 67
Verpflichtung 6 70
Verpflichtung 7 74
Verpflichtung 8 76
Verpflichtung 9 80
Anlage: Leitfragen zum Monitoring der Schlüsselaktivitäten und der Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene (nur PDF-/Online-Handbuch)
Quellen und weiterführende Literatur 85

Copyright

Ein Grundstandard mit neun Verpflichtungen

In der Regel sind an einer humanitären Hilfe viele Organisationen und Einzelpersonen beteiligt. Zur Förderung effektiver Hilfe sind daher einige gemeinsame Elemente und Arbeitsweisen nützlich. Ohne einen gemeinsamen Ansatz können die Ergebnisse uneinheitlich und unvorhersehbar sein.

Der Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability (CHS) enthält neun Verpflichtungen, die Organisationen und Einzelpersonen, die an humanitären Maßnahmen beteiligt sind, nutzen können, um die Qualität und Wirksamkeit ihrer Hilfe zu verbessern. Darüber hinaus wird eine stärkere Rechenschaftspflicht gegenüber von Krisen betroffenen Gemeinschaften und Einzelpersonen, Mitarbeitenden, Gebern, Regierungen und anderen Interessengruppen ermöglicht. Wenn man weiß, wofür sich humanitäre Organisationen verpflichtet haben, ist es auch leichter, diese Organisationen zur Rechenschaft zu ziehen. Es ist ein freiwilliger Rahmen für Einzelpersonen und Organisationen.

Der Standard gilt sowohl auf Hilfs- und Programmebene als auch in allen Phasen einer Hilfsaktion. Die neun Verpflichtungen sollen jedoch nicht einer bestimmten Phase des Programmzyklus zugeordnet werden. Einige sind für eine bestimmte Phase des Zyklus relevanter, während andere, wie die Kommunikation mit den Betroffenen, für alle Phasen gelten sollen.

Der Core Humanitarian Standard bildet zusammen mit der Humanitären Charta und den Grundsätzen zum Schutz ein starkes Fundament innerhalb des Sphere-Handbuchs und unterstützt alle technischen Standards. Im gesamten Handbuch gibt es Querverweise zwischen den technischen Kapiteln und diesen Grundlagen.

Detailliertere Informationen über den Core Humanitarian Standard sowie die Ressourcen, mithilfe derer der Standard in der Praxis angewendet werden kann, finden Sie unter corehumanitarianstandard.org.

Eine einzigartige Struktur

Der Core Humanitarian Standard ist aus gemeinsamen Bemühungen des humanitären Sektors entstanden, um die Grundstandards von Sphere, der Humanitarian Accountability Partnership (HAP), People In Aid und der Groupe URD zu einem einheitlichen Rahmenwerk zusammenzufügen. Die Verwaltung liegt im Sinne des Sektors nun in den Händen von Sphere, der CHS-Allianz und Groupe URD, die gemeinsam das Urheberrecht innehaben.

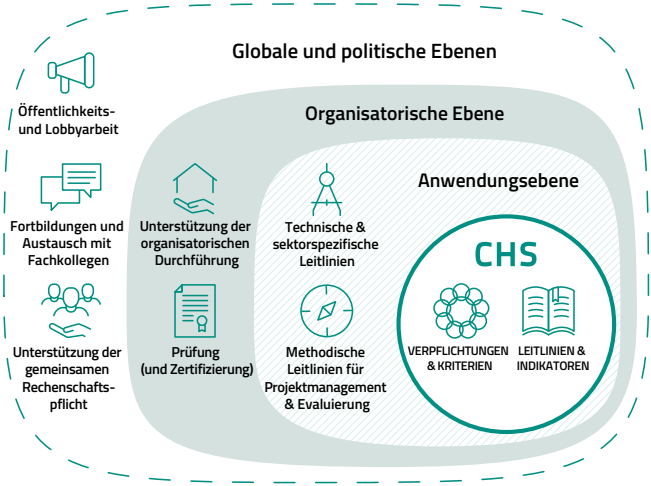
Jede der neun Verpflichtungen konzentriert sich auf einen speziellen Aspekt der Hilfe. Gemeinsam bilden sie einen robusten Ansatz für effektive und rechenschaftspflichtige humanitäre Maßnahmen.

Copyright

Der Aufbau des Core Humanitarian Standard weicht etwas von anderen Sphere-Standards ab:

- Die **Verpflichtung** legt fest, was von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen von Organisationen und Einzelpersonen erwarten können, die humanitäre Hilfe leisten.
- **Das Qualitätskriterium** beschreibt eine Situation, in der die Verpflichtung erfüllt wird und wie humanitäre Organisationen und das Personal vorgehen sollten, um die Verpflichtung zu erfüllen.
- **Leistungsparameter** messen den Fortschritt bei der Erfüllung der Verpflichtung, fördern den Lernprozess und die Verbesserung und ermöglichen den Vergleich im Zeitverlauf und zwischen verschiedenen Orten.
- **Schlüsselaktivitäten** und **Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene** beschreiben, was das Personal leisten sollte sowie die Richtlinien, Prozesse und Systeme, die es in den Organisationen geben muss, damit ihre Mitarbeitenden eine hochwertige und rechenschaftspflichtige humanitäre Hilfe bieten können.
- **Leitlinien** unterstützen die Schlüsselaktivitäten und Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene mithilfe von Beispielen und Zusatzinformationen.
- **Leitfragen** unterstützen die Planung, Evaluierung und Überprüfung von Aktivitäten ⊕ *siehe Anlage 1 (online verfügbar).*
- **Quellen** bieten zusätzliche Lerninhalte zu bestimmten Themen.

Die folgende Grafik zeigt, wie der Core Humanitarian Standard auf verschiedenen Ebenen eingesetzt werden kann. Sphere, Groupe URD und die CHS Alliance bieten unter corehumanitarianstandard.org weitere Hilfsmittel an.



Nutzung des Core Humanitarian Standard (Abbildung 2)

Copyright

Verpflichtung 1

Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen erhalten die ihren Bedürfnissen entsprechende Hilfe.

Qualitätskriterium

Die humanitäre Maßnahme ist geeignet und sinnvoll.

Leistungsparameter

1. Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen sind der Meinung, dass die Hilfe ihre besonderen Bedürfnisse, kulturellen Hintergründe und Präferenzen berücksichtigt.
2. Die angebotenen Hilfs- und Schutzmaßnahmen entsprechen den bewerteten Risiken, Vulnerabilitäten und Bedürfnissen.
3. Die humanitäre Hilfe berücksichtigt die Kapazitäten, Fähigkeiten und das Wissen der auf Hilfe und Schutz angewiesenen Menschen.

Schlüsselaktivitäten

1.1 Nehmen Sie eine systematische, objektive und kontinuierliche Analyse von Kontext und Beteiligten vor.

- Beurteilen Sie die Rolle und Kapazität der örtlichen Regierung und anderer politischer und nicht-politischer Akteure sowie die Auswirkung der Krise auf sie.
- Beurteilen Sie bestehende lokale Kapazitäten (Material, Menschen, Märkte), um vorrangige Hilfs- und Schutzbedürfnisse zu erfüllen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich diese mit der Zeit ändern.
- Prüfen und verifizieren Sie Informationen vor dem Hintergrund, dass die Bewertungsdaten zu Beginn vielleicht nicht perfekt sind, aber keine lebensrettenden Maßnahmen verhindern sollten.
- Beurteilen Sie die Sicherheitslage für die betroffene, die vertriebene und die aufnehmende Bevölkerung, um potenzielle Gewalt und jegliche Formen von Zwang, die Verweigerung der Existenzgrundlage oder grundlegender Menschenrechte zu identifizieren.
- Beurteilen Sie geschlechtsbezogene und Machtdynamiken sowie die soziale Ausgrenzung, um eine effektivere und nachhaltigere Hilfe anbieten zu können.
- Koordinieren Sie sich mit anderen Beteiligten, um die Gemeinschaften nicht mit mehrfachen Beurteilungen zu überlasten. Gemeinsame Beurteilungen und Ergebnisse sollten interessierten Organisationen, der Regierung und den betroffenen Gemeinschaften zur Verfügung gestellt werden.

1.2 Erstellen und implementieren Sie geeignete Programme auf der Grundlage einer unvoreingenommenen Beurteilung der Bedürfnisse und Risiken sowie der Kenntnis der Vulnerabilitäten und Kapazitäten verschiedener Gruppen.

- Beurteilen Sie die Schutz- und Hilfsbedürfnisse von Frauen, Männern, Kinder und Jugendlichen, von jenen, die in abgelegenen Gebieten leben und von besonders gefährdeten Gruppen wie Menschen mit Behinderungen, ältere Personen, sozial isolierte Personen, Familien mit weiblichem Oberhaupt, ethnische oder sprachliche Minderheiten und stigmatisierte Gruppen (z. B. Menschen mit HIV).

Copyright

1.3 Passen Sie Programme an sich ändernde Bedürfnisse, Kapazitäten und Bedingungen an.

- Beobachten Sie die politische Situation und passen Sie die Analyse und Sicherheitsmaßnahmen für Beteiligte an.
- Überwachen Sie regelmäßig epidemiologische und andere Daten für den laufenden Entscheidungsprozess und die Priorisierung lebensrettender Interventionen.
- Bleiben Sie flexibel genug, um die Hilfsmaßnahmen an die sich ändernden Bedürfnisse anzupassen. Holen Sie die Bestätigung ein, dass die Geber mit den erforderlichen Programmänderungen einverstanden sind.

Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

1.4 Die Richtlinien besagen, dass unparteiische Hilfe geleistet wird, die sich an den Bedürfnissen und Kapazitäten der von der Krise betroffenen Gemeinschaften und Menschen orientiert.

- Die Organisationen unterhalten Richtlinien, Prozesse und Systeme, die eine Verpflichtung gegenüber humanitären Grundsätzen und Inklusivität unterstützen.
- Alle Mitarbeitenden kennen ihre Verantwortung und wissen, wie sie zur Rechenschaft gezogen werden können.
- Organisationen teilen diese Richtlinien transparent mit anderen Interessengruppen.

1.5 Die Richtlinien stellen Verpflichtungen auf, die die Vielfalt der Gemeinschaften, einschließlich benachteiligter oder marginalisierter Menschen, berücksichtigen und aufgeschlüsselte Daten erheben.

- Die für die Bewertung und Berichterstattung erforderlichen Ebenen der Datenaufgliederung sind klar umrissen.

1.6 Es gibt Prozesse, die eine angemessene kontinuierliche Analyse des Kontexts sicherstellen.

- Mitarbeitende einer humanitären Organisation erhalten die Unterstützung der Organisationsleitung, um sich das nötige Wissen, die Fähigkeiten, Verhaltensweisen und das Auftreten anzueignen, um Bewertungen zu verwalten und auszuführen.

Leitlinien

Beurteilung und Analyse sind kein einmaliger Vorgang, sondern ein Prozess. Wenn die Zeit es zulässt, sollte eine gründliche Analyse durchgeführt werden. Die Kapazitäten und Bedürfnisse der betroffenen Menschen und Gemeinschaften sollten nicht vorausgesetzt, sondern mithilfe von Beurteilungen identifiziert werden, über die man in einen fortlaufenden Dialog mit ihnen zur Suche nach geeigneten Hilfsmaßnahmen tritt.

Erwägen Sie eine Grundlagenschulung im Bereich psychologische Soforthilfe für jene Mitarbeitenden, die die Beurteilung vornehmen. So können Mitarbeitende leichter mit Menschen umgehen, die sich in einer Beurteilungssituation unwohl fühlen.

Gewährleisten Sie spezielle Beurteilungen für Gruppen, die möglicherweise Schutzrisiken ausgesetzt sind. Ein Beispiel dafür sind spezielle Beurteilungen für Frauen, Männer, Jungen und Mädchen, um ihre potenzielle Gefährdung für Gewalt, Diskriminierung und anderes Leid zu verstehen.

Copyright

Unparteiliche Beurteilung: Unparteilichkeit bedeutet nicht, alle Menschen gleich zu behandeln. Um eine rechtebasierte Hilfe anbieten zu können, bedarf es der Kenntnis der verschiedenen Kapazitäten, Bedürfnisse und Vulnerabilitäten. Vulnerabel werden Menschen, wenn sie aufgrund von individuellen Faktoren wie Alter, Geschlecht, Behinderung, Gesundheitsstatus, sexueller Orientierung oder geschlechtlicher Identität diskriminiert werden, oder wenn sie sich um andere vulnerable Menschen kümmern.

Vulnerabilität: Auch soziale und Kontextfaktoren tragen zur Vulnerabilität von Menschen bei. Dazu gehören Diskriminierung und Marginalisierung, soziale Isolierung, Umweltzerstörung, Klimavariabilität, Armut, Mangel an Grundbesitz, schlechte Regierungsführung, ethnische Zugehörigkeit, Klasse, Kaste oder religiöse bzw. politische Zugehörigkeiten.

Bestehende Kapazitäten: Die von Krisen betroffenen Menschen, Gemeinschaften, Organisationen und Behörden verfügen bereits über einschlägige Fähigkeiten, Kenntnisse und Kapazitäten, um Krisen zu bewältigen, darauf zu reagieren und sich von ihnen zu erholen. Um das Recht auf ein menschenwürdiges Leben zu wahren, sollten die betroffenen Menschen aktiv in Entscheidungen einbezogen werden, die sie betreffen. Gezielte Anstrengungen können erforderlich sein, um die Beteiligung von typischerweise unterrepräsentierten Gruppen wie Frauen, Kinder, ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen sowie sprachlichen oder ethnischen Minderheiten zu stärken.

Aufschlüsselung der Daten: Dies ist wichtig, um die Auswirkungen von Handlungen oder Ereignissen auf verschiedene Gruppen zu verstehen. Gute Praktiken fördern zumindest die Aufschlüsselung nach Geschlecht, Alter und Behinderung. Zusätzliche Faktoren sollten auf dem Kontext basieren.

Die Analyse aufgeschlüsselter Daten ist notwendig für die Verwendung von Standards im Kontext und für das Monitoring. Eine sinnvolle Verwendung aufgeschlüsselter Daten kann aufzeigen, wer am stärksten betroffen ist, wer Zugang zu Hilfe hat und wo mehr getan werden muss, um eine gefährdete Bevölkerungsgruppe zu erreichen ⊕ *siehe Über Sphere*.

Kontinuierliche Analyse und effektive Datennutzung: Die Personalsysteme sollten flexibel genug sein, um Beurteilungsteams rasch zusammenzustellen und einzusetzen. Programmbudgets und Ressourcen sollten nach Bedarf zugewiesen werden. Die Finanzierung sollte die kontinuierliche Analyse des Hilfs- und Schutzbedarfs sowie die Anpassung und Korrektur von Programmen unterstützen, einschließlich Maßnahmen zur Erleichterung des Zugangs (wie z. B. Informationswege, Zugänglichkeit von Einrichtungen und Kommunikation).

Verpflichtung 2

Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen haben zum richtigen Zeitpunkt Zugang zu der humanitären Hilfe, die sie benötigen.

Qualitätskriterium

Die humanitären Maßnahmen sind wirksam und erfolgen rechtzeitig.

Leistungsparameter

1. Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen, einschließlich der am stärksten gefährdeten Gruppen, sind der Ansicht, dass der Zeitpunkt der erhaltenen Hilfe und des Schutzes angemessen ist.

Copyright

2. Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen sind der Ansicht, dass die Hilfe bedarfsgerecht ist.
3. Monitoring- und Evaluierungsberichte zeigen, dass die humanitäre Hilfe ihre Ziele in Bezug auf Zeitpunkt, Qualität und Quantität erfüllt.

Schlüsselaktivitäten

2.1 Konzeption von Programmen, die mögliche Einschränkungen berücksichtigen, damit die vorgeschlagene Maßnahme realistisch und sicher für die Gemeinschaften ist.

- Klare Identifizierung und Feststellung von Einschränkungen, wenn es nicht möglich ist, die Bedürfnisse eines bestimmten Gebiets oder einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, einschließlich schwer zugänglicher Standorte, zu bewerten und zu erfüllen.
- Vorrangige Unterstützung der lokalen Reaktionsfähigkeit im Voraus, wenn die Notfallplanung zeigt, dass Gebiete oder Bevölkerungsgruppen gefährdet sind und sich in Zukunft als schwer zugänglich erweisen können.

2.2 Rechtzeitige Bereitstellung humanitärer Hilfe, indem Entscheidungen getroffen und ohne unnötige Verzögerungen gehandelt wird.

- Berücksichtigen Sie Lebensbedingungen, kulturelle Praktiken, Jahreszeiten, landwirtschaftliche Kalender und andere Faktoren, die die Bereitstellung der richtigen Dienstleistungen zur richtigen Zeit beeinflussen.
- Integrieren Sie Fristen und Monitoringsysteme in die Programmpläne, antizipieren und kennzeichnen Sie Verzögerungen.
- Berücksichtigen Sie, dass Entscheidungen in den Anfangsphasen einer akuten Krise auf der Grundlage unvollkommener Kenntnisse getroffen werden, und passen Sie Entscheidungen an, sobald mehr Informationen verfügbar werden.
- Koordinieren Sie sich mit anderen zur Entwicklung gemeinsamer Strategien gegen auftretende Probleme, die eine rechtzeitige Hilfe blockieren.

2.3 Wenden Sie sich bei unerfülltem Bedarf an diejenigen Organisationen, die über die erforderlichen technischen Fachkenntnisse und ein entsprechendes Mandat verfügen, oder treten Sie dafür ein, dass diese berücksichtigt werden.

- Dazu gehören unerfüllte Bedürfnisse im Bereich des Informationszugangs ebenso wie im Bereich der Schutz- und Hilfsmaßnahmen.

2.4 Nutzen Sie für die Planung und Bewertung von Programmen einschlägige technische Standards und bewährte Verfahren, die im gesamten humanitären Sektor Anwendung finden.

- Verwenden Sie nationale technische Standards, soweit vorhanden, und passen Sie diese an den humanitären Kontext an.
- Koordinieren Sie sich mit den relevanten Interessengruppen, um sich für die Anwendung global vereinbarter Standards als Ergänzung zu nationalen Standards einzusetzen (einschließlich der Sphere-Standards und Partnerstandards verwandter Bereiche).

Copyright

2.5 Überwachen Sie die Aktivitäten, Ergebnisse und Auswirkungen der humanitären Maßnahmen, um Anpassungen von Programmen vorzunehmen und schlechte Leistungen zu verbessern.

- Definieren Sie zeitgebundene und kontextspezifische Leistungsparameter. Überprüfen Sie diese regelmäßig, um den Fortschritt bei der Erfüllung der Hilfs- und Schutzbedürfnisse messen zu können.
- Prüfen Sie auch den Fortschritt bei der Erreichung von Zielen und Leistungsparametern zusätzlich zu den Aktivitäten und Ergebnissen (wie z. B. die Anzahl errichteter Einrichtungen). Überwachen Sie den Projekterfolg und die gewünschten Ergebnisse, wie z. B. die Nutzung von Einrichtungen oder Änderungen in der Praxis.
- Überprüfen Sie die Systeme regelmäßig, sodass nur nützliche Informationen mit aktualisierten Kontextinformationen erfasst werden (z. B. lokale Marktfunktion, Veränderung der Sicherheit).

Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

2.6 Die Programmverpflichtungen entsprechen den Kapazitäten der Organisationen.

- Die Herangehensweisen spiegeln die Bedeutung der Anwendung vereinbarter humanitärer technischer Qualitätsstandards und die Aneignung von Fachwissen in ausgewählten Interventionsbereichen wider.
- Berücksichtigung der Bedingungen, unter denen die Organisation eventuell Dienstleistungen außerhalb dieses Fachbereichs erbringen muss, bis andere dies übernehmen können.

2.7 Strategische Verpflichtungen gewährleisten:

a. das systematische, objektive und kontinuierliche Monitoring und die Evaluierung von Aktivitäten und ihren Auswirkungen,
b. dass die Erkenntnisse aus Monitoring und Evaluierung für die Anpassung und Verbesserung von Programmen verwendet werden und
c. eine zeitnahe Entscheidungsfindung mit einer entsprechenden Mittelzuweisung.

Leitlinien

Berücksichtigung von Einschränkungen und realistische Programmgestaltung: Wenn eine Organisation keinen Zugang zu einer Bevölkerungsgruppe hat oder den erkannten Bedarf nicht decken kann, ist sie dafür verantwortlich, diese Bedürfnisse an die jeweiligen Akteure (einschließlich staatlicher und nicht-staatlicher Akteure) zu verweisen ⊕ *siehe Grundsatz zum Schutz 3*.

Nutzen Sie Prognosen und Frühwarnsysteme für die Notfallplanung vor einer Krise, damit Gemeinschaften, Behörden und Organisationen bei Bedarf rasch reagieren können. Somit haben die Betroffenen auch die Möglichkeit, ihr Vermögen zu schützen, bevor ihr Leben und ihre Existenzgrundlage gefährdet sind.

Erarbeiten Sie ausreichend flexible Entscheidungsprozesse, um auf neue Informationen aus den fortlaufenden Beurteilungen zu reagieren. Innerhalb der Organisation sind Entscheidungen und Ressourcen so nah wie möglich an den Einsatzort zu verlagern.

Copyright

Dokumentieren Sie Entscheidungen und Entscheidungsprozesse, um Transparenz zu schaffen. Die Prozesse sollten auf Absprachen, sinnvoller Beteiligung und Koordination mit anderen basieren ⊕ *siehe Verpflichtung 6*.

Monitoring der Aktivitäten, Erfolge und Ergebnisse: Das Monitoring veranlasst Projektrevisionen, überprüft die Anwendung von Auswahlkriterien und bestätigt, ob die Hilfe die bedürftigsten Menschen erreicht. Dokumentieren Sie alle Programmänderungen, die sich aus dem Monitoring ergeben und richten Sie Monitoringsysteme ein, die sich auf die Beteiligung der Betroffenen und der wichtigsten Interessengruppen stützen ⊕ *siehe Verpflichtung 7*.

Sofern vorhanden, nutzen Sie Indikatoren für das Monitorings, die sich auf die gesamte Hilfsaktion beziehen.

Entscheidungsfindung auf Organisationsebene: Sowohl die Verantwortlichkeiten als auch die Prozesse für die Entscheidungsfindung innerhalb von Organisationen müssen klar definiert und verstanden werden, einschließlich der Verantwortlichen, der zu Rate gezogenen Personen und der Informationen, die zur Entscheidungsfindung benötigt werden.

Richtlinien, Prozesse und Systeme auf Organisationsebene: Die Organisationen sollten dokumentieren, wie humanitäre Maßnahmen die Ergebnisse verbessern, und zwar durch systematisches und strenges Monitoring und Evaluierung. Zeigen Sie, wie die Daten aus dem Monitoring und der Beurteilung verwendet werden, um Programme, Maßnahmen und Strategien anzupassen, die Bereitschaft zu stärken und die Leistung rechtzeitig zu verbessern ⊕ *siehe Verpflichtung 7*. Dazu kann ein Nothilfefonds gehören oder die Möglichkeit der raschen Zusammenstellung oder des raschen Einsatzes von qualifiziertem Personal bei Bedarf.

Verpflichtung 3

Die humanitären Maßnahmen wirken sich auf die von Krisen betroffenen Gemeinschaften und Personen nicht negativ aus, sondern tragen zu Vorsorge, Verbesserung ihrer Widerstandsfähigkeit und Verringerung ihrer Gefährdung bei.

Qualitätskriterium

Die humanitären Maßnahmen stärken die lokalen Kapazitäten und vermeiden negative Auswirkungen.

Leistungsparameter

1. Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen fühlen sich infolge der humanitären Hilfe besser auf zukünftige Schock- und Stresssituationen vorbereitet.
2. Örtliche Behörden, Führungspersonen und Organisationen mit einem krisenrelevanten Aufgabengebiet sind der Meinung, dass ihre Kapazitäten ausgeweitet wurden.
3. Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen, einschließlich vulnerabler und marginalisierter Einzelpersonen, können infolge der humanitären Hilfe keine negativen Auswirkungen erkennen.

Copyright

Schlüsselaktivitäten

3.1 Gewährleisten Sie, dass die Programme auf örtlichen Kapazitäten aufbauen und die Resilienz der von der Krise betroffenen Gemeinschaften und Personen verbessert wird.

- Konzipieren Sie Dienstleistungen (wie z. B. Dürremanagement sowie Mechanismen zur Bewältigung von Überschwemmungen, Wirbelstürmen oder Erdbeben), die die Auswirkungen von Katastrophen mindern.
- Unterstützen Sie Selbsthilfeinitiativen und Aktivitäten für eine bessere Vorbereitung der Gemeinschaft.

3.2 Nutzen Sie die Ergebnisse bereits bestehender Gefahren- und Risikobewertungen und Vorsorgepläne in der Gemeinschaft, um die Aktivitäten zu leiten.

- Verstehen und berücksichtigen Sie die Bedürfnisse und Kapazitäten unterschiedlicher Gruppen, die verschiedenen Risikostufen ausgesetzt sind.

3.3 Ermöglichen Sie die Entwicklung lokaler Führungspersonen und Organisationen, die im Falle zukünftiger Krisen als Ersthelfende zum Einsatz kommen. Dabei ist sicherzustellen, dass marginalisierte und benachteiligte Gruppen angemessen vertreten sind.

- Arbeiten Sie so eng wie möglich mit den Gemeindebehörden und der örtlichen Regierung zusammen.
- Treten Sie dafür ein, dass lokale Akteure wie gleichwertige Partner behandelt werden, die eine Hilfsaktion eigenständig konzipieren und/oder leiten können.
- Unterstützen Sie die Initiativen lokaler Gruppen und Organisationen, wie z. B. die Plattform für Lernen und Kapazitätsaufbau, um die Notfallhilfe in zukünftigen Krisen zu stärken.
- Stellen Sie, sofern möglich, lokale und nationale Mitarbeitende statt ins Ausland entsandte Personen ein und berücksichtigen Sie dabei die Vielfalt innerhalb der Bevölkerung.

3.4 Planen Sie eine Übergangs- oder Ausstiegsstrategie in der Anfangsphase des humanitären Programms, um längerfristige positive Auswirkungen zu gewährleisten und das Risiko der Abhängigkeit zu verringern.

- Unterstützen Sie die Stärkung bestehender staatlicher und gemeinschaftlicher Systeme, anstatt parallele Anstrengungen zu unternehmen, die nach der Hilfsaktion keinen Bestand haben.

3.5 Planen und implementieren Sie Programme, die ein frühzeitiges Katstrophenmanagement und die Stärkung lokaler Wirtschaftsstrukturen zum Ziel haben.

- Ergreifen Sie Maßnahmen zur Wiederherstellung von Sozialdiensten, Bildung, Märkten, Transfermechanismen und Existenzgrundlagen, die den Bedürfnissen gefährdeter Gruppen gerecht werden.
- Berücksichtigen Sie bei der Analyse der am besten geeigneten Form der Unterstützung (Bargeld, Gutscheine oder Sachleistungen) auch die Marktbedingungen.
- Kaufen Sie Waren und Dienstleistungen möglichst vor Ort.
- Versuchen Sie, negative Auswirkungen auf den Markt so weit wie möglich abzumildern.

Copyright

3.6 Identifizieren und reagieren Sie rechtzeitig und systematisch auf potenzielle oder tatsächliche unbeabsichtigte negative Auswirkungen, wie z. B. in den Bereichen:

a. Sicherheit, Schutz, Würde und Rechte der Menschen
b. sexuelle Ausbeutung und Missbrauch durch die Mitarbeitenden
c. Kultur, Geschlechterfragen sowie soziale und politische Beziehungen
d. Existenzgrundlagen
e. die lokale Wirtschaft und
f. die Umwelt

Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

3.7 Maßnahmen, Strategien und Leitlinien sind darauf ausgerichtet:

a. zu verhindern, dass Programme negative Auswirkungen haben, wie z. B. Ausbeutung, Missbrauch oder Diskriminierung von durch Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen durch Mitarbeitende und
b. lokale Kapazitäten zu stärken.

3.8 Es gibt Systeme zum Schutz personenbezogener Daten, die von den von Krisen betroffenen Gemeinschaften und Personen erfasst werden und die sie gefährden könnten.

- Legen Sie klare und umfassende Datenschutzrichtlinien fest, einschließlich elektronischer Registrierungs- und Verteilungssysteme.
- Informieren Sie die Hilfsempfänger über ihre Rechte in Bezug auf den Datenschutz und darüber, wie sie auf die von ihnen durch eine Organisation erfassten personenbezogenen Daten zugreifen bzw. wie sie ihre Bedenken bezüglich einer missbräuchlichen Nutzung von Informationen äußern können.

Leitlinien

Resilienz der Gemeinschaft und lokale Führungspersonen: Gemeinschaften, lokale Organisationen und Behörden handeln in einer Krise zuerst und verfügen über ein fundiertes Wissen über die Situation und die spezifischen Bedürfnisse. Diese lokalen Akteure sollten wie gleichwertige Partner behandelt werden, die eine Hilfsaktion eigenständig konzipieren und/oder leiten können. Damit dies möglich ist, müssen internationale und lokale Behörden ihre Arbeitsweise anpassen, einen offenen Dialog führen und konstruktive Kritik üben. Lokale Finanzinfrastrukturen bzw. -dienstleistungen sollten nach Möglichkeit genutzt werden, anstatt neue parallele Systeme zu schaffen.

Übergangs- und Ausstiegsstrategie: Konzipieren Sie in Zusammenarbeit mit den Behörden und der betroffenen Bevölkerung so schnell wie möglich Dienste, die nach Beendigung des Notfallprogramms fortgesetzt werden (z. B. Kostendeckungsmaßnahmen einleiten, lokal verfügbare Materialien verwenden oder lokale Managementkapazitäten stärken).

Negative Auswirkungen und „keinen Schaden anrichten": Der hohe Wert der Hilfsressourcen und die Machtposition der Mitarbeitenden einer humanitären Organisation können zu Ausbeutung und Missbrauch, Wettbewerb, Konflikten und Fehlverwendung oder Veruntreuung der Hilfe führen. Hilfe kann Existenzgrundlagen und Marktsysteme untergraben, Ressourcenkonflikte anheizen und ungleiche Machtverhältnisse zwischen unterschiedlichen Gruppen verstärken. Antizipieren und überwachen Sie diese möglichen negativen Auswirkungen und ergreifen Sie nach Möglichkeit vorbeugende Maßnahmen.

Copyright

Berücksichtigen Sie kulturelle Praktiken, die sich negativ auf einige Gruppen auswirken könnten. Beispiele sind: voreingenommene Ausrichtung auf Mädchen, Jungen oder bestimmte Kasten, ungleiche Bildungsmöglichkeiten für Mädchen, Verweigerung von Impfungen und andere Formen der Diskriminierung oder Bevorzugung.

Sichere und reaktionsschnelle Feedback- und Beschwerdemechanismen können Missbrauch und Zweckentfremdung entgegenwirken. Mitarbeitende von Hilfsorganisationen sollten Vorschläge und Beschwerden begrüßen und aufgreifen. Sie sollten geschult werden, wie man vertraulich vorgeht und sensible Informationen weitergibt, wie die Offenlegung von Ausbeutung und Missbrauch.

Sexuelle Ausbeutung und Missbrauch durch Mitarbeitende von Hilfsorganisationen: Alle Mitarbeitenden tragen gemeinsam Verantwortung dafür, Ausbeutung und Missbrauch zu verhindern. Die Mitarbeitenden sind verpflichtet, jeden vermuteten oder festgestellten Missbrauch zu melden, unabhängig davon, ob er in der eigenen Organisation oder außerhalb stattfindet. Beachten Sie, dass Kinder (insbesondere Mädchen) häufig besonders vulnerabel sind und die Maßnahmen sollten Kinder ausdrücklich vor Ausbeutung und Missbrauch schützen ⊕ *siehe Verpflichtung 5*.

Umweltbelange: Humanitäre Hilfe kann zu Umweltschäden führen (z. B. Bodenerosion, Erschöpfung oder Verschmutzung des Grundwassers, Überfischung, Abfallerzeugung und Abholzung). Umweltschäden können eine Krise oder die Vulnerabilität der Betroffenen verstärken und die Resilienz der Menschen gegenüber Schocks verringern.

Zu den Maßnahmen zur Verringerung der Umweltzerstörung gehören die Wiederaufforstung, die Regenwassergewinnung, die effiziente Nutzung von Ressourcen sowie ethische Beschaffungsrichtlinien und -praktiken. Größere Bautätigkeiten sollten erst nach einer Umweltverträglichkeitsprüfung durchgeführt werden ⊕ *siehe Verpflichtung 9*.

Maßnahmen von Hilfsorganisationen, um negative Auswirkungen zu verhindern und lokale Kapazitäten zu stärken: Die Organisationen werden angeregt, ein/e klar dokumentierte/s Risikomanagementpolitik und -system einzurichten. Nichtregierungsorganisationen (NRO), die unethisches Verhalten oder Korruption nicht systematisch durch ihre eigenen Anti-Korruptionsrichtlinien und -verfahren und durch gemeinsame Aktionen mit anderen NRO bekämpfen, erhöhen das Korruptionsrisiko für andere Akteure.

Die Maßnahmen und Verfahren sollten ein Engagement für den Schutz vulnerabler Personen widerspiegeln und Wege aufzeigen, wie der Machtmissbrauch verhindert und untersucht werden kann. Sorgfältige Rekrutierungs-, Auswahl- und Einstellungspraktiken können dazu beitragen, das Risiko von Fehlverhalten der Mitarbeitenden zu verringern, und Verhaltenskodizes sollten deutlich machen, welche Praktiken verboten sind. Die Mitarbeiter sollten sich formell zur Einhaltung dieser Kodizes verpflichten und über die Sanktionen bei Nichtbefolgung informiert werden ⊕ *siehe Verpflichtung 8*.

Schutz personenbezogener Daten: Alle personenbezogenen Daten, die von Einzelpersonen und Gemeinschaften erhoben werden, sind vertraulich zu behandeln. Dies gilt insbesondere für den Umgang mit schutzrelevanten Daten, gemeldeten Verstößen, Beschwerden über Missbrauch oder Ausbeutung sowie geschlechtsspezifischer Gewalt. Systeme, die die Vertraulichkeit gewährleisten, sind unerlässlich für die Vermeidung weiterer Schäden ⊕ *siehe Grundsätze zum Schutz* und *Verpflichtungen 5 und 7*.

Copyright

Der zunehmende Einsatz elektronischer Registrierungs- und Verteilungssysteme bei humanitären Maßnahmen unterstreicht die Notwendigkeit klarer und umfassender Datenschutzrichtlinien. Vereinbarungen, die Dritte wie Banken und gewinnorientierte Organisationen zum Schutz von Informationen verpflichten, sind unerlässlich. Klare Leitlinien für die Erhebung, Speicherung, Verwendung und Entsorgung von Daten, die mit internationalen Standards und lokalen Datenschutzgesetzen in Einklang stehen, sind wichtig. Es sollten Systeme zur Minderung des Risikos von Datenverlusten eingerichtet werden. Nicht mehr benötigte Daten sollten vernichtet werden.

Verpflichtung 4

Die von Krisen betroffenen Gemeinschaften und Personen kennen ihre Rechte und Ansprüche, haben Zugang zu Informationen und werden an Entscheidungen beteiligt, die sie betreffen.

Qualitätskriterium

Die humanitären Maßnahmen basieren auf Kommunikation, Partizipation und Feedback.

Leistungsparameter

1. Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen kennen ihre Rechte und Ansprüche.
2. Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen sind der Ansicht, dass sie rechtzeitig Zugang zu klaren und relevanten Informationen erhalten, einschließlich der Probleme, die sie zusätzlich gefährden könnten.
3. Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen sind zufrieden mit den ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, um die Hilfsmaßnahmen zu beeinflussen.
4. Alle Mitarbeitenden erhalten entsprechende Schulungen und Leitlinien zu den Rechten der betroffenen Bevölkerung.

Schlüsselaktivitäten

4.1 Stellen Sie Informationen für die von Krisen betroffenen Gemeinschaften und Personen über die Organisation, ihre Grundsätze, das von den Mitarbeitenden erwartete Verhalten, die umzusetzenden Programme und die Zielsetzungen bereit.

- Betrachten Sie die Informationen selbst als grundlegendes Schutzelement. Ohne genaue Informationen über die Hilfe und ihre Ansprüche können Menschen vulnerabel für Ausbeutung und Missbrauch werden ⊕ *siehe Grundsatz zum Schutz 1*.
- Kommunizieren Sie klar und deutlich, welches Verhalten die Menschen von den Mitarbeitenden der humanitären Organisation erwarten können und wie sie sich beschweren können, wenn sie nicht zufrieden sind.

Copyright

4.2 Kommunizieren Sie in Sprachen, Formaten und Medien, die leicht verständlich, respektvoll und kulturell angemessen für die verschiedenen Mitglieder der Gemeinschaft sind, insbesondere für vulnerable und marginalisierte Gruppen.

- Nutzen Sie bestehende Kommunikationssysteme und fragen Sie die Betroffenen nach ihren Kommunikationspräferenzen. Berücksichtigen Sie die für unterschiedliche Formate und Medien erforderliche Privatsphäre.
- Stellen Sie sicher, dass die Kommunikationstechnologie, ob neu oder alt, effektiv und sicher genutzt wird.

4.3 Stellen Sie eine integrative Repräsentation sicher, die die Beteiligung und das Engagement der von der Krise betroffenen Gemeinschaften und Personen in allen Phasen der Arbeit umfasst.

- Achten Sie besonders auf Gruppen oder Einzelpersonen, die historisch betrachtet von Machtpositionen und Entscheidungsprozessen ausgeschlossen sind. Verfolgen Sie eine systematische und ethische Herangehensweise bei der Zusammenarbeit mit diesen Personen und Gruppen, um ihre Würde zu wahren und ein zusätzliches Stigma zu vermeiden.
- Achten Sie während der verschiedenen Phasen der Hilfe auf das Gleichgewicht zwischen direkter Beteiligung der Gemeinschaft und indirekter Vertretung durch gewählte Vertreter.

4.4 Ermutigen und unterstützen Sie von der Krise betroffene Gemeinschaften und Personen dabei, Feedback über ihre Zufriedenheit mit der Qualität und Wirksamkeit der erhaltenen Hilfe zu geben und achten Sie dabei besonders auf das Geschlecht, das Alter und die Diversität der Feedbackgeber.

- Schulen Sie Ihre Mitarbeitenden darin, das Vertrauen der Menschen zu gewinnen und zu bewahren, zu wissen, wie man auf positive und negative Rückmeldungen reagiert, und zu beobachten, wie unterschiedliche Personengruppen in der Gemeinschaft auf die Art der Hilfserbringung reagieren.
- Integrieren Sie das Feedback in einen weiter gefassten Ansatz über Organisationen oder Sektoren hinweg, um durch Kontrolle und Analyse des Feedbacks entsprechende Anpassungen vornehmen zu können.
- Teilen Sie die Reaktion auf das Feedback mit der Gemeinschaft.

Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

4.5 Richtlinien für den Informationsaustausch sind vorhanden und fördern eine Kultur der offenen Kommunikation.

- Definieren und dokumentieren Sie Prozesse für den Informationsaustausch.
- Bemühen Sie sich, Informationen der Organisation über Erfolge und Misserfolge offen mit verschiedenen Akteuren auszutauschen, um eine systemweite Kultur der Offenheit und Rechenschaftspflicht anzuregen.

4.6 Es gibt Richtlinien für die Einbeziehung der von der Krise betroffenen Gemeinschaften und Personen, die in allen Phasen der Arbeit deren Prioritäten und Risiken aufzeigen.

- Erläutern Sie, wie die Mitarbeitenden geschult und angeregt werden, um die Beteiligung und die Entscheidungsfindung innerhalb der Gemeinschaft zu fördern, den verschiedenen Gemeinschaften der betroffenen Menschen zuzuhören und mit negativem Feedback umzugehen.

Copyright

- Erarbeiten Sie Richtlinien und Strategien, um Raum und Zeit für gemeinschaftliche Dialoge, Entscheidungen und Selbsthilfe zu schaffen.

4.7 Die externe Kommunikation, einschließlich jener für Spendenaktionen, ist korrekt, ethisch einwandfrei und respektvoll und stellt von der Krise betroffene Gemeinschaften und Personen als würdige Menschen dar.

- Teilen Sie Informationen auf der Grundlage von Risikobeurteilungen. Berücksichtigen Sie potenzielle Schäden für die Bevölkerung, beim Austausch von Informationen über Bargeldausgaben oder die demografische Entwicklung bestimmter Siedlungen, damit die Menschen nicht Ziel von Angriffen werden.
- Seien Sie vorsichtig bei der Verwendung von persönlichen Geschichten und Bildern, die betroffene Personen darstellen, da dies ein Eingriff in ihre Privatsphäre und ein Bruch der Vertraulichkeit sein kann, wenn ihre Zustimmung nicht eingeholt wurde ⊕ *siehe Grundsatz zum Schutz 1 über die Einwilligung nach Aufklärung.*

Leitlinien

Informationsaustausch mit Gemeinschaften: Der Austausch genauer, zeitnaher, verständlicher und zugänglicher Informationen stärkt das Vertrauen, vertieft die Beteiligung und verbessert die Wirkung eines Projekts. Er ist der Schlüssel zur Transparenz. Das Teilen von Finanzinformationen mit den Gemeinschaften kann die Kosteneffizienz verbessern und Gemeinschaften dabei helfen, Verschwendung oder Betrug zu erkennen.

Wenn eine Organisation die Informationen nicht entsprechend mit den Menschen teilt, die sie zu unterstützen beabsichtigt, können Missverständnisse und Verzögerungen, unangemessene Projekte mit Ressourcenverschwendung und eine negative Wahrnehmung der Organisation entstehen. Dies kann zu Wut, Frustration und Unsicherheit führen.

Effektive, sichere, zugängliche und integrative Kommunikation: Verschiedene Gruppen haben unterschiedliche Kommunikations- und Informationsbedürfnisse und -quellen. Möglicherweise benötigen sie einen sicheren, privaten Ort, an dem sie in Ruhe über die bereitgestellten Informationen und Auswirkungen reden und diese verarbeiten können.

Einwilligung nach Aufklärung: Beachten Sie, dass einige Menschen ihr Einverständnis äußern, ohne sich der Auswirkungen vollständig bewusst zu sein. Dies ist nicht ideal, aber ein gewisses Einverständnis und Beteiligung können anfangs durch die Äußerung der Bereitschaft, an Projektaktivitäten teilzunehmen, durch Beobachtung, durch Kenntnis sowie rechtliche oder andere Dokumente (wie vertragliche Vereinbarungen mit der Gemeinschaft) vorausgesetzt werden ⊕ *siehe Grundsatz zum Schutz 1.*

Beteiligung und Engagement: Befragen Sie die betroffenen Personengruppen und örtlichen Institutionen schon zu Beginn der Hilfsaktion, um auf bestehendem Wissen aufbauen zu können und positive Beziehungen zu entwickeln, die auf Respekt beruhen. Durch eine frühzeitige Befragung kann die Zeit besser genutzt werden als durch die spätere Korrektur unangemessener Entscheidungen. In der Frühphase einer Notintervention ist die Befragung eventuell nur bei einer begrenzten Anzahl der Betroffenen möglich. Im Laufe der Zeit gibt es sicher mehr Möglichkeiten, mehr Menschen und Gruppen am Entscheidungsprozess zu beteiligen.

Beachten Sie, dass die Anregung von Gruppendiskussionen und Entscheidungsprozessen in einigen Konfliktsituationen als Form der politischen Organisierung betrachtet

Copyright

werden und die örtliche Bevölkerung schädigen könnte. Berücksichtigen Sie unterschiedliche Methoden zur Förderung des Gemeinschaftsengagements im Rahmen des Feedbacksystems, einschließlich der Nutzung von Scorecards.

Feedback: Formelles Feedback kann durch spezifische Bewertungen eingeholt werden (unter Anwendung von Gruppendiskussionen oder Interviews), durch das Monitoring der verteilten Hilfsgüter oder Fragebögen. Das im alltäglichen Umgang erhaltene informelle Feedback sollte auch genutzt werden, um Vertrauen aufzubauen und die Programme stetig zu verbessern. Holen Sie Feedback dazu ein, ob sich Frauen, Männer, Mädchen oder Jungen respektiert fühlen und zufrieden mit ihrer Einbindung in den Entscheidungsprozess sind. So können Menschen zum Beispiel mit der bereitgestellten Hilfe zufrieden sein, nicht aber mit ihrer Beteiligung am Entscheidungsprozess.

Es könnte die Sorge aufkommen, dass ein kritisches Feedback zu negativen Auswirkungen für sie führt. Weiterhin kann es kulturelle Gründe dafür geben, warum die Kritik an einer Hilfsaktion nicht akzeptabel ist. Untersuchen Sie unterschiedliche Methoden, informelles und formelles Feedback zu geben, einschließlich Methoden für vertrauliches Feedback.

Konzipieren Sie gemeinsam mit anderen Organisationen Feedbackmechanismen und stellen Sie sicher, dass diese für alle Menschen zugänglich sind. Diese sollten sich von den Beschwerdemechanismen unterscheiden, die schwere Verstöße im Verhalten oder bei Praktiken benennen ⊕ *siehe Verpflichtung 5*, wobei es in der Praxis normalerweise zu einer Überlappung von erhaltenem Feedback und Beschwerden kommt. Kenntnisnahme und Nachverfolgung des eingegangenen Feedbacks sind wichtig, um die Programme bei Bedarf anzupassen. Integrieren Sie die Feedbackmechanismen in die Monitoring- und Evaluierungssysteme der Organisation.

Förderung einer Kultur der offenen Kommunikation: Organisationen sollten öffentlich (auf ihrer Website oder in den Informationsmaterialien, die den Betroffenen zur Verfügung stehen) spezifische Interessen, wie eine politische oder religiöse Identität, bekannt geben. Damit können sich Interessengruppen ein besseres Bild von der Natur der Organisation und ihrer möglichen Zugehörigkeiten und Vorgehensweisen machen.

Verpflichtung der Organisation, die Gemeinschaften zu beteiligen und ihnen zuzuhören: Geschlechtsspezifische und Diversitätsrichtlinien können dabei helfen, die Werte und Verpflichtungen der Organisation zu fördern und konkrete Beispiele erwarteten Verhaltens geben. Das Feedback der betroffenen Menschen sollte auch für die Entwicklung von Strategien und Programmen herangezogen werden.

Zurückhaltung von Informationen, Vertraulichkeit und Nicht-Offenlegung: Nicht alle Informationen können oder sollten mit allen Beteiligten geteilt werden. Berücksichtigen Sie, wie die Erfassung von Daten, die eine Identifizierung von Gruppen (Demografie) oder Einzelpersonen möglich macht, die Vulnerabilität von Personen verursachen oder erhöhen kann bzw. eine neue Bedrohung für ihren Schutz bedeuten kann ⊕ *siehe Grundsätze zum Schutz*.

Eine ethische Herangehensweise an die externe Kommunikation: Fundraising-Materialien und Fotos ohne Kontext können oft irreführend sein und die Schutzrisiken erhöhen. Maßnahmen und Leitlinien zum Thema externe Kommunikation sollten für alle Mitarbeitenden verfügbar sein und können dazu beitragen, dass keine Fehler gemacht werden.

Detailliertere Informationen, die Bildern beigefügt oder in Geschichten enthalten sind, dürfen die Rückverfolgung von Personen (besonders von Kindern) bis an ihren Wohnort oder ihre Gemeinschaft nicht ermöglichen. Das Geotagging von Fotos sollte bei diesen Aufnahmen ausgeschaltet sein.

Copyright

Verpflichtung 5

Die von Krisen betroffenen Gemeinschaften und Personen haben Zugang zu einem sicheren Beschwerdeverfahren und eine zügige Beantwortung ist sichergestellt.

Qualitätskriterium

Beschwerden sind willkommen und werden bearbeitet.

Leistungsparameter

1. Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen, einschließlich vulnerabler und marginalisierter Gruppen, sind sich der Beschwerdemechanismen bewusst, die für sie eingerichtet wurden.
2. Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen halten die Beschwerdemechanismen für zugänglich, effektiv, vertraulich und sicher.
3. Beschwerden werden untersucht, gelöst und die Ergebnisse schließlich innerhalb des angegebenen Zeitraums an den Beschwerdeführer zurückgemeldet.

Schlüsselaktivitäten

5.1 Konsultieren Sie die von der Krise betroffenen Gemeinschaften und Personen zu Konzeption, Umsetzung und Monitoring der Beschwerdeprozesse.

- Unterscheiden Sie dabei nach Geschlecht, Alter und Behinderung, da diese Kriterien Einfluss auf die Wahrnehmung der Zugänglichkeit zu Beschwerdemechanismen haben könnten.
- Vereinbaren Sie die Art und Weise, wie Beschwerden eingereicht werden, was Personen und Mitarbeitende davon abhalten könnte, sich zu beschweren und auf welche Weise sie über die Antwort informiert werden möchten. Überlegen Sie, wie Beschwerden dokumentiert und nachverfolgt werden und wie die Schlussfolgerungen daraus in zukünftige Planungen einbezogen werden.
- Untersuchen Sie mögliche gemeinsame Beschwerdemechanismen mit anderen Organisationen, Partnern und dritten Vertragspartnern.
- Schulen Sie Mitarbeitende im Bereich der Beschwerdemechanismen.

5.2 Seien Sie Beschwerden gegenüber offen, kommunizieren Sie, wie der Mechanismus genutzt werden kann, und welche Themen darüber angesprochen werden können.

- Ziehen Sie eine Informationskampagne in Betracht, um auf das System und seine Verfahren aufmerksam zu machen. Dabei können die Menschen auch genauere Fragen zur Funktionsweise stellen.

5.3 Verwalten Sie die Beschwerden pünktlich, fair und angemessen, sodass die Sicherheit des Beschwerdeführers und der Betroffenen in allen Phasen im Vordergrund steht.

- Behandeln Sie jede Beschwerde einzeln, auch wenn mehrere Beschwerden zu ähnlichen Themen eingegangen sind.
- Geben Sie innerhalb einer festgelegten Frist eine Antwort. Der Beschwerdeführer sollte wissen, wann mit einer Antwort zu rechnen ist.

Copyright

- Ziehen Sie bei der Bearbeitung der Beschwerden die Leitung oder eine Beteiligung der Gemeinschaft in Betracht.

Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

5.4 Für die von der Krise betroffenen Gemeinschaften und Personen gibt es einen Prozess zur Beschwerdebearbeitung, der auch dokumentiert wird. Dieser Prozess sollte die Programmplanung und Themen wie sexuelle Ausbeutung und Missbrauch sowie andere Arten von Machtmissbrauch abdecken.

- Führen Sie Buch über die Einrichtung des Beschwerdemechanismus, welche Entscheidungskriterien angewendet werden, über die eingereichten Beschwerden und wie und innerhalb welcher Frist darauf reagiert wurde.
- Achten Sie darauf, dass die Beschwerdedaten vertraulich und in strenger Befolgung der Datenschutzrichtlinien behandelt werden.
- Arbeiten Sie mit anderen Organisationen am Beschwerdemechanismus, damit dies für die Gemeinschaften und die Mitarbeitenden weniger verwirrend sein kann.

5.5 Es wird eine Organisationskultur gepflegt, in der Beschwerden ernst genommen werden und eine Reaktion darauf gemäß definierter Maßnahmen und Verfahren erfolgt.

- Machen Sie Richtlinien in Bezug auf die Sorgfaltspflicht einer Organisation gegenüber den Menschen, denen sie helfen soll, ihre Verhaltenskodizes und den Schutz potenziell gefährdeter Gruppen wie Frauen, Kinder und Menschen mit Behinderungen öffentlich bekannt.
- Richten Sie formelle Untersuchungsverfahren ein, die den Grundsätzen der Vertraulichkeit, Unabhängigkeit und des Respekts entsprechen. Führen Sie die Untersuchungen gründlich, zeitnah und professionell durch und erfüllen Sie dabei die gesetzlichen Normen und die lokalen arbeitsrechtlichen Anforderungen. Schulen Sie designierte Führungskräfte in Untersuchungen und im Umgang mit Fehlverhalten von Mitarbeitenden oder ermöglichen Sie Zugang zu fachlicher Beratung.
- Fügen Sie ein Beschwerdeverfahren und eine Richtlinie für Hinweisgeber hinzu, um Beschwerden von Mitarbeitenden zu bearbeiten und die Mitarbeitenden darauf aufmerksam zu machen.

5.6 Die von der Krise betroffenen Gemeinschaften und Personen wissen vollumfänglich, welches Verhalten von humanitärem Personal zu erwarten ist, einschließlich der Verpflichtungen der Organisation zur Verhütung der sexuellen Ausbeutung und des Missbrauchs.

- Erklären Sie den Gemeinschaften und den eigenen Mitarbeitenden den Beschwerdeprozess. Beziehen Sie Mechanismen sowohl für sensible Themen (wie Korruption, sexuelle Ausbeutung und Missbrauch, grobes Fehlverhalten oder gewissenloses Handeln) als auch für nicht sensible Informationen (wie Herausforderungen bei der Anwendung von Auswahlkriterien) mit ein.

5.7 Beschwerden, die nicht in den Geltungsbereich der Organisation fallen, werden gemäß bewährter Verfahren an eine relevante Partei weitergeleitet.

- Klären Sie, welche Beschwerden in den Zuständigkeitsbereich der Organisation fallen und wann und wie Sie sich an andere Dienstleister wenden können.

Copyright

Leitlinien

Konzeption eines Beschwerdemechanismus: Bevor über die beste Art und Weise der Interaktion mit den Gemeinschaften entschieden wird, müssen erst die gesellschaftlichen Dynamiken und Machtgefüge untersucht werden. Berücksichtigen Sie die Bedürfnisse älterer Personen, von Frauen und Mädchen, Jungen und Männern, Menschen mit Behinderungen und anderen möglicherweise marginalisierten Gruppen. Stellen Sie sicher, dass diese an der Konzeption und Umsetzung des Beschwerdemechanismus mitwirken können.

Sensibilisierung für die Einreichung einer Beschwerde: Es bedarf Zeit und Ressourcen, um sicherzustellen, dass Betroffene wissen, welche Dienste, Einstellungen und Verhaltensweisen sie von humanitären Organisationen erwarten können. Sie sollten ebenfalls wissen, was zu tun ist und wo eine Beschwerde eingereicht werden kann, wenn eine humanitäre Organisation ihren Verpflichtungen nicht nachkommt.

Die Mechanismen sollten so konzipiert sein, dass Personen sich sicher sein können, dass sie ihre Beschwerden jederzeit vertraulich und ohne Angst vor Vergeltung einreichen können.

Gehen Sie sorgfältig mit den Erwartungen um, da Gemeinschaften erwarten könnten, dass der Beschwerdeprozess all ihre Probleme löst. Dies kann zu Frustration und Enttäuschung führen, wenn die erwarteten Veränderungen nicht der Kontrolle der Organisation unterliegen.

Umgang mit Beschwerden: Erklären Sie dem Beschwerdeführer deutlich, wenn die Beschwerde nicht der Kontrolle und Verantwortung der Organisation unterliegt. Wenn möglich, verweisen Sie die Beschwerde an die entsprechende Organisation, wenn der Beschwerdeführer damit einverstanden ist. Koordinieren Sie sich mit anderen Organisationen und Sektoren, um sicherzustellen, dass dies auch effektiv funktioniert.

Nur entsprechend geschultes Personal sollte Vorwürfen sexueller Ausbeutung und Missbrauch durch Mitarbeitende humanitärer Organisationen nachgehen.

Eine vertrauliche Überweisung für zusätzliche Betreuung und Unterstützung (wie im Bereich der psychischen Gesundheit oder psychosozialen Unterstützung oder sonstigen Gesundheitsversorgung) sollte den Beschwerdeführern gemäß ihren Wünschen angeboten werden.

Anonyme und böswillige Beschwerden stellen eine besondere Herausforderung dar, da ihre Quelle unbekannt ist. Sie könnten auf eine gewisse Unzufriedenheit mit der Organisation hinweisen und in der Nachverfolgung müsste untersucht werden, ob es einen zuvor unbeachteten Beschwerdegrund gab.

Schutz der Beschwerdeführer: Überlegen Sie sorgfältig, wer in der Organisation welche Informationen erhalten muss. Menschen, die über sexuellen Missbrauch berichten, könnten sozial stigmatisiert werden und sowohl von den Tätern als auch ihren eigenen Familien verfolgt werden. Erarbeiten Sie einen Mechanismus, der sicherstellt, dass die Beschwerdeführer vertraulich behandelt werden. Für jene Mitarbeitende, die Bedenken über bestimmte Programme oder das Verhalten von Kollegen äußern, sollte eine Hinweisgeberpolitik eingeführt werden.

Die Datenschutzrichtlinie sollte festlegen, wie lange bestimmte Arten von Informationen in Übereinstimmung mit den einschlägigen Datenschutzgesetzen aufbewahrt werden sollten.

Beschwerdemanagement: Stellen Sie sicher, dass sowohl die Mitarbeitende der Organisation als auch die betreuten Gemeinschaften die Möglichkeit der Beschwerde

Copyright

haben. Solche Beschwerden können als Chance betrachtet werden, die Organisation und ihre Funktionsweise zu verbessern. Beschwerden können auf die Auswirkungen und die Angemessenheit einer Intervention hinweisen, auf mögliche Risiken und Vulnerabilitäten und inwieweit die Menschen mit der geleisteten Hilfe zufrieden sind.

Sexuelle Ausbeutung und Missbrauch von Menschen, die von der Krise betroffen sind: Eine Organisation und ihre Geschäftsleitung sind dafür verantwortlich, Beschwerdemechanismen und -verfahren einzurichten, die sicher, transparent, zugänglich und vertraulich sind. Gegebenenfalls sollten Organisationen erwägen, spezifische Aussagen über die Zusammenarbeit bei Untersuchungen von Fällen sexueller Ausbeutung und sexuellen Missbrauchs in ihre Kooperationsvereinbarungen mit aufzunehmen.

Organisationskultur: Führungskräfte und leitende Mitarbeitende sollten eine Kultur des gegenseitigen Respekts zwischen allen Mitarbeitenden, Partnern, Freiwilligen und von Krisen betroffenen Personen schaffen und fördern. Ihre Unterstützung bei der Umsetzung der Beschwerdemechanismen für die Gemeinschaft ist von entscheidender Bedeutung. Die Mitarbeitenden sollten sich darüber im Klaren sein, wie mit Beschwerden oder Missbrauchsvorwürfen umzugehen ist. Im Falle einer kriminellen Handlung oder bei Verstößen gegen das Völkerrecht sollten die Mitarbeitenden wissen, wie sie sich an die zuständigen Behörden wenden können. Organisationen, die mit Partnern zusammenarbeiten, sollten sich darauf einigen, wie sie Beschwerden einreichen und behandeln (auch gegeneinander).

Mitarbeiterverhalten und Verhaltenskodizes: In den Organisationen sollte es einen von der Geschäftsleitung verabschiedeten Verhaltenskodex für die Mitarbeitenden geben, der öffentlich bekannt ist. Eine Richtlinie zum Schutz von Kindern sollte für alle Mitarbeitenden und Partner gelten, und es sollten Einweisungen und Schulungen zu erwarteten Verhaltensstandards angeboten werden. Die Mitarbeitenden sollten die Konsequenzen der Nichteinhaltung des Verhaltenskodex kennen und verstehen ⊕ *siehe Verpflichtung 3 und 8*.

Verpflichtung 6

Die von Krisen betroffenen Gemeinschaften und Personen erhalten koordinierte und einander ergänzende Hilfsangebote.

Qualitätskriterium

Die humanitären Maßnahmen werden koordiniert und ergänzen einander.

Leistungsparameter

1. Durch koordiniertes Handeln minimieren die Organisationen Lücken und Überlappungen, die von den betroffenen Gemeinschaften und Partnern identifiziert werden.
2. Hilfsorganisationen, einschließlich ansässiger Organisationen, tauschen relevante Informationen über formelle und informelle Koordinationsmechanismen aus.
3. Die Organisationen koordinieren die Bedarfsermittlung, die Bereitstellung der humanitären Hilfe und das Monitoring der Umsetzung der Intervention.
4. Lokale Organisationen berichten über eine angemessene Beteiligung und Vertretung in Koordinierungsmechanismen.

Copyright

Schlüsselaktivitäten

6.1 Identifizieren Sie die Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Kapazitäten und Interessen verschiedener Interessengruppen.

- Erwägen Sie Formen der Zusammenarbeit, um die Kapazität der Gemeinschaften, Aufnahmeregierungen, Geber, des Privatsektors und der humanitären Organisationen (lokal, national, international) mit unterschiedlichen Aufträgen und Fachkenntnissen zu optimieren.
- Empfehlen und leiten Sie gemeinsame Evaluierungen, Schulungen und Bewertungen über Organisationen und andere Interessengruppen hinweg, um einen einheitlicheren Ansatz zu gewährleisten.

6.2 Gewährleisten Sie, dass die humanitäre Hilfe die Hilfe der nationalen und lokalen Behörden und die anderer humanitärer Organisationen ergänzt.

- Berücksichtigen Sie, dass die Gesamtplanung und Koordination der Hilfsmaßnahmen letztlich in die Zuständigkeit der Aufnahmeregierung fällt. Humanitäre Organisationen spielen eine wesentliche Rolle bei der Unterstützung der Reaktions- und Koordinationsfunktion des Staates.

6.3 Beteiligen Sie sich an den zuständigen Koordinierungsgremien und arbeiten Sie mit anderen zusammen, um die Belastungen der Gemeinschaften zu minimieren sowie Wirkung und Reichweite der von den humanitären Akteuren insgesamt erbrachten Leistungen zu maximieren.

- Setzen Sie sich für die Anwendung und Einhaltung anerkannter Qualitätsnormen und -richtlinien durch Koordination ein. Nutzen Sie Koordinierungsstellen zur Kontextualisierung humanitärer Standards, insbesondere der Indikatoren, zum gemeinsamen Monitoring und zur Bewertung von Aktivitäten und der Gesamtreaktion.
- Legen Sie den Umfang der Aktivitäten und Verpflichtungen sowie mögliche Überschneidungen mit anderen Koordinierungsstellen und den Umgang damit fest, z. B. in Bezug auf die Rechenschaftspflicht, Geschlecht und die Koordination des Schutzes.

6.4 Teilen Sie wichtige Informationen über geeignete Kommunikationskanäle mit Partnern, Koordinierungsgruppen und anderen relevanten Akteuren.

- Achten Sie auf die Verwendung der Landessprache(n) bei Besprechungen und anderen Arten des Austauschs. Untersuchen Sie Kommunikationsbarrieren, damit die lokalen Interessengruppen an der Kommunikation teilnehmen können.
- Kommunizieren Sie klar und deutlich und vermeiden Sie Jargon und umgangssprachliche Ausdrücke, besonders dann, wenn andere Teilnehmer nicht die gleiche Sprache sprechen.
- Stellen Sie bei Bedarf Dolmetscher und Übersetzer zur Verfügung.
- Überlegen Sie, wo die Besprechungen stattfinden, damit die lokalen Akteure daran teilnehmen können.
- Arbeiten Sie mit Netzwerken lokaler zivilgesellschaftlicher Organisationen zusammen, um sicherzustellen, dass die Beiträge ihrer Mitglieder einbezogen werden.

Copyright

Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

6.5 Zu den Richtlinien und Strategien gehört ein klares Bekenntnis zur Koordinierung und Zusammenarbeit mit anderen, einschließlich nationaler und lokaler Behörden, ohne die humanitären Grundsätze zu gefährden.

- Integrieren Sie die Koordination in die Organisationspolitik und die Strategien für den Ressourceneinsatz. Die Organisation sollte eine Erklärung darüber abgeben, wie sie mit Partnern, Gastgeberbehörden und anderen humanitären oder nicht-humanitären Akteuren zusammenarbeitet.
- Die Mitarbeitenden, die die Organisationen in Koordinierungssitzungen vertreten, sollten über die entsprechenden Informationen, Fähigkeiten und Befugnisse verfügen, um zur Planung und Entscheidungsfindung beizutragen. Formulieren Sie die Koordinationsaufgaben deutlich in den Stellenbeschreibungen der Mitarbeitenden.

6.6 Die Zusammenarbeit mit Partnern wird durch klare und schlüssige Vereinbarungen geregelt, die den Auftrag, die Verpflichtungen und die Unabhängigkeit jedes Partners respektieren und seine jeweiligen Einschränkungen und Verpflichtungen berücksichtigen.

- Um effektives und verantwortungsvolles Handeln zu gewährleisten, arbeiten lokale und nationale Organisationen mit Partnern zusammen, die ein gemeinsames Verständnis des organisatorischen Auftrags des anderen und der gegenseitigen Aufgaben und Verantwortlichkeiten haben.

Leitlinien

Zusammenarbeit mit dem Privatsektor: Der Privatsektor kann humanitäre Organisationen mithilfe von kommerzieller Wirtschaftlichkeit, ergänzendem Fachwissen und Ressourcen bereichern. Zumindest ist ein Informationsaustausch erforderlich, um Dopplungen zu vermeiden und gute humanitäre Praktiken zu fördern. Stellen Sie sicher, dass sich die Partnerunternehmen zu den grundlegenden Menschenrechten bekennen und in der Vergangenheit nicht zu Ungleichbehandlungen oder diskriminierenden Praktiken beigetragen haben. Partnerschaften mit dem Privatsektor sollten einen klaren Nutzen für die von der Krise betroffenen Menschen gewährleisten, wobei akzeptiert werden sollte, dass die Akteure des Privatsektors möglicherweise zusätzliche eigene Ziele verfolgen.

Zivil-militärische Koordination: Humanitäre Organisationen müssen sich klar vom Militär abgrenzen, um eine tatsächliche oder angenommene Verbindung zu einer politischen oder militärischen Agenda zu vermeiden, die ihre Unparteilichkeit, Unabhängigkeit, Glaubwürdigkeit, Sicherheit und den Zugang zu den betroffenen Bevölkerungsgruppen gefährden könnte.

Das Militär verfügt über besondere Fachkenntnisse und Ressourcen, auch in den Bereichen Sicherheit, Logistik, Transport und Kommunikation. Jede Verbindung mit dem Militär muss jedoch im Dienste humanitärer Organisationen stehen und von diesen in Übereinstimmung mit den anerkannten Richtlinien geführt werden ⊕ *siehe Über Sphere, Humanitäre Charta* und *Grundsätze zum Schutz.* Einige Organisationen beschränken sich auf einen Mindestdialog, um die operative Effizienz zu gewährleisten, während andere Organisationen eventuell engere Beziehungen eingehen.

Copyright

Die drei Kernelemente der zivil-militärischen Koordination sind Informationsaustausch, Planung und Aufgabenteilung. Der Dialog sollte überall, in jedem Kontext und auf allen Ebenen stattfinden.

Ergänzende Hilfe: Lokale Organisationen, Behörden und Netzwerke der Zivilgesellschaft verfügen über ein hohes Maß an kontextspezifischer Erfahrung. Sie benötigen möglicherweise Unterstützung bei der Wiederherstellung nach einer Krise und müssen bei der Koordinierung der Hilfsaktion mit einbezogen und vertreten werden.

Wenn die Behörden am Konflikt beteiligt sind, sollten die humanitären Akteure nach eigenem Ermessen deren Unabhängigkeit beurteilen und bei ihren Entscheidungen stets die Interessen der betroffenen Bevölkerung in den Mittelpunkt stellen.

Koordination: Sektorübergreifende Koordination kann die Bedürfnisse von Menschen ganzheitlicher angehen als eine isolierte Vorgehensweise. So muss eine Koordination im Bereich psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung zum Beispiel über die Bereiche Gesundheit, Schutz und Bildung hinweg erfolgen sowie über eine technische Arbeitsgruppe, denen all diese Fachleute angehören.

Koordinationsleiter sind verpflichtet, zu gewährleisten, dass Besprechungen und der Informationsaustausch gut organisiert, wirksam und ergebnisorientiert sind. Lokale Akteure müssen an solchen Koordinierungsmechanismen nicht zwangsläufig beteiligt sein, wenn diese aufgrund der verwendeten Sprache oder des Ortes nur für internationale Organisationen von Belang sind. Nationale und subnationale Koordinierungsmechanismen können erforderlich sein und sollten über klare Berichtslinien verfügen.

Die Teilnahme an Koordinierungsmechanismen vor einer Katastrophe stellt Beziehungen her und verbessert die Koordination während einer Hilfsaktion. Verbinden Sie die Koordinierungsstrukturen im Notfall mit längerfristigen Entwicklungsplänen und Koordinierungsstellen, sofern es diese gibt.

Internationale organisationsübergreifende Mechanismen für die Koordinierung von Notfällen sollten nationale Koordinierungsmechanismen unterstützen. Bei der Flüchtlingshilfe zum Beispiel sollte der Koordinierungsmechanismus der UNHCR herangezogen werden.

Informationsaustausch (einschließlich Finanzinformationen): zwischen verschiedenen Akteuren und Koordinierungsmechanismen sorgt dafür, dass Lücken oder Dopplungen in den Programmen leichter erkannt werden.

Zusammenarbeit mit Partnern: Mit Partnerorganisationen kann es ganz unterschiedliche Vereinbarungen geben, die entweder rein vertraglicher Natur sind oder bis hin zu gemeinsamen Entscheidungsprozessen und gemeinsamen Ressourcen reichen. Respektieren Sie den Auftrag und die Vision der Partnerorganisation sowie ihre Unabhängigkeit. Identifizieren Sie Möglichkeiten des gemeinsamen Lernens und der Entwicklung. Finden Sie heraus, wie beide Parteien von der Partnerschaft profitieren können, indem ihr Wissen und ihre Kapazitäten erweitert werden und gewährleisten Sie eine bessere Reaktionsbereitschaft und vielfältigere Hilfsoptionen.

Durch längerfristige Kooperationen zwischen lokalen und nationalen zivilgesellschaftlichen Organisationen einerseits und internationalen Organisationen andererseits können alle Partner ihr Wissen und ihre Kapazitäten erweitern und eine bessere Reaktionsbereitschaft und vielfältigere Hilfsoptionen gewährleisten.

Copyright

Verpflichtung 7

Die von Krisen betroffenen Gemeinschaften und Personen dürfen erwarten, dass sich die Hilfsmaßnahmen durch Lernprozesse und Reflexion aufseiten der Organisationen verbessern.

Qualitätskriterium

Die humanitären Akteure lernen kontinuierlich dazu und verbessern ihre Leistungen.

Leistungsparameter

1. Von der Krise betroffene Gemeinschaften und Personen erkennen Verbesserungen der bereitgestellten Hilfe und des Schutzes im Laufe der Zeit.
2. Verbesserungen bei Hilfs- und Schutzmaßnahmen werden infolge der in der aktuellen Hilfsaktion gewonnenen Erkenntnisse vorgenommen.
3. Die bereitgestellten Hilfs- und Schutzmaßnahmen sind das Ergebnis gelernter Lektionen aus anderen Hilfsaktionen.

Schlüsselaktivitäten

7.1 Greifen Sie bei der Konzeption von Programmen auf bisherige Erkenntnisse und Erfahrungen zurück.

- Konzipieren Sie Monitoringsysteme, die einfach und zugänglich sind, und berücksichtigen Sie, dass die Informationen für die verschiedenen Gruppen repräsentativ sein sollten, wobei klar herausgestellt werden sollte, wer von früheren Programmen profitiert hat und wer nicht.
- Berücksichtigen Sie dabei sowohl Misserfolge als auch Erfolge.

7.2 Lernen Sie dazu, seien Sie innovativ und implementieren Sie Veränderungen auf der Grundlage von Monitorings und Evaluierungen sowie Feedback und Beschwerden.

- Stützen Sie sich auf offenes Zuhören und andere qualitative partizipative Ansätze. Von der Krise betroffene Menschen sind die besten Informationsquellen, was die Bedürfnisse und Veränderungen der Situation betrifft.
- Teilen und diskutieren Sie Ihre Erkenntnisse mit den Gemeinschaften, fragen Sie sie, was sie anders machen möchten und wie sie ihre Rolle bei Entscheidungsprozessen oder Führungsaufgaben stärken können.

7.3 Teilen Sie Erkenntnisse und Innovationen intern, mit betroffenen Gemeinschaften und Personen sowie anderen Interessengruppen.

- Präsentieren Sie die durch Monitoring und Evaluierung gesammelten Informationen in einem zugänglichen Format, das den Austausch und die Entscheidungsfindung ermöglicht, ⊕ *siehe Verpflichtung 4*.
- Identifizieren Sie Möglichkeiten zur Unterstützung systemweiter Lernaktivitäten.

Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

7.4 Es gibt Evaluierungs- und Lernstrategien, und es stehen Mittel zur Verfügung, um aus Erfahrungen zu lernen und Praktiken zu verbessern.

- Organisationen beinhalten einen Leistungsüberprüfungs- und Verbesserungsplan, der auf messbaren, objektiven Indikatoren in ihrem Lernzyklus basiert.

Copyright

- Alle Mitarbeitenden kennen ihre Verantwortlichkeiten in Bezug auf die Kontrolle des Fortschritts ihrer Arbeit und wie das Lernen zu ihrer beruflichen Entwicklung beitragen kann.

7.5 Es gibt Mechanismen, um Wissen und Erfahrungen zu erfassen und in der gesamten Organisation zugänglich zu machen.

- Organisatorisches Lernen führt zu praktischen Veränderungen (z. B. verbesserte Strategien für die Durchführung von Beurteilungen, die Reorganisation von Teams für kohärentere Hilfsaktionen und eine klarere Formulierung von Entscheidungsverantwortlichkeiten).

7.6 Die Organisation trägt zur Weiterbildung und Innovation bei der humanitären Hilfe unter Kollegen und innerhalb des Sektors bei.

- Verfassen und veröffentlichen Sie Berichte über humanitäre Hilfe, einschließlich der wichtigsten Erkenntnisse und Empfehlungen für überarbeitete Praktiken bei künftigen Hilfsaktionen.

Leitlinien

Aus Erfahrung lernen: Unterschiedliche Ansätze und Methoden dienen unterschiedlichen Leistungs- und Lernzwecken sowie Rechenschaftspflichten:

Monitoring – die Erfassung regelmäßiger Datensätze von Projektaktivitäten und -leistungen kann zur Kurskorrektur verwendet werden. Verwenden Sie qualitative und quantitative Daten für das Monitoring und die Evaluierung; triangulieren Sie Daten und pflegen Sie konsistente Datensätze. Berücksichtigen Sie die Ethik, wie Daten gesammelt, verwaltet und gemeldet werden. Legen Sie fest, welche Daten je nach Verwendungszweck und der Nutzer der Daten erhoben und wie sie präsentiert werden. Erfassen Sie keine Daten, wenn diese nicht analysiert oder verwendet werden.

Echtzeit-Reviews – einmalige Bewertungsübungen unter Einbeziehung der Projektmitarbeitenden können zur Kurskorrektur verwendet werden.

Feedback – Informationen von Betroffenen, nicht unbedingt Strukturen, können zur Kurskorrektur verwendet werden. Die von der Krise betroffenen Menschen können am ehesten die Veränderungen in ihrem Leben beurteilen.

After-Action-Reviews – einmalige Übungen nach Abschluss des Projekts unter Mitwirkung der Projektbeteiligten. Identifiziert Elemente, die bei zukünftigen Projekten erhalten bleiben und sich ändern sollen.

Evaluierungen – formale Aktivitäten zur objektiven Bestimmung des Wertes einer Aktivität, eines Projekts oder eines Programms, die normalerweise von Projekt-Externen durchgeführt werden, können in Echtzeit (um eine Kurskorrektur zu ermöglichen) oder nach Abschluss des Projekts erfolgen, um Erkenntnisse für ähnliche Situationen zu liefern und die Strategie mitzubestimmen.

Forschung – dazu gehört die systematische Untersuchung spezifisch definierter Fragen im Zusammenhang mit humanitärem Handeln, die im Allgemeinen als Grundlage für die Strategieentwicklung dienen.

Innovation: Die Krisenbewältigung führt oft zu Innovationen, da sich Menschen und Organisationen auf die veränderten Rahmenbedingungen einstellen. Von Krisen betroffene Menschen werden erfinderisch, da sie sich an die Änderungen der eigenen Umstände anpassen. Sie können von einer Unterstützung profitieren, die sie systematischer in Innovations- und Entwicklungsprozesse einbezieht.

Copyright

Zusammenarbeit und Austausch von Erfahrungen: Kollaboratives Lernen mit anderen Organisationen, staatlichen und nichtstaatlichen Stellen und akademischen Einrichtungen ist eine berufliche Verpflichtung und kann neue Perspektiven und Ideen einbringen, sowie den Einsatz begrenzter Ressourcen maximieren. Die Zusammenarbeit trägt auch dazu bei, die Belastung durch wiederholte Evaluierungen in derselben Gemeinschaft zu reduzieren.

Peer-Learning-Übungen wurden von einer Vielzahl von Organisationen eingesetzt und können durchgeführt werden, um die Fortschritte in Echtzeit zu überwachen oder als reflektierende Übung nach der Katastrophe.

Netzwerke und praxisbezogene Gemeinschaften (einschließlich der Wissenschaft) können Möglichkeiten schaffen, von Peer-Gruppen zu lernen, sowohl vor Ort als auch in After-Action-Reviews oder Lernforen. Dies kann einen wichtigen Beitrag zur organisatorischen Praxis und zum systemweiten Lernen leisten. Durch den Austausch über Herausforderungen und Erfolge können humanitäre Helfende von ihren Kollegen lernen, um Risiken zu erkennen und künftige Fehler zu vermeiden.

Besonders nützlich ist die sektorenübergreifend vorliegende Evidenz. Das Lernen und Überprüfen von Evidenz zwischen Organisationen trägt eher zum organisatorischen Wandel bei als die in einer einzelnen Organisation gewonnenen Erkenntnisse.

Das Monitoring durch die von der Krise betroffenen Personen selbst kann die Transparenz und Qualität erhöhen und die Eigenverantwortung für die Informationen fördern.

Evaluierungsrichtlinien und Lernstrategien: Wichtige Lektionen und Bereiche mit Verbesserungspotenzial werden nicht immer systematisch abgearbeitet und Lektionen können nur dann als gelernt betrachtet werden, wenn sie nachweislich zu Veränderungen in den aktuellen oder nachfolgenden Hilfsaktionen geführt haben.

Wissensmanagement und Erkenntnisse auf Organisationseben: Wissensmanageme nt beinhaltet das Sammeln, Entwickeln, Teilen, Speichern und die effektive Nutzung von Wissen und Erkenntnissen auf Organisationsebene. Längerfristig angestellte nationale Mitarbeitende sind oft der Schlüssel zur Bewahrung der lokalen Kenntnisse und Beziehungen. Der Lernprozess sollte sich auch auf nationale, regionale und lokale Akteure erstrecken und ihnen helfen, ihre eigenen Krisenvorsorgepläne zu konzipieren oder zu aktualisieren.

Verpflichtung 8

Die von Krisen betroffenen Gemeinschaften und Personen erhalten die benötigte Hilfe von kompetenten und gut geführten Mitarbeitenden und Freiwilligen.

Qualitätskriterium

Die Mitarbeitenden werden darin unterstützt, effektiv zu arbeiten. Sie werden fair und gerecht behandelt.

Leistungsparameter

1. Alle Mitarbeitenden fühlen sich durch ihre Organisation bei ihrer Arbeit unterstützt.
2. Die Mitarbeitenden erreichen ihre Leistungsziele zur Zufriedenheit.
3. Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen bewerten die Mitarbeitenden als effektiv in Bezug auf ihre Kenntnisse, Fähigkeiten, Verhaltensweisen und Einstellungen.

Copyright

4. Von der Krise betroffene Gemeinschaften und Personen sind sich der humanitären Verhaltenskodizes bewusst und wissen, wie sie Bedenken über Verstöße äußern können.

Schlüsselaktivitäten

8.1 Die Mitarbeitenden arbeiten gemäß dem Auftrag und den Werten der Organisation sowie nach vereinbarten Zielen und Leistungsstandards.

- Für Mitarbeitende verschiedener Bereiche können unterschiedliche Bedingungen gelten. Das nationale Arbeitsrecht schreibt häufig den Status einer Person vor und muss eingehalten werden. Alle Mitarbeitenden müssen ihren rechtlichen und organisatorischen Status kennen, auf nationaler oder internationaler Ebene.

8.2 Die Mitarbeitenden halten sich an die für sie zutreffenden Richtlinien und sind sich der Folgen einer Nichtbeachtung bewusst.

- Die Notwendigkeit einer Einweisung und Schulung in den Auftrag der Organisation, ihrer Richtlinien und Verhaltenskodizes gilt in allen Situationen, einschließlich einer schnellen Bereitstellung oder Ausweitung.

8.3 Die Mitarbeitenden entwickeln und nutzen die notwendigen persönlichen, technischen und Managementkompetenzen, um ihre Aufgabe zu erfüllen und zu verstehen, wie die Organisation sie dabei unterstützen kann.

- Die Möglichkeiten für eine formelle Mitarbeitendenentwicklung können in der ersten Hilfsphase begrenzt sein, die Führungskräfte sollten jedoch mindestens eine Einweisung und eine Schulung am Arbeitsplatz anbieten.

Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

8.4 Die Organisation verfügt über die nötigen Management- und Mitarbeitendenkapazitäten und Fähigkeiten, ihre Programme durchzuführen.

- Stellen Sie Personen ein, die den Zugang zu Dienstleistungen verbessern und vermeiden Sie jegliche Art wahrnehmbarer Diskriminierung aufgrund von Sprache, ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht, Behinderung und Alter.
- Überlegen Sie, wie die Organisation im Voraus mit Spitzenbelastungen bei der Nachfrage nach qualifiziertem Personal umgeht. Klären Sie Aufgaben und Verantwortlichkeiten auf Länderebene sowie die Verantwortung für Entscheidungen und Kommunikation.
- Vermeiden Sie den kurzfristigen Einsatz von Mitarbeitenden, da dies zu einer hohen Personalfluktuation führt, die Kontinuität und Programmqualität beeinträchtigt und letztlich dazu führen kann, dass die Mitarbeitenden keine persönliche Verantwortung für die Aufgaben übernehmen.
- Wenden Sie ethische Einstellungsverfahren an, um die Beeinträchtigung lokaler NRO-Kapazitäten zu vermeiden.
- Fördern Sie die Entwicklung von Mitarbeitenden, die vor Ort rekrutiert wurden und eher längere Zeit bleiben. In Organisationen mit vielschichtigen Aufträgen sollte das Entwicklungspersonal geschult und für die humanitäre Hilfe einsetzbar sein.

Copyright

8.5 Die Richtlinien und Verfahren für die Mitarbeitenden sind fair, transparent, frei von Diskriminierungen und entsprechen dem lokalen Arbeitsrecht.

- Die Organisationspolitik und -praxis fördert die Rolle der nationalen Mitarbeitenden auf Management- und Führungsebene, um Kontinuität, den institutionellen Fortbestand und eine kontextgerechtere Hilfe zu gewährleisten.

8.6 Stellenbeschreibungen, Arbeitsziele und Feedbackprozesse sind vorhanden, sodass den Mitarbeitenden klar ist, was von ihnen verlangt wird.

- Stellenbeschreibungen sind genau und aktualisiert.
- Die Mitarbeitenden setzen sich individuelle Arbeitsziele, die in einem Entwicklungsplan festgehalten werden.

8.7 Es gibt einen Verhaltenskodex, der zumindest die Verpflichtung der Mitarbeitenden festlegt, Personen nicht auszubeuten, zu missbrauchen oder anderweitig zu diskriminieren.

- Der Verhaltenskodex der Organisation wird verstanden, unterzeichnet und eingehalten, wodurch allen Vertretern der Organisation (einschließlich Mitarbeitenden, Freiwilligen, Partnern und Auftragnehmern) klar wird, welche Verhaltensstandards erwartet werden und welche Folgen ein Verstoß gegen den Kodex haben wird.

8.8 Es gibt Richtlinien zur Unterstützung der Mitarbeitenden bei der Verbesserung ihrer Fähigkeiten und Kompetenzen.

- Organisationen sollten über Mechanismen verfügen, um die Leistung ihrer Mitarbeitenden zu überprüfen, Kapazitätsengpässe zu beurteilen und Talente zu entwickeln.

8.9 Es gibt Richtlinien für die Sicherheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden.

- Organisationen haben eine Sorgfaltspflicht gegenüber ihren Mitarbeitenden. Führungskräfte sensibilisieren die Mitarbeitenden der humanitären Organisation für Risiken und schützen sie vor unnötigen Bedrohungen ihrer körperlichen und emotionalen Gesundheit.
- Zu den Maßnahmen, die ergriffen werden können, gehören ein effektives Sicherheitsmanagement, präventive Gesundheitsberatung, aktive Unterstützung für angemessene Arbeitszeiten und Zugang zu psychologischer Unterstützung.
- Erstellen Sie eine Richtlinie, die deutlich macht, dass Belästigung und Missbrauch, einschließlich sexueller Belästigung und Missbrauch am Arbeitsplatz, nicht geduldet wird.
- Erstellen Sie ganzheitliche Präventions- und Reaktionsstrategien für den Umgang mit Fällen sexueller Belästigung und Gewalt, die von den Mitarbeitenden selbst erlebt oder begangen wurden.

Leitlinien

Mitarbeitende und Freiwillige: Jeder benannte Vertreter der Organisation, einschließlich nationaler, internationaler, fester oder befristeter Mitarbeitender sowie Freiwilliger und Berater, gilt als Mitarbeitender.

Organisationen sollten Mitarbeitende und Freiwillige sensibilisieren, um das Bewusstsein für marginalisierte Gruppen zu schärfen und stigmatisierende und diskriminierende Einstellungen und Verhaltensweisen zu vermeiden.

Copyright

Einhaltung des Auftrags, der Werte und Richtlinien der Organisation: Von den Mitarbeitenden wird erwartet, dass sie den rechtlichen Rahmen, die Mission, die Werte und die Vision der Organisation bei ihrer Arbeit respektieren, die definiert und ihnen mitgeteilt werden sollten. Über dieses breitere Verständnis der Rolle und Arbeitsweise der Organisation hinaus sollte eine Person an einer Reihe von persönlichen Zielen und den mit ihrem Vorgesetzten vereinbarten Leistungserwartungen arbeiten.

Die Organisationspolitik sollte sich ausdrücklich zur Geschlechterparität bei den Mitarbeitenden und Freiwilligen verpflichten.

Die Organisationspolitik sollte ein offenes, integratives und zugängliches Arbeitsumfeld für Menschen mit Behinderungen fördern. Dazu gehören u.a.: Identifizierung und Beseitigung von Hindernissen für den Zugang zum Arbeitsplatz, Verbot der Diskriminierung aufgrund einer Behinderung, Förderung der Chancengleichheit und der gleichen Vergütung für gleichwertige Arbeit sowie die Vornahme angemessener Anpassungen für Menschen mit Behinderungen am Arbeitsplatz.

Externe Partner, Auftragnehmer und Dienstleister sollten auch die für sie geltenden Richtlinien und Verhaltenskodizes sowie die Folgen eines Verstoßes gegen diese (z. B. Vertragskündigung) kennen.

Leistungsstandards und Kompetenzentwicklung: Mitarbeitende und ihre Arbeitgeber sind gegenseitig für ihre Kompetenzentwicklung verantwortlich - einschließlich Führungskompetenzen. Mit Hilfe klarer Zielvorgaben und Leistungsstandards sollten sie verstehen, welche Fähigkeiten, Kompetenzen und Kenntnisse für ihre aktuelle Aufgabe erforderlich sind. Sie sollten auch auf verfügbare oder notwendige Wachstums- und Entwicklungsmöglichkeiten aufmerksam gemacht werden. Kompetenzen können durch Erfahrung, Schulung, Mentoring oder Coaching verbessert werden.

Es gibt verschiedene Methoden, mit denen die Fähigkeiten und Verhaltensweisen eines Mitarbeitenden beurteilt werden können, dazu gehören Beobachtung, Überprüfung der Arbeitsleistung, direkte Gespräche mit ihm und Befragung seiner Kollegen. Durch regelmäßige dokumentierte Leistungsbeurteilungen sollten Führungskräfte Bereiche identifizieren können, in denen es der Unterstützung oder Schulung bedarf.

Mitarbeitendenkapazität und -fähigkeit: Die Personalmanagementsysteme unterscheiden sich je nach Organisation und Kontext, sollten aber auf bewährten Verfahren basieren. Sie müssen auf strategischer Ebene mit Unterstützung der Geschäftsleitung erdacht und geplant werden. Organisations- und Projektpläne müssen die Mitarbeitendenkapazität und die Geschlechterparität berücksichtigen. Um die kurz- und langfristigen Ziele der Organisation zu erreichen, muss die richtige Anzahl von Mitarbeitenden mit den richtigen Fähigkeiten zur richtigen Zeit am richtigen Ort sein.

Organisationen sollten gewährleisten, dass die Mitarbeitenden über die erforderlichen Kompetenzen verfügen, um das Zuhören, die Entscheidungsfindung und das Handeln in der Gemeinschaft zu unterstützen. Das Personal sollte auch in der Anwendung von Standardarbeitsanweisungen geschult werden, da somit die Befugnisübertragung erleichtert und schnellere Hilfe ermöglicht werden.

Die Zeitpläne für die Leistungsbeurteilung müssen flexibel genug sein, um sowohl kurzfristig eingesetzte Mitarbeitende als auch Mitarbeitende mit unbefristeten Verträgen abzudecken. Den Kompetenzen des Zuhörens, der Ermöglichung der Integration, der Erleichterung des Dialogs zwischen den Gemeinschaften und der Förderung von Entscheidungen und Initiativen der Gemeinschaft sollte angemessene Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die Partnerorganisationen sollten sich auf die Kompetenzen einigen, die das Personal benötigt, um die vereinbarten Verpflichtungen zu erfüllen.

Copyright

Richtlinien und Verfahren für Mitarbeitende: Der Stil und die Komplexität der Personalrichtlinien und -verfahren hängen von der Größe und dem Hintergrund jeder Organisation ab. So einfach oder komplex die Organisation auch sein mag, die Mitarbeitenden sollten sich soweit wie möglich an der Entwicklung und Prüfung der Organisationspolitik beteiligen, um die Vertretung ihrer Interessen zu gewährleisten. Ein Mitarbeitendenhandbuch erleichtert die Kenntnis und Einsicht in die Richtlinien und die Konsequenzen der Nichteinhaltung.

Mitarbeitendenführung: Jeder Mitarbeitende sollte individuelle Ziele für seine Arbeitsbestrebungen und die zu entwickelnden Kompetenzen festlegen und diese in einem Entwicklungsplan dokumentieren.

Bei einer wirksamen Hilfsaktion geht es nicht nur darum, die Anwesenheit von Fachkräften sicherzustellen, sondern auch darum, wie Einzelpersonen geführt werden. Untersuchungen von Notfallsituationen zeigen, dass eine effektive Leitung sowie effektive Rahmenbedingungen und Verfahren ebenso wichtig oder sogar wichtiger sind als die Fähigkeiten des Personals, eine effektive Hilfe anzubieten.

Sicherheit und Wohlbefinden: Mitarbeitende arbeiten oft viele Stunden unter gefährlichen und stressigen Bedingungen. Die Sorgfaltspflicht einer Organisation gegenüber ihren nationalen und internationalen Mitarbeitenden umfasst auch Maßnahmen zur Förderung des geistigen und körperlichen Wohlbefindens und zur Vermeidung von langfristiger Erschöpfung, Burnout, Verletzungen oder Erkrankungen.

Diese Sorgfaltspflicht kann von den Führungskräften durch die Anwendung bewährter Praktiken und durch die eigene Einhaltung der Organisationspolitik gefördert werden. Humanitäre Helfende müssen auch selbst Verantwortung für ihr Wohlbefinden übernehmen. Mitarbeitende, die selbst extrem belastende Erfahrungen gemacht oder miterlebt haben, sollten eine psychologische Soforthilfe in Anspruch nehmen können.

Schulen Sie Mitarbeitende darin, wie sie mit sexuellen Gewalterfahrungen umgehen, die von ihren Kollegen berichtet werden. Bieten Sie Zugang zu soliden Untersuchungs- und Abschreckungsmaßnahmen, die das Vertrauen und die Rechenschaftspflicht fördern. Wenn es zu Vorfällen kommt, wählen Sie einen überlebenszentrierten Ansatz für die medizinische und psychosoziale Unterstützung, der auch die indirekte Traumatisierung berücksichtigt. Die Unterstützung sollte auf die Bedürfnisse der im Ausland tätigen und der nationalen Mitarbeitenden eingehen und sie berücksichtigen.

Eine psychosoziale Fachkraft mit den notwendigen kulturellen und sprachlichen Kenntnissen sollte sich ein bis drei Monate nach traumatischen Vorfällen bei den betroffenen nationalen, internationalen und ehrenamtlichen Mitarbeitenden melden. Die betroffene Person sollte psychologisch untersucht und gegebenenfalls zur klinischen Behandlung überwiesen werden.

Verpflichtung 9

Die von Krisen betroffenen Gemeinschaften und Personen dürfen von den Hilfsorganisationen ein effektives, effizientes und ethisches Ressourcenmanagement erwarten.

Qualitätskriterium

Die Ressourcen werden verantwortungsvoll verwaltet und für den vorgesehenen Zweck eingesetzt.

Copyright

Leistungsparameter

1. Von der Krise betroffene Gemeinschaften und Personen sind mit den Budgets, den Ausgaben und den erzielten Ergebnissen auf Gemeinschaftsebene vertraut.
2. Von der Krise betroffene Gemeinschaften und Personen sind der Meinung, dass die verfügbaren Ressourcen folgendermaßen genutzt werden:
   a. für ihre Zweckbestimmung und
   b. auf direktem Wege ohne Umleitung und ohne Verschwendung.
3. Die für die Hilfsaktion verfügbaren Ressourcen werden in Übereinstimmung mit vereinbarten Plänen, Zielvorgaben, Budgets und Zeitrahmen verwendet und überwacht.
4. Die humanitäre Hilfe wird auf kosteneffiziente Weise bereitgestellt.

Schlüsselaktivitäten

9.1 Konzipieren Sie Programme und implementieren Sie Verfahren, die eine effiziente Ressourcennutzung und das Gleichgewicht zwischen Qualität, Kosten und Rechtzeitigkeit in jeder Phase der Maßnahme gewährleisten.

- Passen Sie die Verfahren in Notfallsituationen an, um schneller finanzielle Entscheidungen treffen zu können und die Herausforderungen zu bewältigen (z. B. Mangel an verfügbaren Auftragnehmern für die Durchführung von Ausschreibungen).

9.2 Verwalten und nutzen Sie Ressourcen entsprechend ihrer Zweckbestimmung und achten Sie dabei auf möglichst geringe Verschwendung.

- Stellen Sie sicher, dass speziell qualifizierte Mitarbeitende und die notwendigen Systeme vorhanden sind, um Risiken im Zusammenhang mit der Beschaffung, mit Geldtransfers und mit der Bestandsverwaltung zu managen.

9.3 Überwachen Sie die Ausgaben im Verhältnis zum Budget und erstatten Sie dazu Bericht.

- Richten Sie Finanzplanungs- und Monitoringsysteme ein, um sicherzustellen, dass die Programmziele erreicht werden, einschließlich Verfahren zur Minderung der wichtigsten Risiken des Finanzmanagements.
- Verfolgen Sie alle Finanztransaktionen.

9.4 Berücksichtigen Sie bei der Nutzung lokaler und natürlicher Ressourcen deren Auswirkungen auf die Umwelt.

- Führen Sie eine schnelle Umweltverträglichkeitsprüfung durch, um Risiken zu ermitteln und so früh wie möglich in der Hilfsaktion oder im Programm Abhilfemaßnahmen zu ergreifen.

9.5 Managen Sie das Risiko der Korruption und ergreifen Sie gegebenenfalls geeignete Maßnahmen.

- Dokumentieren Sie Finanzierungskriterien und Finanzierungsquellen. Gehen Sie offen und transparent mit Projektinformationen um.
- Ermutigen Sie Beteiligte, Fälle von Machtmissbrauch zu melden.

Copyright

Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

9.6 Es gibt Richtlinien und Prozesse für die Nutzung und Verwaltung von Ressourcen, einschließlich der Art und Weise, wie die Organisation:

- **a. Gelder und Sachspenden ethisch und rechtlich einwandfrei annimmt und zuweist,**
- **b. ihre Ressourcen auf ökologisch vertretbare Weise nutzt,**
- **c. Korruption, Betrug, Interessenkonflikte und die missbräuchliche Nutzung von Ressourcen verhindert und bekämpft,**
- **d. Audits durchführt, die Einhaltung überprüft und transparent berichtet,**
- **e. Risiken auf kontinuierliche Weise bewertet, managt und mindert,**
- **f. sicherstellt, dass die Annahme von Ressourcen nicht ihre Unabhängigkeit beeinträchtigt.**

Leitlinien

Effiziente Ressourcennutzung: Der Begriff „Ressourcen" bezieht sich auf die Eingänge, die eine Organisation benötigt, um ihre Mission zu erfüllen. Dazu gehören unter anderem Gelder, Personal, Güter, Ausrüstung, Zeit, Grund und Boden und die Umwelt im Allgemeinen.

In bedeutenden akuten Krisen besteht oft der Druck, schnell zu reagieren und zu zeigen, dass die Organisationen etwas tun, um die Situation anzugehen. Dies kann zu einer schlechten Projektplanung und unzureichenden Evaluierung verschiedener alternativer Programme und Finanzierungsmöglichkeiten (z. B. Einsatz von Geldtransfers) führen, die ein besseres Preis-Leistungs-Verhältnis bieten können. Angesichts des erhöhten Korruptionsrisikos in diesem Zusammenhang ist es jedoch wichtig, die Mitarbeitenden zu schulen und zu unterstützen sowie Beschwerdemechanismen zur Verhinderung von Korruption innerhalb der Systeme einzurichten ⊕ *siehe Verpflichtungen 3 und 5*.

Der Einsatz von erfahrenen Mitarbeitenden in dieser Zeit kann dazu beitragen, die Risiken zu minimieren und ein ausgewogenes Verhältnis zwischen zeitnaher Hilfe, der Einhaltung von Standards und der Begrenzung von Verschwendung herzustellen.

Die Zusammenarbeit und Koordination zwischen Organisationen (und Gemeinschaften) kann auch hilfreich für eine effizientere Hilfe sein (z. B. durch gemeinsame Beurteilungen oder Evaluierungen und die Unterstützung organisationsübergreifender Erfassungs- und Logistiksysteme).

Nach Abschluss des Projekts müssen die verbleibenden Vermögenswerte und Ressourcen verantwortungsvoll gespendet, verkauft oder zurückgegeben werden.

Einsatz der Ressourcen für ihren vorgesehenen Zweck: Alle humanitären Akteure sind sowohl den Gebern als auch den Betroffenen gegenüber rechenschaftspflichtig und sollten nachweisen können, dass die Ressourcen sinnvoll, effizient und wirksam eingesetzt wurden.

Die Buchführung sollte den anerkannten nationalen und/oder internationalen Normen entsprechen und systematisch innerhalb der Organisation angewendet werden.

Betrug, Korruption und Verschwendung ziehen Ressourcen von denen ab, die sie am meisten brauchen. Eine Intervention, die nicht wirksam ist, weil sie unterbesetzt oder unterfinanziert ist, entspricht jedoch nicht der Rechenschaftspflicht. Wirtschaftlich ist nicht immer gleich preiswert. Oftmals muss ein Gleichgewicht zwischen Wirtschaftlichkeit, Effektivität und Effizienz gefunden werden.

Monitoring und Berichterstattung über die Ausgaben: Alle Mitarbeitenden sind gemeinsam dafür verantwortlich, dass die Finanzen gut verwaltet werden. Die Mitarbeitenden

Copyright

werden ermutigt, jeden Verdacht auf Betrug, Korruption oder Missbrauch von Ressourcen zu melden.

Umweltauswirkungen und Nutzung natürlicher Ressourcen: Humanitäre Hilfe kann sich negativ auf die Umwelt auswirken. Sie kann beispielsweise große Mengen an Abfall produzieren, natürliche Ressourcen abbauen, zur Erschöpfung oder Verunreinigung des Grundwassers beitragen sowie Abholzung und andere ökologischen Belastungen mit sich bringen. Ökosysteme sind für das Wohlergehen des Menschen grundlegend und dienen als Puffer für Naturkatastrophen. Jegliche Belastungen der Umwelt müssen als sektorübergreifendes Thema behandelt werden, da sie weitere und dauerhafte Schäden für Leben, Gesundheit und Lebensunterhalt nach sich ziehen können. Die Einbeziehung der betroffenen Menschen und ihrer Anliegen in diesen Prozess ist von entscheidender Bedeutung. Die Unterstützung der lokalen Bewirtschaftung der natürlichen Ressourcen sollte in die Planung einbezogen werden.

Umgang mit Korruptionsrisiken: Die Definition und das Verständnis korrupter Praktiken sind nicht in allen Kulturen gleich. Eine klare Definition des von den Mitarbeitenden (auch Freiwilligen) und Partnern erwarteten Verhaltens ist von grundlegender Bedeutung bei der Bewältigung dieses Risikos ⊕ *siehe Verpflichtung 8*. Die respektvolle Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der Gemeinschaft und die Einrichtung von Monitoringmechanismen vor Ort sowie die Transparenz mit den Interessengruppen können dazu beitragen, Korruptionsrisiken zu reduzieren.

Sachspenden können ethische Dilemmata verursachen. Die Überreichung von Geschenken ist in vielen Kulturen eine wichtige soziale Norm, und die Ablehnung eines Geschenks würde unhöflich erscheinen. Wenn die Annahme des Geschenks ein Gefühl des Verpflichtetseins hervorruft, sollte der Empfänger es höflich ablehnen. Wenn es angenommen wird, ist es wichtig, dies zu erklären und mit einem Vorgesetzten zu besprechen, wenn Bedenken bleiben. Mildern Sie die Risiken für die operative Unabhängigkeit und die Unparteilichkeit der Organisation ab, indem Sie Leitlinien für die Mitarbeitenden erstellen und die Transparenz fördern. Die Mitarbeitenden sollten auf diese Richtlinien und mögliche Dilemmata aufmerksam gemacht werden.

Natürliche Ressourcen und Umweltauswirkungen: Die Organisationen sollten sich zu umweltverträglichen Strategien und Praktiken verpflichten (einschließlich eines Aktionsplans und einer schnellen Umweltverträglichkeitsprüfung) und die bestehenden Leitlinien nutzen, um im Notfall zur Lösung von Umweltproblemen beizutragen. Eine umweltfreundliche Beschaffungspolitik trägt dazu bei, die Auswirkungen auf die Umwelt zu verringern. Sie muss aber so verwaltet werden, dass Verzögerungen bei der Bereitstellung von Hilfe auf ein Minimum reduziert werden.

Korruption und Betrug: Korruption und Betrug: Betrug umfasst Diebstahl, Abzweigung von Waren oder Eigentum und die Fälschung von Dokumenten wie Spesenabrechnungen. Jede Organisation muss eine genaue Aufzeichnung der Finanztransaktionen führen, um die Mittelverwendung nachzuweisen. Es müssen Systeme und Verfahren eingeführt werden, um die interne Kontrolle der Finanzmittel zu gewährleisten und Betrug und Korruption zu verhindern.

Die Organisationen sollten anerkannte bewährte Verfahren bei der Finanzverwaltung und -berichterstattung unterstützen. Die Richtlinien der Organisation sollten auch sicherstellen, dass die Beschaffungssysteme transparent und solide sind und Maßnahmen zur Terrorismusbekämpfung enthalten.

Interessenkonflikte: Die Mitarbeitenden müssen gewährleisten, dass es keinen Konflikt zwischen den Zielen der Organisation und ihren eigenen persönlichen oder finanziellen Interessen gibt. So dürfen sie beispielsweise keine Aufträge an Lieferanten,

Copyright

Organisationen oder Einzelpersonen vergeben, wenn sie oder ihre Familie finanzielle Vorteile davon haben.

Es gibt verschiedene Formen von Interessenkonflikten, und die Menschen erkennen nicht immer, dass sie gegen die Codes und Richtlinien der Organisation verstoßen. So kann beispielsweise die ungenehmigte Nutzung der Ressourcen der Organisation oder die Annahme von Geschenken eines Lieferanten als Interessenkonflikt ausgelegt werden.

Die Schaffung einer Kultur, in der die Menschen das Gefühl haben, dass sie offen über mögliche oder tatsächliche Interessenkonflikte reden und diese melden können, ist der Schlüssel für den Umgang mit ihnen.

Audits und Transparenz: Audits können ganz verschieden ausfallen. Interne Audits prüfen, ob Verfahren eingehalten werden. Externe Audits kontrollieren, ob die Finanzberichte der Organisation wahrheitsgetreu und angemessen sind. Ein investigatives Audit wird durchgeführt, wenn eine Organisation ein bestimmtes Problem vermutet, in der Regel Betrug.

Copyright

Anlage
Leitfragen zum Monitoring der Schlüsselaktivitäten und der Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

Nachfolgend finden Sie einige Leitfragen im Zusammenhang mit den Schlüsselaktionen und Verantwortlichkeiten der Organisationen im Rahmen des Core Humanitarian Standard. Diese Fragen können als Hilfe bei der Programmgestaltung oder als Instrument zur Überprüfung eines Projekts, einer Hilfsaktion oder einer Richtlinie verwendet werden.

Verpflichtung 1 Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen erhalten ihren Bedürfnissen entsprechende Hilfe.

Leitfragen zum Monitoring von Schlüsselaktivitäten

1. Wurde eine umfassende und konsultative Beurteilung der Kapazitäten und Bedürfnisse durchgeführt und als Grundlage für die Planung der Hilfsaktion herangezogen?
2. Werden betroffene Personen und Gemeinschaften, lokale Institutionen und andere Interessengruppen (einschließlich repräsentativer Gruppen für Frauen, Männer, Mädchen und Jungen) bei der Bewertung von Bedürfnissen, Risiken, Kapazitäten, Schwachstellen und Kontext konsultiert? Sind die Bewertungs- und Monitoringdaten nach Geschlecht, Alter und Behinderung aufgeschlüsselt?
3. Wie wurden Risikogruppen identifiziert?
4. Wurden relevante Querschnittsthemen in der Bedarfs- und Kontextanalyse berücksichtigt?
5. Bietet die Hilfsaktion Unterstützung in einer Weise, die auf die Bedürfnisse und Präferenzen der betroffenen Bevölkerung ausgerichtet ist (z. B. Sachleistungen, Bargeld)? Gibt es für verschiedene demografische Gruppen unterschiedliche Arten der Unterstützung und des Schutzes?
6. Welche Maßnahmen werden ergriffen, um die Hilfsstrategie an die verschiedenen demografischen Gruppen anzupassen, je nach sich ändernden Bedürfnissen, Kapazitäten, Risiken und dem Kontext?

Leitfragen zum Monitoring der Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

1. Hat die Organisation eine klare Verpflichtung zu rechtebasierten, unparteiischen und unabhängigen humanitäre Aktionen und sind sich die Mitarbeitenden dessen bewusst?
2. Nehmen relevante Interessengruppen die Organisation als unparteiisch, unabhängig und diskriminierungsfrei wahr?
3. Enthalten Arbeitsprozesse Mechanismen zur konsistenten Erfassung von Daten, die nach Geschlecht, Alter, Behinderung und anderen relevanten Merkmalen aufgeschlüsselt sind?
4. Werden diese Daten regelmäßig als Orientierungshilfe für die Programmgestaltung und -umsetzung verwendet?

Copyright

5. Verfügt die Organisation über die Mittel, die Personalpolitik und die programmatische Flexibilität, damit sie die Hilfe auf sich ändernde Bedürfnisse anpassen kann?
6. Führt die Organisation systematisch Marktanalysen durch, um die geeigneten Formen der Unterstützung zu ermitteln?

Verpflichtung 2 Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen erhalten zeitgerecht Zugang zur benötigten humanitären Hilfe.

Leitfragen zum Monitoring von Schlüsselaktivitäten

1. Werden Beschränkungen wie physische Barrieren oder Diskriminierung und Risiken regelmäßig identifiziert und analysiert und die Pläne zusammen mit der betroffenen Bevölkerung entsprechend angepasst?
2. Berücksichtigt die Planung optimale Zeiten für Aktivitäten unter Berücksichtigung von Faktoren wie Wetter, Jahreszeit, soziale Faktoren, leichte Zugänglichkeit oder Konflikte?
3. Werden Verzögerungen bei der Umsetzung von Plänen und Aktivitäten überwacht und behoben?
4. Werden Frühwarnsysteme und Notfallpläne eingesetzt?
5. Werden anerkannte technische Standards angewendet und erreicht?
6. Wird ungenügend gedeckter Bedarf identifiziert und angegangen?
7. Werden die Ergebnisse des Monitorings zur Anpassung der Programme herangezogen?

Leitfragen zum Monitoring der Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

1. Gibt es klare Prozesse, um zu beurteilen, ob die Organisation über ausreichende Fähigkeiten, Finanzmittel und angemessenes, einsatzbereites Personal verfügt, bevor es Programmverpflichtungen eingeht?
2. Gibt es klare Richtlinien, Prozesse und Ressourcen, um das Monitoring und die Evaluierung zu unterstützen und die Ergebnisse für Management und Entscheidungsfindung zu nutzen? Sind sie den Mitarbeitenden bekannt?
3. Gibt es klare Prozesse zur Definition von Verantwortlichkeiten und Zeitplänen für die Entscheidungsfindung bei der Ressourcenzuteilung?

Verpflichtung 3 Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen sind durch die humanitären Maßnahmen nicht negativ betroffen und stattdessen besser vorbereitet, widerstandsfähiger und weniger gefährdet.

Leitfragen zum Monitoring von Schlüsselaktivitäten

1. Wurden lokale Kapazitäten für Resilienz (Strukturen, Organisationen, informelle Gruppen, Führungspersonen und Unterstützungsnetzwerke) identifiziert und gibt es Pläne zur Stärkung dieser Kapazitäten?
2. Werden bestehende Informationen über Risiken, Gefahren, Vulnerabilitäten und damit zusammenhängende Pläne bei der Programmierung von Aktivitäten verwendet?
3. Hat das Programm geprüft, ob und wie Dienstleistungen von der lokalen Zivilgesellschaft, von staatlichen oder privaten Stellen erbracht werden können? Gibt es Pläne, diese Stellen bei der Übernahme der Erbringung relevanter Dienstleistungen zu unterstützen?

Copyright

4. Sind Strategien und Maßnahmen zur Risikominderung und zum Aufbau von Resilienz in Absprache mit den betroffenen Menschen und Gemeinschaften konzipiert oder von diesen geleitet?
5. Auf welche Weise (sowohl formell als auch informell) werden lokale Führungskräfte und/oder Behörden konsultiert, um sicherzustellen, dass die Hilfsstrategien mit den lokalen und/oder nationalen Prioritäten übereinstimmen?
6. Unterstützen die Mitarbeitenden lokale Initiativen ausreichend, einschließlich gemeinschaftsbasierter Selbsthilfe-Initiativen, insbesondere für Randgruppen und Minderheiten, Nothilfemaßnahmen und den Aufbau von Kapazitäten für künftige Maßnahmen?
7. Ist die Hilfsaktion darauf ausgelegt, eine frühe Gesundung zu ermöglichen?
8. Gibt es eine progressive Eigenverantwortung und Entscheidungsfindung der lokalen Bevölkerung?
9. Wurde eine Marktbewertung durchgeführt, um mögliche Auswirkungen des Programms auf die lokale Wirtschaft zu ermitteln?
10. Wurde in Absprache mit den Betroffenen und anderen relevanten Interessengruppen eine klare Übergangs- und/oder Ausstiegsstrategie konzipiert?

Leitfragen zum Monitoring der Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

1. Gibt es eine Richtlinie, die die Durchführung von Risikobewertungen und Maßnahmen zur Risikominderung für vulnerable Personen in den Programmbereichen der Organisation vorschreibt? Ist diese den Mitarbeitenden bekannt?
2. Gibt es Richtlinien und Verfahren zur Bewertung und Minderung der negativen Auswirkungen der Hilfe? Sind sie den Mitarbeitenden bekannt?
3. Gibt es Strategien und Verfahren zum Umgang mit Fällen sexueller Ausbeutung, Missbrauch oder Diskriminierung, auch aufgrund der sexuellen Orientierung oder anderer Merkmale? Sind sie den Mitarbeitenden bekannt?
4. Gibt es Notfallpläne, um auf neue oder entstehende Krisen zu reagieren? Sind sie den Mitarbeitenden bekannt?
5. Verstehen die Mitarbeitenden, was von ihnen in Bezug auf Schutz, Sicherheit und Risiken erwartet wird?
6. Ermöglicht und fördert die Organisation eigenverantwortliches Handeln und Selbsthilfe in der Gemeinschaft?

Verpflichtung 4 Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen kennen ihre Rechte und Ansprüche, haben Zugang zu Informationen und werden an Entscheidungen beteiligt, die sie betreffen.

Leitfragen zum Monitoring von Schlüsselaktivitäten

1. Werden Informationen über die Organisation und die Hilfsaktion auf zugängliche und angemessene Weise für verschiedene betroffene Gruppen bereitgestellt?
2. Können Frauen, Männer, Mädchen und Jungen (insbesondere die marginalisierten und vulnerablen Gruppen) auf die bereitgestellten Informationen zugreifen und verstehen sie sie?
3. Werden die Ansichten der betroffenen Menschen, einschließlich derjenigen der am stärksten gefährdeten und marginalisierten Gruppen, als Orientierung für die Programmgestaltung und -durchführung herangezogen?

Copyright

4. Sind sich alle Gruppen innerhalb der betroffenen Gemeinschaft bewusst, wie man Feedback zur humanitären Hilfe geben kann, und fühlen sie sich sicher, diese Kanäle zu nutzen?
5. Wird Feedback verwendet? Kann das Programm auf Elemente verweisen, die aufgrund von Feedback geändert wurden? ⊕ *Siehe Schlüsselaktivitäten 1.3 und 2.5.*
6. Werden Hindernisse für die Feedbackgabe identifiziert und angegangen?
7. Werden Daten, die über Feedback-Mechanismen bereitgestellt werden, nach Geschlecht, Alter, Behinderung und anderen relevanten Kategorien aufgeschlüsselt?
8. Wenn Hilfe durch elektronische Überweisungen geleistet wird, stehen den Menschen Feedback-Kanäle zur Verfügung, auch wenn kein direkter Kontakt zu den Mitarbeitenden besteht?

Leitfragen zum Monitoring der Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

1. Enthalten die Richtlinien und Programmpläne Bestimmungen für den Informationsaustausch, einschließlich Kriterien dazu, welche Informationen weitergegeben werden sollen und welche nicht? Sind sie den Mitarbeitenden bekannt?
2. Enthalten Richtlinien und Programmpläne Bestimmungen zum Datenschutz? Gibt es Kriterien für die sichere Datenspeicherung (in abschließbaren Schränken für Ausdrucke und passwortgeschützten Dateien für elektronische Dokumente), den beschränkten Zugriff, die Datenvernichtung im Falle einer Evakuierung und Protokolle zum Informationsaustausch? Wird in diesen Protokollen detailliert beschrieben, welche Informationen mit wem und in welchen Situationen ausgetauscht werden sollen? Beachten Sie, dass Informationen nur bei begründetem Informationsbedarf weitergegeben werden sollten und weder Daten, die Rückschlüsse auf die Identität zulassen, noch Fallgeschichten enthalten sollten, außer dies ist absolut notwendig.
3. Enthalten die Richtlinien Bestimmungen über den Umgang mit vertraulichen oder sensiblen Informationen oder Informationen, die Mitarbeitenden oder betroffene Personen potenziell gefährden könnten? Sind sie den Mitarbeitenden bekannt?
4. Gibt es in den Richtlinien Angaben zur Art und Weise, wie Betroffene in externen Kommunikations- oder Fundraising-Materialien dargestellt werden oder existieren dazu Leitlinien? Sind sie den Mitarbeitenden bekannt?

Verpflichtung 5 Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen haben Zugang zu sicheren und reaktionsschnellen Mechanismen für den Umgang mit Beschwerden.

Leitfragen zum Monitoring von Schlüsselaktivitäten

1. Werden von der Krise betroffene Gemeinschaften und Personen bei der Gestaltung der Beschwerdemechanismen konsultiert?
2. Werden bei der Gestaltung von Beschwerdemechanismen die Präferenzen aller demografischen Gruppen, insbesondere im Hinblick auf Sicherheit und Vertraulichkeit, berücksichtigt?
3. Erhalten alle demografischen Gruppen Informationen zur Funktion der Beschwerdemechanismen und welche Arten von Beschwerden eingereicht werden können? Werden diese Informationen auch verstanden?

Copyright

4. Gibt es vereinbarte und einzuhaltene Fristen für die Untersuchung und Beilegung von Beschwerden? Wird die Zeitspanne zwischen der Einreichung einer Beschwerde und ihrer Beilegung aufgezeichnet?
5. Werden Beschwerden über sexuelle Ausbeutung, Missbrauch und Diskriminierung unverzüglich von entsprechend qualifizierten Mitarbeitenden mit einem angemessenen Autoritätsniveau untersucht?

Leitfragen zum Monitoring der Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

1. Gibt es spezifische Richtlinien, Budgets und Verfahren für die Bearbeitung von Beschwerden?
2. Erhalten alle Mitarbeitenden eine Einweisung und Auffrischung über die Richtlinien und Verfahren der Organisation zur Bearbeitung von Beschwerden?
3. Enthält die Richtlinie der Organisation zum Beschwerdemanagement Bestimmungen zu den Themen sexuelle Ausbeutung, Missbrauch und Diskriminierung?
4. Werden die Betroffenen über die Verpflichtungen und Verfahren der Organisation zur Verhinderung von sexueller Ausbeutung, Missbrauch und Diskriminierung in Kenntnis gesetzt?
5. Werden Beschwerden, die von der Organisation nicht bearbeitet werden können, zeitnah an andere relevante Organisationen weitergeleitet?

Verpflichtung 6 Von der Krise betroffene Gemeinschaften und Personen erhalten eine koordinierte, ergänzende Unterstützung.

Leitfragen zum Monitoring von Schlüsselaktivitäten

1. Werden andere Beteiligte der Hilfsaktion rechtzeitig über Informationen zu Kompetenzen, Ressourcen, geografischen Gebieten und Arbeitsbereichen der Organisation in Kenntnis gesetzt?
2. Werden Informationen über die Kompetenzen, Ressourcen, die geografische Abdeckung und die Arbeitsbereiche anderer Organisationen, einschließlich örtlicher und Landesbehörden, abgerufen und genutzt?
3. Wurden bereits bestehende Koordinierungsstrukturen identifiziert und unterstützt?
4. Werden die Programme anderer Organisationen und Behörden bei der Konzeption, Planung und Durchführung von Programmen berücksichtigt?
5. Werden Lücken und Dopplungen in der Abdeckung identifiziert und behoben?

Leitfragen zum Monitoring der Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

1. Gibt es ein klares Bekenntnis in den Unternehmenspolitiken und/oder -strategien, in Kooperation mit anderen Akteuren zu arbeiten?
2. Wurden Kriterien oder Bedingungen für die Partnerauswahl, Zusammenarbeit und Koordination festgelegt?
3. Gibt es formelle Partnerschaftsvereinbarungen?
4. Enthalten Partnerschaftsvereinbarungen klare Definitionen der Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen der einzelnen Partner, einschließlich der Frage, wie jeder Partner zur gemeinsamen Einhaltung humanitärer Grundsätze beitragen wird?

Copyright

Verpflichtung 7 Von Krisen betroffene Gemeinschaften und Personen können eine bessere Hilfe erwarten, wenn die Organisationen aus Erfahrungen und dem Denkprozess lernen.

Leitfragen zum Monitoring von Schlüsselaktivitäten

1. Werden Evaluierungen und Überprüfungen von Hilfsaktionen ähnlicher Krisen konsultiert und gegebenenfalls in die Programmgestaltung einbezogen?
2. Führen Monitoring-, Evaluierungs-, Feedback- und Beschwerdeprozesse zu Veränderungen und/oder Innovationen bei der Programmgestaltung und -umsetzung?
3. Werden diese Lernprozesse systematisch dokumentiert?
4. Werden spezifische Systeme verwendet, um die Erkenntnisse mit relevanten Interessengruppen, einschließlich der betroffenen Personen und Partner, zu teilen?

Leitfragen zum Monitoring der Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

1. Gibt es Richtlinien und Ressourcen für Evaluierung und Lernprozesse? Sind sie den Mitarbeitenden bekannt?
2. Gibt es klare Leitlinien für die Aufzeichnung und Verbreitung von Lernprozessen, einschließlich spezifischer Leitlinien für humanitäre Krisen?
3. Werden Lernprozesse auf Programmebene identifiziert, dokumentiert und innerhalb der Organisation geteilt?
4. Ist die Organisation ein aktives Mitglied von Lern- und Innovationsforen? Wie trägt die Organisation zu diesen Foren bei?

Verpflichtung 8 Von der Krise betroffene Gemeinschaften und Personen erhalten die nötige Hilfe von kompetenten und gut geführten Mitarbeitenden und Freiwilligen.

Leitfragen zum Monitoring von Schlüsselaktivitäten

1. Werden der Auftrag und die Werte der Organisation an neue Mitarbeitende kommuniziert?
2. Wird die Leistung der Mitarbeitenden bewertet, werden schlechte Leistungen besprochen und gute Leistungen honoriert?
3. Unterzeichnen die Mitarbeitenden einen Verhaltenskodex oder ein ähnlich verbindliches Dokument? Wenn ja, wird ihr Verständnis der Organisationspolitik durch Schulungen dazu und zu und anderen relevanten Richtlinien unterstützt?
4. Gehen Beschwerden über Mitarbeitende oder Mitarbeitende von Partnern ein? Wie wird damit umgegangen?
5. Sind sich die Mitarbeitenden der verfügbaren Unterstützung zur Entfaltung der für ihre Rolle erforderlichen Kompetenzen bewusst und nutzen sie diese?

Leitfragen zum Monitoring der Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

1. Gibt es Verfahren zur Bewertung des Personalbedarfs in Bezug auf Programmgröße und -umfang?
2. Berücksichtigt die Organisationsplanung zukünftige Führungsbedürfnisse und die Entwicklung neuer Talente?

Copyright

3. Entsprechen die Personalrichtlinien und -verfahren dem lokalen Arbeitsrecht und folgen sie anerkannten bewährten Praktiken bei der Mitarbeitendenführung?
4. Deckt die Sicherheits- und Gesundheitspolitik für die Mitarbeitenden die praktischen und psychosozialen Bedürfnisse der lokalen Mitarbeitenden ab, die möglicherweise persönlich von der Krise betroffen waren?
5. Werden soziale Kompetenzen, die Mitarbeitende dazu befähigen, zuzuhören und das Feedback von Krisenopfern zu berücksichtigen, bei der Einstellung, Schulung und Beurteilung von Mitarbeitenden berücksichtigt?
6. Haben alle Mitarbeitenden aktualisierte Stellenbeschreibungen und -ziele, einschließlich spezifischer Verantwortlichkeiten?
7. Wird die Vergütungs- und Zusatzleistungsstruktur fair, transparent und konsequent angewendet?
8. Werden alle über die Richtlinien und Verfahren für Leistungsmanagement und Personalentwicklung informiert?
9. Müssen alle Mitarbeitenden (und Auftragnehmer) einen Verhaltenskodex unterzeichnen (der die Verhütung sexueller Ausbeutung und sexuellen Missbrauchs umfasst) und erhalten sie eine entsprechende Einweisung in diesen Verhaltenskodex?
10. Gibt es eine/n klare Erklärung/Klausel/Verhaltenskodex, die/der im Vertrag mit Finanzdienstleistern und Wirtschaftsakteuren enthalten ist, um sexuelle und andere Arten von Ausbeutung zu verhindern?
11. Hat die Organisation standortspezifische Richtlinien für einen internen Beschwerdemechanismus? Sind diese den Mitarbeitenden bekannt?
12. Verstehen, erkennen und reagieren die Mitarbeitenden in ihren eigenen Programmen und Aktivitäten auf Diskriminierung?

Verpflichtung 9 Von der Krise betroffene Gemeinschaften und Personen können erwarten, dass die ihnen behilflichen Organisationen die einzusetzenden Ressourcen effektiv, effizient und ethisch gerecht verwalten.

Leitfragen zum Monitoring von Schlüsselaktivitäten

1. Befolgen die Mitarbeitenden Protokolle der Organisation für Ausgaben beschlüsse?
2. Werden die Ausgaben regelmäßig überwacht und werden die Berichte innerhalb des Programmmanagements weitergegeben?
3. Erfolgt die Beschaffung von Dienstleistungen und Waren im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens?
4. Werden mögliche Auswirkungen auf die Umwelt (Wasser, Boden, Luft, Biodiversität) überwacht und Maßnahmen zur Risikominderung ergriffen?
5. Ist ein sicheres Verfahren für Hinweisgeber vorhanden und den Mit arbeitenden, Betroffenen und anderen Interessengruppen bekannt?
6. Werden Kosteneffizienz und soziale Auswirkungen überwacht?

Leitfragen zum Monitoring der Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene

1. Gibt es Richtlinien und Verfahren für die ethisch verantwortungsvolle Beschaffung, Nutzung und Verwaltung von Ressourcen?

Copyright

2. Enthalten diese Bestimmungen zu:
   - Annahme und Zuweisung von Mitteln?
   - Annahme und Zuweisung von Sachspenden?
   - Minderung und Vermeidung von Umweltauswirkungen?
   - Betrugsbekämpfung, Umgang mit vermuteter und nachgewiesener Korruption und Missbrauch von Ressourcen?
   - Interessenkonflikten?
   - Audits, Überprüfung und Berichterstattung?
   - Risikobeurteilung von Vermögenswerten und Management?

Copyright

Quellen und weiterführende Literatur

Weitere Ressourcen für den Core Humanitarian Standard: corehumanitarianstandard.org

CHS Alliance: www.chsalliance.org

CHS Quality Compass: www.urd.org

Overseas Development Institute (ODI): www.odi.org

Rechenschaftspflicht

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. https://www.alliancecpha.org/en/cpms

Complaints Mechanism Handbook. ALNAP, Danish Refugee Council, 2008. www.alnap.org

Guidelines on Setting Up a Community Based Complaints Mechanism Regarding Sexual Exploitation and Abuse by UN and non-UN Personnel. PSEA Task Force, IASC Taskforce, 2009. www.pseataskforce.org

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Lewis, T. Financial Management Essentials: Handbook for NGOs. Mango, 2015. www.humentum.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. https://www.livestock-emergency.net

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. https://seepnetwork.org

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies INEE, 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Munyas Ghadially, B. Putting Accountability into Practice. Resource Centre, Save the Children, 2013. http://resourcecentre.savethechildren.net

Top Tips for Financial Governance. Mango, 2013. www.humentum.org

Leistung der humanitären Helfenden

A Handbook for Measuring HR Effectiveness. CHS Alliance, 2015. http://chsalliance.org

Building Trust in Diverse Teams: The Toolkit for Emergency Response. ALNAP, 2007. www.alnap.org

Protection Against Sexual Exploitation and Abuse (PSEA). OCHA. https://www.unocha.org

Copyright

Protection from Sexual Exploitation and Abuse. CHS Alliance. https://www.chsalliance.org

Rutter, L. *Core Humanitarian Competencies Guide: Humanitarian Capacity Building Throughout the Employee Life Cycle*. NGO Coordination Resource Centre, CBHA, 2011. https://ngocoordination.org

World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological First Aid: Guide for Field Workers. WHO Geneva, 2011. www.who.int

Bewertungen

Humanitarian Needs Assessment: The Good Enough Guide. ACAPS and ECB, 2014. www.acaps.org

Multi-sector Initial Rapid Assessment Manual (revised July 2015). IASC, 2015. https://interagencystandingcommittee.org

Participatory assessment, in *Participation Handbook for Humanitarian Field Workers* (Chapter 7). ALNAP and Groupe URD, 2009. http://urd.org

Hilfe mit Geldleistungen

Blake, M. Propson, D. Monteverde, C. *Principles on Public-Private Cooperation in Humanitarian Payments.* CaLP, World Economic Forum, 2017. www.cashlearning.org

Cash or in-kind? Why not both? Response Analysis Lessons from Multimodal Programming. Cash Learning Partnership, July 2017. www.cashlearning.org

Martin-Simpson, S. Grootenhuis, F. Jordan, S. *Monitoring4CTP: Monitoring Guidance for CTP in Emergencies.* Cash Learning Partnership, 2017. www.cashlearning.org

Kinder

Child Safeguarding Standards and how to implement them. Keeping Children Safe, 2014. www.keepingchildrensafe.org

Koordination

Knox Clarke, P. Campbell, L. *Exploring Coordination in Humanitarian Clusters*. ALNAP, 2015. https://reliefweb.int

Reference Module for Cluster Coordination at the Country Level. Humanitarian Response, IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

Konzeption und Hilfe

The IASC Humanitarian Programme Cycle. Humanitarian Response. www.humanitarianresponse.info

Menschen mit Behinderungen

Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Vereinte Nationen. https://www.un.org

Copyright

Washington Group on Disability Statistics and sets of disability questions. Washington Group. www.washingtongroup-disability.com

Umwelt

Environment and Humanitarian Action: Increasing Effectiveness, Sustainability and Accountability. UN OCHA/UNEP, 2014. www.unocha.org

The Environmental Emergencies Guidelines, 2nd edition. Environment Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org

Training toolkit: Integrating the environment into humanitarian action and early recovery. UNEP, Groupe URD. http://postconflict.unep.ch

Gender

Mazurana, D. Benelli, P. Gupta, H. Walker, P. *Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies*. ALNAP, 2011, Feinstein International Center, Tufts University.

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs, Equal Opportunities, A Gender Handbook for Humanitarian Action. IASC, 2006. https://interagencystandingcommittee.org

Geschlechtsspezifische Gewalt

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. GBV Guidelines, IASC, 2015. http://gbvguidelines.org

Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings. United Nations, UNICEF, November 2010. https://www.un.org

Auf die Menschen ausgerichtete humanitäre Hilfe

Bonino, F. Jean, I. Knox Clarke, P. *Closing the Loop – Effective Feedback in Humanitarian Contexts*. ALNAP, March 2014, London. www.alnap.org

Participation Handbook for Humanitarian Field Workers. Groupe URD, ALNAP, 2009. www.alnap.org

What is VCA? An Introduction to Vulnerability and Capacity Assessment. IFRC, 2006, Geneva. www.ifrc.org

Leistung, Monitoring und Evaluierung

Catley, A. Burns, J. Abebe, D. Suji, O. *Participatory Impact Assessment: A Design Guide*. Tufts University, March 2014, Feinstein International Center, Somerville. http://fic.tufts.edu

CHS Alliance and Start, A. *Building an Organisational Learning & Development Framework: A Guide for NGOs*. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org

Hallam, A. Bonino, F. *Using Evaluation for a Change: Insights from Humanitarian Practitioners*. ALNAP Study, October 2013, London. www.alnap.org

Project/Programme Monitoring and Evaluation (M&E) Guide. ALNAP, IRCS, January 2011. https://www.alnap.org

Copyright

Sphere for Monitoring and Evaluation. The Sphere Project, March 2015. www.spherestandards.org

Schutz

Slim, H. Bonwick, A. *Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies*. ALNAP, 2005. www.alnap.org

Gesundung

Minimum Economic Recovery Standards. SEEP Network, 2017. https://seepnetwork.org

Resilienz

Reaching Resilience: Handbook Resilience 2.0 for Aid Practitioners and Policymakers in Disaster Risk Reduction, Climate Change Adaptation and Poverty Reduction. Reaching Resilience, 2013. www.alnap.org

Turnbull, M. Sterret, C. Hilleboe, A. *Toward Resilience, A Guide to Disaster Risk Reduction and Climate Change Adaptation*. Catholic Relief Services, 2013. www.crs.org

Weiterführende Literatur

Weitere Literaturhinweise finden Sie unter www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Copyright

Weiterführende Literatur

Rechenschaftspflicht

Hees, R. Ahlendorf, M. Debere, S. *Handbook of Good Practices: Preventing Corruption in Humanitarian Operations*. Transparency International, 2010. www.transparency.org/whatwedo/publication/handbook_of_good_practices_preventing_corruption_in_humanitarian_operations

Value for Money: What it Means for UK NGOs (Hintergrundpapier). Bond, 2012. https://www.bond.org.uk/sites/default/files/resource-documents/assessing-and-managing-vfm-main-report-oct16.pdf

Leistung der humanitären Helfenden

Centre of Excellence – Duty of Care: An Executive Summary of the Project Report. CHS Alliance, 2016. https://www.chsalliance.org/files/files/Resources/Articles-and-Research/Duty%20of%20Care%20-%20Summary%20Report%20April%202017.pdf

CHS Alliance and Start, A. *HR Metrics Dashboard: A Toolkit*. CHS Alliance, 2016. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/CHS-Alliance-HR-metrics-dashboard-toolkit.pdf

CHS Alliance and Lacroix, E. *Human Resources Toolkit for Small and Medium Nonprofit Actors*. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/HR%20Toolkit%20-%202017.pdf

Debriefing: Building Staff Capacity. CHS Alliance, People In Aid, 2011. http://chsalliance.org/files/files/Resources/Case-Studies/Debriefing-building-staff-capacity.pdf

Nightingale, K. *Building the Future of Humanitarian Aid: Local Capacity and Partnerships in Emergency Assistance*. Christian Aid, 2012. www.christianaid.org.uk/resources/about-us/building-future-humanitarian-aid-local-capacity-and-partnerships-emergency

PSEA Implementation Quick Reference Handbook. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/what-we-do/psea/psea-handbook

Konzeption und Hilfe

Camp Management Toolkit. Norwegian Refugee Council, 2015. http://cmtoolkit.org/

IASC Reference Module for the Implementation of The Humanitarian Programme Cycle (Version 2.0). IASC, 2015. https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda/documents-public/iasc-reference-module-implementation-humanitarian

Umwelt

Environment and Humanitarian Action (factsheet). OCHA and UNEP, 2014. www.unocha.org/sites/dms/Documents/EHA_factsheet_final.pdf

Copyright

Auf die Menschen ausgerichtete humanitäre Hilfe

A Red Cross Red Crescent Guide to Community Engagement and Accountability (CEA): Improving Communication, Engagement and Accountability in All We Do. IFRC, 2016. http://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2017/01/CEA-GUIDE-2401-High-Resolution-1.pdf

Communication Toolbox: Practical Guidance for Program Managers to Improve Communication with Participants and Community Members. Catholic Relief Services, 2013. www.crs.org/our-work-overseas/research-publications/communication-toolbox

How to Use Social Media to Better Engage People Affected by Crises. FRC, 2017. http://media.ifrc.org/ifrc/document/use-social-media-better-engage-people-affected-crises/

Infosaid Diagnostic Tools. CDAC Network, 2012. www.cdacnetwork.org/tools-and-resources/i/20140626100739-b0u7q

Infosaid E-learning course. CDAC Network, 2015. www.cdacnetwork.org/learning-centre/e-learning/

Leistung, Monitoring und Evaluierung

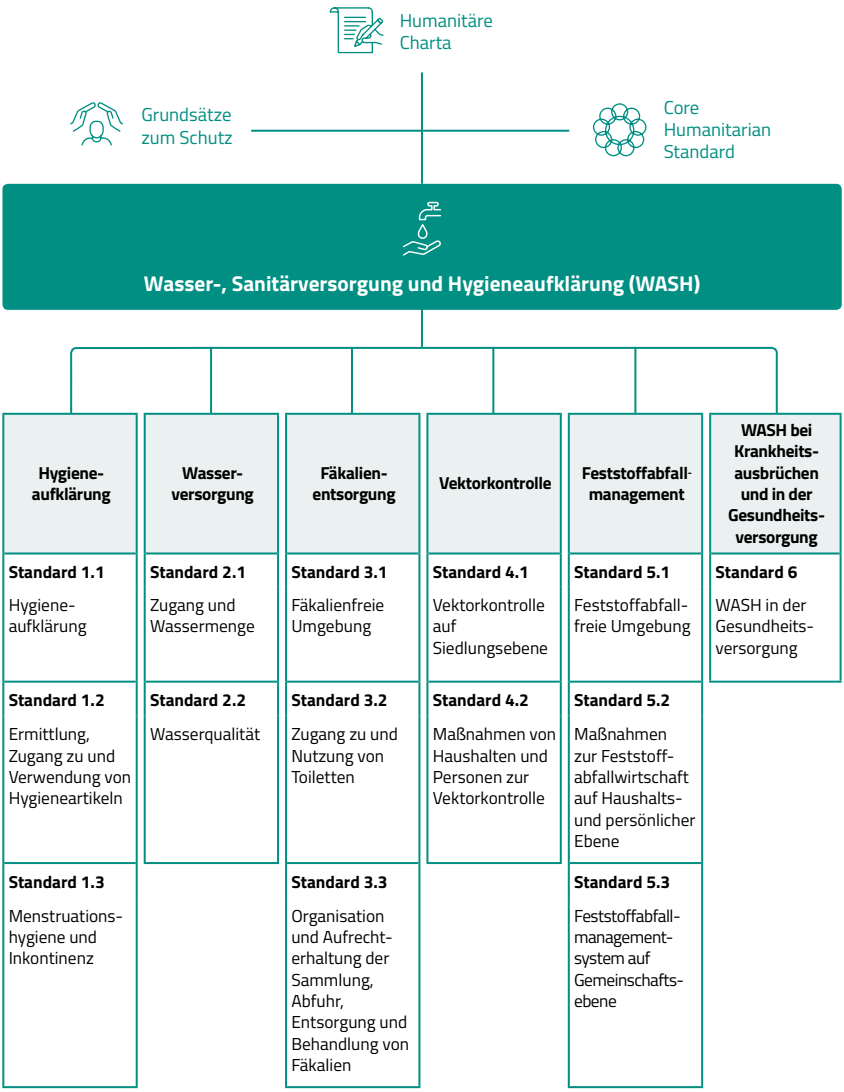
Buchanan-Smith, M. Cosgrave, J. *Evaluation of Humanitarian Action: Pilot Guide*. ALNAP, 2013. www.alnap.org/help-library/evaluation-of-humanitarian-action-pilot-guide

Norman, B. *Monitoring and Accountability Practices for Remotely Managed Projects Implemented in Volatile Operating Environments*. ALNAP, Tearfund, 2012. www.alnap.org/resource/7956

Copyright

Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung

Copyright



ANLAGE 1 Checkliste für die Erstbedarfsermittlung zur Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung
ANLAGE 2 Das F-Diagramm: Fäkal-orale Übertragung von Durchfallerkrankungen
ANLAGE 3 Mindestwassermengen: Sicherung des Überlebens und Quantifizierung des Wasserbedarfs
ANLAGE 4 Mindestanzahl von Toiletten: Gemeinschaft, öffentliche Orte und Einrichtungen
ANLAGE 5 Wasser- und sanitärassoziierte Krankheiten
ANLAGE 6 Entscheidungsbaum zur Wasseraufbereitung und -lagerung auf Haushaltsebene

Copyright

Inhalt

Wesentliche Konzepte für Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung 92
Standards in der Wasser- und Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung:
1. Hygieneaufklärung.....96
2. Wasserversorgung.....105
3. Fäkalienentsorgung.....113
4. Vektorkontrolle.....121
5. Feststoffabfallmanagement.....126
6. WASH bei Krankheitsausbrüchen und in der Gesundheitsversorgung.....131
Anlage 1: Checkliste für die Erstbedarfsermittlung zur Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung.....139
Anlage 2: Das F-Diagramm: Fäkal-orale Übertragung von Durchfallerkrankungen.....144
Anlage 3: Mindestwassermengen: Sicherung des Überlebens und Quantifizierung des Wasserbedarfs.....145
Anlage 4: Mindestanzahl von Toiletten: Gemeinschaft, öffentliche Orte und Einrichtungen.....146
Anlage 5: Wasser- und sanitärassoziierte Krankheiten.....147
Anlage 6: Entscheidungsbaum zur Wasseraufbereitung und -lagerung auf Haushaltsebene.....150
Quellen und weiterführende Literatur.....151

Copyright

Wesentliche Konzepte für Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung

Jeder Mensch hat ein Recht auf Wasser und Sanitäreinrichtungen

Die Sphere-Mindeststandards für Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung (WASH) sind praktischer Ausdruck des Rechts auf Zugang zu Wasser und Sanitäreinrichtungen im Rahmen humanitärer Einsätze. Die Standards basieren auf den in der Humanitären Charta festgehaltenen Überzeugungen, Prinzipien, Rechten und Pflichten. Dazu gehören das Recht auf ein Leben in Würde, das Recht auf Schutz und Sicherheit sowie das Recht auf bedarfsabhängige humanitäre Hilfe.

Eine Liste der wichtigsten gesetzlichen und politischen Dokumente, die der Humanitären Charta zugrunde liegen, finden Sie ⊕ *in Anhang 1: Rechtliche Grundlage von Sphere*.

Menschen in Krisensituationen sind anfälliger für potenziell tödliche Krankheiten, insbesondere Durchfall- und Infektionskrankheiten. Diese Krankheiten sind in hohem Maße durch mangelhafte Wasserversorgung, Sanitäreinrichtungen und Hygiene bedingt. Ziel der WASH-Programme ist es daher, Gefahren für die öffentliche Gesundheit zu reduzieren.

Die Hauptübertragungswege von Erregern auf den Menschen sind Fäkalien, Flüssigkeiten, Finger, Mücken und Lebensmittel. Daher zielen die WASH-Programme im Rahmen der humanitären Hilfe in erster Linie darauf ab, die Gefahren für die öffentliche Gesundheit durch die Blockierung dieser Übertragungswege zu reduzieren. ⊕ *siehe Anlage 2: Das F-Diagramm*. Schlüsselaktivitäten:

- Die Förderung bewährter Hygienepraktiken,
- die Bereitstellung von sauberem Trinkwasser,
- die Bereitstellung geeigneter Sanitäreinrichtungen,
- die Minderung umweltbedingter Gesundheitsgefahren und
- die Schaffung von Voraussetzungen, die den Menschen ein Leben in Gesundheit, Würde, Komfort und Sicherheit ermöglichen.

Wesentliche Punkte, die bei der Durchführung von WASH-Programmen berücksichtigt werden müssen:

- Management der gesamten Wasserkette: Beschaffung, Aufbereitung, Verteilung, Sammlung, Lagerung im Haushalt und Verbrauch
- integriertes Management der gesamten Sanitärkette
- Ermöglichung von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen
- Sicherstellung des Zugangs zu Hygieneartikeln

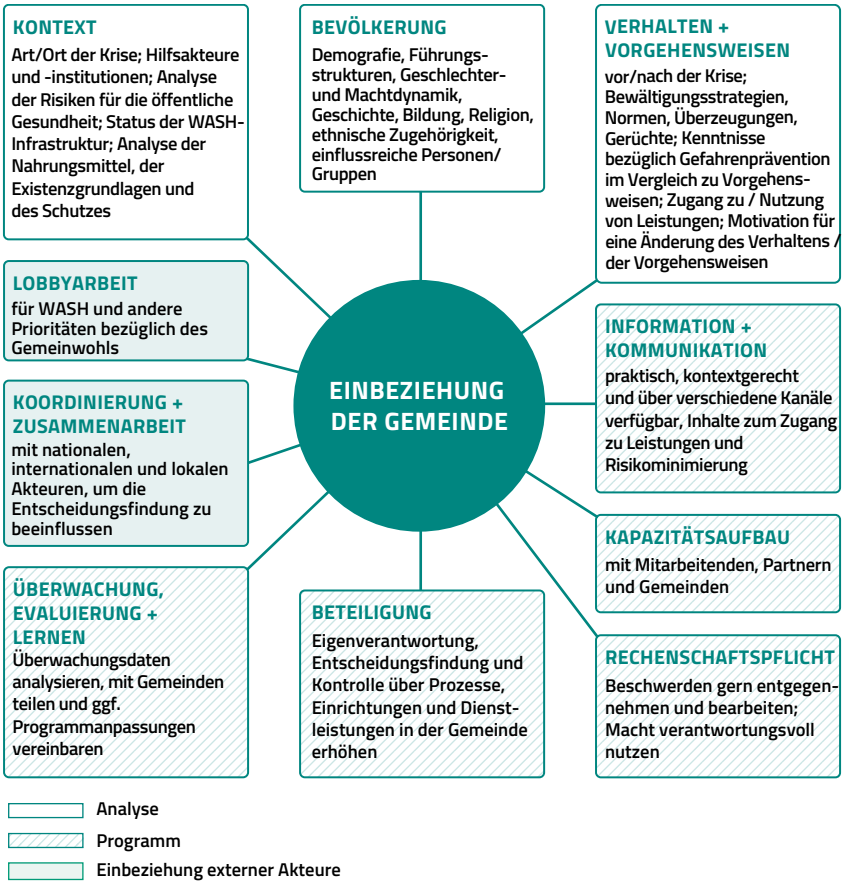
Die Einbeziehung der Gemeinschaft ist von zentraler Bedeutung

Die Einbeziehung der Gemeinschaft in WASH-Maßnahmen ist ein kontinuierlicher Prozess, der die Gemeinschaft und andere Interessengruppen verbindet, damit die betroffenen Menschen mehr Kontrolle über die Reaktionen auf die Krise und die Auswirkungen der Krise auf sie selbst haben. Die effektive Mitarbeit verbindet Gemeinschaften und Einsatzteams in einer Art und Weise, die den Gemeinschaften

Copyright

größtmöglichen Einfluss ermöglicht, sowohl in Bezug auf die Minderung der Gefahren für die öffentliche Gesundheit als auch auf die Bereitstellung geeigneter und zugänglicher Leistungen, die Verbesserung der Programmqualität und der Rechenschaftslegung. Grundlage des Engagements ist immer die Kenntnis der Fähigkeiten und der Bereitschaft der Gemeinschaft, die WASH-Systeme zu verwalten und aufrechtzuerhalten ⊕ *siehe Abbildung 3 – Gemeinschaftliches WASH-Engagement.*

Die Zusammenarbeit mit der Gemeinschaft ermöglicht es, Bedürfnisse der betroffenen Menschen zu verstehen und ihre Bewältigungsmechanismen und Fähigkeiten, die gesellschaftlichen Normen, Führungsstrukturen und letztendlich die Maßnahmen, die ergriffen werden müssen. Monitoring und Evaluierung, einschließlich Feedbackmechanismen, zeigen, ob WASH-Maßnahmen geeignet sind oder angepasst werden müssen ⊕ *siehe Core Humanitarian Standard – Verpflichtungen 4 und 5.*



Gemeinschaftliches WASH-Engagement (Abbildung 3)

Im städtischen Umfeld sind die besonderen WASH-Erfordernisse zu beachten

Die Mitarbeit der Gemeinde ist in einem städtischen Umfeld unter Umständen schwieriger zu realisieren, da die Bevölkerungsdichte höher, die Risikogruppen aber

Copyright

weniger sichtbar sind. Andererseits können gerade in städtischen Gebieten öffentliche Orte, Medien und Technologie Möglichkeiten für einen breiteren und effizienteren Dialog bereitstellen. Die unterschiedlichen Eigentumsverhältnisse (Haushalte auf dem Land, öffentlich/privat in Städten) beeinflussen die Auswahl sowohl der Reaktionsmöglichkeiten als auch der Methoden der Leistungserbringung.

Eine Kombination mehrerer Ansätze ist erforderlich

Marktbasierte Hilfe kann unter Umständen den Bedarf an WASH-Unterstützung effizient und effektiv decken, zum Beispiel die Sicherstellung des Zugangs zu Hygieneartikeln. Geldtransfers, sowohl in Form von Bargeld als auch von Gutscheinen, sollten von anderen WASH-Maßnahmen begleitet werden, einschließlich technischer Hilfe und Einbeziehung der Gemeinde. Die Durchführungsoptionen reichen von Infrastrukturaufbau über Hygieneaufklärung und Mobilisierung der Gemeinschaften. Generatoren und mobile Toiletten können sofort zur Verfügung gestellt werden, während die Modernisierung der Wasseraufbereitungssysteme ein langfristiges Projekt ist. Qualitätskontrolle und technische Hilfe sind für die Sicherstellung von Gesundheit und Sicherheit unerlässlich. Technische Hilfe sollte schnell erfolgen und angemessen sein. Sie sollte einheitlich, zugänglich und auf Nachhaltigkeit ausgerichtet sein.

WASH-Maßnahmen sollten die langfristigen Ziele der Gemeinde unterstützen und möglichst geringe negative Umweltauswirkungen haben. Integriertes Wasser- und Sanitärmanagement sollte auf den Bedarf der Menschen ausgerichtet sein und das Ökosystem schützen. Dies wiederum wirkt sich auf die Auswahl der Technologien, den Zeitplan und die Phasen der Maßnahmen, die Einbeziehung der Gemeinde und des Marktes, des Privatsektors sowie die Finanzierungsoptionen aus.

Diese Mindeststandards sollten nicht isoliert angewendet werden

Das Recht auf angemessene Wasserversorgung und Sanitäreinrichtungen hängt mit dem Recht auf Schutz, Nahrung und Gesundheit zusammen. Fortschritte bei der Erfüllung der Mindeststandards in einem Bereich wirken sich auf den Fortschritt in anderen Bereichen aus. Die enge Koordination und Zusammenarbeit mit anderen Sektoren sowie die Koordination mit lokalen Behörden und anderen Akteuren tragen dazu bei, dass die Bedürfnisse gedeckt werden, Doppelarbeit vermieden und die Qualität der WASH-Maßnahmen optimiert wird. Werden zum Beispiel die Ernährungsstandards nicht erfüllt, haben Wasser- und Sanitärstandards Priorität, da die Anfälligkeit der Menschen für Krankheiten erhöht ist. Die gilt auch für Bevölkerungsgruppen mit hoher HIV-Prävalenz. Querverweise in diesem Handbuch weisen auf einige mögliche Verknüpfungspunkte hin.

Wo die nationalen Standards unter den Mindeststandards von Sphere liegen, sollten die humanitären Organisationen gemeinsam mit der jeweiligen Regierung an der Anhebung der nationalen Mindeststandards arbeiten.

Das Völkerrecht schützt ausdrücklich das Recht auf Wasser und Sanitäreinrichtungen

Das Recht umfasst den Zugang zu einer ausreichenden, sicheren und bezahlbaren Wasserversorgung für den persönlichen und den Hausgebrauch sowie sichere und saubere Sanitäreinrichtungen, in denen eine geschützte Privatsphäre ermöglicht wird. Die Staaten sind verpflichtet, dieses Recht während Krisen sicherzustellen. ⊕ *Siehe Anhang 1: Rechtliche Grundlage von Sphere*.

Eine sichere Wasserversorgung und geeignete Sanitäreinrichtungen sind Grundvoraussetzung für:

Copyright

- Wahrung von Leben, Gesundheit und Würde
- Vermeidung von Tod durch Dehydrierung
- Minderung der Gefahr von wasser-, sanitär- und hygieneassoziierten Krankheiten
- Verfügbarkeit einer angemessenen Menge an Trinkwasser sowie an Wasser zum Kochen und für die persönliche und häusliche Hygiene

Das Recht auf Wasser und Sanitäreinrichtungen ist Bestandteil der universellen Rechte, die für das Überleben und die Wahrung der Würde wesentlich sind. Sowohl staatliche als auch nicht staatliche Akteure tragen Verantwortung für die Einhaltung dieses Rechts. In bewaffneten Konflikten zum Beispiel sind Angriffe auf sowie die Zerstörung, Vernichtung und Sabotage von Wasserversorgungs- und Bewässerungssystemen verboten.

Verknüpfungen zu den Grundsätzen zum Schutz und zum Core Humanitarian Standard

Die Wassernutzung wirkt sich auf den Schutz aus. Bewaffnete Konflikte und Ungleichheit wirken sich auf die Wassersicherheit von Einzelpersonen und Gruppen aus. Der unterschiedliche Wasserbedarf, sei es für Trinkwasser, Haushalt oder Lebensunterhalt, kann Schutzprobleme aufwerfen, wenn die kurz- und langfristigen Maßnahmen nicht angemessen geplant werden. Im Kontext von WASH-Maßnahmen wird „Schutz" häufig aus der Perspektive des individuellen Schutzes und der individuellen Sicherheit betrachtet, d. h. Aspekte wie die Gefährdung während des Wasserholens, des Toilettengangs oder der Menstruation werden berücksichtigt. Über diese wichtigen persönlichen Schutzaspekte hinaus ist aber auch die weitergefasste Sicht auf das Thema „Schutz" erforderlich. Einfache Maßnahmen, wie Schlösser an Toilettentüren, angemessene Beleuchtung und die Trennung von Einrichtungen, können die Gefahr von Missbrauch oder Gewalt mindern.

Die einzelnen Programme müssen an die jeweiligen Gegebenheiten angepasst werden. Wichtig ist Inklusion, damit Diskriminierung verhindert, potenzielle Risiken gemindert und die Nutzung sowie die Qualität der Leistungen gesteigert werden. So muss beispielsweise darauf geachtet werden, dass Menschen mit Behinderungen die Sanitäranlagen und -einrichtungen nutzen können und dass die Wasserbehälter nicht zu groß sind, damit sie auch von Frauen und Kindern getragen werden können. Die aktive Einbeziehung der Menschen und der Gemeinschaften in alle Phasen der Hilfsmaßnahmen trägt zur Integration von Schutzaspekten in die WASH-Programme bei.

Die Teams der Hilfsorganisationen sollten speziell zur Sicherheit von Kindern geschult werden, d. h. sie sollten unter anderem wissen, an wen sie sich bei Verdacht auf Gewalt, Missbrauch oder Ausbeutung, auch von Kindern, wenden.

Humanitäre Organisationen sollten jegliche zivil-militärische Zusammenarbeit und Koordination, insbesondere bei Konflikten, sorgfältig prüfen. Werden sie nicht als neutral oder unparteiisch wahrgenommen, kann das die Akzeptanz durch die Gemeinschaft gefährden. Bei manchen Einsätzen müssen die humanitären Organisationen die Hilfe des Militärs annehmen, etwa bei Transport und der Verteilung von Gütern. Die Auswirkungen einer solchen Zusammenarbeit auf die humanitären Grundsätze müssen genau beurteilt und jede Beeinträchtigung des Schutzes vermieden werden ⊕ *siehe Humanitäre Charta* und *Kontexte mit nationalen oder internationalen Streitkräften* im Kapitel *Über Sphere.*

Bei der Anwendung der Mindeststandards sollten alle neun Verpflichtungen des Core Humanitarian Standard berücksichtigt werden. Dies bildet die Grundlage für WASH-Programme, die dem Prinzip der Rechenschaftslegung folgen.

Copyright

1. Hygieneaufklärung

Krankheiten, die im Zusammenhang mit Wasser, Sanitäreinrichtungen und Hygiene stehen, verursachen in Krisensituationen vermeidbare Erkrankungen und Todesfälle in erheblichem Ausmaß. Der Erfolg eines WASH-Programms hängt in hohem Maße von der Hygieneaufklärung ab, das auf Verhaltensweisen, der Einbeziehung der Gemeinde und Maßnahmen zur Prävention von Krankheiten ausgerichtet ist.

Es ist unwahrscheinlich, dass ein standardisierter Ansatz, der sich hauptsächlich auf das Unterrichten und Verteilen von Hygieneartikeln beschränkt, sehr effektiv ist. Die Risiken – und die Wahrnehmung der Risiken – sind kontextabhängig. Die Menschen bringen unterschiedliche Erfahrungen, Bewältigungsstrategien sowie kulturelle und Verhaltensnormen mit. Daher basiert jedes Maßnahmenpaket auf einer sorgfältigen Analyse dieser Faktoren und des Kontexts. Voraussetzungen einer effektiven Hygieneaufklärung:

- Zusammenarbeit mit der Gemeinschaft, um Mitarbeit zu stimulieren und zur Entscheidungsfindung beizutragen
- Zwei-Wege-Kommunikation und Feedback zu Risiken, Prioritäten und Leistungen
- Zugang zu und Nutzung von WASH-Einrichtungen, -Leistungen und -Materialien

Die Hygieneaufklärung sollte auf dem Wissen der Menschen zu Risiken und Krankheitsvorbeugung aufbauen, um zu einem positiven gesundheitsbewussten Verhalten zu führen.

Überwachen Sie die Aktivitäten und deren Ergebnisse regelmäßig, um sicherzustellen, dass sich die Hygieneaufklärung und die WASH-Programme weiterentwickeln. Koordinieren Sie das Monitoring der Inzidenz WASH-assoziierter Krankheiten mit Akteuren der Gesundheitsversorgung, etwa Durchfallerkrankungen, Cholera, Typhus, Trachom (Konjunktivitis granulosa trachomatosa), Würmer und Bilharziose (Schistosomiasis) ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Infektionskrankheiten – Standards 2.1.1 bis 2.1.4* und *Gesundheitssysteme – Standard 1.5*.

Hygieneaufklärung – Standard 1.1: Hygieneaufklärung

Die Menschen sind sich der wichtigsten Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Wasser, Sanitäreinrichtungen und Hygiene bewusst und können auf individueller, Haushalts- und Gemeinschaftsebene Maßnahmen ergreifen, um diese Risiken zu mindern.

Schlüsselaktivitäten

1 Ermitteln Sie die wichtigsten Gefahren für die öffentliche Gesundheit und die aktuellen Hygienepraktiken, die zu diesen Gefahren beitragen.

- Erstellen Sie ein Profil der Gemeinde, um zu erkennen, welche Personen und Gruppen welchen WASH-bezogenen Risiken ausgesetzt sind und warum.
- Ermitteln Sie Faktoren, die zu positiven Verhaltensweisen und Präventionsmaßnahmen motivieren.

Copyright

2 Erarbeiten und managen Sie gemeinsam mit der betroffenen Bevölkerung Maßnahmen zur Hygieneaufklärung und WASH im Allgemeinen.

- Erarbeiten Sie eine Kommunikationsstrategie, die sowohl Massenmedien nutzt als auch den Dialog mit der Gemeinde zulässt, um praktische Informationen zu teilen.
- Ermitteln und schulen Sie einflussreiche Personen, Gruppen und Outreach-Teams.

3 Nutzen Sie Feedbackergebnisse der Gemeinde und Daten der Gesundheitsüberwachung, um die Hygieneaufklärung zu verbessern

- Beobachten Sie den Zugang zu und die Nutzung von WASH-Einrichtungen und wie sich die Maßnahmen zur Hygieneaufklärung auf Verhaltensweisen und Praktiken auswirken.
- Passen Sie die Maßnahmen an und ermitteln Sie ungedeckten Bedarf bzw. Bedürfnisse.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der betroffenen Haushalte, die korrekt drei Maßnahmen zur Prävention WASH-assoziierter Krankheiten beschreiben können

Prozentsatz der Zielgruppe, die korrekt zwei Situationen nennen kann, in denen das Händewaschen äußerst wichtig ist

Prozentsatz der Zielgruppe, bei der beobachtet wurde, dass nach Verlassen der Gemeinschaftstoilette die Hände gewaschen wurden

Prozentsatz der betroffenen Haushalte, in denen Wasser und Seife zum Händewaschen zur Verfügung steht

Prozentsatz der betroffenen Haushalte, die Wasser aus verbesserten Wasserquellen entnehmen

Prozentsatz der Haushalte, die Trinkwasser in sauberen und verschließbaren Behältern lagern

Prozentsatz der Betreuenden, die berichten, dass sie die Fäkalien von Kindern sicher entsorgen

Prozentsatz der Haushalte, die Inkontinenzartikel verwenden (Einlagen, Urinflaschen, Bettpfannen, Toilettenstühle) und berichten, dass sie Fäkalien inkontinenter Erwachsener sicher entsorgen

Prozentsatz der betroffenen Haushalte, die Feststoffabfall angemessen entsorgen

Prozentsatz der Personen, die Feedback gegeben und gesagt haben, dass auf ihr Feedback hin die WASH-Einrichtungen und -Leistungen angepasst bzw. verbessert wurden

Das lokale Umfeld ist frei von menschlichen und tierischen Fäkalien

Leitlinien

WASH-Risiken erkennen und verwalten: Die Priorisierung und Minderung von WASH-Risiken unmittelbar nach Eintritt einer Krisensituation kann eine erhebliche Herausforderung darstellen. Die Verwendung von sauberem Wasser, die Fäkalienentsorgung und das Händewaschen sollten prioritär angegangen werden, da diese drei Bereiche mit hoher Wahrscheinlichkeit den größten Nutzen bei der Prävention

Copyright

der Übertragung von Krankheiten haben. Die Beurteilung WASH-assoziierter Gefahren für die öffentliche Gesundheit und die Ergreifung von Maßnahmen zu deren Minderung erfordern eine genaue Kenntnis des Folgenden:

- aktuelle Nutzung der WASH-Einrichtungen und -Leistungen
- Zugang zu wesentlichen Hygieneartikeln ⊕ *siehe Standards der Hygieneaufklärung 1.2 und 1.3*
- aktuelle Bewältigungsstrategien, örtliche Gepflogenheiten und Überzeugungen
- gesellschaftliche Strukturen und Machtverhältnisse in der Gemeinschaft
- An wen wenden sich die Menschen zur Gesundheitsversorgung (einschließlich traditionelle Heiler, Apotheken und Kliniken)?
- Wer ist für den Betrieb und die Instandhaltung der WASH-Infrastruktur verantwortlich?
- Daten zur Krankheitsüberwachung in Verbindung mit WASH
- soziale, physische und kommunikative Hindernisse, die den Zugang zu WASH-Einrichtungen und -Leistungen erschweren, insbesondere für Frauen und Mädchen, ältere Personen und Menschen mit Behinderungen
- Einkommensunterschiede und
- Umweltbedingungen und saisonale Trends, die sich auf Krankheiten auswirken

Sowohl Verhaltensänderungen als auch Praktiken müssen einfach sein, damit die Motivation bewahrt werden kann. Die Einrichtungen sollten für alle praktisch und gut zugänglich sein, sicher, würdevoll, sauber und kulturell angemessen. Sowohl Männer als auch Frauen sollten in die Maßnahmen zur Hygieneaufklärung eingebunden werden, da die aktive Unterstützung der Hygienemaßnahmen durch die Männer das Verhalten in den Familien stark beeinflusst.

Mobilisierung auf Gemeindeebene: Arbeiten Sie innerhalb bestehender Strukturen und achten Sie darauf, dass bezahlte und freiwillige Arbeiten im selben Umfang für Frauen und Männer zur Verfügung stehen. Angesehene Führungspersönlichkeiten der Gemeinschaft, auch Seelsorger, sowie „Outreach-Worker" und vertrauenswürdige lokale Akteure wie Frauen- oder Jugendgruppen können Mobilisierung und Präventionsmaßnahmen erleichtern.

Im Allgemeinen werden zwei „Outreach-Worker" pro 1.000 Personen zugewiesen. „Outreach-Worker" und Freiwillige sollten über gute Kommunikationsfähigkeiten verfügen, in der Lage sein, respektvolle Beziehungen zu den lokalen Gemeinschaften aufzubauen und mit den lokalen Bedürfnissen und Problemen bestens vertraut sein. Bei Bedarf können über ein lokales Koordinationsforum Anreize für „Outreach-Worker" geschaffen werden, um Gleichberechtigung sicherzustellen und Störungen zu vermeiden.

Gemeinde-Gesundheitspfleger haben unter Umständen sehr ähnliche Funktionen und Aufgaben wie WASH-„Outreach-Worker", aber eine andere Verantwortung ⊕ *siehe Gesundheitssysteme – Standard 1.2: Gesundheitspersonal*.

Arbeit mit Kindern: Kinder können gesunde Verhaltensweisen in ihren Familien und unter Gleichaltrigen fördern. Bildungs- oder Sozialbehörden können ermitteln, wie in Schulen, bei der Pflege zuhause oder in von Kindern geführten Haushalten oder unter Straßenkindern Hygiene gefördert werden kann. Beteiligen Sie die Kinder an der Erarbeitung der Botschaften ⊕ *siehe INEE und CPMS Handbook*.

Kommunikationskanäle und -ansätze: Verwenden Sie Informationen in unterschiedlichen Formaten (wie etwa Texte, Grafiken oder Audio-Dateien) und Sprachen, damit Sie möglichst viele Personen erreichen. Passen Sie die Informationen für Kinder und Menschen mit Behinderungen an und erstellen und testen Sie die Botschaften, um

Copyright

sicherzustellen, dass sie von allen Altersgruppen, Geschlechtern, Bildungsniveaus und Sprachen verstanden werden.

Der Dialog auf Gemeinschaftsebene ist nützlich für die Lösung von Problemen und die Planung von Aktionen. Massenmedien bieten eine größere Reichweite für allgemeine Informationen. Beide sind nützlich, wenn sie bestimmte Zielgruppen ansprechen. Entwickeln Sie mit den Betroffenen geeignete Feedback-Mechanismen und beobachten Sie deren Wirksamkeit. Koppeln Sie das Feedback in die Gemeinschaft zurück und ermutigen Sie sie, darauf zu antworten ⊕ *siehe Core Humanitarian Standard – Verpflichtung 5*.

Händewaschen mit Seife ist eine wichtige Maßnahme zur Prävention der Übertragung von Durchfallerkrankungen. Einrichtungen zum Händewaschen müssen regelmäßig mit Wasser und Seife versorgt werden und über eine sichere Drainage verfügen. Die Sanitäranlagen sollten so positioniert werden, dass das Händewaschen vor dem Kontakt mit Nahrungsmitteln (essen, kochen, Kinder füttern) und nach dem Kontakt mit Exkrementen (nach dem Toilettengang oder nachdem ein Baby gewickelt wurde) erfolgt ⊕ *siehe Wasserversorgung – Standard 2.2: Wasserqualität*.

Förderung der Toilettennutzung: Ein wesentlicher Aspekt der Hygieneaufklärung ist die inklusive Nutzung von Einrichtungen und Materialien zur Fäkalienentsorgung. Die Weigerung, Toiletten zu nutzen, hat viele Gründe – nicht nur mangelnde Sauberkeit und Gestank, sondern auch kulturelle Tabus, schlechter Zugang sowie Scham, fehlende Privatsphäre und Sicherheit ⊕ *siehe Fäkalienentsorgung – Standard 3.2: Zugang zu und Nutzung von Toiletten*.

Die sichere Entnahme, Transport und Lagerung von Trinkwasser ist ein zentraler Faktor bei der Minderung von Gesundheitsrisiken. Die Haushalte benötigen getrennte Behälter für die Entnahme und Lagerung von Trinkwasser ⊕ *siehe Hygieneaufklärung – Standard 1.2* und *Wasserversorgung – Standards 2.1 und 2.2*.

Flüchtende: Auch die Kommunikation mit Flüchtenden sollte aktiv gesucht werden, etwa indem Sie sie vorübergehend begleiten oder an den Rastplätzen besuchen. Als Kommunikationskanäle sind Radio, SMS, soziale Medien und kostenlose Hotlines geeignet. Sie alle können genutzt werden, um das Hygienebewusstsein zu stärken und Feedback einzuholen. „Haushaltspakete" sollten dies unterstützen und Mobiltelefone oder Solaraufladegeräte enthalten, die es den Menschen ermöglichen, mit ihren Familien zu kommunizieren, auf Informationen zuzugreifen und Feedback zu geben.

Hygieneaufklärung – Standard 1.2: Ermittlung, Zugang zu und Verwendung von Hygieneartikeln

Geeignete Artikel zur Förderung von Hygiene, Gesundheit, Würde und Wohlergehen sollten für die betroffenen Menschen verfügbar sein und auch von ihnen genutzt werden.

Schlüsselaktivitäten

1 Ermitteln Sie die wesentlichen Hygieneartikel, die die Menschen, Haushalte und Gemeinschaften benötigen.

- Berücksichtigen Sie die unterschiedlichen Bedürfnisse von Männern, Frauen, älteren Personen, Kindern und Menschen mit Behinderungen.

Copyright

- Ermitteln Sie zusätzliche gemeinschaftlich genutzte Artikel zur Wahrung der Umwelthygiene, etwa Müllcontainer und Reinigungsutensilien, und stellen Sie diese zur Verfügung.

2 Stellen Sie schnell Zugang zu diesen wesentlichen Artikeln sicher.

- Ermitteln Sie, in welchem Umfang diese Artikel über lokale, regionale oder internationale Märkte besorgt werden können.

3 Planen Sie gemeinsam mit den betroffenen Gruppen, den lokalen Behörden und anderen Akteuren, wie die Menschen diese Hygieneartikel erhalten oder kaufen.

- Informieren Sie über Zeitpunkt, Ort, Inhalt und Zielgruppen für Geldtransfers und/oder Hygieneartikel.
- Koordinieren Sie mit anderen Sektoren die Ausgabe von Geldtransfers und/oder Hygieneartikeln und vereinbaren Sie einen Verteilungsmechanismus.

4 Bitten Sie die betroffenen Menschen um Feedback im Hinblick auf die Eignung der gewählten Hygieneartikel und der Zugangsmechanismen.

Schlüsselindikatoren

Alle betroffenen Haushalte haben Zugang zur Mindestmenge an wesentlichen Hygieneartikeln:

- 2 Wasserbehälter pro Haushalt (10–20 Liter; einer zur Entnahme, einer zur Lagerung des Wassers)
- 250 g Badeseife pro Person und Monat
- 200 g Waschmittel pro Person und Monat
- Seife und Wasser an einer Handwaschstation (eine Station pro gemeinsamer Toilette oder eine pro Haushalt)
- Töpfchen, Schaufeln oder Windeln zur Entsorgung von Fäkalien von Kindern

Prozentsatz der betroffenen Menschen, die nach der Verteilung die Hygieneartikel regelmäßig nutzen (Bericht/Beobachtung)

Prozentsatz des Haushaltseinkommens, das für den Kauf von als prioritär eingestuften Hygieneartikeln ausgegeben wird

Leitlinien

Ermittlung der wesentlichen Artikel: Passen Sie die Hygieneartikel und die Hygienekits an die Kultur und den Kontext an. Priorisieren Sie in der ersten Phase die wesentlichen Artikel (etwa Seife, Wasser, Wasserbehälter, Menstruations- und Inkontinenzartikel). Sie haben Vorrang vor „Nice to have"-Artikeln wie Haarbürste, Shampoo, Zahnpasta, Zahnbürste). Manche Gruppen haben spezielle Bedürfnisse ⊕ *siehe Leitlinien – Gefährdete Gruppen* (unten).

Wasserbehälter: Wählen Sie 10–20-Liter-Wasserbehälter für die Entnahme und Aufbewahrung von Trinkwasser und Haushaltswasser. Art und Größe der Behälter sollten sich nach dem Alter und der Kraft der Personen richten, die das Wasser normalerweise transportieren. Die Behälter sollten sauber und verschließbar sein und über Deckel verfügen. Die Aufbewahrungsbehälter sollten einen schmalen Hals oder einen Hahn haben, damit die sichere Entnahme, Lagerung und Verwendung des Trinkwassers gewährleistet ist.

Copyright

Ist die Wasserversorgung nicht kontinuierlich, sollten größere Aufbewahrungsbehälter verwendet werden. In Städten, in denen die Versorgungsgüter zentralisiert sind, sollten die Haushaltsvorräte so bemessen sein, dass sie für den normalen Verbrauch (einschließlich Spitzenverbrauch, wo relevant) zwischen den Nachlieferungen ausreichen.

Gefährdete Gruppen: Manche Menschen benötigen aufgrund ihres Alters, Gesundheits- oder Mobilitätszustands oder aufgrund einer Behinderung oder Inkontinenz andere oder mehr Hygieneartikel als andere. Menschen mit Behinderungen oder eingeschränkter Mobilität benötigen unter Umständen zusätzliche Hygieneartikel. Das können zum Beispiel Seife, Inkontinenzartikel, Wasserbehälter, Bettpfannen, Toilettenstühle oder Plastikauflagen für die Matratze sein. Fragen Sie die Betroffenen oder deren Betreuende, ob sie Hilfe benötigen, damit die Sammlung und Entsorgung von Abfall auf eine Weise erfolgt, der ihre Würde wahrt. Besprechen Sie mit ihnen und ihren Familien oder Betreuenden, welche Form der Unterstützung geeignet ist.

Marktbasierte Programme für Hygieneartikel: Die Versorgung mit Hygieneartikeln sollte, wenn möglich, über lokale Märkte erfolgen, zum Beispiel über Bargeld oder Gutscheine oder über die Optimierung der Lagerhausinfrastruktur. Eine Analyse des Markts und der Haushaltseinkommen, die auch die Geschlechterrollen in Bezug auf Ausgabenentscheidungen berücksichtigt, sollte in die Planung des Zugangs zu und der Nutzung von Hygieneartikeln einfließen. Beobachten Sie, ob der Markt die Produkte immer in angemessener Menge und Qualität bietet und nehmen Sie bei Bedarf Anpassungen vor ⊕ *siehe Anlage Hilfeleistung über die Märkte*.

Verteilung: Bei der Organisation der Verteilung sollte die Sicherheit der Menschen oberste Priorität haben ⊕ *siehe Grundsatz zum Schutz 1*.

Richten Sie ein spezielles Verteilungsteam ein. Informieren Sie die Menschen vorab über Zeitpunkt, Ort, Art der Artikel und, falls relevant, Berechtigungskriterien. Wirken Sie jeder Form von Diskriminierung oder Stigmatisierung entgegen. Verteilen Sie bei Bedarf an die Haushalte oder über separate Kanäle. Ermitteln Sie Hindernisse, die den Zugang zu den Verteilungspunkten oder Verteilungssystemen einschränken, insbesondere für Frauen, Mädchen, ältere Personen oder Menschen mit Behinderungen, und sprechen Sie diese Hindernisse an.

Nachschub von Verbrauchsgütern: Richten Sie einen zuverlässigen und regelmäßigen Mechanismus zum Nachschub von Verbrauchsgütern ein, zum Beispiel Seife sowie Menstruations- und Inkontinenzartikel.

Koordination gemeinsamer Verteilung: Planen Sie Gespräche in der Gemeinschaft, damit Sie die Bedürfnisse und Bewältigungsstrategien sektorübergreifend verstehen. Sprechen Sie Mehrfachbedürfnisse an. Damit erleichtern Sie den Betroffenen die Situation und Sie sparen sektorübergreifend Zeit und Geld. Stellen Sie sicher, dass die Menschen die verteilten Güter sicher nach Hause bringen können.

Flüchtende: Achten Sie bei Flüchtenden auf die einfache Transportierbarkeit von Hygieneartikeln, etwa Seife in Reisegröße. Lassen Sie die Menschen die Artikel wählen, die sie möchten, anstatt Standardkits zu verteilen. Richten Sie dort, wo Menschen auf der Flucht sind, ein System zur Sammlung und Entsorgung von Verpackungsmaterial ein.

Copyright

Hygieneaufklärung – Standard 1.3: Menstruationshygiene und Inkontinenz

Frauen und Mädchen im Menstruationsalter und Männer und Frauen mit Inkontinenz haben Zugang zu Hygieneartikeln und WASH-Einrichtungen, die ihre Würde und ihr Wohlbefinden wahren.

Schlüsselaktivitäten

1. Verstehen Sie die Gepflogenheiten, gesellschaftlichen Normen und Mythen in Bezug auf Menstruationshygiene und Inkontinenz und passen Sie die Hygieneartikel und -einrichtungen entsprechend an.
2. Befragen Sie Frauen, Mädchen und Personen mit Inkontinenz, wie sie sich die Einrichtungen, deren Standort und Management vorstellen (Toiletten, Waschmöglichkeiten, Wäsche, Entsorgung und Wasserversorgung).
3. Schaffen Sie Zugang zu geeigneten Menstruations- und Inkontinenzartikeln, Seife (zur Körperpflege, Händewaschen und für die Wäsche) und sonstigen Hygieneartikeln.
   - Verteilen Sie die Artikel an geschützten Orten, damit die Würde gewahrt und Stigmatisierung minimiert wird. Demonstrieren Sie die Verwendung ungewohnter Artikel.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Frauen und Mädchen im Menstruationsalter, die mit geeigneten Artikeln für die Menstruationshygiene versorgt sind

Prozentsatz der Empfängerinnen, die mit den Artikeln und Einrichtungen zur Menstruationshygiene zufrieden sind

Prozentsatz der Personen mit Inkontinenz, die geeignete Inkontinenzartikel und Einrichtungen nutzen

Prozentsatz der Empfängerinnen, die mit den Artikeln und Einrichtungen zur Menstruationshygiene zufrieden sind

Leitlinien

Umgang mit Menstruationshygiene und Inkontinenz in Krisensituationen: Der erfolgreiche Umgang mit Menstruationshygiene und Inkontinenz hilft den betroffenen Personen, ihre Würde zu wahren und sich am täglichen Leben zu beteiligen. Über die Bereitstellung von Hygieneartikeln hinaus ist es wichtig, die Frage der Entsorgung sowohl zuhause als auch in Gemeinschaftseinrichtungen und Einrichtungen wie Schulen zu besprechen. Die Toiletten sollten entsprechend angepasst werden und mit Wasch- und Trockenmöglichkeiten ausgerüstet sein ⊕ *siehe Fäkalienentsorgung – Standards 3.1 und 3.2.*

Tabus hinsichtlich der Menstruation: Überzeugungen, Normen und Tabus hinsichtlich der Menstruation beeinflussen den Erfolg der Maßnahmen. Die Einholung von Informationen zu diesen Themen ist in der Anfangs- bzw. Akutphase der Krisensituation eventuell nicht möglich, sollte aber schnellstmöglich erfolgen.

Copyright

Der Begriff ***Inkontinenz*** wird in manchen Kontexten eventuell kaum verwendet, nicht einmal vom medizinischen Personal. Inkontinenz ist ein komplexes Gesundheits- und gesellschaftliches Thema; auf physiologischer Ebene bedeutet es, dass eine Person nicht in der Lage ist, Harn oder Stuhl zu kontrollieren. Sie ist häufig mit Stigmatisierung, sozialer Isolation und Stress verbunden und kann dazu führen, dass die Betroffenen von Bildung, Arbeit und sozialen Leistungen ausgeschlossen sind. Die Prävalenz kann gering erscheinen, da viele Menschen ihre Inkontinenz verbergen. Die Dunkelziffer ist unter Umständen hoch. Zu den betroffenen Gruppen gehören insbesondere:

- ältere Personen
- Menschen mit Behinderungen und eingeschränkter Mobilität
- Frauen nach der Niederkunft, einschließlich Mädchen. Bei Letzteren ist die Gefahr von Geburtsfisteln besonders hoch
- Menschen mit chronischen Krankheiten wie Asthma, Diabetes oder Krebs oder nach einem Schlaganfall
- Mädchen und Frauen, die Opfer geschlechtsspezifischer Gewalt oder weiblicher Genitalverstümmelung wurden
- Personen, die eine Operation hinter sich haben, etwa eine Prostataentfernung
- Frauen in der Menopause
- Kleinkinder und Kinder, die unter psychischen Folgen des Konflikts oder der Krise leiden

Mangelhafte Inkontinenzhygiene kann in Notsituationen eine wichtige Quelle der Krankheitsübertragung sein. Wichtig ist insbesondere Zugang zu mehr Wasser und Seife. Inkontinente Personen und ihre Betreuenden benötigen etwa fünf Mal so viel Wasser und Seife wie andere. Menschen, die inkontinent und immobil sind, müssen von Fachkräften im Bereich Gesundheit/Behinderung geschult werden, damit sie wissen, wie sie potenziell tödliche Infektionen und Dekubitalgeschwüre vermeiden bzw. behandeln.

Verbrauchsmaterialien und Einrichtungen: Besprechen Sie die unterschiedlichen Alternativen zu den folgenden Themen mit den Betroffenen, damit Sie ihre Präferenzen kennenlernen: Einweg- oder Mehrwegartikel, Entsorgung zuhause, in Schulen, Gesundheitszentren und Gemeinschaftseinrichtungen; Wasch- und Trockenmöglichkeiten, Toiletten und Bademöglichkeiten. Achten Sie auf altersspezifische Normen und Präferenzen, da sich die benötigte Art und Menge der Artikel im Laufe der Zeit ändern können. Demonstrieren Sie die Verwendung ungewohnter Artikel.

Es gibt unterschiedliche Einlagen für Harn- und Stuhlinkontinenz sowie für die verschiedenen Schweregrade der Inkontinenz. Die passende Größe ist wichtig für die sichere Verwendung. Stellen Sie Einlagen unterschiedlicher Art und Größe sowohl für Harn- als auch für Stuhlinkontinenz zur Verfügung.

Achten Sie darauf, dass inkontinente Personen eventuell in der Nähe von Toiletten untergebracht sind. Manche Betroffenen können Inkontinenzphasen vermeiden, wenn sie rasch genug eine Toilette erreichen. Ein Toilettenstuhl, eine Bettpfanne und/oder eine Urinflasche müssen unter Umständen bereitgestellt werden.

Mindestausrüstung: *Menstruationshygiene und Inkontinenz:*

- ein spezieller Behälter mit Deckel, in dem Tücher eingeweicht und Einlagen/Tücher aufbewahrt werden können
- Wäscheleine und Wäscheklammern zum Trocknen

Copyright

Menstruationshygiene:

- entweder saugfähiges Baumwollmaterial (4 m^2 pro Jahr), Einwegbinden (15 pro Monat) oder Mehrwegeinlagen (sechs pro Jahr), je nach den Wünschen der Frauen und Mädchen
- Unterwäsche (sechs pro Jahr)
- zusätzliche Seife (250 g pro Monat) ⊕ *siehe Hygieneaufklärung – Standard 1.2: Ermittlung, Zugang zu und Verwendung von Hygieneartikeln*

Bei Inkontinenz hängen Art und Menge der Artikel von Art und Schweregrad der Inkontinenz sowie von den Präferenzen der Betroffenen ab. Empfohlene Mindestausrüstung:

- Entweder saugfähiges weiches Baumwollmaterial (8 m^2 pro Jahr), Einweg-Inkontinenzeinlagen (150 pro Monat) oder Mehrweg-Inkontinenzhosen (12 Stück pro Jahr)
- Unterwäsche (12 pro Jahr)
- zusätzliche Seife (500 g Badeseife und 500 g für Wäsche pro Monat)
- zwei waschbare, wasserdichte Matratzenauflagen
- zusätzliche Wasserbehälter
- Bleichmittel oder ein vergleichbares desinfizierendes Reinigungsprodukt (3 Liter unverdünntes Produkt pro Jahr)
- Bettpfanne und Urinflaschen (Männer und Frauen), Toilettenstuhl (je nach Bedarf)

Nachschub der Artikel: Planen Sie, wann und wie der Nachschub erfolgen soll. Geldtransfers oder die Verteilung von Artikeln können im Laufe der Zeit in verschiedenen Formen erfolgen. Finden Sie heraus, ob es Kleinunternehmen gibt, die die Artikel liefern können oder ob die Betroffenen Artikel wie Einlagen selbst herstellen können ⊕ *siehe Anlage Hilfeleistung über die Märkte*.

Schulen, geschützte Räume und Lernzentren: WASH-Förderung in Schulen und geschützten Räumen sollte an die WASH-Infrastruktur angepasst sein; Lehrer sollten Schulungen erhalten. Einrichtungen sollten über einen diskreten Sammel- und Entsorgungsmechanismus verfügen, etwa einen Behälter mit Deckel oder einen Schacht von der Toilette zu einer Müllverbrennungsanlage. Stellen Sie gepflegte und nach Geschlechtern getrennte WASH-Einrichtungen mit Haken und Regalen für Menstruationsartikel zur Verfügung.

Ermutigen Sie die Lehrer, Menstruationshygiene in ihren regulären Lehrplan aufzunehmen. Schulen Sie die Lehrer in Folgendem:

- Unterstützung der Menstruationspraktiken der Mädchen
- Bereitstellung von Menstruationsartikeln in der Schule
- Unterstützung von Schülerinnen und Schülern, die als Folge der Krise unter psychisch bedingter Inkontinenz leiden ⊕ *siehe INEE Handbook*

Notunterkünfte: Arbeiten Sie mit dem Sektor Notunterkünfte zusammen, um sicherzustellen, dass es in den Haushalten oder Gemeinschaftsunterkünften ausreichend Privatsphäre für menstruierende Frauen und Mädchen sowie Personen mit Inkontinenz gibt. Dazu gehören eventuell auch Raumteiler oder getrennte Umkleidebereiche.

Flüchtende: Bieten Sie den Menschen an den Versorgungspunkten Menstruations- und Inkontinenzartikel an.

Copyright

2. Wasserversorgung

In Krisensituation ist mangelnde Wasserversorgung – sowohl was die Menge als auch die Qualität betrifft – eine der grundlegenden Ursachen für die meisten Probleme der öffentlichen Gesundheit. Wenn nicht ausreichend Wasser zur Deckung der Grundbedürfnisse vorhanden ist, muss unbedingt sauberes Trinkwasser zur Verfügung gestellt werden, um das Überleben zu sichern. Vorrangig ist die Bereitstellung einer ausreichenden Menge an Wasser, auch wenn es von mittlerer Qualität ist. Dies gilt unter Umständen so lange, bis die Mindeststandards für Qualität und Quantität von Wasser erreicht sind.

Im Zuge von Konflikten oder Naturkatastrophen und aufgrund mangelnder Wartungssysteme kommt es häufig vor, dass die Wasserinfrastruktur, also Armaturen, Leitungen und Brunnen, verwahrlosen. In Konflikten ist die Blockierung des Zugangs zu Wasser unter Umständen eine bewusste Strategie der Konfliktparteien. Dies ist jedoch nach humanitärem Völkerrecht strengstens verboten.

Sprechen Sie mit Mitgliedern der Gemeinschaft und den relevanten Interessengruppen über die Art des Zugangs und der Nutzung der Wasserressourcen. Fragen Sie, ob es Zugangsbeschränkungen gibt und ob sich der Zugang je nach Jahreszeit verändert.

Wasserversorgung – Standard 2.1: Zugang und Wassermenge

Die Menschen haben gleichberechtigten und leistbaren Zugang zu einer ausreichenden Menge an Trink- und Haushaltswasser.

Schlüsselaktivitäten

1 Ermitteln Sie die am besten geeigneten Grundwasser- oder Oberflächenwasserquellen. Beachten Sie dabei mögliche Umweltauswirkungen.

- Beachten Sie jahreszeitliche Veränderungen der Wasserversorgung und des Bedarfs sowie die Zugangsmechanismen zu Trinkwasser, Haushaltswasser und Wasser für den Lebensunterhalt.
- Machen Sie sich mit den unterschiedlichen Quellen, Lieferanten und Betreibern und der Art des Zugangs zu Wasser in der Gemeinschaft und in den Haushalten vertraut.

2 Ermitteln Sie die benötigte Wassermenge und Systeme zur Auslieferung.

- Ermitteln Sie gemeinsam mit den Interessengruppen Entnahmestellen, die allen Mitgliedern der Gemeinschaft sicheren und gleichberechtigten Zugang bieten.
- Richten Sie Betriebs- und Wartungssysteme mit klaren Verantwortlichkeiten ein. Dies sollte auch den künftigen nachhaltigen Zugang umfassen.

3 Stellen Sie sicher, dass an den Entnahmestellen, d. h. in Haushalts- und Gemeinschaftseinrichtungen zum Waschen und Baden sowie Kochbereichen und Handwaschbereichen, ein angemessen dimensionierter Abfluss vorhanden ist.

- Achten Sie auf Möglichkeiten der Wiederverwendung von Wasser, etwa zur Bewässerung von Gemüsegärten oder Feldern oder zur Ziegelherstellung.

Copyright

Schlüsselindikatoren

Durchschnittlicher Verbrauch von Trinkwasser und Wasser für Körperpflege und Reinigung pro Haushalt

- Mindestens 15 Liter pro Person und Tag
- Ermitteln Sie die Menge je nach Kontext und Phase der Hilfe

Maximale Anzahl der Personen, die Wassereinrichtungen nutzen

- 250 Personen pro Zapfstelle (bei einer Durchflussrate von 7,5 Liter/Minute)
- 500 Personen pro Handpumpe (bei einer Durchflussrate von 17 Liter/Minute)
- 400 Personen pro offenem Brunnen (bei einer Durchflussrate von 12,5 Liter/Minute)
- 100 Personen pro Waschplatz
- 50 Personen pro Badeplatz

Prozentsatz des Haushaltseinkommens, das für Trinkwasser und Wasser für Körperpflege und Reinigung ausgegeben wird

- Ziel: maximal 5 Prozent

Prozentsatz der Zielhaushalte, die wissen, wann und wo sie Zugang zu Wasser haben

Entfernung von den Haushalten zu den nächsten Entnahmestellen

- < 500 Meter

Wartezeit an den Wasserquellen

- < 30 Minuten

Prozentsatz der gemeinschaftlichen Entnahmestellen, die frei von stehendem Wasser sind

Prozentsatz der Wassersysteme/-einrichtungen, die ein funktionierendes und rechenschaftspflichtiges Managementsystem vorhalten

Leitlinien

Bei der Auswahl der Wasserquellen sollte das Folgende beachtet werden:

- Verfügbarkeit, Sicherheit, Nähe und eine langfristig ausreichende Wassermenge
- Bedarf und Machbarkeit der Wasseraufbereitung, sowohl auf Haushalts- als auch auf Gemeindeebene
- soziale, politische oder juristische Faktoren, die die Kontrolle der Wasserquellen umstritten machen, insbesondere während Konflikten.

Häufig ist in der Erstphase einer Krise ein mehrgleisiger Ansatz erforderlich, um die überlebensnotwendige Wasserversorgung sicherzustellen, Oberflächenwasser ist unter Umständen die schnellste Lösung, auch wenn die Aufbereitung langwieriger ist. Vorzuziehen sind jedoch Grundwasserquellen und/oder abwärts fließendes Wasser. Sie erfordern keine Aufbereitung und für das abwärts fließende Wasser werden keine Pumpen benötigt. Alle Quellen sind regelmäßig zu überwachen, um eine Übernutzung zu vermeiden ⊕ *siehe Notunterkünfte und Ansiedlung – Standard 2: Standort- und Siedlungsplanung.*

Copyright

Bedarf: Die Wassermengen, die als Trinkwasser, zu Hygienezwecken und für den häuslichen Gebrauch benötigt werden, hängen vom Kontext und der Hilfsphase ab. Er wird durch mehrere Faktoren beeinflusst, etwa Nutzungen und Gepflogenheiten vor der Krisensituation, vorhandene sanitäre Einrichtungen und kulturelle Gewohnheiten ⊕ *siehe WASH-Risiken erkennen und managen* in *Hygieneaufklärung – Standard 1.1* und *Fäkalienentsorgung – Standard 3.2*.

Normalerweise wird von einem Mindestvolumen von 15 Litern pro Person und Tag ausgegangen. Diese Menge gilt nie als „Maximum" und sie ist nicht in allen Kontexten und Phasen geeignet. Wenn Menschen zum Beispiel jahrelang vertrieben sind, ist dies nicht angemessen. In einer akuten Trockenheitsphase sind über einen kurzen Zeitraum eventuell 7,5 Liter pro Person und Tag angemessen. In einem städtischen Umfeld mit mittlerem Einkommen sind unter Umständen 50 Liter pro Person und Tag das Minimum, um Gesundheit und Würde aufrechtzuerhalten.

Die Folgen der unterschiedlichen Wassermengen sollten im Hinblick auf Morbidität und Mortalität WASH-assoziierter Krankheiten beurteilt werden. Sprechen Sie das Thema mit anderen WASH-Akteuren an und vereinbaren sie eine kontextorientierte Mindestwassermenge. Eine Orientierungshilfe für die Festlegung der Wassermengen für Menschen, Vieh, Institutionen und andere Zwecke bietet ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Infektionskrankheiten – Standards 2.1.1 bis 2.1.4* und *WASH Anlage 3*. Angaben zum Wasserbedarf von Nutzvieh in Notfallsituationen sind dem ⊕ *LEGS Handbook* zu entnehmen.

Bedarf	Menge (Liter/Person/Tag)	Anpassung je nach Kontext und auf der Basis von
Lebensnotwendiger Bedarf: Wasseraufnahme (Essen und Trinken)	2,5–3	Klima und individuelle Physiologie
Grundlegende Hygienepraktiken	2–6	Soziale und kulturelle Normen
Grundbedarf für das Kochen	3–6	Art der Nahrungsmittel und soziale und kulturelle Normen
Gesamter Grundbedarf an Wasser	7,5–15	

Lebensnotwendiger Wasserbedarf: Der Wasserbedarf variiert innerhalb der Bevölkerung, insbesondere bei Menschen mit Behinderungen oder Mobilitätseinschränkungen oder in Gruppen mit unterschiedlichen religiösen Praktiken.

Messung: Teilen Sie nicht einfach die vorhandene Wassermenge durch die Anzahl der Menschen. Haushaltsbefragungen, Beobachtung und Gesprächsgruppen mit den Betroffenen sind effektivere Methoden zur Erhebung von Daten über Wassernutzung und -verbrauch als die Messung des in LKW angelieferten Wassers, des ins Leitungsnetz gepumpten Wassers oder der Handpumpen. Gleichen Sie Berichte zum Wassersystem mit Berichten über die Haushalte ab.

Zugang und Gleichberechtigung: Entnahmestellen sind alle gemeinschaftlich genutzten Bade-, Koch- und Waschgelegenheiten und Toiletten sowie Einrichtungen wie Schulen oder Gesundheitseinrichtungen.

Die Zielvorgaben für die Mindestmengen (siehe Schlüsselindikatoren oben) gehen davon aus, dass die Entnahmestelle 8 Stunden pro Tag zugänglich ist und in dieser Zeit

Copyright

eine konstante Wasserversorgung bietet. Diese Zielvorgaben sind unter Vorbehalt zu verwenden, da sie weder eine Mindestwassermenge noch gleichberechtigten Zugang gewährleisten.

Wasser- und Sanitärmaßnahmen sollten die Bedürfnisse der aufnehmenden Bevölkerung und der vertriebenen Menschen gleichberechtigt behandeln, um Spannungen und Konflikte zu vermeiden.

Beachten Sie bei der Planung, dass der Wasserbedarf alters- und geschlechtsabhängig ist und auch dass Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Mobilität einen anderen Wasserbedarf haben. Die Wasserentnahmestellen sollten sich zur Risikominderung möglichst nahe an den Haushalten befinden.

Informieren Sie die betroffenen Menschen, wann und wo mit der Anlieferung von Wasser zu rechnen ist, welchen Anspruch sie im Hinblick auf eine gerechte Verteilung haben und wie sie Feedback geben können.

Abholung des Wassers und Wartezeiten: Übermäßig lange Wege und Wartezeiten deuten darauf hin, dass es eine unzureichende Anzahl an Wasserentnahmestellen gibt oder dass die Ergiebigkeit der Wasserquellen unzulänglich ist. Sie können zu einem reduzierten individuellen Wasserverbrauch oder zu einem erhöhten Verbrauch aus ungeschützten Quellen führen, was bedeutet, dass weniger Zeit für wesentliche Aufgaben wie Bildung oder einkommenschaffender Maßnahmen zur Verfügung steht. Wartezeiten erhöhen ebenso die Gefahr von Gewalt an den Wasserentnahmestellen ⊕ *siehe Grundsatz zum Schutz 1* und *Core Humanitarian Standard – Verpflichtung 1*.

Geeignete Wasserbehälter: ⊕ *Siehe Hygieneaufklärung – Standard 1.2: Ermittlung, Zugang zu und Verwendung von Hygieneartikeln*. Erfolgt die Wasseraufbereitung und -lagerung auf Haushaltsebene (household-level water treatment and safe storage – HWTSS), müssen Anzahl und Größe der Behälter angepasst werden. So werden für die Aufbereitung, die Koagulation, Flockung und Desinfektion umfasst, zwei Eimer, ein Filtertuch und ein Rührer benötigt.

Marktbasierte Programme für Hygieneartikel: Ermitteln Sie, wie die Haushalte vor und nach der Krise Zugang zu Wasser und Behältern hatten. Diese einfache Marktanalyse sollte in alle Entscheidungen über die kurz- und langfristige Bereitstellung eines nachhaltigen Zugangs zu Wasser einfließen. Ermitteln Sie, wie der Wassermarkt genutzt, unterstützt und entwickelt werden kann. Beziehen Sie dabei einen mehrgleisigen Ansatz aus Geldtransfers für Haushalte, Zuwendungen und technischem Kapazitätsaufbau sowie anderen Mechanismen in Ihre Analyse mit ein. Beobachten Sie kontinuierlich die monatlichen Marktpreise (Wasser, Brennstoff) und ihren Anteil an den Haushaltsausgaben und lassen Sie die entsprechenden Trenddaten in Ihre Änderungen des Programmdesigns einfließen ⊕ *siehe Anlage Hilfeleistung über die Märkte.*

Zahlung: Die Ausgaben für Wasser sollten 3–5 % des Haushaltseinkommens nicht überschreiten. Achten Sie darauf, wie die Haushalte während der Krise die höheren Kosten aufbringen und ergreifen Sie Maßnahmen, die negativen Bewältigungsstrategien entgegenwirken ⊕ *siehe Grundsatz zum Schutz 1*. Stellen Sie sicher, dass die Finanzsysteme transparent verwaltet werden.

Management der Wassersysteme und -infrastrukur: Arbeiten Sie mit der Gemeinschaft und den anderen Interessengruppen zusammen und entscheiden Sie gemeinsam über Standort, Gestaltung und Nutzung der Entnahmestellen (sowohl kurz- als auch langfristige Planung). Dies umfasst Bade-, Koch und Waschmöglichkeiten, Toiletten und Einrichtungen wie Schulen, Märkte und Gesundheitseinrichtungen. Nutzen Sie Feedback für die Anpassung und Optimierung der Wassereinrichtungen.

Copyright

Beachten Sie die früheren und aktuellen Kontrollstrukturen im Hinblick auf Wasser, die Fähigkeit und Bereitschaft der Menschen, für Wasser und Sanitärleistungen zu zahlen sowie Mechanismen zur Kostenerstattung. Ziehen Sie Investitionen in Wasserversorgungssysteme in Betracht, die langfristig Kosteneinsparungen oder Skaleneffekte generieren. Vergleichen Sie Alternativen wie Solarpumpen oder ein Leitungswassersystem gespeist durch Wasser aus Tankwagen, insbesondere bei lang anhaltenden Krisen in städtischen Gebieten und Siedlungen.

Versetzen Sie die Menschen in die Lage, über WASH-Komitees oder Partnerschaften mit dem privaten oder öffentlichen Sektor die Wassersysteme selbst zu betreiben und instandzuhalten.

Verwendung von in Flaschen abgefülltem Wasser: Aufbereitetes Wasser ist aufgrund des Transports, der Kosten, Qualität und Abfallmenge kosteneffizienter, angemessener und technisch vertretbarer als in Flaschen abgefülltes Wasser. Kurzfristig kann es in bestimmten Situationen, etwa für Menschen auf der Flucht, eine Ausnahmelösung sein. Richten Sie ein geeignetes Entsorgungssystem für Plastikmüll ein.

Wasch- und Bademöglichkeiten: Sind Bäder in den Haushalten nicht möglich, achten Sie darauf, für Männer und Frauen getrennte Bademöglichkeiten einzurichten, die Sicherheit, Privatsphäre und Würde bieten.

Sprechen Sie mit den Nutzern, insbesondere Frauen, Mädchen und Menschen mit Behinderungen, über Standort, Gestaltung und Sicherheit der Anlagen. Achten Sie darauf, dass zum Baden und Wäschewaschen in bestimmten Kontexten heißes Wasser verfügbar ist, etwa zur Bekämpfung von Krätze oder je nach Witterung.

Drainage der Wasserentnahmestellen, Wasch- und Bademöglichkeiten und Handwaschstationen: Achten Sie bei der Errichtung bzw. Sanierung der Wasserverteilungs- und Entnahmestellen darauf, dass das Abwasser keine Gesundheitsgefahr und keinen Nährboden für Erreger darstellt. Erstellen Sie in Zusammenarbeit mit den Standortplanern, den Zuständigen für die Notunterkünfte und/oder den städtischen Behörden einen Gesamtdrainageplan.

Konzipieren Sie die WASH-Systeme und -Infrastruktur im Einklang mit den Drainageanforderungen. Achten Sie dabei zum Beispiel auf Folgendes: Wasserdruck an den Entnahmestellen, Größe der Entnahmestellen oder Waschplätze, Abstand zwischen Zapfstelle und Behälterboden ⊕ *siehe Notunterkünfte und Ansiedlung – Standard 2: Standort- und Siedlungsplanung*.

Wasserversorgung – Standard 2.2: Wasserqualität

Das Wasser ist trinkbar und zum Kochen sowie für persönliche und haushaltshygienische Zwecke geeignet und stellt keine Gefahr für die Gesundheit dar.

Schlüsselaktivitäten

1. Ermitteln Sie eventuelle Gefahren für die öffentliche Gesundheit in Zusammenhang mit verfügbarem Wasser sowie geeignete Maßnahmen zur Minderung dieser Gefahren.

- Schützen Sie die Wasserquellen und führen Sie an der Quelle und an den Entnahmestellen regelmäßig Hygieneprüfungen durch.

Copyright

2 Ermitteln Sie die am besten geeignete Methode zur Bereitstellung von sicherem Trinkwasser an der Entnahmestelle oder am Ort des Verbrauchs.

- Zu den Aufbereitungsmöglichkeiten gehören zentrale Aufbereitung und Verteilung, mit sicherer Abholung und Aufbewahrung auf Haushaltsebene oder die Aufbereitung und sichere Aufbewahrung auf Haushaltsebene.

3 Minimieren Sie die Gefahr der Kontaminierung des Wassers nach der Auslieferung oder am Ort des Verbrauchs.

- Statten Sie die Haushalte mit sicheren Behältern zur Abholung und Lagerung von Trinkwasser sowie Armaturen zur sicheren Entnahme von Trinkwasser aus.
- Messen Sie die Parameter zur Wasserqualität (freier Restchlorgehalt (FRC) und koloniebildende Einheiten (KbE)) am Ausgabepunkt und am Ort des Verbrauchs.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der betroffenen Menschen, die Trinkwasser aus geschützten Wasserquellen entnehmen

Prozentsatz der Haushalte, die laut Beobachtungen Wasser zu jeder Zeit sicher in sauberen und abgedeckten Behältern aufbewahren

Prozentsatz der Wasserqualitätsmessungen, die die Mindestwasserqualitätsstandards erfüllen

- <10 KbE/100 ml am Ausgabepunkt (nicht chloriertes Wasser)
- ≥0,2–0,5 mg/l FRC am Ausgabepunkt (chloriertes Wasser)
- Trübung: weniger als 5 NTU

Leitlinien

Aufrechterhaltung einer sicheren Wasserkette: Wasserassoziierte Krankheiten stellen eine Gefahr für die Integrität der Wasserkette dar. Die folgenden Maßnahmen können die fäkal-orale Übertragung von Erregern verhindern: Fäkalienmanagement, Abdeckung von Lebensmitteln, Händewaschen in Schlüsselsituationen und die sichere Ausgabe und Lagerung von Wasser ⊕ *siehe Hygieneaufklärung – Standard 1.1*; *Fäkalienentsorgung – Standard 3.2* und *Anlage 2: Das F-Diagramm*.

Eine Risikobeurteilung der Wasserkette, von der Wasserquelle bis zum Aufbewahrungsbehälter für Trinkwasser, umfasst Folgendes:

1. Hygieneprüfung an der Wasserentnahmestelle
2. Beobachtung der Nutzung getrennter Behälter für die Entnahme und Aufbewahrung von Wasser
3. Beobachtung sauberer und verschließbarer Wasserbehälter
4. Wasserqualitätstests.

Ist Wasser mit hoher Wahrscheinlichkeit unsicher, können diese Maßnahmen offensichtliche Risiken aufzeigen, ohne dass die Wasserqualität zeitaufwendig auf Haushaltsebene getestet werden muss.

Eine Hygieneüberprüfung ermittelt die Bedingungen und Praktiken, die an der Wasserentnahmestelle eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen könnten. Sie bezieht die folgenden Aspekte mit ein: Struktur der Wasserentnahmestelle,

Copyright

Drainage, Umzäunung, Defäkationspraktiken und Feststoffabfallmanagement als mögliche Kontaminationsquellen. Im Rahmen der Überprüfung werden auch die Wasserbehälter in den Haushalten begutachtet.

Wasserqualität. Bei Inbetriebnahme einer neuen Wasserquelle muss das Wasser auf physikalische, bakteriologische und chemische Parameter geprüft werden. Dies sollte vor und nach saisonalen Fluktuationen erfolgen. Dabei dürfen die chemischen Parameter (etwa Fluor- und Arsengehalt), die langfristige gesundheitliche Schäden verursachen können, nicht vernachlässigt werden.

Fäkalcoliforme Bakterien (von denen mehr als 99 Prozent *E. coli* sind) weisen auf die Kontamination des Wassers durch menschliche und tierische Fäkalien sowie andere gesundheitsgefährdende Pathogene hin. Werden fäkalcoliforme Bakterien nachgewiesen, muss das Wasser aufbereitet werden. Auch wenn keine *E. coli* nachgewiesen werden, ist eine Neukontamination des Wasser ohne eine Desinfektion wahrscheinlich.

Wird das Wasser vor der Verteilung oder vor der Aufbereitung in den Haushalten gechlort, sollten in den Haushalten Stichproben auf FRC untersucht und das Wasser bei Bedarf aufbereitet werden. Die FRC-Messungen (Chlordissipation) auf Haushaltsebene werden durch die Häufigkeit der Wasserauslieferung, Temperatur und Dauer der Wasserlagerung beeinflusst.

Förderung geschützter Quellen: Häufig ziehen die Menschen ungeschützte Wasserquellen wie Flüsse, Seen und ungeschützte Brunnen vor. Das kann unterschiedliche Gründe haben, etwa Geschmack, Nähe oder soziale Gepflogenheiten. Versuchen Sie, ihre Beweggründe zu verstehen und konzipieren Sie Botschaften und Aktivitäten, die die Nutzung geschützter Wasserquellen fördern.

Wassergeschmack: Wenn sicheres Trinkwasser nicht gut schmeckt (etwa aufgrund von Salz-, Schwefelwasserstoff- oder Chlorgehalt, den die Menschen nicht gewöhnt sind), trinken sie unter Umständen besser schmeckendes, aber unsicheres Wasser. Fördern Sie den Konsum von sauberem Trinkwasser über die Einbeziehung der Gemeinde und Hygienemaßnahmen.

Wasserdesinfektion: Wasser sollte mit einem im Wasser verbleibenden Desinfektionsmittel, etwa Chlor behandelt werden, wenn ein erhebliches Risiko besteht, dass das Wasser an der Quelle oder nach Auslieferung kontaminiert wird. Das Risiko hängt von der Bevölkerungsdichte, der Fäkalienentsorgung, Hygienepraktiken und der Prävalenz von Durchfallerkrankungen ab. Die Trübung sollte unter 5 NTU liegen. Ist sie höher, zeigen Sie den Verbrauchern, wie sie das Wasser filtern, sich absetzen lassen und es entnehmen können, um die Trübung vor der Aufbereitung zu mindern. Falls es keine anderen Alternativen gibt, kann eine vorübergehende Chlorierung mit der doppelten Dosis in Betracht gezogen werden. Beachten Sie dabei, dass die Chlordissipation je nach Dauer der Lagerung und nach der Temperaturbandbreite variiert, d. h. diese Faktoren müssen in die Dosierung und Kontaktzeiten einbezogen werden ⊕ *siehe Anlage 6: Entscheidungsbaum zur Wasseraufbereitung und -lagerung auf Haushaltsebene.*

Quantität versus Qualität: Ist es nicht möglich, die Mindeststandards für Quantität und Qualität zu erfüllen, gilt: Quantität vor Qualität. Auch Wasser, das nur mittleren Qualitätsstandards entspricht, kann Dehydrierung und Durchfallerkrankungen verhindern und Stress mindern.

Kontaminierung nach Auslieferung: Trinkwasser, das bei Auslieferung sicher ist, kann dennoch während der Entnahme, Lagerung oder des Zapfens kontaminiert werden. Minimieren Sie dieses Risiko durch sichere Entnahme- und Lagerpraktiken.

Copyright

Lagertanks, sowohl in den Haushalten als auch gemeinschaftlich genutzte, müssen regelmäßig gereinigt werden. Zeigen Sie der Gemeinschaft, wie dies zu tun ist ⊕ *siehe Hygieneaufklärung – Standards 1.1* und *1.2.*

Wasseraufbereitung und sichere Wasserlagerung im Haushalt (Household-level water treatment and safe storage (HWTSS)): Greifen Sie auf HWTSS zurück, wenn kein zentral betriebenes Wasseraufbereitungssystem möglich ist. HWTSS-Optionen zur Eindämmung von Durchfallerkrankungen und zur mikrobiologischen Verbesserung des gelagerten Haushaltswassers sind unter anderem Abkochen, Chlorierung, Solardesinfektion, Keramikfiltration, langsame Sandfiltration, Membranfiltration und Flockung/Desinfektion. Sprechen Sie mit anderen Sektoren den Brennstoffbedarf der Haushalte und den Zugang zu Brennstoff zum Abkochen des Wassers ab. Vermeiden Sie in Krisen- und Epidemiesituationen die Einführung von neuen Methoden der Wasseraufbereitung. Die effektive Anwendung der HWTSS-Optionen muss durch kontinuierliche Unterstützung und Monitoring eng begleitet werden. Dies ist eine Voraussetzung dafür, HWTSS als alternative Wasseraufbereitung zu nehmen ⊕ *siehe Anlage 6: Entscheidungsbaum zur Wasseraufbereitung und -lagerung auf Haushaltsebene.*

Wasserqualität für Einrichtungen: Die komplette Wasserversorgung von Schulen, Krankenhäusern sowie Gesundheits- und Ernährungszentren ist mit Chlor oder einem anderen Restdesinfektionsmittel aufzubereiten ⊕ *siehe Anlage 3: Mindestwassermengen: Sicherung des Überlebens und Quantifizierung des Wasserbedarfs*.

Chemische und Strahlenkontamination: Wenn hydrogeologische Daten oder bekannte industrielle oder militärische Maßnahmen darauf hindeuten, dass das Wasser chemisch oder mit Strahlen belastet sein könnte und dadurch eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellt, ist eine chemische Analyse durchzuführen. Die Entscheidung, möglicherweise kontaminiertes Wasser längerfristig zu verwenden, sollte nur nach einer sorgfältigen Analyse der Gesundheitsrisiken und Validierung durch die lokalen Behörden getroffen werden.

Copyright

3. Fäkalienentsorgung

Ein Umfeld, das frei von menschlichen Fäkalien ist, ist wesentlich für die Würde, Sicherheit und Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen. Dies umfasst die natürliche Umwelt ebenso wie das Wohn-, Lern- und Arbeitsumfeld. Die sichere Fäkalienentsorgung ist eine Priorität im WASH-Bereich. In Krisensituationen ist sie so wichtig wie eine sichere Wasserversorgung.

Alle Menschen sollten Zugang zu geeigneten, sichern, sauberen und zuverlässigen Toiletten haben. Defäkation in Würde ist eine sehr persönliche Angelegenheit. Die geeignete Form hängt von kulturellen Praktiken, den Alltagsgewohnheiten und -verhaltensweisen und den Wahrnehmungen der Menschen ab. Eine Rolle spielt auch, ob sie mit der Nutzung von Sanitäranlagen vertraut sind. Die unkontrollierte menschliche Defäkation stellt ein hohes Gesundheitsrisiko dar, insbesondere bei hoher Bevölkerungsdichte, unter Vertriebenen und bei nassem oder feuchtem Klima.

Im WASH-Kontext werden unterschiedliche Begriffe zur Beschreibung von Einrichtungen zur Fäkalienentsorgung benutzt. In diesem Handbuch bedeutet der Begriff „Toilette" jede Art von Einrichtung oder Gerät, in der/dem Fäkalien gesammelt werden und die/das eine erste Barriere zwischen Mensch und Fäkalien darstellt ⊕ *siehe Anlage 2: Das F-Diagramm*. In diesem Handbuch wird durchgehend der Begriff „Toilette" und nicht „Latrine" verwendet.

Die räumliche Trennung der gesammelten menschlichen Fäkalien von der Bevölkerung stellt eine erste Barriere für fäkalienassoziierte Krankheiten dar, die hilft, die direkten und indirekten Übertragungswege zu unterbrechen ⊕ *siehe Anlage 2: Das F-Diagramm*. Das Fäkalienmanagement sollte Sammlung, Transport, Behandlung und Entsorgung umfassen, damit die Risiken für die öffentliche Gesundheit sowie Umweltauswirkungen minimiert werden.

Menschliche Fäkalien in Wohn-, Lern- und Arbeitsbereichen können auf Schutzprobleme hinweisen. Unter Umständen fühlen sich die Menschen in den Sanitäreinrichtungen nicht sicher. Das kann vor allem bei hoher Bevölkerungsdichte der Fall sein.

In diesem Kapitel sind „menschliche Exkremente" definiert als Abfallprodukte des Körpers, insbesondere Fäkalien, Urin und Menstruationsblut. Die Standards in diesem Kapitel decken die gesamte Exkrementenkette von der Sammlung bis zur abschließenden Behandlung ab.

Fäkalienentsorgung – Standard 3.1: Fäkalienfreie Umgebung

Alle Exkremente werden sicher vor Ort gesammelt, damit die Kontaminierung der natürlichen Umwelt sowie der Wohn-, Lern-, Arbeits- und Gemeinschaftsbereiche vermieden wird.

Schlüsselaktivitäten

1. Richten Sie in neu gebauten Gemeinschaftssiedlungen oder in Siedlungen mit einer stark zerstörten Infrastruktur Sanitäranlagen ein, damit die Exkremente sofort gesammelt werden.

Copyright

2 Dekontaminieren Sie sofort mit Fäkalien kontaminierte Wohn-, Lern- und Arbeitsbereiche und Oberflächenwasserquellen.

3 Planen und bauen Sie alle Einrichtungen zur Fäkalienentsorgung auf der Basis einer Risikobewertung im Hinblick auf potenzielle Kontaminierung von Oberflächen- oder Grundwasserquellen in der Nähe.

- Beachten Sie die lokale Topographie, Bodenbeschaffenheit sowie Grund- und Oberflächenwasser (einschließlich saisonaler Veränderungen), um die Kontaminierung der Wasserquellen zu vermeiden. Diese Aspekte sollten in alle technischen Entscheidungen einfließen.

4 Die Fäkalien von Kindern und Babys müssen sicher gesammelt und entsorgt werden.

5 Alle Einrichtungen für das Fäkalienmanagement müssen so geplant und gebaut werden, dass die Besiedlung durch Pathogene und Überträger minimiert wird.

Schlüsselindikatoren

Das Umfeld, in dem die Menschen wohnen, lernen und arbeiten, ist frei von menschlichen Fäkalien

Alle Einrichtungen für das Fäkalienmanagement sind an geeigneten Standorten, die sich in angemessener Entfernung von Grund- und Oberflächenwasserquellen befinden

Leitlinien

Zeitlicher Ablauf: Unmittelbar nach Eintritt einer Notsituation hat die Kontrolle der willkürlichen offenen Defäkation hohe Priorität. Richten Sie Defäkationsbereiche ein, legen Sie die Standorte von Gemeinschaftstoiletten fest, errichten Sie die Toiletten und starten Sie eine konzertierte Hygienekampagne. Verhindern Sie die Defäkation in der Nähe von Wasserquellen (ganz gleich, ob es sich um Trinkwasser handelt oder nicht) und von Wasserlager- und Wasseraufbereitungseinrichtungen. Defäkationsbereiche dürfen sich nicht am Hang oberhalb von Siedlungen oder windwärts der Siedlungen befinden. Weiterhin sollten sie nicht entlang öffentlicher Straßen, in der Nähe von Gemeinschaftseinrichtungen (insbesondere Gesundheits- und Ernährungszentren) oder in der Nähe von Bereichen liegen, in denen Lebensmittel gelagert oder Essen zubereitet wird.

Führen Sie eine Kampagne zur Hygieneaufklärung durch, die die sichere Entsorgung von Exkrementen unterstützt und die Nachfrage nach Toiletten steigert.

Sind Städte von der Krise betroffen, ermitteln Sie den Umfang der Beschädigung der Kanalisation. Ziehen Sie mobile Toiletten oder septische Tanks in Betracht, die regelmäßig geleert werden können.

Abstand zu Wasserquellen: Achten Sie darauf, dass Fäkalien aus den Sammeleinrichtungen (Grabenlatrinen, Grubenlatrinen, luftzirkulierende Grubenlatrinen, Trockentoiletten, septische Tanks, Senkgruben) nicht die Wasserquellen verunreinigen. Die Verunreinigung durch Fäkalien ist keine unmittelbare Gefahr für die öffentliche Gesundheit, solange das Wasser nicht von Menschen genutzt wird. Eine Verunreinigung der Umwelt ist jedoch zu vermeiden.

Copyright

Wenn möglich, sollte die Bodendurchlässigkeit getestet werden, um festzustellen, wie schnell der Boden die Abfallprodukte aufnimmt (Infiltrationsrate). Anhand dieser Daten wird der Mindestabstand zwischen Sammeleinrichtungen und Wasserquellen ermittelt. Die Infiltrationsrate hängt von der Bodenbeschaffenheit, der Extraktion von der Quelle und von der Beschaffenheit der Exkremente ab (flüssigere Exkremente versickern schneller als weniger flüssige).

Kann kein Bodendurchlässigkeitstest durchgeführt werden, sollte der Abstand zwischen den Sammeleinrichtungen und den Wasserquellen mindestens 30 Meter betragen und der Grubenboden sollte mindestens 1,5 Meter über dem Grundwasserspiegel liegen. Diese Abstände müssen bei zerklüftetem Gestein und Kalkstein erhöht, bei feinkörnigen Böden reduziert werden.

Bei hohem Grundwasserspiegel oder bei Überschwemmungen müssen die Sammeleinrichtungen wasserdicht sein, um eine Verunreinigung des Grundwassers zu minimieren. Alternativ können Toiletten oder septische Tanks zur Sammlung der Exkremente erhöht platziert werden, damit sie nicht die Umwelt verschmutzen. Leckagen in septischen Tanks sind zu vermeiden, damit weder Grund- noch Oberflächenwasser kontaminiert werden.

Im Falle einer möglichen Kontaminierung muss die Kontaminationsquelle sofort ermittelt und unter Kontrolle gebracht werden. Darüber hinaus ist die Wasseraufbereitung einzuleiten. Einige Wasserkontaminanten können durch Wasserreinigung, etwa mit Chlor, beseitigt werden. Die Quelle der Kontamination, etwa Nitrat, muss in jedem Falle ermittelt und unter Kontrolle gebracht werden. Methämoglobinämie ist ein akuter, aber reversibler Zustand, der zum Beispiel durch eine erhöhte Nitratkonzentration im Wasser verursacht werden kann ⊕ *siehe Wasserversorgung – Standard 2.2: Wasserqualität*.

Sichere Sammlung der Fäkalien von Kindern: Die Fäkalien von Säuglingen und Kindern sind im Allgemeinen gefährlicher als von Erwachsenen. Fäkalienassoziierte Infektionen sind bei Kindern oft häufiger, zudem haben Kinder eventuell noch keine Antikörper zur Abwehr von Infektionen gebildet. Eltern und Betreuungspersonen sollten über die sichere Entsorgung der Fäkalien von Säuglingen, Waschmethoden und die Verwendung von Windeln, Töpfchen oder Schaufeln informiert werden.

Fäkalienentsorgung – Standard 3.2: Zugang zu und Nutzung von Toiletten

Die Menschen haben rund um die Uhr schnellen und sicheren Zugang zu ausreichenden, geeigneten und akzeptablen Toilettenanlagen.

Schlüsselaktivitäten

1 Ermitteln Sie die geeignete technische Option für die Toilettenanlagen.

- Planen und bauen Sie die Toiletten in einer Art und Weise, dass Sicherheitsrisiken für die Nutzer und das Instandhaltungspersonal minimiert werden, insbesondere Frauen, Mädchen, Kinder, ältere Personen und Menschen mit Behinderung.
- Trennen Sie, wo angemessen, alle Gemeinschaftstoiletten nach Geschlecht und Alter der Nutzer.

Copyright

2 Ermitteln Sie die Anzahl der benötigten Toiletten. Der Bedarf hängt von den Risiken für die öffentliche Gesundheit, kulturellen Gepflogenheiten sowie Wasserentnahme und -lagerung ab.

3 Konsultieren Sie repräsentative Interessengruppen zur Frage des Standorts, der Planung und der Einrichtung geteilter oder gemeinschaftlich genutzter Toiletten.

- Berücksichtigen Sie Aspekte wie alter- und geschlechtsspezifischer Zugang und Nutzung der Toiletten sowie Zugang und Nutzung durch Menschen mit Behinderungen, Menschen mit eingeschränkter Mobilität, Menschen mit HIV, Menschen die unter Inkontinenz leiden, und sexuelle oder Gender-Minderheiten.
- Platzieren Sie Gemeinschaftstoiletten einerseits nahe genug an den Haushalten, damit der sichere Zugang gewährleistet ist, und andererseits weit genug entfernt, damit die Nähe zu den Toiletten nicht zu einer Stigmatisierung führt.

4 Stellen Sie in den Toilettenanlagen ausreichend Möglichkeiten zum Händewaschen sowie zum Waschen und Trocknen von Menstruations- und Inkontinenzartikeln zur Verfügung.

5 Achten Sie darauf, dass der Wasserbedarf der jeweiligen technischen Optionen problemlos gedeckt werden kann.

- Achten Sie auf eine ausreichende Versorgung mit Wasser zum Händewaschen mit Seife, zur Analreinigung und falls relevant für Spül- oder hygienische Verschlussmechanismen.

Schlüsselindikatoren

Quote der Gemeinschaftstoiletten

- Mindestens 1 Toilette pro 20 Personen

Abstand zwischen Wohnbereichen und Gemeinschaftstoiletten

- Maximal 50 Meter

Prozentsatz der Toiletten, die mit Innenschlössern ausgerüstet und angemessen beleuchtet sind

Prozentsatz der Toiletten, die von Frauen und Mädchen als sicher bezeichnet werden

Prozentsatz der Frauen und Mädchen, die in den Toiletten, die sie regelmäßig benutzen, mit den Optionen für die Menstruationshygiene zufrieden sind

Leitlinien

Was ist „ausreichend, geeignet und akzeptabel"? Die Art der Toilette, die errichtet wird, hängt von mehreren Faktoren ab: der Phase des humanitären Einsatzes, Präferenzen der beabsichtigten Nutzer, der vorhandenen Infrastruktur, Verfügbarkeit von Wasser zum Spülen und für Verschlussmechanismen, Bodenbeschaffenheit und Verfügbarkeit von Baustoffen.

Im Allgemeinen gelten Toiletten als ausreichend, geeignet und akzeptabel, wenn sie die folgenden Kriterien erfüllen:

- Alle betroffenen Menschen, einschließlich Kinder, ältere Personen, schwangere Frauen und Menschen mit Behinderungen, können sie sicher nutzen

Copyright

- sie sind an einem Standort platziert, der Sicherheitsrisiken für die Nutzer minimiert, insbesondere Frauen und Mädchen und andere Gruppen mit besonderen Sicherheitsbedürfnissen
- sie befinden sich nicht mehr als 50 Meter von den Behausungen entfernt
- sie bieten einen Grad an Privatsphäre, der den Erwartungen der Nutzer entspricht
- sie sind einfach zu reinigen und instand zu halten (im Allgemeinen werden saubere Toiletten besser frequentiert)
- sie stellen keine Gefahr für die Umwelt dar
- sie bieten unterschiedlichen Nutzern ausreichend Platz
- sie sind von innen abschließbar
- sie bieten ausreichend Wasser zum Händewaschen und Spülen und für die Analreinigung
- sie bieten Frauen und Mädchen die Möglichkeit, Artikel für die Menstruationshygiene in Würde zu reinigen, trocknen und zu entsorgen; das Gleiche gilt für Inkontinenzmaterial von Kindern und Erwachsenen
- sie sind so wenig wie möglich Brutstätten für Moskitos und Fliegen
- die Geruchsbelästigung ist weitgehend minimiert

Menschen mit chronischen Erkrankungen, etwa HIV, müssen einfachen Zugang zu einer Toilette haben, da sie häufig unter chronischem Durchfall leiden und in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.

Beobachten Sie die Nutzung der Toiletten und erfassen Sie den Prozentsatz der Personen, die berichten, dass die Toiletten ihre Anforderungen erfüllen. Diese Informationen helfen Ihnen auch dabei, zu erkennen, welche Gruppen nicht zufrieden sind und wie die Situation verbessert werden kann. Berücksichtigen Sie Aspekte wie alter- und geschlechtsspezifischer Zugang und Nutzung der Toiletten sowie Zugang und Nutzung durch Menschen mit Behinderungen, Menschen mit eingeschränkter Mobilität, Menschen mit HIV und Menschen, die unter Inkontinenz leiden.

Zugang: Die technische Option, die gewählt wird, sollte die Rechte aller Menschen auf sicheren Zugang zu Sanitäranlagen respektieren, einschließlich Menschen mit Behinderungen. Unter Umständen müssen zugängliche oder zusätzliche Toiletten für Kinder, ältere Personen und Menschen mit Behinderung oder inkontinente Menschen gebaut, angepasst oder beschafft werden. Als Richtwert gilt: **Mindestens 1 Toilette pro 250 Personen** sollte einen ebenerdigen oder mit Rampe versehenen Zugang haben. Sie sollte geschlechtsneutral und für die alleinige Nutzung vorgesehen sein. Das Innere des Gebäudes sollte ebenfalls besonders einfach zugänglich sein.

Sichere Einrichtungen: Ungeeignete Standorte von Toiletten können für Frauen und Mädchen, insbesondere nachts, eine Gefährdung darstellen. Achten Sie darauf, dass alle gefährdeten Gruppen, einschließlich Frauen und Mädchen, Jungen, ältere Personen und Menschen mit besonderen Sicherheitsbedürfnissen die Toiletten rund um die Uhr sicher nutzen können. Die Einrichtungen müssen angemessen beleuchtet sein. Gefährdete Gruppen können unter Umständen mit Taschenlampen ausgestattet werden. Fragen Sie die Mitglieder der Gemeinschaft, insbesondere die am meisten Gefährdeten, wie ihre Sicherheit verbessert werden kann. Sprechen Sie mit Interessengruppen in Schulen, Gesundheitszentren und Kliniken, sog. child friendly spaces, Marktplätzen und Ernährungszentren.

Bitte beachten Sie, dass es nicht ausreicht, die Ansichten von Frauen und Kindern zu sicheren und würdevollen WASH-Einrichtungen einzuholen, da in vielen Kontexten Männer kontrollieren, was Frauen und Kinder tun dürfen. Seien Sie sich dieser

Copyright

Hierarchien und Machtstrukturen bewusst, kommunizieren Sie aktiv mit den Entscheidungsträgern und betonen Sie dabei das Recht von Frauen und Kindern auf sicheren Zugang zu Toiletten und Duschen.

Beleuchtung in gemeinschaftlich genutzten Einrichtungen kann den Zugang verbessern, kann aber auch dazu verleiten, die Beleuchtung für andere Zwecke zu nutzen. Finden Sie in Zusammenarbeit mit der Gemeinschaft, insbesondere denjenigen Mitgliedern, deren Sicherheit am meisten gefährdet ist, Möglichkeiten, die Risiken zu mindern.

Quantifizierung des Bedarfs an Toiletten: Überlegen Sie sich, wie der Bedarf an Toiletten je nach Kontext angepasst werden kann, d. h. je nach Veränderung des Lebensumfelds vor und nach der Krisensituation, Bedarf an öffentlichen Orten und spezifischen Gefahren für die öffentliche Gesundheit. In der ersten Phase einer schnell eintretenden Krisensituation sind **gemeinschaftliche Toiletten in einem Verhältnis von 1 Toilette pro 50 Personen eine Sofortlösung**, die jedoch schnellstmöglich verbessert werden muss. **Mittelfristig gilt ein Verhältnis von 1 Toilette pro 20 Personen** als angemessen, wobei das Verhältnis der Toiletten für Frauen und Männer 3:1 ist. Zahlen zur Planung von Toiletten ⊕ *siehe Anlage 4: Mindestanzahl von Toiletten: Gemeinschaft, öffentliche Orte und Einrichtungen.*

Haushalt, geteilt oder gemeinschaftlich? Haushaltstoiletten gelten als ideal im Hinblick auf Sicherheit, Annehmlichkeit und Würde und dem nachgewiesenen Zusammenhang zwischen Eigenverantwortung und Instandhaltung. In manchen Situationen sind Einrichtungen, die von einigen wenigen Haushalten geteilt werden, die Norm. Gemeinschafts- oder geteilte Toiletten können im Hinblick darauf geplant und gebaut werden, dass später Haushaltstoiletten verfügbar sein werden. So bieten Sanitärkorridore in Siedlungen Raum für gemeinschaftlich genutzte Einrichtungen in der Nähe der Notunterkünfte. Je nach Budget können dann Haushaltseinrichtungen installiert werden. Sanitärkorridore stellen den problemlosen Zugang für Entsorgung, Instandhaltung und Abbau sicher.

Gemeinschaftstoiletten sind in bestimmten öffentlichen und gemeinschaftlich genutzten Räumen wie Gesundheitseinrichtungen, Marktplätze, Ernährungszentren, Lern- und Verwaltungs- bzw. Empfangsbereiche erforderlich ⊕ *siehe Anlage 4: Mindestanzahl von Toiletten: Gemeinschaft, öffentliche Orte und Einrichtungen.*

Gemeinschaftlich genutzte Sanitäranlagen, die im Zuge von Erstmaßnahmen errichtet werden, müssen besondere Betriebs- und Instandhaltungskriterien erfüllen. Die Bezahlung von Toilettenreinigungskräften kann mit den Gemeinschaften als vorübergehende Maßnahme vereinbart werden. Sie bedarf jedoch einer klaren Exit-Strategie.

Wasser und Material zur Analreinigung: Achten Sie bei der Planung der Toiletten darauf, dass ausreichend Wasser, Toilettenpapier und anderes Material zur Analreinigung vorhanden ist. Besprechen Sie mit den Nutzern, welches Reinigungsmaterial am besten geeignet ist, und stellen Sie die langfristige Versorgung und sichere Entsorgung sicher.

Händewaschen: Achten Sie darauf, dass in den Sanitäranlagen das Händewaschen nach dem Toilettengang, nach der Säuberung von Kinderpopos, vor dem Essen und vor dem Kochen möglich ist und dass ausreichend Wasser und Seife (oder eine Alternative, etwa Asche) vorhanden sind.

Menstruationshygiene: In den Toiletten sollten geeignete Behälter für die Entsorgung von Menstruationsartikeln vorhanden sein, damit die Verstopfung von Rohren oder Probleme bei der Leerung von Gruben oder septischen Tanks verhindert werden. Sprechen Sie mit den Frauen und Mädchen über die Konstruktion der Toiletten, damit ausreichend Platz und Zugang zu Wasser zum Waschen sowie Trocknungsbereiche vorhanden ist.

Copyright

Fäkalienentsorgung – Standard 3.3: Organisation und Aufrechterhaltung der Sammlung, Abfuhr, Entsorgung und Behandlung von Fäkalien

Einrichtungen, Infrastruktur und Systeme der Fäkalienentsorgung werden sicher betrieben und instand gehalten, damit die Entsorgung selbst sowie minimale Auswirkungen auf die Umwelt gewährleistet sind.

Schlüsselaktivitäten

1. Errichten Sie Systeme für Sammlung, Abfuhr, Behandlung und Entsorgung, die mit lokalen Systemen kompatibel sind. Dies erreichen Sie durch die Zusammenarbeit mit lokalen Behörden, die für die Fäkalienentsorgung zuständig sind.
   - Wenden Sie bestehende nationale Standards an und achten Sie darauf, dass die zusätzliche Belastung des bestehenden Systems weder die Gemeinschaften noch die Umwelt beeinträchtigt.
   - Treffen Sie mit den lokalen Behörden und den Landbesitzern Vereinbarungen über die Landnutzung für Behandlung und Entsorgung außerhalb der Standorte.
2. Definieren Sie Systeme für das kurz- und langfristige Management von Toiletten, insbesondere Tiefbaueinrichtungen (Grubenlatrinen, Trockentoiletten, septische Tanks, Senkgruben).
   - Achten Sie bei der Planung und Dimensionierung der Tiefbaueinrichtungen darauf, dass alle Fäkalien sicher gesammelt und die Gruben geleert werden können.
   - Definieren Sie klare und rechenschaftslegende Rollen und Verantwortlichkeiten und Quellen für die Finanzierung des künftigen Betriebs und der Instandhaltung.
3. Leeren Sie die Sammelvorrichtungen sicher, d. h. achten Sie auf die Sicherheit der Personen, die die Leerung durchführen, und aller anderen Beteiligten.
4. Stellen Sie sicher, dass die Menschen über die Informationen, Mittel, Werkzeuge und Materialien verfügen, die sie für den Bau, die Reinigung und die Instandhaltung ihrer Toiletten benötigen.
   - Führen Sie Hygieneaufklärung zur Förderung der Nutzung, Reinigung und Instandhaltung der Toiletten durch.
5. Stellen Sie sicher, dass der Wasserbedarf für die Abfuhr von Fäkalien aus vorhandenen Wasserquellen gedeckt werden kann, ohne dass diese Quellen übermäßig belastet werden.

Schlüsselindikator

Alle menschlichen Fäkalien werden in einer Art und Weise entsorgt, die weder eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit noch für die Umwelt darstellt

Leitlinien

Entschlammung ist die Entfernung der (behandelten oder unbehandelten) Fäkalien aus der Latrine, der Trockentoilette oder dem Tank und die Abfuhr an eine außerhalb des Standorts gelegene Entsorgungsanlage oder Lagerstätte. Ist eine Entleerung

Copyright

erforderlich, muss sie von Anfang an in die Betriebs- und Instandhaltungsprozesse integriert und ein entsprechendes Budget dafür bereitgestellt werden.

Grauwasser und Haushaltsabwasser gilt als Abwasser, wenn es mit menschlichen Exkrementen gemischt wird. Sofern keine Kanalisation vorhanden ist, sollte Haushaltsabwasser nicht mit menschlichen Exkrementen vermischt werden. Abwasser ist komplizierter und teurer in der Behandlung als Haushaltsabwasser.

Planung: Zunächst sollte bei der Planung von einem Exkrementvolumen von 1–2 Liter pro Person und Tag ausgegangen werden. Langfristig kann von 40–90 Liter pro Person und Jahr ausgegangen werden, da sich das Exkrementvolumen durch die Zersetzung verringert. Das tatsächliche Volumen hängt davon ab, ob Wasser zum Spülen verwendet wird oder nicht, ob Material oder Wasser zur Analreinigung verwendet wird, ob die Toiletten mit Wasser oder sonstigem Material gereinigt werden und von der Ernährung der Nutzer. Achten Sie darauf, dass Haushaltsabwasser vom Kochen oder Waschen/Baden nicht in die Sammelvorrichtungen gelangt, da mehr Wasser auch ein Mehraufwand bei der Entleerung bedeutet. An der Obergrenze der Grube sollte 0,5 Meter Überlaufraum eingeplant werden.

Hinweise für bestimmte Gesundheitssituationen, etwa im Falle einer Choleraepidemie, ⊕ *siehe WASH-Standard 6: WASH in der Gesundheitsversorgung.*

Lokale Märkte: Nutzen Sie, wo angemessen, lokal verfügbare Materialien und Arbeitskräfte. Damit fördern Sie die Nutzung und Instandhaltung der Toiletten.

Fäkaliensammlung in schwierigem Umfeld: Bei Hochwasser oder bei Katastrophen im städtischen Umfeld kann es schwierig sein, geeignete Sammelvorrichtungen für Fäkalien bereitzustellen. Für solche Situationen stehen verschiedene Methoden zur Verfügung, etwa erhöhte Toiletten, Urinseparationstoiletten, Abwasserauffangbehälter und die Verwendung temporärer Einweg-Plastiktüten mit entsprechenden Auffang- und Entsorgungssystemen. Solche Ansätze müssen durch Hygieneaufklärungsmaßnahmen unterstützt werden.

Fäkalien als Ressource: Fäkalien sind auch eine potenzielle Ressource. Es gibt Technologien, die Klärschlamm in Energie umwandeln, etwa in brennbare Briketts oder Biogas. Ökologische Klär- und Kompostierverfahren trennen organische Teile und Nährstoffe aus einer Mischung von Exkrementen und biologischem Küchenabfall. Der dadurch entstehende Kompost kann als Bodenverbesserer oder Düngemittel für Küchengärten verwendet werden.

Copyright

4. Vektorkontrolle

Ein Vektor ist ein Krankheitsüberträger. Das heißt, der Vektor transportiert die Krankheitserreger von der Krankheitsquelle zum Menschen. Vektorübertragene Krankheiten sind in vielen Katastrophensituationen eine der Hauptursachen für Krankheit und Tod. Die meisten Vektoren sind Insekten, etwa Moskitos, Fliegen und Läuse. Aber auch Nagetiere können Krankheitserreger übertragen. Einige Vektoren verursachen schmerzhafte Stiche. Die Präsenz von Vektoren kann auf Mängel bei der Entsorgung von Feststoffabfall oder Fäkalien oder bei der Drainage hinweisen, aber auch auf eine falsche Standortwahl oder allgemeine Sicherheitsprobleme.

Manche vektorübertragenen Krankheiten sind komplex und die Lösung verktorassoziierter Probleme erfordert unter Umständen die Hilfe von Fachleuten. Allerdings gibt es auch ganz einfache Methoden, um die Verbreitung dieser Krankheiten effektiv zu unterbinden.

Vektorkontrollprogramme sind wirkungslos, wenn sie auf den falschen Vektor ausgerichtet sind, ineffektive Methoden verwenden oder auf den richtigen Vektor am falschen Ort und zum falschen Zeitpunkt abzielen. Kontrollmaßnahmen müssen grundsätzlich gezielt und am Lebenszyklus und der Ökologie des Vektors ausgerichtet sein.

Ziel der Kontrollprogramme ist es, die Populationsdichte der Vektoren, die Brut- und Nistplätze und den Kontakt zwischen Menschen und Vektoren zu reduzieren. Kontrollprogramme sollten grundsätzlich auf wissenschaftlichen Studien, Expertenmeinungen sowie Empfehlungen von nationalen und internationalen Gesundheitsorganisationen basieren. Holen Sie lokale fachliche Beratung zu Krankheitsmustern, Brutplätzen und saisonalen Änderungen bei der Anzahl der Vektoren und der Inzidenz der Krankheiten ein.

Die in diesem Kapitel vorgestellten Standards konzentrieren sich auf die Reduzierung oder Eliminierung von problematischen Vektoren, um die Gefahr vektorübertragener Krankheiten und die Belästigung durch Insekten zu mindern. Vektorkontrolle muss sektorübergreifend erfolgen ⊕ *siehe Notunterkünfte und Ansiedlung – Standard 2, Grundlegende Gesundheitsversorgung – Infektionskrankheiten – Standard 2.1.1* und *Lebensmittelhilfe – Standard 6.2*.

Vektorkontrolle – Standard 4.1: Vektorkontrolle auf Siedlungsebene

In dem Umfeld, in dem die Menschen leben, werden vektorassoziierte Gefahren durch gezielte, auf die Brut- und Futterplätze der Vektoren ausgerichtete Kontrollmaßnahmen gemindert.

Schlüsselaktivitäten

1 Analysieren Sie das Risiko von vektorübertragenen Krankheiten für ein definiertes Gebiet.

- Ermitteln Sie, ob die Inzidenz größer ist als die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder nationaler Normen für die Krankheit.

Copyright

- Machen Sie sich mit Hilfe lokaler Expertise und Kenntnisse über wichtige Vektoren mit den potenziellen Brutplätzen und Lebenszyklen der Vektoren, insbesondere Nahrungsaufnahme, vertraut.

2 Stimmen Sie die Vektorkontrollmaßnahmen der humanitären Organisationen mit den lokalen Vektorkontrollplänen oder -systemen und mit nationalen Richtlinien, Programmen und Vorschriften ab.

3 Ermitteln Sie auf der Grundlage der Erkenntnisse zu Vektorlebenszyklen, ob chemische oder nicht chemische Vektorkontrolle außerhalb der Haushalte relevant ist.

- Informieren Sie die Bevölkerung über potenzielle Risiken der chemischen Vektorkontrolle sowie über den Zeitplan des Einsatzes von Chemikalien.
- Verteilen Sie persönliche Schutzausrüstung und Schutzbekleidung an alle Personen, die mit Chemikalien hantieren, und schulen Sie das Personal in der Verwendung der Ausrüstung.

Schlüsselindikator

Prozentsatz der ermittelten Brutplätze, in denen der Lebenszyklus des Vektors unterbrochen wurde

Leitlinien

Siedlungen: Soll für die betroffene Bevölkerung das Risiko vektorübertragener Krankheiten gemindert werden, ist die Standortwahl von zentraler Bedeutung. Dieses Krankheitsrisiko ist als einer der zentralen Faktoren bei der Standortwahl zu berücksichtigen. Zur Malariakontrolle beispielsweise sollten Siedlungen 1–2 Kilometer windwärts von großen Brutplätzen wie Sümpfen oder Seen entfernt liegen. Zu beachten ist dabei allerdings die Verfügbarkeit von zusätzlichen sauberen Wasserquellen. Berücksichtigen Sie die Auswirkungen, die ein neuer Siedlungsstandort auf die Präsenz von problematischen Vektoren in den umliegenden aufnehmenden Gemeinden haben kann ⊕ *siehe Notunterkünfte und Ansiedlung – Standard 2: Standort- und Siedlungsplanung.*

Beurteilung der Risikofaktoren: Grundlage für Entscheidungen über Vektorkontrollmaßnahmen ist eine Beurteilung des Krankheitspotenzials und anderer Risiken sowie eine epidemiologische und klinische Evidenz zu vektorübertragenen Krankheiten. Prüfen Sie Verdachts- und bestätigte Fälle in dem definierten Gebiet in den vergangenen zwei Jahren. Weitere Faktoren, die das Risiko beeinflussen:

- Immunstatus der Bevölkerung, unter anderem vorheriger Kontakt mit einem Erreger, ernährungsbedingte und andere Formen der Belastung
- Bevölkerungsbewegungen (Vertriebene, Flüchtlinge, Binnenflüchtlinge) von einem nicht endemischen in ein endemisches Gebiet
- Art und Prävalenz von Erregern, sowohl bei den Vektoren als auch bei den Menschen
- Art, Anzahl, Verhaltensweisen und Ökologie der Vektoren (Jahreszeit, Brutplätze) und ihre potenzielle Interaktion
- verstärkte Vektorexposition aufgrund der Nähe, Siedlungsstruktur, Art der Notunterkünfte, bestehender individueller Schutz und Vorbeugemaßnahmen

Beseitigung oder Veränderung der Standorte der Brut- und Futterplätze der Vektoren: Viele WASH-Maßnahmen können starke Auswirkungen auf die Brut- und Futterplätze haben, zum Beispiel

Copyright

- Trockenlegung stehender Gewässer oder Feuchtgebiete in der Nähe von Wasserverteilungsstellen sowie Bade- und Waschbereichen
- Management der Sammlung, Lagerung und Abfuhr von Feststoffabfall auf Haushaltsebene sowie der Behandlungs- und Entsorgungseinrichtungen
- Bereitstellung von Wasserbehältern mit Deckel
- Fäkalienentsorgung
- Reinigung von Toiletteneinrichtungen zur Vermeidung der Vektorverbreitung
- Versiegelung der Toilettengruben, damit weder Fäkalien in die Umwelt noch Vektoren in die Gruben gelangen
- Durchführung von Programmen zur Hygieneaufklärung und der allgemeinen Sauberkeit
- Abdeckung von Brunnen und/oder Behandlung der Brunnen mit einem Larvizid, zum Beispiel bei endemischem Dengue-Fieber

Die folgenden drei Moskito-Gattungen sind die Hauptüberträger von Krankheiten:

- *Culex* (Filariose und West-Nil-Virus), brütet in stehendem Gewässer mit organischen Stoffen, etwa in Toiletten
- *Anopheles* (Malaria und Filariose), brütet in relativ sauberem Oberflächenwasser, z. B. Pfützen, langsam fließende Bächen und Brunnen
- *Aedes* (Dengue, Gelbfieber, Chikungunya und Zika-Virus), brütet in Wasserbehältern, etwa Flaschen und Eimer, und dort, wo sich Wasser sammelt, etwa in Reifen

Biologische und nicht-chemische Kontrolle: Biologische Kontrollen arbeiten mit Organismen, die die Zielvektoren fressen, parasitieren, mit ihnen konkurrieren oder deren Populationen reduzieren. So können Larven fressende Fische oder Süßwasser-Krebse *Aedes* Moskitos (Dengue-Vektor) kontrollieren. Eine der vielversprechendsten Strategien ist der Einsatz der *Wolbachia*, einer parasitär lebenden Bakteriengattung, die die Übertragung des Dengue-Virus bekämpfen soll. Biologische Kontrollen haben sich in bestimmten Situationen als effektiv erwiesen. Evidenzen weisen darauf hin, dass sie auch flächendeckend eingesetzt werden können.

Sie kommen zwar ohne Chemikalien aus, sind jedoch unter Umständen schwieriger durchzuführen und können unerwünschte ökologische Folgen haben. Biologische Kontrollen sind nur in den unreifen Phasen der Moskitoentwicklung wirksam und die Anwendung ist im Allgemeinen auf große Wasserbehälter aus Beton oder gebranntem Lehm oder Brunnen beschränkt. Die lokalen Gemeinschaften müssen auf jeden Fall damit einverstanden sein, dass Organismen in die Wasserbehälter eingebracht werden. Wünschenswert ist die Beteiligung der Gemeinschaft bei der Verteilung der Kontrollorganismen, beim Monitoring und der Aufstockung der Behälter im Bedarfsfall.

Umwelttechnische Maßnahmen: Es gibt mehrere umwelttechnische Maßnahmen, die die Fortpflanzung der Vektoren stören, u. a.:

- ordnungsgemäße Entsorgung menschlicher und tierischer Exkremente, korrekt funktionierende Toiletten und Deckel auf den Löchern von Latrinen
- ordnungsgemäße Entsorgung von Feststoffabfall zur Kontrolle von Insekten und Nagetieren
- gute Drainage in Siedlungen
- Trockenlegung stehender Gewässer und die Rodung von Pflanzen an offenen Kanälen und Teichen zur Kontrolle von Moskitos.

Copyright

Diese Maßnahmen reduzieren die Populationen mancher Vektoren. Allerdings ist es nicht immer möglich, Brut-, Futter- und Rastplätze der Vektoren in oder in der Nähe einer Siedlung nachhaltig wirksam zu kontrollieren. In solchen Fällen sind entweder die lokale chemische Kontrolle oder persönliche Schutzmaßnahmen in Betracht zu ziehen. Das Besprühen infizierter Orte kann die Anzahl von Fliegen reduzieren und eine Durchfall-Epidemie verhindern. Während einer Epidemie kann das Besprühen dazu beitragen, die Krankheit einzudämmen. Das Besprühen von Innenräumen reduziert die Dichte ausgewachsener Moskitos, die Malaria oder Dengue-Fieber übertragen. Giftköder reduzieren die Nagerpopulation.

Nationale und internationale Protokolle: Die WHO hat klare internationale Protokolle und Normen veröffentlicht, die sowohl die Auswahl als auch die Anwendung der Chemikalien für die Vektorkontrolle, unter anderem den Schutz der Mitarbeitenden und den Schulungsbedarf, abdecken. Die Vektorkontrollmaßnahmen sollten zwei wesentlichen Aspekten Rechnung tragen: Wirksamkeit und Sicherheit. Bleiben die nationalen Normen im Hinblick auf die Wahl der Chemikalien hinter den internationalen Standards zurück, sollten sich Hilfsorganisationen an die einschlägigen nationalen Behörden wenden und darauf hinarbeiten, dass diese der Einhaltung der internationalen Standards zustimmen.

Der Schutz aller Mitarbeitenden, die mit Chemikalien hantieren, ist zu gewährleisten. Dies erfolgt durch Schulungen, Schutzkleidung, Waschmöglichkeiten und eine Beschränkung der Anzahl der Stunden, in denen sie mit den Chemikalien arbeiten.

Koordinierung mit der Malariatherapie: Strategien zur Malaria-Vektorkontrolle sollten parallel zur Früherkennung und Behandlung mit effizienten Malaria-Medikamenten durchgeführt werden ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Infektionskrankheiten – Standard 2.1.1: Prävention.*

Vektorkontrolle – Standard 4.2: Maßnahmen von Haushalten und Personen zur Vektorkontrolle

Alle von einer Katastrophe betroffenen Menschen verfügen über das Wissen und die Mittel, um sich vor Vektoren zu schützen, die eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit und das Wohlergehen darstellen können.

Schlüsselaktivitäten

1. Ermitteln Sie im Rahmen eines übergreifenden Programms zur Hygieneaufklärung, welche Praktiken zur Abwehr oder Vermeidung von Vektoren aktuell auf Haushaltsebene angewendet werden.
   - Ermitteln Sie die Barrieren, die effektive Verhaltensweisen und Anreize behindern.
2. Informieren Sie die Menschen im Rahmen von partizipativen und zugänglichen Aufklärungskampagnen über problematische Vektoren, besonders gefährliche Übertragungszeiten und -orte sowie über Präventionsmaßnahmen.
   - Fassen Sie insbesondere bei Hochrisikogruppen nach.
3. Analysieren Sie den lokalen Markt im Hinblick auf relevante und effektive Präventionsmaßnahmen.
   - Ermitteln Sie Möglichkeiten, die Märkte so zu stärken, dass sie eine nachhaltige Quelle von Präventionsmaßnahmen bieten.

Copyright

- Erstellen Sie gemeinsam mit der Gemeinschaft, den lokalen Behörden und anderen Sektoren einen Beschaffungs-, Verteilungs- und Umsetzungsplan für Artikel zur Vektorkontrolle, wenn die lokalen Märkte den Bedarf nicht decken können.

4 Schulen Sie die Gemeinschaften, damit sie problematische Vektoren und das Vektorkontrollprogramm beobachten, Bericht erstatten und Feedback geben können.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Betroffenen, die Übertragungswege und effektive Vektorkontrollmaßnahmen auf Haushaltsebene korrekt beschreiben können

Prozentsatz der Menschen, die geeignete Maßnahmen zum eigenen Schutz vor relevanten vektorübertragenen Krankheiten ergriffen haben

Prozentsatz der Haushalte, die aufbewahrte Lebensmittel in geeignete Weise schützen

Leitlinien

Individuelle Malaria-Schutzmaßnahmen: Die rasche Ergreifung systematischer Schutzmaßnahmen, etwa die Bereitstellung von Zelten, Vorhängen und Bettnetzen, die mit Insektiziden behandelt wurden, unterstützen den Schutz vor Malaria. Langwirksame insektizidimprägnierte Moskitonetze haben den zusätzlichen Vorteil, dass sie einen gewissen Schutz vor Körper- und Kopfläusen, Flöhen, Zecken, Kakerlaken und Bettwanzen bieten. Langärmelige Kleidung, Fumigationsmittel für den Haushalt, Anti-Insektenspiralen, Aerosolsprays und Insektenlotionen sind einige weitere Maßnahmen zum Schutz vor Moskitos. Diese Maßnahmen sollten vor allem den am stärksten gefährdeten Personen und Gruppen zugute kommen, zum Beispiel Kinder unter fünf Jahren, immungeschwächte Menschen und schwangere Frauen.

Hochrisikogruppen: Manche Gruppen in der Gemeinschaft sind anfälliger für vektorübertragene Krankheiten als andere, insbesondere Säuglinge und Kleinkinder, ältere Personen, Menschen mit Behinderung, kranke Menschen und schwangere oder stillende Frauen. Ermitteln Sie die Hochrisikogruppen und ergreifen Sie besondere Maßnahmen zur Minderung des Risikos. Achten Sie darauf, dass niemand stigmatisiert wird.

Mobilisierung der Menschen und Kommunikation: Die Reduzierung der Vektorlarvenhabitate und der adulten Vektorpopulation erfordert Verhaltensveränderungen sowohl auf individueller als auch auf Gemeinschaftsebene. Aktivitäten zur Mobilisierung der Gemeinschaft und zur Kommunikation sollten vollständig in die Maßnahmen zur Vektorprävention und -kontrolle integriert sein und eine breite Palette an Kanälen nutzen.

Individuelle Schutzmaßnahmen für andere Vektoren: Angemessene Körperpflege und regelmäßiges Waschen der Kleidung und der Bettwäsche sind der beste Schutz gegen Körperläuse. Befall lässt sich durch individuelle Behandlung (Puder), Massenwäsche und Entlausungskampagnen kontrollieren. Für Neuankömmlinge in der Siedlung sollten Behandlungsprotokolle erarbeitet und angewendet werden. Ein sauberer Haushalt, ordnungsgemäße Abfallentsorgung und geeignete Aufbewahrung von rohen und gekochten Lebensmitteln halten Ratten und andere Nagetiere sowie Insekten (z. B. Kakerlaken) von den Wohnbereichen und Notunterkünften fern ⊕ *siehe Hygieneaufklärung – Standard 1.1: Hygieneaufklärung.*

Copyright

5. Feststoffabfallmanagement

Das Feststoffabfallmanagement umfasst die Handhabung und Entsorgung organischer und nicht organischer Feststoffabfälle. Dazu gehört das Folgende:

- Planung von Systemen für das Feststoffabfallmanagement
- Handhabung, Trennung, Sortierung und Verarbeitung von Abfall an der Quelle
- Transport an einen Sammelpunkt
- Abfuhr und abschließende Entsorgung, Wiederverwendung, Verwendung für andere Zwecke („Repurposing") oder Recycling

Abfall kann in den Haushalten und Einrichtungen sowie auf Gemeinschaftsebenen anfallen. Darüber hinaus gibt es medizinische Abfälle. Abfall kann gefährlich oder ungefährlich sein. Ein ungeeignetes Feststoffabfallmanagement stellt eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit dar, da der Abfall ein idealer Lebensraum für Insekten, Nagetiere und andere Krankheitsüberträger sein kann ⊕ *siehe Vektorkontrolle – Standard 4.1: Vektorkontrolle auf Siedlungsebene*. Unbehandelter Abfall kann das Oberflächen- und das Grundwasser verschmutzen. Kinder, die in nicht entsorgtem Feststoffabbfall spielen, können sich Verletzungen oder Krankheiten zuziehen. Abfallsammler, die von der Sammlung wiederverwertbarer Abfälle in Deponien leben, sind ebenso der Verletzungs- und Ansteckungsgefahr ausgesetzt.

Feststoffabfall kann das Drainagesystem verstopfen, was wiederum zu stehendem und verschmutztem Oberflächenwasser führt, das Krankheitsüberträgern Lebensraum bietet und andere Gesundheitsrisiken darstellt.

Diese Standards decken nicht die Behandlung oder Entsorgung von chemischem Abwasser oder Sickerwasser ab. Informationen zur Handhabung und Behandlung von gefährlichen Abfällen ⊕ *siehe Quellen und weiterführende Literatur.* Informationen zur Handhabung und Behandlung von gefährlichen Abfällen ⊕ *siehe Quellen und weiterführende Literatur*. Informationen zu medizinischen Abfällen ⊕ *siehe WASH-Standard 6: WASH in der Gesundheitsversorgung.*

Feststoffabfallmanagement – Standard 5.1: Feststoffabfallfreie Umgebung

Feststoffabfall wird sicher vor Ort gesammelt und aufbewart, damit eine Kontaminierung der natürlichen Umwelt sowie der Wohn-, Lern-, Arbeits- und Gemeinschaftsbereiche vermieden wird.

Schlüsselaktivitäten

1 Die Feststoffabfallentsorgung sollte sich an den folgenden Kriterien orientieren: Risiko für die öffentliche Gesundheit, Beurteilung der Abfallart und -menge, die in den Haushalten und in den Einrichtungen anfällt, und aktuelle Gepflogenheiten.

- Ermitteln Sie die Kapazitäten für die Wiederverwendung vor Ort, Verwendung für andere Zwecke , Recycling oder Kompostierung.
- Machen Sie sich mit den Rollen von Frauen, Männern, Mädchen und Jungen im Feststoffabfallmanagement vertraut, damit Sie keine zusätzlichen Schutzrisiken schaffen.

Copyright

2 Arbeiten Sie mit den lokalen oder kommunalen Behörden und Dienstleistern zusammen um sicherzustellen, dass die bestehenden Systeme nicht überlastet werden, insbesondere in einem städtischen Umfeld.

- Achten Sie darauf, dass alle neuen und bestehenden Behandlungs- und Ent sorgungseinrichtungen, die sich nicht unmittelbar vor Ort befinden, von allen benutzt werden können.
- Erstellen Sie einen Zeitplan, damit so schnell wie möglich alle lokalen Gesundheitsvorschriften oder -standards im Bereich Feststoffabfallmanagement eingehalten werden.

3 Organisieren Sie regelmäßige oder gezielte Abfallbeseitigungskampagnen und achten Sie darauf, dass die notwendige Infrastruktur vorhanden ist, die diese Kampagnen unterstützen.

4 Stellen Sie den Personen, die Feststoffabfall sammeln und entsorgen, und denen, die an der Wiederverwendung oder der Verwendung für andere Zwecke beteiligt sind, Schutzkleidung zur Verfügung oder immunisieren Sie sie.

5 Stellen Sie sicher, dass die Einrichtungen zur Abfallbehandlung angemessen, ausreichend und sicher gemanagt werden.

- Verwenden Sie sichere und geeignete Behandlungs- und Entsorgungsmethoden, einschließlich Vergraben, korrekt betriebener Deponien und Verbrennung.
- Die Abfallplätze müssen gemanagt werden, um Schutzrisiken, insbesondere für Kinder, auszuschließen oder zu mindern.

6 Reduzieren Sie Verpackungsmaterial und das Abfallaufkommen insgesamt, indem Sie mit den Organisationen zusammenarbeiten, die für die Verteilung von Lebensmitteln und Haushaltsartikeln verantwortlich sind.

Schlüsselindikator

An den öffentlichen Sammelstellen im Viertel oder in der Gemeinde liegt kein Feststoffabfall herum

Leitlinien

Flüchtende werfen Gegenstände, die zu schwer sind oder nicht mehr gebraucht werden, weg. Die Erzeugung von Abfall an den Verteilungspunkten kann zu Spannungen mit der aufnehmenden Bevölkerung führen. Das Abfallaufkommen nimmt zu, wenn die verteilten Haushaltsartikel nicht dem tatsächlichen Bedarf entsprechen. Dieser Feststoffabfall besteht aller Wahrscheinlichkeit nach aus anderen Materialien als der lokal generierte Abfall und muss unter Umständen anders behandelt oder entsorgt werden.

Städtische Gebiete Die Entsorgungsinfrastruktur in den Städten kann eventuell mit anderen Dienstleistungssystemen integriert werden. Arbeiten Sie mit bestehenden Behörden und Systemen zusammen, damit das zusätzliche Abfallaufkommen gemanagt werden kann.

Schutz für Abfallentsorger: Stellen Sie allen Personen, die am Feststoffabfallmanagement beteiligt sind, Schutzkleidung zur Verfügung. Diese muss mindestens aus Handschuhen bestehen, idealerweise jedoch auch Überschuhe und Schutzmasken umfassen. Impfen Sie bei Bedarf gegen Tetanus und Hepatitis B. Achten Sie darauf,

Copyright

dass Seife und Wasser vorhanden sind, um sich Gesicht und Hände zu waschen. Informieren und schulen Sie das Personal über den sachgemäßen Transport und die Entsorgung des Abfalls und die Risiken einer unsachgemäßen Abfallwirtschaft ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Infektionskrankheiten – Standard 2.1.1: Prävention.*

Häufig werden Abfallentsorger als schmutzig oder arm stigmatisiert. Gespräche mit der Gemeinschaft können zu einer Änderung solcher Ansichten beitragen. Achten Sie darauf, dass die Abfallentsorger geeignete Ausrüstung haben und in der Lage sind, den Abfall zu beseitigen.

Siedlungen und ländliche Gebiete: In Siedlungen und Gegenden mit geringer Bevölkerungsdichte ist die Entsorgung von Feststoffabfall durch die Haushalte möglich und wird eventuell sogar vorgezogen. Die Größe der Gruben zum Vergraben oder Verbrennen des Haushaltsfeststoffabfalls richtet sich nach der Größe der Haushalte und dem Abfallaufkommen. Die Abfallplätze der Haushalte sollten eingezäunt sein, damit weder Kinder noch Tiere eindringen können. Idealerweise sind sie mindestens 15 Meter von Behausungen entfernt.

An den Sammelpunkten von Vierteln oder Gemeinden sollte zunächst eine 100-Liter-Tonne für je 40 Haushalte aufgestellt werden. Langfristig sollte eine Tonne pro zehn Haushalte zur Verfügung gestellt werden, da das Abfallaufkommen wahrscheinlich im Laufe der Zeit ansteigt. Pro 1000 Personen sollte ein Abfallentsorgungsteam von 2,5 Personen eingeplant werden.

Wiederverwendung, Verwendung für andere Zwecke, Recycling: Fördern Sie die Wiederverwendung, Verwendung für andere Zwecke und das Recycling von Feststoffabfall, es sei denn, dies stellt eine bedeutende Gefahr für die öffentliche Gesundheit dar. Recycling von Abfall kann eine Chance für Kleinunternehmer oder eine ergänzende Einkommensquelle sein. Darüber hinaus kann Biomüll unter Umständen auf Haushalts- oder Gemeinschaftsebenen kompostiert werden.

Feststoffabfallmanagement – Standard 5.2: Maßnahmen zum Feststoffabfallmanagement auf Haushalts- und persönlicher Ebene

Jeder kann im Haushalt Feststoffabfall sicher sammeln und potenziell auch behandeln.

Schlüsselaktivitäten

1. Stellen Sie Haushalten praktische und angemessen dimensionierte Mülltonnen mit Deckel bzw. Container für mehrere Haushalte zur Verfügung.
   - Erkundigen Sie sich nach den Präferenzen der Haushalte in Bezug auf Anzahl und Größe der Container für Wiederverwendung und Recycling.
2. Weisen Sie deutlich gekennzeichnete und eingezäunte öffentliche Abfallplätze aus, an denen die Haushalte täglich Abfall entsorgen können.
3. Organisieren Sie ein System, das sicherstellt, dass der Haushalts- und anderer Abfall regelmäßig von den ausgewiesenen öffentlichen Müllplätzen abgefahren wird.

Copyright

4 Achten Sie darauf, dass die Haushalts- oder Gemeinschaftsgruben zum Vergraben oder Verbrennen von Feststoffabfall sicher gemanagt werden.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Haushalte, die Zugang zu einem ausgewiesenen gemeinschaftlich genutzten Abfallsammelpunkt haben, der in einer akzeptablen Entfernung vom Wohnbereich liegt

Prozentsatz der Haushalte, die nach eigenen Angaben über geeignete und angemessene Abfallsammelvorrichtungen auf Haushaltsebene verfügen

Leitlinie

Planung: Die Feststoffabfallmenge, die generiert wird, hängt von der Art und Weise ab, wie Essen beschafft und gekocht wird und welche Aktivitäten im oder rund um den Haushalt ausgeführt werden. Schwankungen können saisonal sein und spiegeln häufig Verteilungs- oder Marktzeitpläne wider. Man kann von einem Feststoffabfallaufkommen von 0,5 Kilogramm pro Tag und Person ausgehen. Dies entspricht 1–3 Liter pro Person und Tag unter der Annahme einer typischen Feststoffabfalldichte von 200 bis 400 kg/m^3.

Feststoffabfallmanagement – Standard 5.3: Feststoffabfallmanagementsysteme auf Gemeinschaftsebene

Ausgewiesene öffentliche Abfallsammelstellen sind nicht überlastet und die abschließende Behandlung und Entsorgung des Abfalls ist sicher.

Schlüsselaktivitäten

1 Achten Sie darauf, dass Einrichtungen wie Schulen und Lernzentren, „child-friendly spaces“ und Verwaltungsbüros mit deutlich gekennzeichneten, angemessenen und geeigneten, mit Deckel versehenen Container für den vor Ort erzeugten Müll ausgestattet sind.

2 Weisen Sie deutlich gekennzeichnete und eingezäunte Bereiche aus, in denen Abfall zwischengelagert werden kann, der in gemeinschaftlich genutzten Bereichen erzeugt wurde, insbesondere Marktplätze, Transitzentren und Registrierungszentren.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Schulen und Lernzentren, die über angemessene und geeignete Möglichkeiten der Abfallzwischenlagerung verfügen

Prozentsatz der öffentlichen Marktplätze, die über angemessene und geeignete Möglichkeiten der Abfallzwischenlagerung verfügen

Copyright

Prozentsatz der Feststoffabfallgruben oder Verbrennungseinrichtungen in Schulen, Lernzentren, auf öffentlichen Märkten und in anderen öffentlichen Einrichtungen, die sicher gemanagt werden

Leitlinien

Marktabfälle: Marktplätze erfordern immer besondere Aufmerksamkeit, da sich für gemeinschaftlich genutzte Bereiche und für die Entsorgung des dort erzeugten Feststoffabfalls häufig niemand verantwortlich fühlt. Der meiste Marktabfall kann wie Hausabfall behandelt werden.

Schlachthofabfälle: Achten Sie darauf, dass grundsätzlich hygienisch und unter Einhaltung der lokalen Vorschriften geschlachtet wird. Der meiste Abfall von Schlachthöfen oder Fischmärkten kann wie Hausabfall behandelt werden, allerdings muss auf den Flüssigabfall geachtet werden. Falls angemessen, kann dieser Abfall in einer abgedeckten Grube neben dem Schlachthof oder dem Fischverarbeitungswerk entsorgt werden. Blut und andere Flüssigkeiten werden über eine abgedeckte Rinne in die Grube gespült, um Fliegen so weit wie möglich von der Grube fernzuhalten. Achten Sie darauf, dass ausreichend Wasser für die Reinigung zur Verfügung steht.

Copyright

6. WASH bei Krankheitsausbrüchen und in der Gesundheitsversorgung

Ziel der Arbeit von WASH wie auch von anderen Gesundheitsakteuren ist, die Gefahren für die öffentliche Gesundheit zu mindern, der Übertragung von Krankheiten vorzubeugen und Epidemien einzudämmen. Dabei ist eine enge und sektorübergreifende Koordination mit Behörden und Partnern unerlässlich. Nur so können Gefahren für die öffentliche Gesundheit in der Gemeinschaft und in Gesundheitseinrichtungen angegangen werden. Dieser Standard baut auf den WASH-Standards 1–5 und dem Kapitel zu Gesundheit auf. Bitte arbeiten Sie diese Grundlagen vollständig durch, da sie auch die Basis aller technischen Maßnahmen bilden.

Infektionsprävention und -kontrolle (IPC) ist eine Schlüsselkomponente der Prävention von Krankheiten allgemein, aber auch der Maßnahmen im Falle von Epidemien. Sie ist gleichermaßen kritisch für die Patienten, die Gesundheitsmitarbeitenden und die Gemeinschaft. Es obliegt den Gesundheitsbehörden und -institutionen sicherzustellen, dass die Mindeststandards in den Gesundheitseinrichtungen eingehalten werden. Dies erfordert jedoch häufig die strukturierte Zusammenarbeit mit und Unterstützung durch die WASH-Akteure.

Korrekte und konsistente Anwendung der WASH-Praktiken sowohl in der Gemeinschaft als auch in den Gesundheitseinrichtungen reduziert die Übertragung von Infektionskrankheiten und trägt zur Eindämmung von Epidemien bei. Die Mindestmaßnahmen in diesem Standard gelten für die laufende Hilfe. Sie weisen auch auf Bereiche hin, in denen die Maßnahmen im Falle einer Epidemie intensiviert und ausgeweitet werden müssen.

Gemeinschaftsbasierte Hilfe bei Epidemien

Die Reaktion auf jede WASH-Komponente ist nicht immer möglich. Daher gilt es, sich auf die unmittelbaren Gefahren für die öffentliche Gesundheit zu konzentrieren und Vertrauen und Verantwortungsbewusstsein in den Gemeinschaften aufzubauen. Priorisieren Sie die Hilfe anhand epidemiologischer Daten, der Beurteilung von Risikofaktoren, Übertragungswegen (insbesondere über fäkal-oral hinaus), der voraussichtlichen Wirkung jeder Maßnahme und der verfügbaren Ressourcen.

Die Einbeziehung der Gemeinde spielt bei der Hilfe bei Epidemien nach wie vor eine zentrale Rolle, da sie zur Eindämmung der Epidemie beiträgt. Wahrnehmungen und Überzeugungen in der Gemeinschaft können den Erfolg einer Maßnahme fördern oder behindern. Insofern müssen sie verstanden und angesprochen werden. Unter Umständen müssen bestimmte soziale Gepflogenheiten geändert werden, um die Ausbreitung von Krankheiten zu verhindern. So sollte zum Beispiel in Zusammenarbeit mit der Gemeinschaft eine alternative Form der Begrüßung gefunden werden, die das Händeschütteln ersetzt.

Fördern Sie konkrete Maßnahmen zur Vorbeugung vor und Behandlung von Krankheiten in der betroffenen Gemeinschaft. Dies kann zum Beispiel die Verwendung von Moskitonetzen zur Vorbeugung vor Malaria sein oder die Einnahme von Rehydratationssalzen und Zink (für Kinder) bei Durchfall.

Outreach-Personal in den Gemeinschaften, das Krankheitsfälle ermittelt oder ähnliche Aufgaben übernimmt, muss geschult werden. Alle Daten müssen in die Untersuchung von Epidemien und die Hilfsmaßnahmen einfließen. Eine zeitnahe Reaktion im Falle einer Epidemie erfordert die schnelle Erfassung der Ausbreitung sowie Daten über die betroffenen Personen. Die Integration von Daten in ein zentrales

Copyright

System verhindert Doppelerfassungen und Erfassungslücken ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Infektionskrankheiten – Standard 2.1.4: Vorbereitung und Reaktion auf Krankheitsausbrüche.*

Beachten Sie bei jeder Epidemie die neuesten technischen Hinweise, da neue Krankheiten auch neue und unterschiedliche Risiken bergen und Auswirkungen haben. Den bestehenden umfangreichen Anweisungen zur Infektionsprävention und -kontrolle bei bestimmten Krankheiten sind unbedingt und prioritär Folge zu leisten ⊕ *siehe Quellen unten.* Dieser Standard deckt eine Mindestpalette an Themen ab, die zu berücksichtigen sind. Er beschreibt die Zusammenarbeit zwischen dem WASH- und dem Gesundheitssektor. Die folgende Abbildung bietet einen Überblick über die wichtigsten gemeinschaftsbasierten WASH-Maßnahmen im Falle einer Epidemie. Gesundheitsmaßnahmen ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Infektionskrankheiten – Standards 2.1.1 bis 2.1.4.*

WASH-Grundsätze für Maßnahmen in der Gemeinschaft bei Krankheitsausbrüchen (Abbildung 4)

Copyright

Standard 6
WASH in der Gesundheitsversorgung

Alle Gesundheitseinrichtungen halten kontinuierlich alle WASH-Mindeststandards zur Infektionsprävention und -kontrolle ein, auch im Falle von Epidemien.

Schlüsselaktivitäten

1 Bieten Sie eine zuverlässige Wasserversorgung in ausreichender Quantität und Qualität und in einer für die Gesundheitseinrichtung angemessenen Form.

- Zur Wahrung einer ununterbrochenen Versorgung muss ein Wasservorrat für mindestens 48 Stunden vorhanden sein (0,5 mg/Liter freies Restchlor).
- **Epidemien:** Erhöhen Sie die Wassermengen und die Chlorzugabe je nach Art der Krankheit, Risiko und Bedarf.

2 Richten Sie ausreichend Möglichkeiten zur Entsorgung von Exkrementen ein, um die Übertragung zu mindern.

- Stellen Sie Menschen mit eingeschränkter Mobilität Toilettenstühle und Eimertoiletten zur Verfügung.
- Reinigen Sie die Sanitäreinrichtungen (Toiletten, Duschen, Waschbereiche) mit Wasser und Reinigungsmittel. Vermeiden Sie die Verwendung von starken Reinigungsmitteln in Toiletten.
- **Epidemien:** Organisieren Sie eine Entsorgung von Exkrementen in jedem Bereich der Gesundheitseinrichtung.
- **Epidemien:** Passen Sie Einrichtung und Verbrauchsmaterialien an die jeweilige Krankheit an, z. B. Cholerabetten und Eimer für Exkremente und Erbrochenes.
- **Epidemien:** Ermitteln Sie alle erforderlichen Zusatzmaßnahmen für die Reinigung, Außerbetriebnahme und Leerung von Fäkalieneinrichtungen.

3 Stellen Sie ausreichend Reinigungsmaterial und -utensilien für Personal, Patienten und Besucher zur Verfügung, damit die Hygienestandards eingehalten werden können.

- Stellen Sie an wichtigen Punkten Stationen zum Händewaschen mit ausreichend sicherem Wasser, Seife oder einem alkoholhaltigen Reinigungsmittel zur Verfügung. Die Hände sollten an der Luft oder mit Einwegtüchern getrocknet werden.
- **Epidemien:** Richten Sie in jedem Bereich Stationen zum Händewaschen ein.
- **Epidemien:** Führen Sie zusätzliche Hygienepraktiken ein, z. B. Chlorfußbäder oder Besprühen (je nach Krankheit) und Händewaschen vor dem Anlegen und Ablegen der persönlichen Schutzausrüstung (PSA).
- **Epidemien:** Statten Sie Patienten bei der Entlassung mit bestimmten Hygieneartikeln aus und weisen Sie sie in der Handhabung ein.

4 Achten Sie auf ein sauberes und hygienisches Umfeld.

- Reinigen Sie Böden und Arbeitsflächen täglich mit Wasser und Reinigungsmittel.
- Reinigen und desinfizieren Sie möglicherweise kontaminierte Oberflächen mit einer 0,2-prozentigen Chlorlösung.
- Reinigen und desinfizieren oder sterilisieren Sie Mehrweg-Medizinprodukte je nach Risiko vor jedem Gebrauch.

Copyright

- Desinfizieren Sie Bettwäsche mit einer 0,1-prozentigen Chlorlösung nach dem Einweichen, wenn sie sichtbar verschmutzt ist. Sterilisieren Sie alle im OP verwendeten Tücher.
- **Epidemien:** Erhöhen Sie die Konzentration des Desinfektionsmittels für die Reinigung von Böden und kontaminierten Oberflächen. Ziehen Sie spezielle Verfahren für die Desinfektion von Bettwäsche in Betracht.

5 Handhaben, behandeln und entsorgen Sie Abfälle ordnungsgemäß.

- Trennen Sie medizinischen Abfall am Erzeugungsort nach dem 3-Behälter-Prinzip.
- Schulen Sie das gesamte Personal der Einrichtung in Abfalltrennung und -handhabung.
- Stellen Sie sicher, dass die jeweiligen Teams bei der Sammlung, Behandlung und Entsorgung von Abfall eine persönliche Schutzausrüstung tragen (mindestens Handschuhe und Überschuhe).
- **Epidemien:** Verstärken Sie die Vorsichtsmaßnamen bei der Handhabung von Abfall; je nach Krankheit sollte eine vollständige persönliche Schutzausrüstung Pflicht sein.

6 Achten Sie darauf, dass Gesundheitsmitarbeitende, Patienten und Betreuende eine geeignete persönliche Schutzausrüstung tragen.

- Stellen Sie eine persönliche Schutzausrüstung zur Verfügung, die der Exposition und der Quarantänekategorie angepasst ist.
- Schulen Sie Gesundheitsmitarbeitende, Patienten und andere Personen in der Einrichtung zu Auswahl, Verwendung und Entfernung der persönlichen Schutzausrüstung (PSA).
- **Epidemien:** Beurteilen Sie die Art der erwarteten Exposition und passen Sie die persönliche Schutzausrüstung an die Art der Übertragung an.

7 Handhaben und beerdigen Sie die Toten in einer Art und Weise, die würdevoll, kulturell angemessen ist und kein Risiko für die öffentliche Gesundheit darstellt.

- Beachten Sie lokale Praktiken ebenso wie die Tatsache, dass die Toten identifiziert und an ihre Familien übergeben werden müssen.
- **Epidemien:** Finden Sie zusammen mit der Gemeinschaft Alternativen, wenn die üblichen Praktiken nicht sicher sind.
- **Epidemien:** Statten Sie die Teams, die Beerdigungen vornehmen, mit geeigneter persönlicher Schutzausrüstung aus und schulen Sie sie entsprechend.

Schlüsselindikatoren

Alle Gesundheitsmitarbeitende reinigen ihre Hände mit Seife oder einer Alkohollösung vor und nach jedem Patientenkontakt

Alle Patienten und Betreuenden waschen ihre Hände vor dem Essen und nach dem Toilettengang

An allen Handwaschstationen steht Seife oder eine Alkohollösung (bei Epidemien: 0,05-prozentige Chlorlösung) zur Verfügung

Anzahl der Handwaschstationen

- Mindestanzahl: eine Station für je zehn stationäre Patienten

Trinkwasserqualität an der Zapfstelle:

- Mindestens: 0,5–1 mg/Liter Restchlor

Copyright

Menge des verfügbaren sicheren Wassers

- Mindestens: 5 Liter pro ambulantem Patienten pro Tag
- Mindestens: 60 Liter pro Patient pro Tag in Cholera-Behandlungszentren
- Mindestens: 300–400 Liter pro Patient und Tag in Behandlungszentren für virales hämorrhagisches Fieber

Anzahl der verfügbaren Toiletten

- Mindestens: vier in ambulanten Einrichtungen (getrennt für Männer, Frauen, Kinder und Personal in der Gesundheitspflege)
- Mindestens: eine pro 20 stationären Patienten (getrennt für Männer, Frauen, Kinder und Personal in der Gesundheitspflege)

Leitlinien

Infektionsprävention und -kontrolle ist in allen Gesundheitseinrichtungen von zentraler Bedeutung, einschließlich Ambulanzen und Primärversorgung. Leitlinien zu Standard-Vorbeugemaßnahmen, Maßnahmen je nach Übertragung und klinischen aseptischen Techniken müssen erarbeitet werden. In jeder Einrichtung sollte ein spezielles Infektionspräventions- und Kontrollteam eingerichtet und die Gesundheitsmitarbeitende sollten geschult werden. Ein System zum Monitoring aller krankenhausassoziierten Infektionen und Antibiotika-Resistenzen sollte eingeführt werden. Jede Einrichtung sollte angemessen mit Personal ausgestattet sein und auch die Arbeitsbelastung sollte vertretbar sein. Ein Patient pro Bett. Die Gesundheitsversorgung sollte in einem sicheren und geeigneten Umfeld erfolgen, das mit einer angemessenen WASH-Infrastruktur und -Ausrüstung ausgestattet ist, damit sichere Hygienepraktiken auch erfolgen können ⊕ *siehe Gesundheitssysteme – Standards 1.1 und 1.2*.

Wasserquantität und -qualität: Ziehen Sie für die Ermittlung der benötigten Wassermenge die Werte in Anlage 3 heran und passen Sie sie an die jeweilige Situation an, ⊕ *siehe Anlage 3: Mindestwassermengen*. Mobile Kliniken sollten sich zum Ziel setzen, dieselben WASH-Standards wie für ambulante Patienten einzuhalten, einschließlich Zugang zu sicheren Wasserquellen und Toiletten. Pro Einrichtung muss ein Vorrat (und Lagerung) für mindestens 48 Stunden sichergestellt werden. Bei Epidemien wie Ebola und Cholera sollte der Vorrat für 72 Stunden vorhanden sein. Die Grundlagen der WASH-Programme für Gemeinschaften, ⊕ *siehe Wasserversorgung – Standards 2.1* und *2.2*.

Die folgenden Chlorlösungen sind für die verschiedenen Zwecke in Gesundheitseinrichtungen erforderlich:

Chlorlösungen	Maßnahme in der Gesundheitseinrichtung
0,05 %	Händewaschen: Wäsche (nach der Reinigung)
0,2 % (Cholera) **0,5 % (Ebola)**	Abwischen horizontaler Arbeitsflächen nach der Reinigung (nur Cholera) Reinigungsutensilien, Schürzen, Schuhe, Küchenutensilien und Geschirr Ausspülen von Bettpfannen und Eimern Reinigung von Oberflächen, die mit Körperflüssigkeiten kontaminiert sind Vorbereitung von Leichen (Ebola)
2 %	Vorbereitung von Leichen (Cholera) Zugabe in Eimer für Exkremente und Erbrochenes (Cholera)
1 %	Stammlösung zur Chlorierung von Wasser

Copyright

Fäkalienentsorgung ⊕ *Fäkalienentsorgung – Standards 3.1 bis 3.3* enthalten Hinweise zur allgemeinen Fäkalienentsorgung und *Hygieneaufklärung – Standard 1.3: Menstruationshygiene und Inkontinenz* enthält spezifische Informationen zu Materialien.

Stellen Sie technisch und kulturell angepasste Sanitäreinrichtungen zur Verfügung, die mit getrennten, abschließbaren und gut beleuchteten Kabinen ausgestattet sind und auch ausreichend Platz für Betreuende bieten, die den Patienten helfen. Alle Sanitäreinrichtungen (Toiletten, Duschen, Waschbereiche) sollten mit Wasser und Reinigungsmittel gereinigt werden. Vermeiden Sie starke Desinfektionsmittel in den Toiletten, vor allem bei septischen Tanks, da sie die natürlichen biologischen Abbauprozesse einiger Pathogene behindern.

Während Epidemien gelten bei der Reinigung, Außerbetriebnahme oder Entleerung von Einrichtungen und Utensilien zur Fäkalienentsorgung besondere Vorsichtsmaßnahmen (z. B. Chlorlösungen zur Reinigung, Behandlung mit Branntkalk oder Chlor).

Grauwasser: Zur Entsorgung von Grauwasser müssen mindestens ein Fettabscheider und eine Sickergrube vorhanden sein. Die Grube muss eingezäunt und für die Öffentlichkeit unzugänglich sein.

Medizinischer Abfall enthält Infektionserreger wie HIV und Hepatitis B, die auch Wasserquellen und Boden kontaminieren können. Abfall sollte unmittelbar bei Erzeugung in einem mindestens 3-Behälter-Verfahren gesammelt und getrennt werden:

Kategorie	Beispiel	Behälter – Farbe/Kennzeichnung
Allgemeiner Abfall nicht gefährlich	Papier	Schwarz
Gebrauchte spitze/ scharfe Gegenstände gefährlich, ansteckend	Nadeln, Skalpelle, Infusionssets, Glasscherben, leere Fläschchen	Gelb, mit Kennzeichnung „SHARPS", auslaufdicht und stichfest
Keine spitzen/scharfen Gegenstände gefährlich, ansteckend	Materialien, die mit Körperflüssigkeiten kontaminiert sind, etwa Tupfer, Verbände, Fäden, Laborkulturen	Gelb, gekennzeichnet und auslaufdicht

Weitere Trennung evtl. erforderlich, etwa für pathologischen (menschliches Gewebe), pharmazeutischen und chemischen (Laborreagenzien) Abfall. Der getrennte medizinische Abfall sollte mindestens einmal täglich gesammelt werden. Hochinfektiöser Abfall muss sofort entsorgt werden. Der Abfalltransport sollte auf Rollwägen über eine definierte Route zu ausgewiesenen Orten ohne Zugang für die Öffentlichkeit erfolgen. Abfallcontainer, Rollwägen und Lagerbereiche müssen regelmäßig desinfiziert werden. Alle Personen, die in Gesundheitseinrichtungen Abfall handhaben, müssen gegen Hepatitis B und Tetanus geimpft werden.

Abfall muss je nach verfügbaren Optionen behandelt und entsorgt werden:

Kategorie	Behandlung und Entsorgung
Allgemein	Recyceln, verbrennen oder deponieren Städtische Mülldeponie
Gebrauchte spitze/ scharfe Gegenstände	Gruben für scharfe/spitze Gegenstände In Sicherheitsbehälter geben und über die Deponie entsorgen Verbrennen (außer Fläschchen), dann in einer Aschegrube vergraben (Vorsicht: scharfe/spitze Gegenstände können evtl. noch verletzen)

Copyright

Kategorie	Behandlung und Entsorgung
Ansteckend (keine spitzen/ scharfen Gegenstände)	Vergraben (Abfall mit Branntkalk bedecken) Verbrennen und dann über Aschegrube entsorgen Autoklavieren oder chemisch behandeln
Pathologisch	Hängt von den soziokulturellen Gepflogenheiten ab: Gräber (z. B. Plazentgrube) oder Friedhof Einäscherung
Medikamente	Gemäß den nationalen Richtlinien; wenn möglich zurück an den Lieferanten In Sicherheitsbehälter geben und über die Deponie entsorgen Spezielle Verbrennungsanlagen (>1.200 °C)
Chemischer Abfall	Gemäß den nationalen Richtlinien; wenn möglich zurück an den Lieferanten Kleine Mengen können verbrannt oder über Sicherheitsbehälter entsorgt werden In Behandlungsanlage oder Drehofen behandeln

Verbrennungsanlagen sollten mehr als 900 °C erreichen und mit Doppelkammern ausgerüstet sein. Minderwertige Verbrennungsanlagen erzeugen giftige Emissionen und luftverschmutzende Partikel und sterilisieren nicht vollständig. Alle Gruben und Verbrennungsanlagen sollten nationalen und internationalen Standards entsprechen, sicher betrieben, instandgehalten und außer Betrieb genommen werden.

Persönliche Schutzausrüstung (PSA) ist Pflicht gemäß IPC-Protokollen. Sie stellt sicher, dass Patienten, Angehörige und Personal keinen zusätzlichen Risiken ausgesetzt sind.

Analysieren Sie den möglichen Kontakt (Spritzer, Tröpfchen, Berührung) und die Kategorie der Krankheitsübertragung. Die Ausrüstung sollte genau passen und robust und angemessen sein (z. B. flüssigkeitsresistent oder dicht).

Eine Basis-PSA schützt die Träger vor Kontakt mit Blut, Körperflüssigkeiten, Sekreten und Ausscheidungen. Sie umfasst Folgendes: Handschuhe bei Kontakt mit infektiösem Material, Kittel/Schürzen, wenn Kleider oder Haut in Kontakt mit infektiösem Material kommen, Gesichtsschutz wie Masken, Schutzbrillen oder Schutzschilde gegen Spritzer, Tröpfchen oder Sprays. Je nach Art der Krankheitsübertragung ist unter Umständen zusätzliche PSA (oder persönliche Grundschutzausrüstung in besonderen Situationen) erforderlich: Kontakt (z. B. Kittel und Handschuhe in der Nähe von Patienten), Tröpfchen (OP-Masken im Umkreis von 1 Meter des Patienten) und Luftübertragung (Partikel-Respirator).

Einweg-PSA wird in Mülltonnen (z. B. 220-Liter Tonnen) am Eingang zum Umkleidebereich gesammelt. Die Tonnen werden zu einem gekennzeichneten Entsorgungsplatz gebracht. Mehrweg-PSA, zum Beispiel schwere Handschuhe und Schutzbrillen, werden in Behältern mit einer 0,5-prozentigen Chlorlösung gesammelt. Die Artikel werden sachgemäß gereinigt, gewaschen und aufbewahrt.

Eine 0,5-prozentige Chlorlösung sollte auch zum Händewaschen nach jedem Entkleidungsschritt zur Verfügung stehen. Als letzter Schritt des Entkleidens werden die Hände erneut mit einer 0,5-prozentigen Chlorlösung gewaschen.

Umgang mit Leichen: Achten Sie auf eine sichere, würdevolle und kulturell angemessene Bestattung von Leichen. Alle Toten müssen identifiziert werden. Bitten Sie die Hinterbliebenen, ihre Angehörigen zu identifizieren und ermöglichen Sie die Bestattung. Leichen werden grundsätzlich nicht einfach in Massengräbern beerdigt. Bei Massenbestattungen wird unter Umständen kein Totenschein ausgestellt, der

Copyright

jedoch für die Geltendmachung gesetzlicher Ansprüche erforderlich ist. Wenn die Bestatteten Opfer von Gewalt sind, sollten juristische Fragen berücksichtigt werden ⊕ *siehe Gesundheitssysteme – Standard 1.1: Erbringung von Gesundheitsdiensten*.

Während Epidemien müssen, je nach Krankheitserreger und Übertragungsweg, die Leichen unter Umständen mit einer Chlorlösung gewaschen werden. Totenrituale wie Leichenwäsche können die Übertragungsgefahr erhöhen. Werden andererseits derartige kulturelle Gepflogenheiten untersagt, kann es zu heimlichen Bestattungen kommen.

Gesundheitspersonal und Bestattungsteams sollten grundsätzlich persönliche Schutzausrüstung tragen. Unterstützen Sie die Bestatter der Gemeinschaft mit psychosozialer Betreuung. Arbeiten Sie gleichzeitig mit den Führungspersönlichkeiten der Gemeinschaft zusammen, damit die Bestatter nicht stigmatisiert werden.

Außerbetriebnahme: Eine während eines Einsatzes errichtete Gesundheitseinrichtung wird in enger Absprache mit der Gemeinschaft, den lokalen Behörden und anderen Hilfsorganisationen außer Betrieb genommen.

Copyright

Anlage 1
Checkliste für die Erstbedarfsermittlung zur Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung

Die folgende Checkliste ist in erster Linie für die Bedarfsermittlung, die Identifizierung von Ressourcen und die Beschreibung der örtlichen Gegebenheiten bestimmt. Sie umfasst keine Fragen zur Ermittlung externer Ressourcen, die neben den unmittelbaren und vor Ort verfügbaren Ressourcen erforderlich sind.

Allgemein

- Wie viele Menschen sind betroffen und wo halten sie sich auf? Schlüsseln Sie die Daten soweit wie möglich nach Geschlecht, Alter, Behinderung etc. auf.
- Welche weiteren Bevölkerungsbewegungen sind zu erwarten? Welche Sicherheitsfaktoren für die betroffene Bevölkerung und potenzielle Hilfsmaßnahmen sind gegeben?
- Welche WASH-assoziierten Krankheiten liegen aktuell vor, sind prävalent oder zu erwarten?
- Wer sind die Schlüsselpersonen, die zu kontaktieren oder hinzuzuziehen sind?
- Wer sind die gefährdeten Personen in der Bevölkerungsgruppe und warum?
- Haben alle Menschen gleichberechtigten Zugang zu den bestehenden Einrichtungen, einschließlich öffentlicher Orte, in Gesundheitszentren und Schulen?
- Welche besonderen Sicherheitsrisiken bestehen für Frauen, Mädchen, Jungen und Männer? Gefährdete Gruppen?
- An welche Praktiken in den Bereichen Wasser- und Sanitärversorgung sowie Hygiene waren die Menschen vor der Krisensituation gewöhnt?
- Wie sehen die formellen und informellen Machtstrukturen aus (z. B. Führungspersönlichkeiten in der Gemeinschaft, Älteste, Frauengruppen)?
- Wie werden in den Haushalten und in der Gemeinschaft Entscheidungen getroffen?
- Gibt es Zugang zu lokalen Märkten? Welche wichtigen WASH-Artikel und Leistungen waren vor der Krisensituation am Markt erhältlich und welche sind während der Krisensituation erhältlich?
- Haben die Menschen Zugang zu Bargeld und/oder Krediten?
- Gibt es zu beachtende jahreszeitliche Unterschiede, die sich auf die Arbeitssituation auswirken, da sie Zugang zu Arbeit einschränken oder die Nachfrage steigern, z. B. Erntezeiten?
- Zu welchen wichtigen Behörden muss eine Verbindung hergestellt werden bzw. mit welchen muss zusammengearbeitet werden?
- Wer sind die lokalen Partner in der Region, zum Beispiel zivilgesellschaftliche Organisationen, die über vergleichbare Kapazitäten in den Bereichen WASH und die Einbeziehung der Gemeinde verfügen?

Hygieneaufklärung

- An welche Praktiken in den Bereichen Wasser- und Sanitärversorgung sowie Hygiene waren die Menschen vor der Krisensituation gewöhnt?

Copyright

- Welche dieser Praktiken sind gesundheitsschädlich, wer übt sie aus und warum?
- Welche Personen praktizieren noch immer positives Hygieneverhalten? Wodurch ist ihnen dies möglich, und was motiviert sie, das zu tun?
- Welche Vor- und Nachteile bringen die geplanten Änderungen in der Praxis mit sich?
- Welche formellen und informellen Kanäle bestehen in den Bereichen Kommunikation und Kontaktarbeit (gemeindebasierte Gesundheitspfleger, traditionelle Hebammen, traditionelle Heiler/-innen, Clubs, Kooperativen, Kirchen, Moscheen etc.)?
- Welcher Zugang zu Massenmedien (Radio, Fernsehen, Video, Zeitungen etc.) ist in dem Gebiet vorhanden?
- Welche lokalen Medienorganisationen und/oder Nichtregierungsorganisationen (NRO) sind vor Ort vertreten?
- Welche Segmente der Bevölkerung können oder sollten die Zielgruppen sein (z. B. Mütter, Kinder, Führungspersönlichkeiten der Gemeinschaft, Seelsorger)?
- Welches System der Kontaktarbeit würde in diesem Kontext sowohl für die sofortige als auch die mittelfristige Mobilisierung funktionieren (z. B. Freiwillige, Arbeitende oder Fördernde für Hygieneaufklärung in der Gemeinschaft, Gesundheitsclubs in Schulen, WASH-Komitees)?
- Welcher Schulungsbedarf besteht bei Mitarbeitenden und freiwilligen Helfenden im Bereich Hygieneaufklärung?
- Welche Sachleistungen sind verfügbar und welche werden aufgrund der Präferenzen und des Bedarfs am dringendsten benötigt?
- Wo haben die Menschen Zugang zu Märkten und können die wichtigsten Hygieneartikel kaufen? Hat sich dieser Zugang seit Beginn der Krisensituation verändert, zum Beispiel in Bezug auf Kosten, Produktvielfalt, Qualität?
- Wie haben die Haushalte Zugang zu den wichtigsten Hygieneartikeln? Wer entscheidet, welche Artikel gekauft werden und welche Artikel am wichtigsten sind?
- Wie effektiv sind die Hygienepraktiken in Gesundheitseinrichtungen (dies ist besonders bei Epidemien von Bedeutung)?
- Welche Menstruationshygieneartikel brauchen/bevorzugen die Frauen und Mädchen?
- Was brauchen/bevorzugen Personen, die unter Inkontinenz leiden?

Wasserversorgung

- Welche Wasserversorgungsquelle steht derzeit zur Verfügung und von wem wird sie genutzt?
- Wie viel Wasser steht pro Person und Tag zur Verfügung?
- Wie oft bzw. wie lang ist die Wasserversorgung täglich/wöchentlich verfügbar?
- Ist das an der Quelle verfügbare Wasser für den kurz- und längerfristigen Bedarf aller Bevölkerungsgruppen ausreichend?
- Sind die Wasserentnahmestellen nahe genug an den Unterkünften der Menschen? Sind sie sicher?
- Ist die gegenwärtige Wasserversorgung zuverlässig? Wie lange wird sie anhalten?
- Verfügen die Menschen über genügend Wasserbehälter geeigneter Größe und Art für die Entnahme und Lagerung von Wasser?
- Ist die Wasserquelle kontaminiert oder droht eine (mikrobiologische oder chemische oder radiologische) Kontamination?

Copyright

- Ist ein Wasseraufbereitungssystem vorhanden? Ist eine Aufbereitung erforderlich? Ist eine Aufbereitung möglich? Welche Art von Aufbereitung ist erforderlich?
- Ist eine Desinfektion erforderlich? Ist das Wasser trinkbar oder wird es von den Menschen aufgrund des Chlorgeschmacks oder -geruchs abgelehnt?
- Sind in der Nähe alternative Wasserquellen vorhanden?
- Welche traditionellen Überzeugungen und Praktiken bestehen im Hinblick auf Entnahme, Lagerung und Verbrauch von Wasser?
- Gibt es Hindernisse, die die Nutzung der verfügbaren Wasserversorgungsquellen beeinträchtigen?
- Kann die Bevölkerung umgesiedelt werden, falls vorhandene Wasserquellen ungeeignet oder unzureichend sind?
- Was geschieht, wenn die alternativen Wasserquellen ungeeignet oder unzureichend sind?
- Gibt es hygienebezogene traditionelle Überzeugungen und Praktiken (während der Cholera-Epidemie in Haiti wurde zum Beispiel die Krankheit mit der Voodoo-Kultur in Verbindung gebracht)? Sind bestimmte dieser Überzeugungen und Praktiken nützlich oder kontraproduktiv?
- Was sind die wichtigsten Hygieneprobleme im Zusammenhang mit der Wasserversorgung?
- Kaufen die Menschen Wasser? Wenn ja, zu welchem Preis und zu welchem Zweck? Hat sich dieser Zugang (Kosten, Qualität, regelmäßige Verfügbarkeit) verändert?
- Verfügen die Menschen über die Mittel, das Wasser hygienisch zu nutzen?
- Sind die Wasserentnahmestellen sowie die Wäsche- und Waschbereiche gut mit Abflüssen versehen?
- Erlaubt die Bodenbeschaffenheit die Vor-Ort- oder externe Entsorgung von kontaminiertem oder Schmutzwasser von den Wasserentnahmestellen sowie Wäsche- und Waschbereichen? Wurde ein Versickerungstest durchgeführt?
- Welche Wasserquelle wird im Falle einer Landvertreibung gewöhnlich für Vieh genutzt?
- Würde sich ein Eingriff in die Wasserversorgung, Wassergewinnung und Nutzung von Wasserquellen auf die Umwelt auswirken?
- Von welchen anderen Nutzern wird die Wasserquelle derzeit genutzt? Besteht die Gefahr eines Konflikts, falls die Quellen von neuen Bevölkerungsgruppen genutzt werden?
- Welche Kooperationsmöglichkeiten in Bezug auf Wasserversorgung bestehen mit dem Privatsektor und/oder der öffentliche Hand? Welche Engpässe oder Möglichkeiten bestehen, die für die Reaktionsanalyse oder die Empfehlungen relevant sind?
- Welche Betriebs- und Instandhaltungspflichten müssen erfüllt werden? Sind die Kapazitäten zur kurz- und langfristigen Erfüllung dieser Pflichten vorhanden? Wem obliegen diese Pflichten?
- Gibt es einen bestehenden oder potenziellen Finanzierungsmechanismus oder ein System, der/das die Betriebs- und Instandhaltungskosten übernehmen kann?
- Welchen Zugang zu Wasser hat die aufnehmende Bevölkerung und wie stellt sie sicher, dass das Wasser am Nutzungspunkt sicher ist?

Entsorgung von Exkrementen

- Ist das Umfeld frei von Fäkalien?
- Wird im Falle der offenen Defäkation hierfür ein abgetrennter Bereich genutzt?

Copyright

- Gibt es Einrichtungen? Wenn ja, werden sie genutzt? Sind sie ausreichend? Funktionieren sie einwandfrei? Können sie erweitert oder angepasst werden?
- Sind die Einrichtungen sicher und bieten sie Privatsphäre: Beleuchtung, abschließbar, Trennwände? Können die Toiletten rund um die Uhr benutzt werden? Welche Alternativen gibt es, wenn sie nachts nicht benutzt werden können?
- Wie erfolgt die Fäkalienentsorgung der aufnehmenden Bevölkerung?
- Stellen die derzeitigen Defäkationspraktiken eine Bedrohung für die Wasserversorgung (Oberflächen- oder Grundwasser) oder Wohnbereiche und die Umwelt im Allgemeinen dar?
- Gibt es soziokulturelle Gepflogenheiten, die bei der Konstruktion der Toiletten zu beachten sind?
- Sind die Menschen mit der Konstruktion und der Nutzung von Toiletten vertraut?
- Welche lokalen Materialien stehen für den Toilettenbau zur Verfügung?
- Sind Kompostierverfahren bekannt und anerkannt und werden sie ausgeübt?
- Ab welchem Alter benutzen die Kinder die Toilette?
- Was passiert mit den Exkrementen von Säuglingen und Kleinkindern?
- Welches Gefälle weist das Gelände auf?
- Wie hoch ist der Grundwasserspiegel?
- Ist die Bodenbeschaffenheit für eine Entsorgung von Exkrementen vor Ort geeignet?
- Begünstigen die derzeitigen Vorkehrungen für Entsorgung von Exkrementen die Ausbreitung von Vektoren?
- Stehen Materialien oder Wasser für die Analreinigung zur Verfügung? Wie werden diese Materialien normalerweise von den Menschen entsorgt?
- Waschen sich die Menschen nach der Defäkation, vor der Zubereitung von Essen und vor dem Essen die Hände? Stehen neben den Toiletten oder im Haushalt Seife oder andere Reinigungsmittel zur Verfügung?
- Wie gehen die Frauen und Mädchen mit der Menstruation um? Stehen hierfür geeignete Materialien oder Einrichtungen zur Verfügung?
- Stehen besondere Einrichtungen oder Utensilien zur Verfügung, die Menschen mit Behinderungen, mit HIV oder Inkontinenz oder mobilitätsbeeinträchtigten Patienten in medizinischen Einrichtungen Zugang zur Sanitärversorgung ermöglichen?
- Wurden Umweltfaktoren evaluiert, zum Beispiel der Abbau von Rohstoffen wie Sand oder Kies für den Bau von Toiletten oder der Schutz der Umwelt vor Fäkalien?
- Gibt es in der Gemeinschaft gelernte Arbeitskräfte wie Maurer und Zimmerleute und ungelernte Arbeitskräfte?
- Stehen Geräte und LKW zur Grubenentleerung/Entschlammung zur Verfügung? Werden die gesammelten Fäkalien derzeit in geeigneter Form und sicher entsorgt?
- Wie sieht die geeignete Strategie für die Fäkalienentsorgung aus, einschließlich Sammlung, Entleerung, Behandlung und Entsorgung?

Vektorübertragene Krankheiten

- Welche Risiken bestehen hinsichtlich vektorübertragener Krankheiten und wie schwerwiegend sind sie?
- Wie sehen die täglichen oder saisonalen Muster der Vektoren in Bezug auf Reproduktion, Ruhe und Nahrungsaufnahme aus?

Copyright

- Bestehen traditionelle Überzeugungen und Praktiken im Hinblick auf Vektoren und vektorübertragene Krankheiten (zum Beispiel die Überzeugung, dass Malaria durch verschmutztes Wasser verursacht wird)? Sind bestimmte dieser Überzeugungen und Praktiken nützlich oder schädlich?
- Falls das Risiko vektorübertragener Krankheiten hoch ist: Haben die gefährdeten Personen Zugang zu individuellen Schutzmaßnahmen?
- Kann das lokale Umfeld verändert werden (insbesondere auch durch Entwässerung, Entstrüppung, Entsorgung von Exkrementen, Abfallentsorgung), um die Vermehrung von Vektoren einzudämmen?
- Müssen die Vektoren durch chemische Mittel kontrolliert werden? Welche Programme, Vorschriften und Ressourcen sind für die Vektorkontrolle durch den Einsatz von Chemikalien vorhanden?
- Welche Sicherheitsvorkehrungen müssen getroffen und welche Informationen den Haushalten bereitgestellt werden?

Feststoffabfallmanagement

- Stellt der Feststoffabfall ein Problem dar?
- Wie entsorgen die Menschen ihren Abfall? Wie viel und welche Art von Abfällen fallen an?
- Kann der Feststoffabfall vor Ort entsorgt werden oder muss er gesammelt und extern entsorgt werden?
- Wie wird der Feststoffabfall der betroffenen Bevölkerung normalerweise entsorgt (z. B. Kompost und/oder Abfallgruben, Sammelsystem, Abfalleimer)?
- Erzeugen medizinische Einrichtungen und Tätigkeiten Abfall? Wie wird er entsorgt? Wer ist zuständig?
- Wie werden Einweg-Hygieneartikel entsorgt (z. B. Windeln oder Menstruations- und Inkontinenzartikel)? Ist deren Entsorgung diskret und effektiv?
- Welche Auswirkungen hat die derzeitige Abfallentsorgung auf die Umwelt?
- Welche Abfallentsorgungskapazitäten haben der Privatsektor und die öffentliche Hand?

Copyright

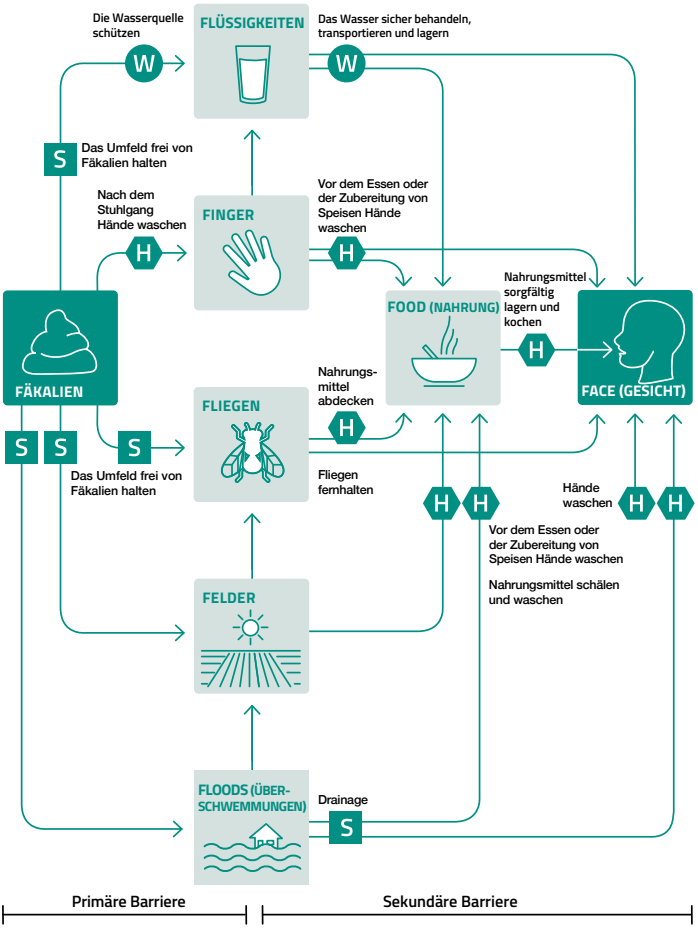
Anlage 2
Das F-Diagramm: Fäkal-orale Übertragung von Durchfallerkrankungen

W WASSER

S SANITÄRVERSORGUNG

H HYGIENE

Barrieren können die Übertragung von Krankheiten verhindern; diese können primär (verhindern den direkten Kontakt mit den Fäkalien) oder sekundär (verhindern die Aufnahme durch eine andere Person) sein. Sie können durch Maßnahmen im Bereich Wasser-, Sanitärversorgung und Hygiene kontrolliert werden.



HINWEIS Das Diagramm ist eine Zusammenfassung der Übertragungswege; andere damit verbundene Wege können wichtig sein. Trinkwasser kann beispielsweise durch einen Schmutzwasserbehälter verunreinigt sein, oder Nahrungsmittel können durch schmutzige Kochutensilien infiziert sein. © WEDC

Die 5 F: Fäkalien, Flüssigkeiten, Finger, Fliegen, Food (Nahrung) (Abbildung 5)
Quelle: Water, Engineering and Development Centre (WEDC)

Copyright

Anlage 3
Mindestwassermengen: Sicherung des Überlebens und Quantifizierung des Wasserbedarfs

Lebensnotwendiger Bedarf: Wasseraufnahme (Essen und Trinken)	2,5–3 Liter pro Person und Tage (je nach Klima und individueller Physiologie)
Grundlegende Hygienepraktiken	2–6 Liter pro Person und Tage (je nach sozialen und kulturellen Normen)
Grundbedarf für das Kochen	3–6 Liter pro Person und Tage (je nach Art der Lebensmittel und sozialen und kulturellen Normen)
Gesundheitszentren und Krankenhäuser	5 Liter pro ambulantem Patienten 40–60 Liter pro stationärem Patienten pro Tag 100 Liter pro Operation und Entbindung Unter Umständen wird zusätzliches Wasser für Waschmaschinen, Toiletten etc. benötigt
Cholerazentren	60 Liter pro Patient und Tag 15 Liter pro Pflegekraft und Tag
Zentren für virales hämorrhagisches Fieber	300–400 Liter pro Patient und Tag
Therapeutische Ernährungszentren	30 Liter pro stationärem Patienten und Tag 15 Liter pro Pflegekraft und Tag
Mobile Klinik mit geringer Auslastung	1 Liter pro Patient und Tag
Mobile Klinik hoher Auslastung	5 Liter pro Patient und Tag
Orale Rehydrationsstellen (ORP)	10 Liter pro Patient und Tag
Aufnahme-/Transitzentren	15 Liter pro Person und Tag, wenn der Aufenthalt länger als 1 Tag dauert 3 Liter pro Person und Tag, wenn der Aufenthalt nur tagsüber ist
Schulen	3 Liter pro Schüler pro Tag; Trinkwasser und Händewaschen (ohne Wasser für Toiletten: siehe öffentliche Toiletten unten)
Moscheen	2–5 Liter pro Person und Tag (Waschen und Trinken)
Öffentliche Toiletten	1–2 Liter pro Nutzer und Tag (Händewaschen) 2–8 Liter pro Kabine und Tag zur Reinigung
Alle Spültoiletten	20–40 Liter pro Nutzer und Tag bei konventionellen Spültoiletten, die an die Kanalisation angeschlossen sind 3–5 Liter pro Nutzer und Tag für Pour-Flush-Toiletten
Analreinigung	1–2 Liter pro Patient und Tag
Nutzvieh	20–30 Liter pro großem oder mittelgroßem Tier pro Tag 5 Liter pro kleinem Tier pro Tag

Copyright

Anlage 4
Mindestanzahl von Toiletten: Gemeinschaft, öffentliche Orte und Einrichtungen

Ort	Kurzfristig	Mittel- und langfristig
Gemeinschaft	1 Toilette für 50 Personen (Gemeinschaftstoilette)	1 Toilette für 20 Personen (mehrere Familien) 1 Toilette für 5 Personen oder 1 Familie
Marktbereich	1 Toilette für 50 Stände	1 Toilette für 20 Stände
Krankenhäuser/ Gesundheitszentren	1 Toilette für 20 Betten oder 50 ambulante Patienten	1 Toilette für 10 Betten oder 20 ambulante Patienten
Ernährungszentren	1 Toilette für 50 Erwachsene 1 Toilette für 20 Kinder	1 Toilette für 20 Erwachsene 1 Toilette für 10 Kinder
Aufnahme-/ Transitzentren	1 Toilette für 50 Personen 3:1 Frauen/Männer	
Schulen	1 Toilette für 30 Mädchen 1 Toilette für 60 Jungen	1 Toilette für 30 Mädchen 1 Toilette für 60 Jungen
Büros		1 Toilette für 20 Bedienstete

Quelle: nach Harvey, Baghri and Reed (2002)

Hinweis: Wenn möglich, sollten von Beginn an Familientoiletten, oder idealerweise Haushaltstoiletten, eingerichtet werden, um Akzeptanz, Eigenverantwortung und kulturell angepasste Sanitärmaßnahmen zu fördern.

Hinweis: In der Gemeinschaft sollten ebenso viele Waschmöglichkeiten wie Toiletten pro 50 Personen (kurzfristig) oder pro 20 Personen (langfristig) zur Verfügung gestellt werden.

Copyright

Anlage 5
Wasser- und sanitärassoziierte Krankheiten

1. Umweltklassifizierung von wasserassoziierten Infektionen

Kategorie	Infektion	Erreger
1) Fäkal-oral (durch Wasser übertragen oder indirekt wasserbürtig)		
a) Diarrhö und Dysenterie	Amöbenruhr	Protozoon
	Balantidiasis	Protozoon
	Campylobacter-Enteritis	Bakterium
	Cholera	Bakterium
	Kryptosporidiose	Protozoon
	E. coli-Diarrhö	Bakterium
	Giardiasis	Protozoon
	Rotavirus-Diarrhö	Virus
	Salmonellen	Bakterium
	Shigellose	Bakterium
	Yersiniose	Bakterium
b) enterische Fieber	Typhus	Bakterium
	Paratyphus	Bakterium
	Poliomyelitis	Virus
	Hepatitis A	Virus
	Leptospirose	Spirochaetae
	Ascariasis	Wurm
	Trichuriasis	Wurm
2) Indirekt wasserbürtig		
a) Haut- und Augeninfektionen	infektiöse Hauterkrankungen	Verschiedene
	infektiöse Augenerkrankungen	Verschiedene
b) sonstige	durch Läuse übertragener Typhus	Rickettsien
	durch Läuse übertragenes Rückfallfieber	Spirochaetae
3) Wasserbasiert		
a) durch die Haut	Schistosomiasis	Wurm
b) verschluckt	Guineawurm	Wurm
	Klonorchiasis	Wurm
	Diphyllobothriasis	Wurm
	Paragonimiasis	Wurm
	sonstige	Wurm
4) Wasserassoziierte Insektenvektoren		
a) Stechen in der Nähe von Wasser	Schlafkrankheit	Protozoon
b) Brüten im Wasser	Filariose	Wurm
	Malaria	Protozoon
	Flussblindheit	Wurm
	durch Mücken übertragene Viren	Virus
	Gelbfieber	Virus
	Dengue	Virus
	sonstige	

Quelle: ACF: Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk, Annex 5, page 675

Copyright

2. Umweltklassifizierung fäkalienassoziierter Infektionen

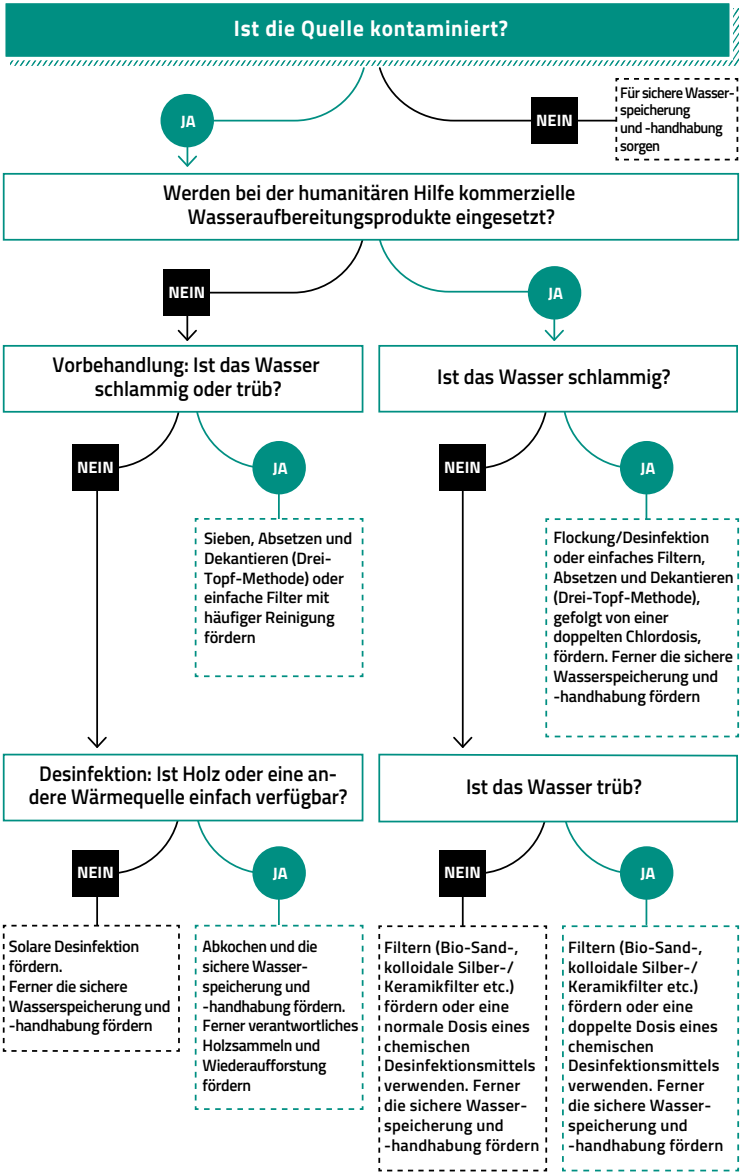
Kategorie	Infektion	Erreger	Vorherrschende Übertragungsmechanismen	Hauptkontrollmaßnahmen (technische Maßnahmen kursiv)
1) Fäkal-oral (nicht bakteriell), nicht latent, Infektion bei geringer Dosis.	Poliomyelitis Hepatitis A Rotavirus-Diarrhö Amöbenruhr Giardiasis Balantidiasis Enterobiasis Hymenolepiasis	Virus Virus Virus Protozoon Protozoon Protozoon Wurm Wurm	Mensch-zu-Mensch-Übertragung Kontaminierung im Haushalt	Wasserversorgung der Haushalte Bessere Unterkünfte Bereitstellung von Toiletten Gesundheitsaufklärung
2) Fäkal-oral (bakteriell), Dosis nicht latent, mittel- oder hochinfektiös, mäßig persistierend und fortpflanzungsfähig.	Diarrhö und Dysenterie Campylobacter-Enteritis Cholera *E. coli*-Diarrhö Salmonellen Shigellose Yersiniose Enterische Fieber Typhus Paratyphus	 Bakterium Bakterium Bakterium Bakterium Bakterium Bakterium Bakterium Bakterium	Mensch-zu-Mensch-Übertragung Kontaminierung im Haushalt Wasserkontaminierung Nutzpflanzenkontaminierung	Wasserversorgung der Haushalte Bessere Unterkünfte Bereitstellung von Toiletten Fäkalienbehandlung vor der Wiederverwendung oder Entsorgung Gesundheitsaufklärung
3) Über den Boden übertragene Würmer, latent und persistierend, ohne Zwischenwirt.	Ascariasis (Spulwurm) Trichuriasis (Peitschenwurm) Hakenwurm Strongyloidiasis	Wurm Wurm Wurm Wurm	Hofkontaminierung Bodenkontaminierung in gemeinschaftlich genutzten Defäkationsbereichen Nutzpflanzenkontaminierung	Bereitstellung von Toiletten mit sauberen Böden Fäkalienbehandlung vor der Verwendung im Boden
4) Rinder-und Schweinebandwürmer, latent und persistierend, mit Rind oder Schwein als Zwischenwirt.	Taeniasis	Wurm	Hofkontaminierung Feldkontaminierung Futtermittelkontaminierung	Bereitstellung von Toiletten Fäkalienbehandlung vor der Verwendung im Boden Kontrolle der gegarten Lebensmittel und des Fleischs
5) Wasserbasierte Würmer, latent und persistierend, mit im Wasser lebenden Zwischenwirt(en).	Schistosomiasis Klonorchiasis Diphyllobothriasis Paragonimiasis	Wurm Wurm Wurm Wurm	Wasserkontaminierung	Bereitstellung von Toiletten Fäkalienbehandlung vor der Entsorgung Kontrolle von infizierten Tieren Kochen

Copyright

Kategorie	Infektion	Erreger	Vorherrschende Übertragungsmechanismen	Hauptkontrollmaßnahmen (technische Maßnahmen kursiv)
6) Fäkalienassoziierte Insektenvektoren	Filariose (von Moskitos der Gattung *Culex pipiens* übertragen), Infektionen der Kategorien 1–4, insbesondere I und II, die durch Fliegen und Kakerlaken übertragen werden können.	Wurm verschiedene	Insekten brüten an unterschiedlichen fäkalienkontaminierten Orten.	Ermittlung und Eliminierung potenzieller Brutstätten, Verwendung von Moskitonetzen.

Copyright

Anlage 6
Entscheidungsbaum zur Wasseraufbereitung und -lagerung auf Haushaltsebene



Entscheidungsbaum zur Wasseraufbereitung und -lagerung auf Haushaltsebene (Abbildung 6)
Quelle: Nach IFRC (2008) Household water treatment and safe storage in emergencies manual

Copyright

Quellen und weiterführende Literatur

Allgemeines/Recht auf Wasser

United Nations General Assembly Resolution 64/292: The human right to water and sanitation. 2010. www.un.org

Auswirkungen von WASH auf die Gesundheit

Bartram, J. Cairncross, S. *"Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health." PLoS Med*, vol. 7, 2010, e1000367.

Liddle, K et al. *An Evidence Review of Research on Health Interventions in Humanitarian Crises.* LSHTM, Harvard School of Public Health, 2013. www.elrha.org

Campbell, O.M. Benova, L. et al. "*Getting the basic rights: the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework." Trop Med Int Health*, vol. 20, 2015, pp. 252-67.

Fewtrell, L. Kaufmann, et al. *"Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis." Lancet Infectious Diseases*, vol. 5, 2005, pp. 42-52. www.thelancet.com

Ramesh, A. Blanchet, K. et al. *"Evidence on the Effectiveness of Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Interventions on Health Outcomes in Humanitarian Crises: A Systematic Review." PLoS One*, vol. 10, 2015, e0124688.

Wolf, J. Pruss-Ustun, A. et al. *"Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low- and middle-income settings: systematic review and meta-regression." Trop Med Int Health*, vol. 19, no. 9, 2014.

Effektive WASH-Programme

Compendium of accessible WASH technologies. WaterAid and WEDC, 2014. www.wateraid.org

Davis, J. Lambert, R. *Engineering in Emergencies* (2nd ed). ITDG Publishing & RedR UK, 2002.

Efficacy and effectiveness of water, sanitation, and hygiene interventions in emergencies in low- and middle-income countries: a systematic review. https://www.developmentbookshelf.com

Public Health Engineering in Precarious Situations. MSF, 2010. http://refbooks.msf.org

WASH Manual for Refugee Settings: Practical Guidance for Refugee Settings. UNHCR, 2017. http://wash.unhcr.org

Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk. ACF, 2005. www.actionagainsthunger.org

Copyright

Schutz und WASH

House, S. Ferron, S. Sommer, M. Cavill, S. *Violence, Gender & WASH: A Practitioner's Toolkit - Making water, sanitation and hygiene safer through improved programming and services.* WaterAid/SHARE, 2014. https://violence-wash.lboro.ac.uk/

Humanitarian Inclusion Standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. https://www.cbm.org

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. INEE, 2010. www.ineesite.org

Jones, H.E. Reed, R. *Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: Designing services to improve accessibility.* Loughborough University, UK, 2005. www.ircwash.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. http://cpwg.net

Hygieneaufklärung/Verhaltensveränderung

Curtis, V. Cairncross, S. *"Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review." Lancet Infect Dis*, vol. 3, 2003, pp. 275-81.

De Buck, E. Hannes, K. et al. *Promoting handwashing and sanitation behaviour change in low- and middle income countries. A mixed method systematic review. Systematic Review 36.* International Initiative for Impact Evaluation, June 2017. www.3ieimpact.org

Ferron, S. Morgan, J. O'Reilly, M. *Hygiene Promotion: A Practical Manual from Relief to Development.* ITDG Publishing, Rugby, UK, 2000 and 2007.

Freeman, M.C. Stocks, M.E. et al. *"Hygiene and health: systematic review of hand-washing practices worldwide and update of health effects." Trop Med Int Health*, vol. 19, 2014, pp. 906-16.

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. *Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design.* WEDC, 2002. https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk

Hygiene Promotion in Emergencies. Training package. WASH Cluster. http://washcluster.net

Hygiene Promotion Guidelines. UNHCR, 2017. http://wash.unhcr.org

Rabie, T. Curtis, V. *"Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review." Trop Med Int Health*, vol. 11, 2006, pp. 258-67.

Watson, J.A. Ensink, J.H. Ramos, M. Benelli, P. Holdsworth, E. Dreibelbis, R. Cumming, O. *"Does targeting children with hygiene promotion messages work? The effect of hand-washing promotion targeted at children, on diarrhoea, soil-transmitted helminth infections and behaviour change, in low- and middle-income countries." Trop Med Int Health*, 2017.

Menstruationshygiene

Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters: Training guide for practitioners.* WaterAid. https://washmatters.wateraid.org

Sommer, M. Schmitt, M. Clatworthy, D. *A Toolkit for integrating Menstrual Hygiene Management (MHM) into Humanitarian Response.* Colombia University, Mailman School of Public Health and International Rescue Committee. New York, 2017. www.rescue.org

Copyright

Inkontinenz

Groce, N. Bailey, N. Land, R. Trani, J.F. Kett, M. *"Water and sanitation issues for persons with disabilities in low- and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development." Journal of Water and Health*, vol. 9, 2011, pp. 617-27.

Hafskjold, B. Pop-Stefanija, B. et al. *"Taking stock: Incompetent at incontinence - why are we ignoring the needs of incontinence sufferers?" Waterlines*, vol. 35, no. 3, 2016. www.developmentbookshelf.com

Fäkalienentsorgung

Clasen, T.F. Bostoen, K. Schmidt, W.P. Boisson, S. Fung, I.C. Jenkins, M.W. Scott, B. Sugden, S. Cairncross, S. *"Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea." Cochrane Database Syst Rev*, 2010, CD007180.

Freeman, M.C. Garn, J.V. Sclar, G.D. Boisson, S. Medlicott, K. Alexander, K.T. Penakalapati, G. Anderson, D. Mahtani, A.G. Grimes, J.E.T. Rehfuess, E.A. Clasen, T.F. *"The impact of sanitation on infectious disease and nutritional status: A systematic review and meta-analysis." Journal of Water and Health*, vol. 220, 2017, pp. 928-49.

Gensch, R. Jennings, A. Renggli, S. Reymond, Ph. *Compendium of Sanitation Technologies in Emergencies.* WASH-Netzwerk Deutschland und Eidg. Anstalt für Wasserversorgung, Abwasserreinigung & Gewässerschutz (Eawag), Berlin, Deutschland, 2018.

Graham, J.P. Polizzotto, M.L. "Pit latrines and their impacts on groundwater quality: A systematic re*view." Environmental Health Perspectives*, vol. 121, 2013. https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/

Harvey, P. *Excreta Disposal in Emergencies: A Field Manual.* An Inter-Agency Publication, WEDC, 2007. http://wash.unhcr.org

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. WHO. www.who.int

Wasseraufbereitung

Branz, A. Levine, M. Lehmann, L. Bastable, A. Imran Ali, S. Kadir, K. Yates, T. Bloom, D. Lantagne, D. *"Chlorination of drinking water in emergencies: a review of knowledge to develop recommendations for implementation and research needed." Waterlines*, vol. 36, no. 1, 2017. https://www.developmentbookshelf.com

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. *"Point-of-use water treatment in emergencies." Waterlines*, vol. 31, no. 1-2, 2012.

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. *"Use of household water treatment and safe storage methods in acute emergency response: Case study results from Nepal, Indonesia, Kenya, and Haiti." Environmental Science and Technology*, vol. 46, no. 20, 2012.

Rayner, J. Murray, A. Joseph, M. Branz, A.J. Lantagne, D. *"Evaluation of household drinking water filter distributions in Haiti." Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, vol. 6, no. 1, 2016.

Wasserqualität

Bain, R. Cronk, R. Wright, J. Yang, H. Slaymaker, T. Bartram, J. *"Fecal Contamination of Drinking-Water in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." PLoS Med*, vol. 11, 2014, e1001644.

Copyright

Guidelines for Drinking-Water Quality. WHO, 2017. www.who.int

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. *"Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: a systematic review."* PubMed, 2015.

Vektorkontrolle

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. New Edition. World Health Organization, Geneva, 2009. Chapter 3, Vector management and delivery of vector control services. www.who.int

Handbook for Integrated Vector Management. WHO, 2012. www.who.int

Lacarin, C.J. Reed, R.A. *Emergency Vector Control Using Chemicals.* WEDC, Loughborough University, 1999. UK. https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=15336

Malaria Control in Humanitarian Emergencies: An Inter-agency Field Handbook. WHO, 2005. www.who.int

Thomson, M. *Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations.* Oxfam GB, 1995. https://policy-practice.oxfam.org.uk/

Vector Control: Aedes aegypti vector control and prevention measures in the context of Zika, Yellow Fever, Dengue or Chikungunya: Technical Guidance. WASH WCA Regional Group, 2016. http://washcluster.net/

Feststoffabfallmanagement

Disaster Waste Management Guidelines. UNOCHA, MSB and UNEP, 2013. www.eecentre.org

Technical Notes for WASH in Emergencies, no. 7: Solid waste management in emergencies. WHO/WEDC, 2013. www.who.int

WASH bei Epidemien

Brown, J. Cavill, S. Cumming, O. Jeandron, A. *"Water, sanitation, and hygiene in emergencies: summary review and recommendations for further research." Waterlines*, vol. 31, 2012.

Cholera Toolkit. UNICEF, 2017. www.unicef.org

Essential environmental health standards in health care. WHO, 2008. http://apps.who.int

Guide to Community Engagement in WASH: A practitioners guide based on lessons from Ebola. Oxfam, 2016. https://policy-practice.oxfam.org.uk/

Infection prevention and control (IPC) guidance summary: Ebola guidance package. WHO, 2014. www.who.int

Lantagne, D. Bastable, A. Ensink, J. Mintz, E. *"Innovative WASH Interventions to Prevent Cholera." WHO Wkly Epid Rec*. October 2, 2015.

Management of a Cholera Epidemic. MSF, 2017. https://sherlog.msf.org

Rapid Guidance on the Decommissioning of Ebola Care Facilities. WHO, 2015. http://apps.who.int

Copyright

Taylor, D.L. Kahawita, T.M. Cairncross, S. Ensink, J.H. *"The Impact of Water, Sanitation and Hygiene Interventions to Control Cholera: A Systematic Review." PLoS One*, vol. 10, e0135676. Doi: 10.1371/journal.pone.0135676, 2015. http://journals.plos.org

Yates, T. Allen, J. Leandre Joseph, M. Lantagne, D. *WASH interventions in disease outbreak response. Humanitarian Evidence Programme.* Oxfam GB, 2017. https://policy-practice.oxfam.org.uk/

Yates, T. Vujcic, J.A. Joseph, M.L. Gallandat, K. Lantagne, D. *"Water, sanitation, and hygiene interventions in outbreak response: a synthesis of evidence." Waterlines, vol.* 37, no. 1, pp. 5–30. https://www.developmentbookshelf.com

Infektionsprävention und -kontrolle

Aide Memoire for infection prevention and control in a healthcare facility. WHO, 2011. http://www.who.int

Essential water and sanitation requirements for health structures. MSF, 2009.

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies. WHO, 1999. www.who.int

Hand Hygiene Self-Assessment Framework. WHO, 2010. www.who.int

Incineration in Health Structures of Low-Income Countries. MSF, 2012. https://sherlog.msf.org

Laundries for Newbies. MSF, 2016. https://sherlog.msf.org

Management of Dead Bodies after Disasters: A Field Manual for First Responders. Second Edition. ICRC, IFRC, 2016. https://www.icrc.org

Medical Waste Management. ICRC, 2011. https://www.icrc.org

Safe management of wastes from health-care activities. Second edition. WHO, 2014. www.who.int

Sterilisation Guidelines. ICRC, 2014. http://icrcndresourcecentre.org

WASH in health care facilities. UNICEF, WHO, 2019. www.who.int

Waste Zone Operators Manual. MSF, 2012. https://sherlog.msf.org

WASH und Ernährung

Altmann, M. et al. *"Effectiveness of a household water, sanitation and hygiene package on an outpatient program for severe acute malnutrition: A pragmatic cluster - randomized controlled trial in Chad." The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 98, no. 4, Apr 2018, pp. 1005-12. https://www.ajtmh.org

BABYWASH and the 1,000 days: a practical package for stunting reduction. Action Against Hunger (ACF), 2017. https://www.actionagainsthunger.org

Null, C. et al. (2018) *"Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: a cluster randomised control trial." The Lancet: Global Health*, vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e316-e329. https://www.sciencedirect.com/

Copyright

Oxfam and Tufts University WASH and Nutrition Series: Enteric Pathogens and Malnutrition. Technical memorandum 1. Oxfam, Tufts. https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com/sites/default/files/documentos/files/Estudio%20Oxfam-Tufts%20University.pdf

WASH'NUTRITION 2017 Guidebook: Integrating water, sanitation, hygiene and nutrition to save lives. Action Against Hunger (ACF), 2017. www.actionagainsthunger.org

WASH, Bargeld und Märkte

CaLP CBA quality toolbox. http://pqtoolbox.cashlearning.org

Weiterführende Literatur

Weitere Literaturhinweise finden Sie unter
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Copyright

Weiterführende Literatur

Allgemeines/Recht auf Wasser

2.1 billion people lack safe drinking water at home, more than twice as many lack safe sanitation. WHO, 2017.
www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/water-sanitation-hygiene/en/

The Right to Water: Fact Sheet 35. OHCHR, UN-HABITAT and WHO, 2010.
www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet35en.pdf

Allgemeines/Umwelt

Environment Marker – Guidance Note. UN OCHA & UNEP, 2014. www.humanitariPanresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/Environment%20Marker%2BGuidance%20Note_Global_2014-05-09.pdf

Effektive WASH-Programme

Disaster risk reduction and water, sanitation and hygiene: comprehensive guidance: a guideline for field practitioners planning and implementing WASH interventions.
www.preventionweb.net/publications/view/25105

WASH und Schutz

Including children with disabilities in humanitarian action. WASH Booklet. UNICEF, 2017.
http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html

WASH, Protection and Accountability, Briefing Paper. UNHCR, 2017.

WASH, Protection and Accountability Briefing Paper. UNHCR, 2017.
http://wash.unhcr.org/download/wash-protection-and-accountability/

Hygieneaufklärung/Verhaltensveränderung

ABC – Assisting Behaviour Change Part 1: Theories and Models and Part 2: Practical Ideas and Techniques. ACF France. 2013.

Choose Soap Toolkit. London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), 2013.

Communication for Behavioural Impact (COMBI) A toolkit for behavioural and social communication in outbreak response. WHO, 2012. www.who.int/ihr/publications/combi_toolkit_outbreaks/en/

Curtis, V. Schmidt, W. et al. *"Hygiene: new hopes, new horizons." Lancet Infect Dis*, vol. 11, 2011, pp. 312-21.

Guidelines on Hygiene Promotion in Emergencies. IFRC, 2017.
www.ifrc.org/en/what-we-do/health/water-sanitation-and-hygiene-promotion/hygiene-promotion/

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. *Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design.* WEDC, 2002. https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=16676 oder http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20(WEDC).pdf

Copyright

Kittle, B. *A Practical Guide to Conducting a Barrier Analysis.* Helen Keller International, New York, 2013. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JMZW.pdf

Service, O. et al (The Behavioural Insights Team) *EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights.* In partnership with Cabinet Office, Nesta, 2014. www.behaviouralinsights.co.uk/publications/east-four-simple-ways-to-apply-behavioural-insights/

Menstruationshygiene

House, S. *Considerations for selecting sanitary protection and incontinence materials for refugee contexts*. UNHCR Publication, 2016. http://wash.unhcr.org/download/considerations-for-selecting-sanitary-protection-and-incontinence-materials-for-refugee-contexts/

House, S. Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters; A resource for improving menstrual hygiene around the world.* WaterAid/SHARE, 2012. https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/Menstrual%20hygiene%20matters%20low%20resolution.pdf

Fäkalienentsorgung

Majorin, F. Torondel, B. Ka Saan Chan, G. Clasen, T.F. *"Interventions to improve disposal of child faeces for preventing diarrhoea and soil-transmitted helminth infection." Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014.

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. WHO. www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/fs3_4.pdf

Wasserqualität.

Fewtrell, L. *"Drinking water nitrate, methemoglobinemia, and global burden of disease: A discussion." Environ Health Perspectives,* vol. 112, no. 14, Oct 2004, pp. 1371-74. doi: 10.1289/ehp.7216. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1247562/

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. *"Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: A systematic review." Science of The Total Environment*, vol. 514, 2015, pp. 333-43.

Villenueava, C.M. et al. *"Assessing Exposure and Health Consequences of Chemicals in Drinking Water: Current State of Knowledge and Research Needs." Environmental Health Perspectives*, vol. 122, 2014, pp. 213-21. pdfs.semanticscholar.org/d037/3e8020adfaa27c45f43834b158cea3ada484.pdf

Vektorkontrolle

Benelli, G. Jeffries, C.L. Walker, T. *"Biological Control of Mosquito Vectors: Past, Present, and Future." Insects*, vol. 7, no. 4, 2016. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27706105

Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance. WHO, 1997. http://apps.who.int/iris/handle/10665/63504

Hunter, P. *Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology.* John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK, 1997. www.wiley.com/en-us/Waterborne+Disease%3A+Epidemiology+and+Ecology-p-9780471966463

Copyright

Malaria Control in Humanitarian Emergencies. Working Group GFATM in Humanitarian Emergencies, 2009. www.unhcr.org/4afacdfd9.pdf

Manual for Indoor Residual Spraying: Application of Residual Sprays for Vector Control, 3rd Ed. WHO, 2007. http://apps.who.int/iris/handle/10665/69664

Malaria vector control policy recommendations and their applicability to product evaluation. WHO, 2017. www.who.int/malaria/publications/atoz/vector-control-recommendations/en/

Rozendaal, J.A. Vector Control: Methods for use by individuals and communities. WHO, 1997. www.who.int/whopes/resources/vector_rozendaal/en/

Warrell, D. Gilles, H. (eds). *Essential Malariology*. Fourth Edition. Arnold. London, 2002.

WASH bei Epidemien

Cholera Outbreak Guidelines: Preparedness, Prevention and Control. Oxfam, 2012. https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/cholera-outbreak-guidelines-preparedness-prevention-and-control-237172

Ebola: Key questions and answers concerning water, sanitation and hygiene. WHO/UNICEF, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144730/1/WHO_EVD_WSH_14.2_eng.pdf

Schiavo, R. Leung, M.M. Brown, M. *"Communicating risk and promoting disease mitigation measures in epidemics and emerging disease settings." Pathog Glob Health*, vol. 108, no. 2, 2014, pp. 76-94. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24649867

WASH und Ernährung

Dodos, J. Mattern, B. Lapegue, J. Altmann, M. Ait Aissa, M. *"Relationship between water, sanitation, hygiene and nutrition: what do Link NVA nutritional causal analyses say?" Waterlines, vol. 36, no. 4,* 2017. https://www.developmentbookshelf.com/doi/abs/10.3362/1756-3488.17-00005

Luby, S. et al. (2018) "*Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Bangladesh: a cluster randomised control trial." The Lancet: Global Health*, vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e302-e315. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17304904

WASH, Bargeld und Märkte

Cash and Markets in the WASH Sector: A Global WASH Cluster position paper. Global WASH Cluster, 2016. www.emma-toolkit.org/sites/default/files/bundle/GWC%20-%20Cash%20and%20Markets%20Position%20Paper%20-%20Dec%202016.pdf

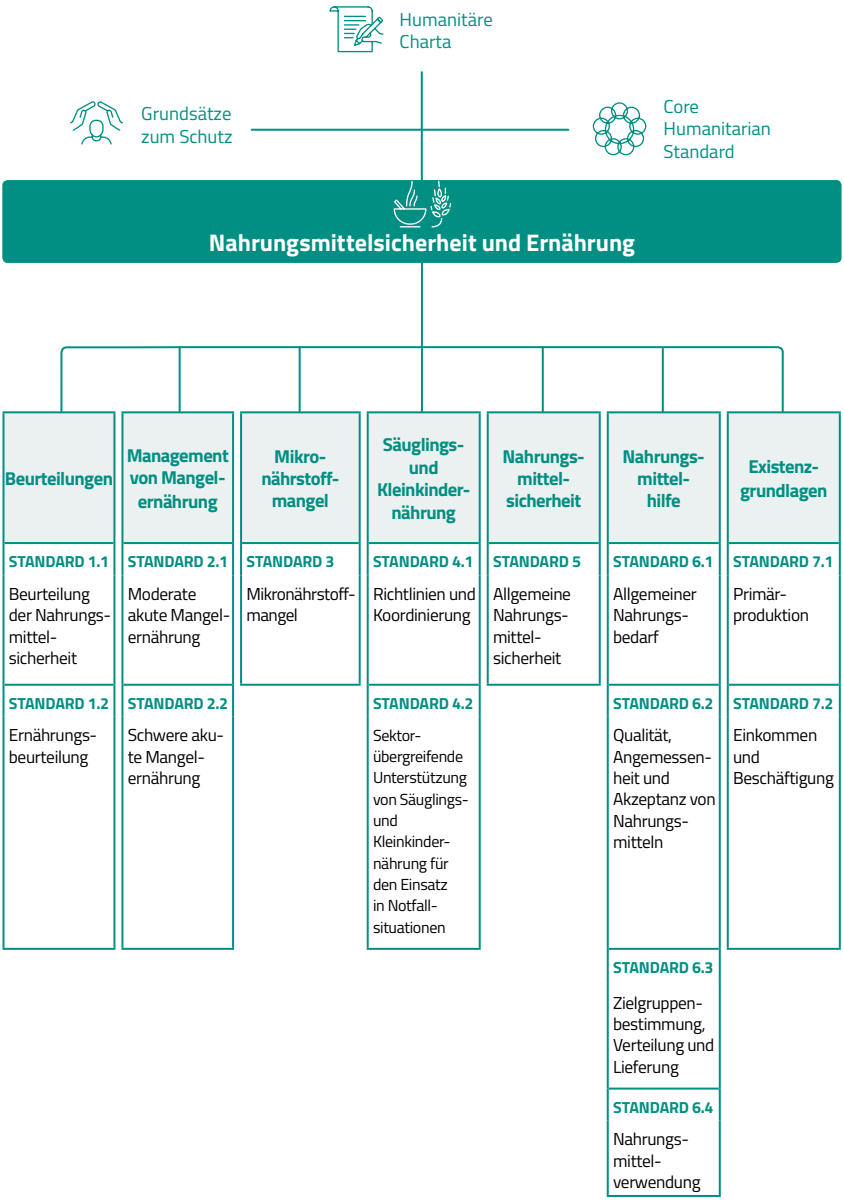
Cash Based Interventions for WASH Programmes in Refugee Settings. UNHCR, 2014. www.unhcr.org/59fc35bd7.pdf

Copyright

Copyright

Nahrungsmittel-sicherheit und Ernährung

Copyright



ANLAGE 1 Checkliste für die Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und der Existenzgrundlagen
ANLAGE 2 Checkliste für die Beurteilung der Saatgutsicherheit
ANLAGE 3 Checkliste für die Beurteilung des Ernährungsstatus
ANLAGE 4 Messung von akuter Mangelernährung
ANLAGE 5 Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmangel für die öffentliche Gesundheit
ANLAGE 6 Nahrungsbedarf

Copyright

Inhalt

Grundlegende Konzepte im Bereich Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung 160
1. Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung 165
2. Management von Mangelernährung 172
3. Mikronährstoffmangel 182
4. Säuglings- und Kleinkindernährung 185
5. Nahrungsmittelsicherheit 193
6. Nahrungsmittelhilfe 197
7. Existenzgrundlagen 211
Anlage 1: Checkliste für die Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und der Existenzgrundlagen 219
Anlage 2: Checkliste für die Beurteilung der Saatgutsicherheit 221
Anlage 3: Checkliste für die Beurteilung des Ernährungsstatus 223
Anlage 4: Messung von akuter Mangelernährung 225
Anlage 5: Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmangel für die öffentliche Gesundheit 228
Anlage 6: Nahrungsbedarf 231
Quellen und weiterführende Literatur 233

Copyright

Grundlegende Konzepte im Bereich Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung

Jeder hat das Recht, frei von Hunger zu sein und angemessene Nahrung zu haben

Die Mindeststandards für Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung von Sphere sind ein praktischer Ausdruck des Rechts auf angemessene Nahrung im humanitären Kontext. Die Standards basieren auf den in der Humanitären Charta festgehaltenen Überzeugungen, Prinzipien, Rechten und Pflichten. Dazu gehören das Recht auf ein Leben in Würde, das Recht auf Schutz und Sicherheit sowie das Recht auf bedarfsgerechte humanitäre Hilfe.

Eine Liste der wichtigsten gesetzlichen und politischen Dokumente, die der Humanitären Charta zugrunde liegen, mit erläuternden Kommentaren für Mitarbeitende humanitärer Organisationen, finden Sie ⊕ *in Anhang 1 – Rechtliche Grundlage von Sphere.*

Unterernährung verringert die Fähigkeit der Menschen, sich nach einer Krise zu erholen. Sie beeinträchtigt die kognitiven Funktionen, senkt die Immunität gegen Krankheiten, erhöht die Anfälligkeit für chronische Krankheiten, schränkt die Möglichkeiten der Existenzsicherung ein und mindert die Fähigkeit, sich innerhalb der Gemeinschaft zu engagieren. Sie untergräbt die Widerstandsfähigkeit und kann die Abhängigkeit von einer längerfristigen Unterstützung erhöhen.

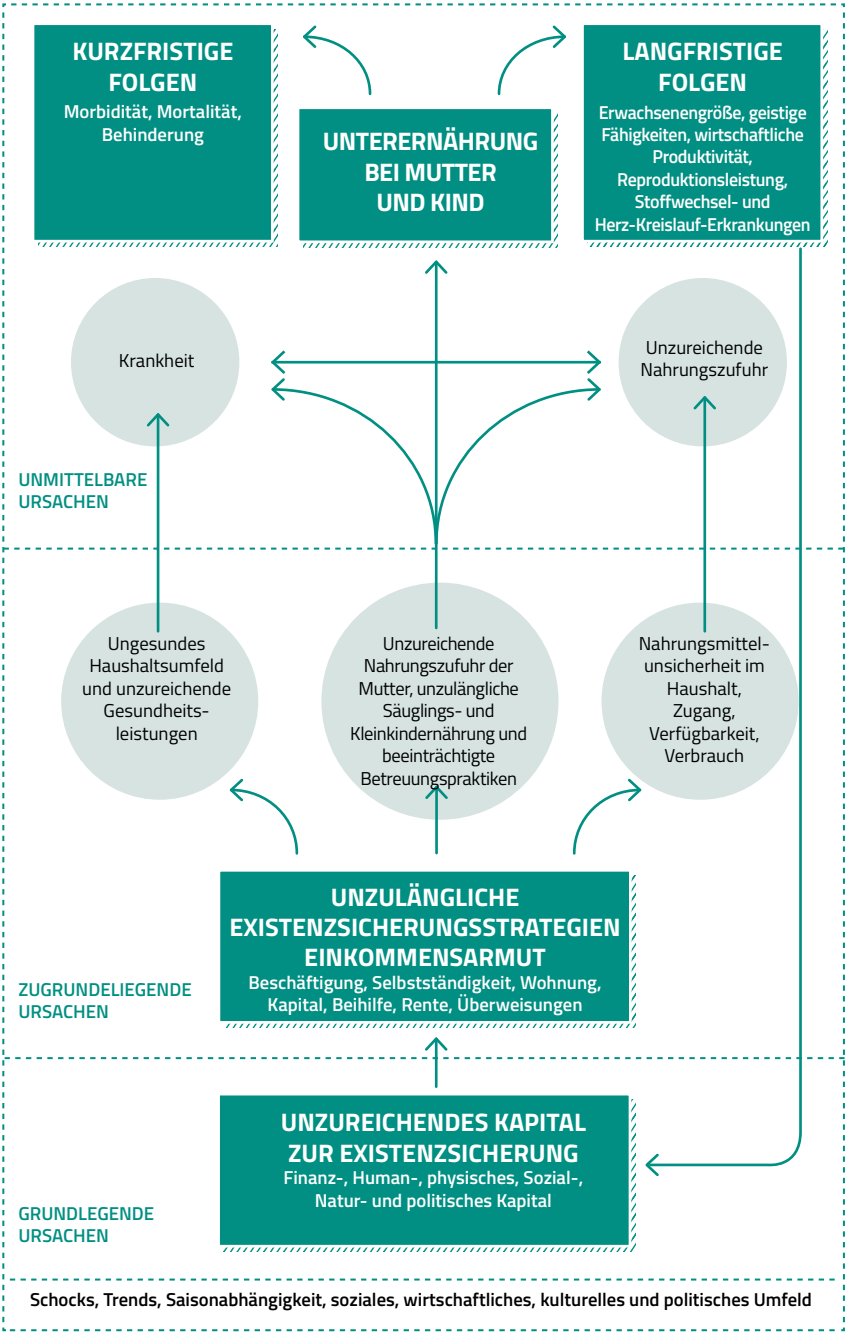
Die Ursachen von Unterernährung sind komplex und vielschichtig

Die unmittelbaren Ursachen von Unterernährung sind eine unzureichende Nahrungsmittelzufuhr und wiederholte Erkrankungen ⊕ *siehe Abbildung 7*. Die zugrundeliegenden Ursachen sind Nahrungsmittelunsicherheit der Haushalte, unzulängliche Ernährungs- und Betreuungspraktiken, eine ungesunde Haushaltsumgebung und eine unzureichende Gesundheitsversorgung.

Diese zugrundeliegenden Ursachen sind miteinander verbunden. Obwohl Nahrungsmittelunsicherheit eine der Ursachen von Unterernährung ist, ist es unwahrscheinlich, dass die Bereitstellung von Nahrungsmittelhilfe zu einer dauerhaften Lösung führt, wenn nicht gleichzeitig andere Ursachen angegangen werden. Nahrungsmittel- und Ernährungshilfe sollte mit Hilfsmaßnahmen aus den Bereichen WASH, Notunterkünfte und Siedlungen sowie Gesundheitsversorgung in einem koordinierten Ansatz zusammenwirken. Die Menschen benötigen beispielsweise eine ausreichende Wassermenge und -qualität, um nährstoffreiche Nahrungsmittel zuzubereiten und sichere Ernährungspraktiken anzuwenden. Der Zugang zu Sanitär- und Hygieneeinrichtungen verringert das Risiko von Epidemien. Der Zugang zu einer angemessenen Notunterkunft bietet Zugang zu Kochgelegenheiten und schützt die Menschen vor extremen Witterungseinflüssen, was das Krankheitsrisiko weiter mindert. Haben die Menschen Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung, weisen sie wahrscheinlich einen höheren Ernährungsstatus auf. Dies wiederum erhöht ihre Fähigkeit, ihren Lebensunterhalt zu bestreiten.

Durch eine Eindämmung der zugrundeliegenden Ursachen wird Unterernährung verhindert und verringert. Die Bewahrung der Existenzgrundlagen der Menschen ist dafür von

Copyright



Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung: Ursachen von Unterernährung (Abbildung 7)

Copyright

grundlegender Bedeutung, da diese ihre Fähigkeit erhöhen, mit anderen potenziellen Ursachen von Unterernährung zurechtzukommen. Zur Kapital- und Güterausstattung für die Existenzsicherung gehören Geräte und Maschinen, Rohstoffe, Land, Kenntnisse und Zugang zu funktionierenden Märkten. Die Hilfe im Bereich Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung sollte zum Schutz und zur Entwicklung dieser Kapital- und Güterausstattung und damit zur Unterstützung verschiedener Existenzsicherungsstrategien beitragen, unabhängig davon, ob hohe Mangelernährungsraten vorliegen oder nicht.

Soziale, wirtschaftliche, kulturelle und politische Veränderungen im Umfeld nach der Krise werden sich auf die Bewältigungsstrategien der Haushalte und den Zugang zu Existenzgrundlagen oder Kapital- und Güterausstattung für die Existenzsicherung auswirken. Die Stabilisierung dieser externen Faktoren wird zu besseren Einkommensmöglichkeiten beitragen und letztendlich die Gefährdung der Menschen durch die Ursachen von Unterernährung verringern.

Die Arbeit in städtischen Gebieten birgt spezifische Herausforderungen

Die zunehmende Urbanisierung stellt den Bereich der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung vor neue Herausforderungen. Das städtische Umfeld bietet potenziell mehr Möglichkeiten der Beschäftigung und Erzielung von Einkommen. Mit einer zunehmenden Stadtbevölkerung steigen jedoch auch die Nachfrage nach Wohnraum und Dienstleistungen in diesen Gebieten. In vielen Fällen können die bestehenden Politiken und Strategien zur Landnutzung und Raumordnung den unerwarteten Bedarf nicht decken. Überfüllung, Luftverschmutzung, schlechtes Abfallmanagement und fehlende Sanitäreinrichtungen in Slums erhöhen die Wahrscheinlichkeit von akuten Krankheiten. Dies reduziert die Fähigkeit der Menschen, die Möglichkeiten der Existenzsicherung zu nutzen und löst oft die der Unterernährung zugrundeliegenden Ursachen aus.

Einige Gruppen sind besonders anfällig für Unterernährung

Die Konzipierung einer angemessenen Nahrungsmittelhilfe erfordert ein umfassendes Verständnis des besonderen Nahrungsbedarfs von schwangeren und stillenden Frauen, Säuglingen und Kindern, älteren Personen und Menschen mit Behinderungen. Die Verbesserung der Nahrungsmittelsicherheit auf Haushaltsebene erfordert auch ein Verständnis der unterschiedlichen Rollen. Frauen spielen beispielsweise oft eine größere Rolle bei der Planung und Zubereitung von Nahrung für ihre Haushalte.

Es ist wichtig, die Daten mindestens nach Geschlecht, Alter und Behinderung aufzuschlüsseln. Hierdurch wird ersichtlich, wer welche Art von Nahrungsmitteln benötigt und wem möglicherweise wichtige Ernährungsbestandteile fehlen. Das Monitoring nach der Verteilung ist auf die gleiche Weise aufzuschlüsseln, um zu bestätigen, dass die Interventionen des Programms einen gerechten Zugang zu angemessenen und geeigneten Nahrungsmitteln und Nährstoffen ermöglichen.

Die Vermeidung von Unterernährung ist ebenso wichtig wie die Behandlung akuter Mangelernährung. Interventionen im Bereich Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung können kurzfristig den Ernährungs- und Gesundheitszustand sowie langfristig das Überleben und Wohlbefinden der Menschen bestimmen.

Diese Mindeststandards sollten nicht isoliert angewendet werden

Die in diesem Kapitel dargelegten Mindeststandards spiegeln den Kern des Rechts auf Nahrung wider und tragen zur schrittweisen Umsetzung dieses Rechts auf globaler Ebene bei.

Copyright

Das Recht auf angemessene Nahrung ist mit dem Recht auf Wasser und Sanitärversorgung, Gesundheit und Unterkunft verbunden. Fortschritte bei der Erreichung der Mindeststandards von Sphere in einem Bereich wirken sich auf den Fortschritt in anderen Bereichen aus. Daher erfordert eine wirksame Hilfe eine enge Koordinierung und Zusammenarbeit mit anderen Sektoren, lokalen Behörden und anderen Hilfsorganisationen. Dies trägt dazu bei, dass der Bedarf gedeckt wird, nicht mehrfach dieselben Bemühungen angestellt werden und dass die Qualität der Hilfsmaßnahmen im Bereich Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung optimiert wird. Querverweise in diesem Handbuch weisen auf mögliche Verknüpfungen hin.

Wenn zum Beispiel der Nahrungsbedarf nicht gedeckt wird, ist der Bedarf an WASH höher, da die Vulnerabilität der Menschen für Krankheiten zunimmt. Gleiches gilt für Bevölkerungsgruppen, in denen HIV prävalent ist oder in denen ein großer Anteil an älteren Personen oder Menschen mit Behinderungen lebt. Unter diesen Umständen müssen auch die Gesundheitsressourcen angepasst werden. Die Prioritäten sind auf der Grundlage von zwischen den Sektoren ausgetauschten Informationen zu setzen und im Laufe der Entwicklung der Situation zu überprüfen.

Wo die nationalen Standards unter den Mindeststandards von Sphere liegen, sollten die humanitären Organisationen gemeinsam mit der jeweiligen Regierung an der Anhebung der nationalen Mindeststandards arbeiten.

Das Völkerrecht schützt ausdrücklich das Recht auf angemessene Nahrung

Das Recht, frei von Hunger zu sein und angemessene Nahrung zu haben, wird durch das Völkerrecht geschützt. Dies erfordert den physischen und wirtschaftlichen Zugang zu angemessener Nahrung zu jeder Zeit. Die Staaten sind verpflichtet, dieses Recht sicherzustellen, wenn Einzelpersonen oder Gruppen, einschließlich Flüchtlinge und Binnenvertriebene, keinen Zugang zu angemessener Nahrung haben, auch in Krisensituationen ⊕ *siehe Anhang 1 – Rechtliche Grundlage von Sphere*.

Die Staaten können internationale Unterstützung anfordern, falls ihre eigenen Ressourcen nicht ausreichen. Dabei sollten sie Folgendes tun:

- den bestehenden Zugang zu angemessener Nahrung respektieren und einen fortgesetzten Zugang ermöglichen
- den Zugang von Einzelpersonen zu angemessener Nahrung schützen, indem sichergestellt wird, dass ihnen Organisationen oder Einzelpersonen diesen Zugang nicht vorenthalten
- die Menschen bei der Sicherung ihrer Existenzgrundlagen und der Nahrungsmittelsicherheit aktiv unterstützen, indem sie ihnen die benötigen Ressourcen zur Verfügung stellen.

Das Zurückhalten angemessener Nahrung für Zivilisten als Methode der Kriegsführung ist nach den Genfer Konventionen verboten. Ferner ist es verboten, Kulturpflanzen, Nutztiere, Nahrungsmittel, Bewässerungsanlagen, Trinkwasseranlagen und -versorgungssysteme sowie landwirtschaftliche Flächen, auf denen Nahrungsmittel angebaut werden, anzugreifen, zu zerstören, zu entfernen oder unbrauchbar zu machen.

Im Falle einer Besatzung verpflichtet das humanitäre Völkerrecht eine Besatzungsmacht, für eine angemessene Nahrung für die Bevölkerung zu sorgen, einschließlich der Einfuhr von Hilfsgütern, wenn diese im besetzten Gebiet nicht ausreichend vorhanden sind.

Verknüpfungen zu den Grundsätzen zum Schutz und zum Core Humanitarian Standard

Die Nahrungsmittel- und Ernährungshilfe hat das Potenzial, zu schweren Rechtsverletzungen zu führen, wenn sie, insbesondere hinsichtlich der Ausbeutung

Copyright

oder dem Missbrauch von Teilnehmenden an einem Programm, missbräuchlich verwendet wird. Die Programme müssen mit der betroffenen Bevölkerung konzipiert und so umgesetzt werden, dass sie zu ihrer Sicherheit, Würde und Integrität beitragen. Ein ordnungsgemäßes Management und eine strenge Aufsicht über Personal und Ressourcen sind ebenso erforderlich wie die strikte Einhaltung und Durchsetzung eines Verhaltenskodex für alle an der Durchführung von Hilfsprogrammen Beteiligten. Schaffen Sie klare Feedback-Mechanismen mit der betroffenen Bevölkerung und reagieren Sie schnell auf eventuelle Bedenken. Die Teams der Hilfsorganisationen sollten speziell zur Sicherheit von Kindern geschult werden, das heißt, sie sollten unter anderem wissen, an wen sie sich bei Verdacht auf Gewalt, Missbrauch oder Ausbeutung, auch von Kindern, wenden. ⊕ *siehe Grundsatz zum Schutz 1* und *Verpflichtung 5 des Core Humanitarian Standard*.

Die zivil-militärische Zusammenarbeit und Koordinierung, wie beispielsweise die logistische Unterstützung, sollte in allen Situationen, insbesondere in Konfliktsituationen, sorgfältig geprüft werden ⊕ *siehe Über Sphere* und *Grundsätze zum Schutz*.

Bei der Anwendung der Mindeststandards sollten alle neun Verpflichtungen des Core Humanitarian Standard berücksichtigt werden. Dieser bildet die Grundlage eines Programms für Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung, das dem Prinzip der Rechenschaft folgt.

Copyright

1. Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung

Die Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung ist im gesamten Verlauf einer Krise erforderlich. Sie zeigt auf, wie sich der Kontext entwickelt und ermöglicht es, die Hilfsmaßnahmen entsprechend anzupassen. Im Idealfall überschneiden sich die Beurteilungen der Nahrungsmittelsicherheit und der Ernährung und dienen der Identifizierung der Barrieren, die einer angemessenen Ernährung und der Verfügbarkeit und Verwendung von und des Zugangs zu Nahrungsmitteln im Wege stehen. Gemeinsame Beurteilungen der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung können die Kostenwirksamkeit erhöhen und die Ernährung mit den Programmen für Nahrungsmittelsicherheit verknüpfen.

Die Beurteilungen sollten nach allgemein anerkannten Grundsätzen erfolgen, international anerkannte Methoden anwenden und unparteiisch, repräsentativ und zwischen den humanitären Organisationen und Regierungen gut koordiniert sein. Die Beurteilungen müssen ergänzend, konsistent und vergleichbar sein. Die Interessengruppen müssen sich auf eine geeignete Methodik einigen. Diese sollte einen Querschnitt der betroffenen Bevölkerung umfassen, wobei gefährdeten Bevölkerungsgruppen besondere Aufmerksamkeit beigemessen werden sollte. Sektorübergreifende Beurteilungen können bei der Beurteilung in Krisen großen Ausmaßes und großen geografischen Gebieten helfen.

Das Ziel von Beurteilungen der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung kann sein:

- Verstehen der Situation und Erfassen des aktuellen Bedarfs und wie man diesen decken kann
- Kalkulieren, wie viele Menschen Hilfe benötigen
- Identifizieren der am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen und/oder
- Schaffen einer Ausgangsbasis für die Überwachung der Auswirkungen der humanitären Hilfe

Die Beurteilungen können in verschiedenen Phasen einer Krise durchgeführt werden. Zum Beispiel:

- eine Erstbeurteilung innerhalb der ersten zwei bis drei Tage, um mit der sofortigen Verteilung der Nahrungsmittelhilfe zu beginnen
- eine Schnellbeurteilung innerhalb von zwei bis drei Wochen, die sich auf Annahmen und Schätzungen stützt, um eine Grundlage für das Programmdesign zu schaffen
- eine Detailbeurteilung innerhalb von drei bis zwölf Monaten, wenn sich die Situation zu verschlechtern scheint oder mehr Informationen für die Entwicklung von Programmen zur Genesung benötigt werden

Anhand von detaillierten **Beurteilungen der Nahrungsmittelsicherheit** werden Existenzsicherungsstrategien, Kapital- und Güterausstattung und Bewältigungsstrategien identifiziert. Es wird untersucht, wie sich diese durch die Krise verändert haben und welche Folgen dies für die Nahrungsmittelsicherheit auf Haushaltsebene hat. In einer Detailbeurteilung sollte ermittelt werden, wie diese Existenzsicherungsstrategien am besten geschützt und/oder gefördert werden können, um Nahrungsmittelsicherheit zu gewährleisten.

Copyright

Detaillierte **Ernährungsbeurteilungen** beinhalten die Erhebung und Analyse repräsentativer Daten, um die Prävalenzraten von akuter Mangelernährung, Säuglings- und Kleinkindernährung und anderen Betreuungspraktiken zu ermitteln. Diese Daten, kombiniert mit der Analyse der anderen zugrundeliegenden Ursachen von Mangelernährung und den Beurteilungen der Gesundheit und Nahrungsmittelsicherheit, stellen eine Ursachenanalyse der Ernährung dar. Diese ist bei der der Planung, der Durchführung und dem Monitoring von Ernährungsprogrammen nützlich.

Die Märkte spielen eine entscheidende Rolle für die Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung im städtischen und ländlichen Umfeld. Alle Beurteilungen sollten eine Analyse der Märkte beinhalten, die dem Mindeststandard zur Marktanalyse (Minimum Standard for Market Analysis, MISMA) und/oder dem Mindeststandard zur wirtschaftlichen Erholung (Minimum Economic Recovery Standard, MERS) entspricht. ⊕ *siehe Hilfeleistung über die Märkte*.

Die folgenden Standards zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung basieren auf Verpflichtung 1 des Core Humanitarian Standard zur Konzipierung angemessener Hilfsmaßnahmen für die Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung für die betroffenen Menschen ⊕ *siehe Anlagen 1, 2 und 3* und *das LEGS Handbook* für Checklisten für die Beurteilung.

Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Standard 1.1: Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit

Wenn die Menschen von Nahrungsmittelunsicherheit bedroht sind, werden Beurteilungen durchgeführt, um den Grad und Umfang der Nahrungsmittelunsicherheit zu ermitteln, die am stärksten betroffenen Menschen zu identifizieren und die am besten geeignete Hilfe festzulegen.

Schlüsselaktivitäten

1. Sammeln und analysieren Sie Informationen zur Nahrungsmittelsicherheit in der Anfangsphase und während der Krise.
   - Führen Sie eine Analyse der kritischen Punkte im Zusammenhang mit Nahrungsmittelsicherheit wie Umweltschädigung, Sicherheit und Marktzugang durch.
2. Analysieren Sie die Auswirkungen der Nahrungsmittelsicherheit auf den Ernährungsstatus der betroffenen Bevölkerung.
   - Fügen Sie eine Überprüfung der zugrundeliegenden Ursachen von Unterernährung bei, einschließlich unzureichender Versorgung, ungesunder Haushaltsbedingungen, mangelnder Gesundheitsversorgung oder des Zugangs zu sozialen Schutzsystemen.
   - Sammeln Sie häufiger Daten in städtischen Kontexten, in denen sich die Situation schneller ändern kann und schwieriger zu beobachten ist als in ländlichen Kontexten.
3. Identifizieren Sie mögliche Hilfsmaßnahmen, die helfen können, Leben zu retten und die Lebensgrundlagen zu schützen und zu fördern.
   - Beziehen Sie Marktbeurteilungen und Kapazitäten von Regierungen und anderen Akteuren mit ein, um den Bedarf zu decken.

Copyright

4 Analysieren Sie die verfügbaren Kocheinrichtungen und -methoden, einschließlich der Art des Herdes und des Brennstoffs sowie der Verfügbarkeit von Töpfen und Geschirr.

- Analysieren Sie, wie die Menschen vor der Krise Lebensmittel und Brennstoff für das Kochen beschafft und gelagert haben, und erfassen Sie ihr Einkommen vor der Krise sowie ihre aktuellen Bewältigungsstrategien.
- Achten Sie auf die Rechte und Schutzbedürfnisse von Frauen und Mädchen, die meist für die Brennstoffbeschaffung und Nahrungszubereitung verantwortlich sind.

Schlüsselindikatoren

Für die Analyse der Nahrungsmittelsicherheit, der Existenzgrundlagen und der Bewältigungsstrategien sind standardisierte Protokolle zu verwenden

Der Prozentsatz der Analyseberichte, die Ergebnisse zusammenfassen, einschließlich der Beurteilungsmethode und der aufgetretenen Einschränkungen

Leitlinien

Daten vor der Krise in Kombination mit Daten aus geografischen Informationssystemen können einen Überblick über die möglichen Auswirkungen einer Krise geben. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass diese hinreichend aufgeschlüsselt sind, um in einem städtischen Umfeld ein klares Bild zu vermitteln.

Quellen, Instrumente und Informationssysteme für die Beurteilung: Zu den Informationsquellen gehören Erntebeurteilungen, Satellitenbilder, Haushaltsbeurteilungen, Fokusgruppengespräche und Befragungen wichtiger Informanten. Nützliche Instrumente sind der „Food Consumption Score" (Instrument des UN-Welternährungsprogramms zur Messung des Nahrungsmittelverbrauchs), der „Household Dietary Diversity Score" (Instrument des UN-Welternährungsprogramms zur Messung der Ausgewogenheit der Ernährung von Haushalten) und der „Reduced Coping Strategies Index" (Instrument des UN-Welternährungsprogramms zur Messung der angewandten Bewältigungsstrategien). Es gibt viele lokale und regionale Informationssysteme im Bereich Nahrungsmittelsicherheit, einschließlich Hunger-Frühwarnsysteme. Möglichst die „Integrated Food Security Phase Classification" (ein standardisiertes Instrument zur Klassifizierung der Nahrungsmittelsicherheit) und standardisierte Protokolle verwenden, um die Schwere und die Ursachen von akuter Nahrungsmittelunsicherheit in den betroffenen Gebieten zu klassifizieren. Das Design von Programmen zur Nahrungsmittelsicherheit sollte auf einer klaren Hilfeanalyse unter Verwendung der Ergebnisse der Beurteilungen beruhen.

Umweltschädigung kann Nahrungsmittelunsicherheit verursachen, und Nahrungsmittelunsicherheit kann zu Umweltschädigung führen. So ermöglichen beispielsweise das Sammeln von Brennholz und die Herstellung von traditioneller Holzkohle das Kochen von Nahrungsmitteln und die Erzielung von Einnahmen aus dem Verkauf. Dies kann jedoch auch zu einer Entwaldung führen. Die Hilfsmaßnahmen sollten die Nahrungsmittelsicherheit schützen und unterstützen und gleichzeitig negative Umweltauswirkungen begrenzen.

Gefährdete Gruppen: Schlüsseln Sie die Daten nach Geschlecht, Alter, Behinderung, Wohlstandsklasse und anderen relevanten Faktoren auf. Frauen und Männer können unterschiedliche, sich ergänzende Rollen bei der Sicherstellung der Ernährung des Haushalts spielen. Mit beiden sollten die Praktiken im Zusammenhang mit der

Copyright

Nahrungsmittelsicherheit, der Nahrungszubereitung und den Haushaltsressourcen besprochen werden, gegebenenfalls separat. Beachten Sie, dass ältere Personen und Menschen mit Behinderungen bei der Verteilung von Nahrungsmittelhilfe innerhalb des Haushalts ausgeschlossen werden könnten.

Dazu gehören Mädchen und Jungen, insbesondere von Kindern geführte Haushalte, getrennte oder unbegleitete Kinder, Kinder mit Behinderungen und Kinder, die in alternativer Betreuung leben. Achten Sie in verschiedenen Krisenkontexten auf Kinder. Beispielsweise bei einem Ausbruch von Infektionskrankheiten sind Kinder in die Beobachtungs-, Zwischenpflege- und Behandlungszentren einzubeziehen. In Konfliktsituationen Kinder in Demobilisierungszentren einbeziehen.

Bewältigungsstrategien: Berücksichtigen Sie die verschiedenen Arten von Bewältigungsstrategien, ihre Wirksamkeit und eventuelle negative Auswirkungen. Einige Bewältigungsstrategien, wie der Verkauf von Land, die Migration ganzer Familien oder die Abholzung von Wäldern, können die zukünftige Nahrungsmittelsicherheit dauerhaft beeinträchtigen. Einige Bewältigungsstrategien, die von Frauen, Mädchen und Jungen angewendet oder erzwungen werden, können sich auf ihre Gesundheit, ihr psychisches Wohlbefinden und ihre soziale Integration auswirken. Zu diesen Bewältigungsstrategien zählen Sex gegen Geld oder Güter oder Sex als Überlebensstrategie, die Verheiratung von Töchtern für ein Brautgeld, dass Frauen und Mädchen zuletzt und am wenigsten essen, Kinderarbeit, riskante Migration sowie Verkauf von und Handel mit Kindern.

Stellvertretermessungen: Im Nahrungsmittelverbrauch kommt die Energie- und Nährstoffzufuhr der einzelnen Personen eines Haushalts zum Ausdruck. In der Praxis ist es nicht möglich, die tatsächliche Energie- und Nährstoffzufuhr im Zuge von Erstbeurteilungen zu ermitteln, weshalb Stellvertreterindikatoren zu verwenden sind. Die Anzahl der Nahrungsmittelgruppen, die ein einzelner oder ein Haushalt zu sich nimmt, und die Häufigkeit des Verbrauchs über einen bestimmten Vergleichszeitraum geben Aufschluss über die Vielseitigkeit der Ernährung. Änderungen bei der Anzahl der täglich verzehrten Mahlzeiten und die Vielseitigkeit der Ernährung sind gute Stellvertretermessungen der Nahrungsmittelsicherheit, insbesondere wenn sie mit dem sozioökonomischen Status eines Haushalts korreliert werden.

Zu den Instrumenten für die Messung von Nahrungsverbrauchsmustern gehören der „Household Dietary Diversity Score" (Instrument des UN-Welternährungsprogramms zur Messung der Ausgewogenheit der Ernährung von Haushalten), die „Household Food Insecurity Access Scale" (US-Instrument zur Einschätzung der Prävalenz von Nahrungsmittelunsicherheit) und der „Food Consumption Score" (Instrument des UN-Welternährungsprogramms zur Messung des Nahrungsmittelverbrauchs). Die „Household Hunger Scale" (Indikator zur Messung von Hunger auf Haushaltsebene) ist ein weiterer guter Stellvertreterindikator für die Nahrungsmittelunsicherheit. Einige häufig verwendete Indikatoren wie der „Food Consumption Score" spiegeln die Nahrungsmittelunsicherheit im städtischen Kontext möglicherweise nicht angemessen wider. Die ausgewählten Messungen mit den Messungen der Bewältigungsstrategien triangulieren, um die verschiedenen Einschränkungen beim Zugang zu Nahrungsmitteln zu verstehen.

Der „Food Expenditure Share" (Anteil der Haushaltsausgaben für Nahrungsmittel) und die festgelegten Grenzwerte könnten zu komplex sein, um sie auf städtische Haushalte anzuwenden. Dies liegt daran, dass mehrere Personen für die Nahrungsmittel verantwortlich sein können, Haushaltsmitglieder außerhalb des Hauses bezogene Nahrungsmittel konsumieren und viele Menschen zum Haushaltseinkommen beitragen können.

Marktanalyse und Kosten für Ernährung: Erfassen Sie Informationen über den Zugang zu Märkten, zum Finanzkapital, zu den Existenzgrundlagen und der wirtschaftlichen Vulnerabilität. Diese Elemente sind mit den Preisen der Verbrauchsgüter,

Copyright

den Einkommensmöglichkeiten und den Lohnsätzen verknüpft, die sich auf die Nahrungsmittelsicherheit auswirken. Die formellen und informellen Marktsysteme können die Existenzgrundlagen schützen, indem sie produktive Güter wie Saatgut und Werkzeuge bereitstellen ⊕ *siehe Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Standards 7.1 und 7.2 für Existenzgrundlagen*.

Fügen Sie eine Marktanalyse als Teil der ersten und nachfolgenden Kontextbewertungen hinzu. Marktanalysen sollten beurteilen, ob lokale Märkte den Nahrungsbedarf decken können und die Mindestkosten und Bezahlbarkeit von Nahrungsmitteln, die den Nahrungsbedarf eines typischen Haushalts decken, ermitteln ⊕ *siehe Anlage Hilfeleistung über die Märkte*.

In ländlichen Gebieten werden zunehmend, und in städtischen Gebieten regelmäßig, marktbasierte Hilfsmaßnahmen bereitgestellt. Sie nutzen Verkäufer, Marktplätze, lokale Nahrungsmittel und Transportdienstleistungen, um den Bedarf der betroffenen Menschen zu decken. Daher ist es wichtig, den Marktzugang für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen zu verstehen ⊕ *siehe MISMA Handbook*.

Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Standard 1.2: Ernährungsbeurteilung

In Ernährungsbeurteilungen werden anerkannte Methoden verwendet, um Art, Grad und Ausmaß von Unterernährung, die am stärksten gefährdeten Menschen und die geeignete Hilfe zu ermitteln.

Schlüsselaktivitäten

1. Stellen Sie Informationen über den Zustand vor der Krise zusammen und führen Sie Erstbeurteilungen zur Feststellung der Art und der Schwere der Ernährungssituation durch.
   - Beurteilen Sie die nationalen und lokalen Kapazitäten für die Leitung oder Unterstützung einer Hilfe sowie die anderer Akteure im Kontext der Ernährung.
2. Führen Sie Schnelluntersuchungen wie die Messung des mittleren Oberarmumfangs (Mid Upper Arm Circumference, MUAC) und Beurteilungen der Säuglings- und Kleinkindernährung für den Einsatz in Notfallsituationen (Infant and Young Child Feeding in Emergencies, IYCF-E) zur Beurteilung der Ernährungssituation zu Beginn der Krise durch.
3. Identifizieren Sie die Bevölkerungsgruppen, die den größten Bedarf an Ernährungsunterstützung haben.
   - Sammeln Sie Informationen über die Ursachen von Unterernährung aus primären oder sekundären Quellen, einschließlich der Wahrnehmungen und Meinungen der Gemeinschaft.
   - Arbeiten Sie mit den Gemeinden zusammen, um besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Behinderung, chronischer Krankheit oder anderen Faktoren zu ermitteln.
4. Bestimmen Sie eine angemessene Hilfe auf der Grundlage eines Verständnisses des Kontexts und des Notfalls.
   - Legen Sie fest, ob die Situation stabil ist oder sich verschlechtert, und überprüfen Sie dabei die Entwicklung des Ernährungsstatus im Laufe der Zeit und nicht die Prävalenz von Mangelernährung zu einem bestimmten Zeitpunkt.
   - Berücksichtigen Sie sowohl Präventions- als auch Behandlungsoptionen.

Copyright

Schlüsselindikatoren

Standardisierte Protokolle verwenden, um Mangelernährung zu beurteilen und Ursachen zu ermitteln

Prozentsatz der Beurteilungsberichte, die die Beurteilungsmethode und die aufgetretenen Einschränkungen enthalten

Leitlinien

Kontextinformationen: Informationen zu den Ursachen von Unterernährung können aus primären und sekundären Quellen gewonnen werden, einschließlich Gesundheits- und Ernährungsprofile, Forschungsberichte, Frühwarninformationen, Aufzeichnungen von Gesundheitseinrichtungen, Berichte zur Nahrungsmittelsicherheit und andere Quellen. Beispiele hierfür sind:

- Erhebungen zur Bevölkerungsgesundheit
- Mehrfachindikator-Clustererhebungen (Multi-Indicator Cluster Surveys, MICS)
- nationale Datenbanken mit Ernährungsinformationen
- andere nationale Gesundheits- und Ernährungserhebungen
- nationale Ernährungsüberwachungssysteme
- Aufnahmeraten und Reichweite in bestehenden Programmen zum Management von Mangelernährung
- HIV-Prävalenz-, Inzidenz- und Mortalitätsdaten, einschließlich Gruppen mit höherem Risiko oder höherer Belastung ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Sexuelle und Reproduktionsgesundheit – Standard 2.3.3: HIV*

Die lokalen Institutionen und Gemeinden selbst sollten nach Möglichkeit aktiv zur Beurteilung beitragen, die Ergebnisse auswerten und Hilfen planen.

Schnelle Hilfe: In der ersten Phase einer Krise sollten Entscheidungen über die allgemeine Nahrungsmittelverteilung oder die sofortige Behandlung von Mangelernährung auf einer Schnellbeurteilung, ersten Erkenntnissen und der vorhandenen Kapazität für Hilfe beruhen. Eine eingehende Analyse sollte zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden, jedoch nicht die Hilfe in der akuten Phase verzögern.

Umfang der Analyse: Es sollten eingehende Beurteilungen durchgeführt werden, wenn Informationslücken festgestellt werden und wenn zusätzliche Informationen für das Programmdesign, die Messung der Programmergebnisse oder die Lobbyarbeit benötigt werden. Bestimmen Sie, ob bevölkerungsweite qualitative oder quantitative Beurteilungen erforderlich sind, um den anthropometrischen Status, den Mikronährstoffstatus, die Säuglings- und Kleinkindernährung, die Betreuungspraktiken der Mütter und die damit verbundenen potenziellen Determinanten von Unterernährung zu verstehen. Koordinieren Sie die Sektoren Gesundheit, WASH und Nahrungsmittelsicherheit zur Planung und Vorbereitung der Beurteilungen.

Anthropometrische Untersuchungen: Diese werden verwendet, um die physischen Verhältnisgrößen des Körpers zu untersuchen und eine Einschätzung der Prävalenz von chronischer und akuter Mangelernährung zu erhalten. Sie können auf Stichproben oder einer spezifischen Untersuchung basieren. Die Untersuchungen sollten über die Z-Werte, die WFH-Standardabweichung (Weight for height, Körpergewicht zu Körpergröße), nach den WHO-Standards Auskunft geben. Verwenden Sie die Z-Werte entsprechend der zentralen US-Behörde für Gesundheitsstatistik (National Center for Health Statistics, NCHS) zum Vergleich mit früheren Untersuchungen. Als Messwert für Auszehrung und schwere Auszehrung ist der mittlere Oberarmumfang (Mid Upper Arm Circumference, MUAC) zu erfassen. Das gängigste Verfahren ist die Beurteilung der Mangelernährung bei Kindern im

Copyright

Alter von 6–59 Monaten stellvertretend für die gesamte Bevölkerung. Falls jedoch andere Gruppen mit einem höheren Ernährungsrisiko konfrontiert sind, sollte eine Beurteilung dieser Gruppen erwogen werden ⊕ *siehe Anlage 4: Messung von akuter Mangelernährung*.

Hungerödeme sollten gesondert beurteilt und erfasst werden. Die Konfidenzintervalle für die Prävalenz von Mangelernährung sollten angegeben, die Qualitätssicherung in Bezug auf die Untersuchungen dargelegt werden. Verwenden Sie vorhandene Instrumente wie das Handbuch zur Methodik „Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions" (SMART, Programm zur Überwachung und Evaluierung von humanitären Hilfsmaßnahmen), die Untersuchung für Flüchtlingsbevölkerungen „Standardised Expanded Nutrition Survey" (SENS, Standardisierte erweiterte Untersuchung zur Ernährung), die Software „Emergency Nutrition Assessment" (ENA, Beurteilung der Ernährung in Notfallsituationen) oder die epidemiologische Software Epi Info.

Beurteilung der Säuglings- und Kleinkindernährung: Der Bedarf und die Prioritäten für die Beurteilung der Säuglings- und Kleinkindernährung für den Einsatz in Notfallsituationen (IYCF-E) sollte beurteilt und die Auswirkungen der erfolgten und unterlassenen humanitären Hilfe auf die Ernährungspraktiken von Säuglingen und Kleinkindern überwacht werden. Daten vor der Krise können genutzt werden, um frühzeitige Entscheidungen zu ermöglichen. Arbeiten Sie mit anderen Sektoren zusammen, um Fragen in Bezug auf IYCF-E in die Beurteilungen in anderen Sektoren einfließen zu lassen, und verfügbare sektorübergreifende Daten für die Gestaltung der Beurteilung hinzuziehen ⊕ *siehe Anlage 3: Checkliste für die Beurteilung des Ernährungsstatus*.

Geben Sie die Anzahl der verfügbaren Stillberaterinnen, der geschulten Mitarbeiterinnen des Gesundheitsdienstes und anderer Unterstützungsdienste sowie deren Kapazität an. Für eine eingehendere Beurteilung sollten Sie zufällige, systematische oder Cluster-Stichproben durchführen. Dies kann über eine eigenständige IYCF-E-Untersuchung oder eine integrierte Erhebung erfolgen. Eine integrierte Erhebung kann jedoch zu einem begrenzten Stichprobenumfang führen, was die Repräsentativität der Erhebung verringern kann.

Weitere Indikatoren: Zusätzliche Informationen sollten sorgfältig geprüft werden, um die Gesamtbeurteilung des Ernährungszustands zu unterstützen. Hierzu zählen die Durchimpfungsraten, insbesondere für Masern, sowie die Aufnahmeraten in Ernährungsprogrammen für einen Vitamin-A- und Jod-Mangel sowie andere Mikronährstoffmängel, Daten zur Morbidität und dem gesundheitsbewussten Verhalten. Sofern vorhanden, können die rohen Mortalitätsraten von Säuglingen und Kindern unter fünf Jahren ebenfalls berücksichtigt werden.

Interpretation des Unterernährungsgrades: Eine detaillierte Analyse der Größe und Dichte der Referenzbevölkerung sowie der Mortalitäts- und Morbiditätsraten ist für die Entscheidung notwendig, ob der Grad der Unterernährung eine Intervention erfordert. Darüber hinaus werden Informationen über den Gesundheitsstatus, die saisonalen Schwankungen, die Indikatoren für die Beurteilung der Säuglings- und Kleinkindernährung für den Einsatz in Notfallsituationen (IYCF-E), den Unterernährungsgrad vor der Krise, den Anteil schwerer akuter Mangelernährung im Vergleich zur gesamten akuten Mangelernährung und den Grad des Mikronährstoffmangels benötigt ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Kindergesundheit – Standard 2.2.2: Behandlung von Erkrankungen bei Neugeborenen und Kindern* und *Anlage 5: Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmangel für die öffentliche Gesundheit*.

Eine Kombination ergänzender Informationssysteme kann der kostenwirksamste Weg sein, um Entwicklungen zu überwachen. Modelle und Ansätze für die Entscheidungsfindung, die mehrere Variablen berücksichtigen, wie beispielsweise Nahrungsmittelsicherheit, Existenzgrundlagen sowie Gesundheit und Ernährung, können hierfür geeignet sein ⊕ *siehe Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Beurteilungen – Standard 1.1: Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit*.

Copyright

2. Management von Mangelernährung

Die Vorbeugung und die Behandlung von Mangelernährung sind zwei wichtige Aspekte in humanitären Krisen. Eine chronische Mangelernährung kann verhindert werden, aber es gibt nur wenige Hinweise darauf, dass sie rückgängig gemacht oder behandelt werden kann. Andererseits kann die akute Mangelernährung – die im Krisenfall ausgelöst werden kann – verhindert und mit der richtigen Ernährungshilfe behandelt werden.

Ernährungshilfe ist entscheidend für die Verringerung der Morbidität und Mortalität in den betroffenen Bevölkerungsgruppen. Sie erfordert jedoch ein Verständnis der komplexen Ursachen von Mangelernährung. Ein sektorübergreifender Ansatz ist unerlässlich, um alle Ursachen und deren Wechselwirkungen anzugehen.

Management von moderater akuter Mangelernährung: In Krisensituationen ist die Nährstoffergänzung oft die Hauptstrategie zur Vorbeugung und Behandlung von moderater akuter Mangelernährung.

Es sind zwei Arten von Nahrungsergänzungsprogrammen üblich: pauschale Nahrungsergänzungsprogramme zur Prävention und gezielte Nahrungsergänzungsprogramme zur Behandlung von moderater akuter Mangelernährung und zur Prävention von schwerer akuter Mangelernährung. Der Einsatz ist abhängig vom Grad der akuten Mangelernährung, den vulnerablen Bevölkerungsgruppen und dem Risiko einer Zunahme von akuter Mangelernährung.

Pauschale Nahrungsergänzungsprogramme empfehlen sich, wenn die Nahrungsmittelunsicherheit hoch ist und die Interventionen über die Fälle von moderater akuter Mangelernährung hinaus ausgedehnt werden müssen. Sie sollten von allgemeinen Nahrungsmittelverteilungen an die betroffenen Haushalte begleitet werden. Obwohl keine definierten Wirkungsindikatoren für pauschale Nahrungsergänzungsprogramme vorhanden sind, ist es wichtig, den Erfassungsgrad, die Einhaltung, die Akzeptanz und die bereitgestellten Rationen zu überwachen. Die Indikatoren für das Management von moderater akuter Mangelernährung beziehen sich in erster Linie auf eine gezielte Nahrungsergänzung.

Hauptziel eines gezielten Nahrungsergänzungsprogramms ist, zu verhindern, dass die von einer moderaten Mangelernährung Betroffenen in den Zustand einer schweren Mangelernährung geraten, und ihre Gesundheit wiederherzustellen. Über diese Art von Programmen wird in der Regel eine Nahrungsergänzung zur allgemeinen Ration für moderat mangelernährte Menschen, schwangere und stillende Mütter und andere gefährdete Personen bereitgestellt.

Management von schwerer akuter Mangelernährung: Für die therapeutische Versorgung werden verschiedene Ansätze verwendet. Ein gemeindebasiertes Management von akuter Mangelernährung ist der bevorzugte Ansatz, sofern die Bedingungen dies zulassen. Hierzu zählen:

- stationäre Versorgung von Menschen mit medizinischen Komplikationen, die an schwerer akuter Mangelernährung leiden
- stationäre Versorgung aller Säuglinge unter sechs Monaten, die an schwerer akuter Mangelernährung leiden
- ambulante Versorgung von Menschen mit schwerer akuter Mangelernährung, aber ohne medizinische Komplikationen

Copyright

- Öffentlichkeitsarbeit in der Gemeinde
- andere kontextspezifische Dienstleistungen oder Programme für die von einer moderaten akuten Mangelernährung betroffenen Menschen.

Programme zur Behebung der schweren akuten Mangelernährung sollten durch Nahrungsergänzungsprogramme sowie einer Mobilisierung der Gemeinde zur Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit, einer aktiven Fallsuche, Überweisungen und Nachuntersuchungen unterstützt werden.

Management von Mangelernährung – Standard 2.1: Moderate akute Mangelernährung

Eine moderate akute Mangelernährung wird verhindert und gemanagt.

Schlüsselaktivitäten

1 Legen Sie von Anfang an klar definierte und abgestimmte Strategien, Ziele und Kriterien für den Aufbau und Abschluss der Interventionen fest.

2 Maximieren Sie den Zugang zu und die Abdeckung durch Maßnahmen hinsichtlich moderater akuter Mangelernährung durch Einbeziehung und Mitwirkung der Bevölkerung von Anfang an.

- Arbeiten Sie mit Interessengruppen der Gemeinde zusammen, um vulnerable Personen und Haushalte zu identifizieren.

3 Legen Sie Protokolle für die Aufnahme und Entlassung gemäß nationalen und international anerkannten anthropometrischen Kriterien fest.

- Geben Sie die Entlassungskriterien bei der Meldung der Leistungsindikatoren an.
- Untersuchen Sie die Ursachen von Abbruch und geringem Erfolg von Maßnahmen oder einer Zunahme der Todesfälle und handeln Sie entsprechend.

4 Verknüpfen Sie das Management von moderater akuter Mangelernährung mit dem Management von schwerer akuter Mangelernährung und den vorhandenen Gesundheitsleistungen.

5 Stellen Sie zusätzliche Rationen mit Trocken- oder geeigneter Fertignahrung zum Mitnehmen bereit, sofern keine eindeutigen Gründe für eine Ernährung vor Ort vorhanden sind.

- Geben Sie die Rationen wöchentlich oder alle zwei Wochen aus. Berücksichtigen Sie bei der Festlegung der Größe und Zusammensetzung der Ration die Zusammensetzung, Größe und Nahrungsmittelsicherheit des Haushalts und die Wahrscheinlichkeit der Aufteilung.
- Geben Sie klare Informationen darüber, wie Nahrungsergänzungsmittel hygienisch zuzubereiten und zu lagern und wie und wann sie zu verzehren sind.

6 Betonen Sie den Schutz, die Unterstützung und die Förderung des Stillens, der Zufütterung und der Hygiene.

- Geben Sie klare Informationen über die Bedeutung des ausschließlichen Stillens für Kinder bis zu sechs Monaten und des fortgesetzten Stillens für Kinder von 6 bis 24 Monaten für die körperliche und psychische Gesundheit von Mutter und Kind.
- Nehmen Sie stillende Mütter von akut mangelernährten Säuglingen unter sechs Monaten unabhängig vom Ernährungsstatus der Mütter in Nahrungsergänzungsprogramme auf.

Copyright

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Zielbevölkerung, die in weniger als einem Tag den Rückweg vom Durchführungsort der Programme zur Nahrungsergänzung mit Trockenrationen zu Fuß bewältigen kann

- >90 Prozent

Prozentsatz der Zielbevölkerung, die in weniger als einer Stunde auf Programme vor Ort zugreifen kann

- >90 Prozent

Prozentsatz der Fälle mit moderater akuter Mangelernährung (MAM) mit Zugang zu Behandlungsleistungen (Erfassungsgrad)

- >50 Prozent in ländlichen Gebieten
- >70 Prozent in städtischen Gebieten
- >90 Prozent in verwalteten Lagern

Anteil der aus gezielten Nahrungsergänzungsprogrammen entlassenen Personen, die gestorben, genesen oder ausgeschieden sind

- gestorben: <3 Prozent
- genesen: >75 Prozent
- ausgeschieden: <15 Prozent

Leitlinien

Programmdesign: Entwickeln Sie Programme, die auf den bestehenden Kapazitäten des Gesundheitssystems aufbauen und diese unterstützen und den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, die geografische Verteilung der Bevölkerung und die Sicherheit berücksichtigen. Stellen Sie Verbindungen zu stationärer und ambulanter therapeutischer Versorgung, pränataler Versorgung, Malariaprävention, Kinderkrankheiten und Untersuchungen, HIV- und Tuberkuloseversorgung sowie Programmen zur Nahrungsmittelsicherheit einschließlich Nahrungsmittel-, Bargeld- oder Gutscheintransfers sicher.

Nahrungsergänzungsprogramme sollen die Ernährung nicht ersetzen, sondern ergänzen. Es ist von entscheidender Bedeutung, Programme als Teil eines sektorübergreifenden Ansatzes mit ergänzenden Leistungen wie WASH, Gesundheitsmaßnahmen, Säuglings- und Kleinkindernährung und allgemeiner Nahrungsmittelverteilung zu konzipieren. Beurteilen Sie die Verfügbarkeit von Nahrungsergänzungsmitteln auf nationalen oder internationalen Märkten und berücksichtigen Sie mögliche Einschränkungen des Versorgungssystems bei der Programmplanung ⊕ *siehe Über Sphere – Anlage: Hilfeleistung über die Märkte*.

Prävention oder Behandlung: Legen Sie einen pauschalen Ansatz zur Prävention von Mangelernährung oder einen zielgerichteten Ansatz zu deren Behandlung fest. Die Entscheidung hängt von Folgendem ab:

- Grad der akuten Mangelernährung und Anzahl der betroffenen Menschen
- Risiko einer erhöhten Morbidität
- Risiko einer verminderten Nahrungsmittelsicherheit
- Vertreibung und Dichte der Bevölkerung

Copyright

- Kapazität, die betroffene Bevölkerung anhand anthropometrischer Kriterien zu untersuchen und zu überwachen
- verfügbare Ressourcen und Zugang zu den betroffenen Menschen

Eine gezielte Nahrungsergänzung erfordert im Allgemeinen mehr Zeit und Aufwand für die Untersuchung und Überwachung der von akuter Mangelernährung betroffenen Personen, jedoch weniger spezifische Nahrungsressourcen. Ein pauschaler Ansatz erfordert im Allgemeinen weniger qualifiziertes Personal, dafür aber mehr spezifische Nahrungsressourcen.

Effektive Mobilisierung der Gemeinde: Die Mobilisierung und Beteiligung der Gemeinde verbessert das Verständnis der Menschen für das Programm und somit dessen voraussichtliche Wirksamkeit. Legen Sie den Durchführungsort der Programme gemeinsam mit der Zielbevölkerung fest. Dabei sind die besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen, die eventuell Schwierigkeiten hinsichtlich des Zugangs zu den Durchführungsorten haben, zu berücksichtigen. Geben Sie klare und umfassende Informationen über die verfügbare Unterstützung in zugänglichen Sprachen über mehrere Kanäle für den Informationsaustausch, einschließlich zum Hören, Sehen und Lesen weiter.

Der Erfassungsgrad bezieht sich auf das Verhältnis der Personen, die eine Behandlung benötigen, zu denjenigen, die bereits eine Behandlung erhalten. Der Erfassungsgrad kann beeinflusst werden durch:

- Akzeptanz des Programms, einschließlich Lage und Zugänglichkeit der Programmorte
- Sicherheitslage
- Häufigkeit der Verteilungen
- Wartezeit
- Umfang der Mobilisierung, Hausbesuche und Untersuchungen
- Verfügbarkeit von Ernährungsfachleuten
- Anpassung der Aufnahmekriterien und des Erfassungsgrades
- Fähigkeit der Betreuungspersonen, Anzeichen von Mangelernährung zu erkennen

Die Methoden zur Beurteilung des Erfassungsgrades sind aufwendig und erfordern speziell geschulte Mitarbeitende. Wenn Untersuchungen zum Erfassungsgrad nicht durchführbar sind, sollten alternative Methoden mithilfe nationaler Beratung durchgeführt werden. Dabei sollten übliche Programmdaten wie Untersuchungen, Überweisungen und Aufnahmen zur Schätzung des Erfassungsgrades verwendet werden.

Es ist möglicherweise nicht erforderlich, regelmäßige Beurteilungen des Erfassungsgrades durchzuführen, es sei denn, es gab erhebliche Veränderungen im Programmgebiet, wie beispielsweise Bevölkerungsbewegungen oder ein neues Behandlungsprodukt oder -protokoll.

Die ***Aufnahmekriterien*** sollten mit den nationalen und internationalen Richtlinien im Einklang stehen. Die Aufnahmekriterien für Säuglinge unter sechs Monaten und für Gruppen, deren anthropometrischer Status schwer zu bestimmen ist, sollten den klinischen Status und den Stillstatus beinhalten ⊕ *siehe Anlage 4: Messung von akuter Mangelernährung* und *Quellen und weiterführende Literatur*.

Personen, die nachweislich (oder vermutlich) HIV-positiv sind oder an Tuberkulose oder einer anderen chronischen Krankheit leiden, sollten nicht diskriminiert werden und gleichberechtigten Zugang zur Versorgung haben, wenn sie die Aufnahmekriterien erfüllen. Manche Menschen, die die anthropometrischen Kriterien für eine akute

Copyright

Mangelernährung nicht erfüllen, können von einer Nahrungsergänzung profitieren. Hierzu zählen beispielsweise Menschen, die an HIV, Tuberkulose oder einer anderen chronischen Krankheit erkrankt sind, Menschen, die aus der Versorgung entlassen wurden, jedoch zur Vermeidung eines Rückfalls therapeutische Unterstützung benötigen oder Menschen mit Behinderungen. Die Monitoring- und Berichtssysteme anpassen, wenn solche Menschen die anthropometrischen Kriterien nicht erfüllen.

Menschen mit HIV, die den Aufnahmekriterien nicht entsprechen, benötigen oft eine Ernährungsunterstützung. Eine derartige Unterstützung wird besser außerhalb des Rahmens der Behandlung von schwerer akuter Mangelernährung in Krisensituationen angeboten. Diese Personen und ihre Familien sollten durch eine Reihe von Leistungen unterstützt werden, unter anderem die Versorgung zu Hause und in der Gemeinde, in Tuberkulose-Behandlungszentren und in Präventionsprogrammen mit Schwerpunkt auf Mutter-Kind-Übertragung.

Entlassungskriterien und Monitoring: Die Anzahl der entlassenen Personen umfasst diejenigen, die genesen, gestorben, ausgeschieden oder nicht genesen sind. Personen, die an ergänzende Dienstleistungsprogramme, wie beispielsweise die Gesundheitsversorgung, überwiesen wurden, haben die Behandlung nicht beendet und werden die Behandlung entweder fortsetzen oder zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufnehmen. Schließen Sie keine Personen ein, die an andere Standorte überwiesen wurden oder die die Behandlung nicht beendet haben.

Wenn jemand nach der Entlassung aus der therapeutischen Versorgung an einem Ernährungsprogramm teilnimmt, ist diese Person zur Vermeidung verzerrter Ergebnisse als separate Kategorie aufzuführen. Wenn jemand aufgrund anderer Faktoren, wie einer Behinderung, einer Gaumenspalte oder chirurgischer Probleme, Symptome einer akuten Mangelernährung entwickelt, ist diese Person in die Programmerfassung aufzunehmen. Es sollte untersucht werden, inwiefern das Geschlecht einer Person den Zugang zur Behandlung, den Abbruch der Behandlung und die Genesung beeinflussen könnte.

Die Entlassungsstatistik wie folgt berechnen:

- Prozentsatz der Entlassenen, die genesen sind = Anzahl der genesenen Personen / Gesamtzahl der entlassenen Personen x 100
- Prozentsatz der Entlassenen, die gestorben sind = Anzahl der gestorbenen Personen / Gesamtzahl der entlassenen Personen x 100
- Prozentsatz der Entlassenen, die ausgeschieden sind = Anzahl der ausgeschiedenen Personen / Gesamtzahl der entlassenen Personen x 100
- Prozentsatz der Entlassenen, die nicht genesen sind = Anzahl der nicht genesenen Personen / Gesamtzahl der entlassenen Personen x 100

Zusätzlich zu den oben genannten Indikatoren sollten die Monitoringsysteme Folgendes umfassen:

- Beteiligung der Bevölkerung
- Akzeptanz des Programms (die Abbruchquote und der Erfassungsgrad könnten hierfür als Stellvertretermessung verwendet werden)
- Menge und Qualität der Nahrungsmittel
- Erfassungsgrad
- Gründe für Überweisungen an andere Programme (insbesondere von Kindern, deren Ernährungsstatus sich zu einer schweren akuten Mangelernährung verschlechtert)
- Anzahl der aufgenommenen und sich in Behandlung befindlichen Personen

Copyright

Externe Faktoren wie die folgenden sollten berücksichtigt werden:

- Morbiditätsmuster
- Unterernährungsgrad in der Bevölkerung
- Grad der Nahrungsmittelunsicherheit auf Haushalts- und Bevölkerungsebene
- der Bevölkerung zur Verfügung stehende ergänzende Interventionen (einschließlich allgemeiner Nahrungsmittelhilfe oder gleichwertiger Programme)
- die Kapazität bestehender Systeme für die Erbringung von Dienstleistungen.

Verbindungen zu Gesundheit und anderen Sektoren: Sowohl gezielte als auch pauschale Nahrungsergänzungsprogramme können als Plattform für die Erbringung ergänzender Dienstleistungen genutzt werden. In vielen Situationen kann ein pauschales Nahrungsergänzungsprogramm zu Präventionszwecken die Krisenhilfe unterstützen. So kann es beispielsweise durch eine Volkszählung, eine Untersuchung der gesamten Gemeinde und eine Überweisung an Programme für das Management von schwerer und moderater akuter Mangelernährung den Zugang zur Zielbevölkerung ermöglichen. Es kann auch Interventionen zur Sicherung des Überlebens von Kindern ermöglichen wie:

- Anthelminthika
- Vitamin-A-Ergänzung
- Eisen und Folsäure in Kombination mit der Untersuchung auf und Behandlung von Malaria
- Zink zur Behandlung von Durchfall
- Impfungen

⊕ *Siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standards 2.1.1 bis 2.1.4 für Infektionskrankheiten* und *Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standards 2.2.1 und 2.2.2 für Kindergesundheit.*

Bevölkerungsgruppen mit einem hohen Vulnerabilitätsgrad, wie beispielsweise eine hohe HIV-Prävalenz und Menschen mit eingeschränkter Bewegungs- und Nahrungsaufnahmefähigkeit, benötigen unter Umständen Programmanpassungen, um ihren Bedürfnissen gerecht zu werden. Dies könnte die Anpassung der Qualität und Menge der Nahrungsergänzung betreffen ⊕ *siehe Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Säuglings- und Kleinkindernährung – Standard 4.1 Richtlinien und Koordinierung.*

Management von Mangelernährung – Standard 2.2: Schwere akute Mangelernährung

Die schwere akute Mangelernährung wird behandelt.

Schlüsselaktivitäten

1. Legen Sie von Anfang an klar definierte und vereinbarte Strategien, Ziele und Kriterien für die Einrichtung und den Abschluss von Maßnahmen fest.

- Schaffen Sie eine angemessene personelle Besetzung und relevante Kapazitäten, Fachkenntnisse und Fähigkeiten.

2. Beziehen Sie die Komponenten stationärer und ambulanter Versorgung, Überweisung und Mobilisierung der Bevölkerung in das Management von schwerer akuter Mangelernährung mit ein.

Copyright

3 Stellen Sie Ernährung und Gesundheitsversorgung nach national und international anerkannten Richtlinien für das Management von schwerer akuter Mangelernährung sicher.

4 Legen Sie Entlassungskriterien fest, die anthropometrische und andere Indizes beinhalten.

5 Untersuchen Sie die Ursachen von Abbruch und geringem Erfolg von Maßnahmen oder einer Zunahme der Todesfälle und handeln Sie entsprechend.

6 Schützen, unterstützen und fördern Sie das Stillen, die Nahrungsergänzung, die Hygieneförderung und eine gute Interaktion zwischen Mutter und Kind.

- Geben Sie klare Informationen über die Bedeutung des ausschließlichen Stillens bei Kindern bis zu sechs Monaten und des fortgesetzten Stillens für Kinder von 6 bis 24 Monaten für die körperliche und psychische Gesundheit von Mutter und Kind.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Zielbevölkerung, die in weniger als einem Tag den Rückweg vom Programmort (einschließlich der Behandlungszeit) zu Fuß bewältigen kann

- >90 Prozent der Zielbevölkerung

Prozentsatz der Fälle mit schwerer akuter Mangelernährung (SAM) mit Zugang zu Behandlungsleistungen (Erfassungsgrad)

- >50 Prozent in ländlichen Gebieten
- >70 Prozent in städtischen Gebieten
- >90 Prozent in einem Lager

Anteil der aus der therapeutischen Versorgung entlassenen Personen, die gestorben, genesen oder ausgeschieden sind

- gestorben: <10 Prozent
- genesen: >75 Prozent
- ausgeschieden: <15 Prozent

Leitlinien

Programmbestandteile: Die stationäre Versorgung kann direkt oder durch Überweisung erfolgen. Die Programme sollten eine dezentrale ambulante Versorgung von Kindern ohne medizinische Komplikationen ermöglichen. Ambulante Programmorte sollten in der Nähe der Zielbevölkerung liegen, um die mit Reisen mit Kleinkindern verbundenen Risiken und Kosten sowie das Risiko einer weiteren Vertreibung zu verringern. ⊕ *Siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Kindergesundheit – Standard 2.2.2 Behandlung von Erkrankungen bei Neugeborenen und Kindern*

Verknüpfen Sie Programme mit anderen relevanten Dienstleistungen, wie beispielsweise:

- Nahrungsergänzung
- HIV- und Tuberkulose-Netzwerke
- Rehabilitation
- Leistungen der primären Gesundheitsversorgung
- Programme zur Nahrungsmittelsicherheit, einschließlich Nahrungsmittelhilfe oder Geldtransfers

Copyright

Die Methoden zur Beurteilung des ***Erfassungsgrades*** ähneln sich bei Programmen für schwere akute Mangelernährung und moderate akute Mangelernährung ⊕ *siehe Standard 2.1 für das Management von Mangelernährung: Moderate akute Mangelernährung*.

Die ***Aufnahmekriterien*** sollten mit den nationalen und internationalen Richtlinien im Einklang sein. Die Aufnahmekriterien für Säuglinge unter sechs Monaten und für Gruppen, deren anthropometrischer Status schwer zu bestimmen ist, sollten den klinischen Status und den Stillstatus beinhalten ⊕ *siehe Anlage 4: Messung von akuter Mangelernährung* und *Quellen und weiterführende Literatur*.

Personen, die nachweislich (oder vermutlich) HIV-positiv sind oder an Tuberkulose oder einer anderen chronischen Krankheit leiden, sollten nicht diskriminiert werden und gleichberechtigten Zugang zur Versorgung haben, wenn sie die Aufnahmekriterien erfüllen. Manche Menschen, die die anthropometrischen Kriterien für eine akute Mangelernährung nicht erfüllen, können von einer Nahrungsergänzung profitieren. Hierzu zählen beispielsweise Menschen, die an HIV, Tuberkulose oder einer anderen chronischen Krankheit erkrankt sind, Menschen, die aus der Versorgung entlassen wurden, jedoch zur Vermeidung eines Rückfalls therapeutische Unterstützung benötigen, oder Menschen mit Behinderungen. Passen Sie die Monitoring- und Berichtssysteme an, wenn die Menschen die anthropometrischen Kriterien nicht erfüllen.

Menschen mit HIV, die den Aufnahmekriterien nicht entsprechen, benötigen oft eine Ernährungsunterstützung. Eine derartige Unterstützung wird besser außerhalb des Rahmens der Behandlung von schwerer akuter Mangelernährung in Krisensituationen angeboten. Diese Personen und ihre Familien sollten durch eine Reihe von Leistungen unterstützt werden, unter anderem die Versorgung zu Hause und in der Gemeinde, in Tuberkulose-Behandlungszentren und in Präventionsprogrammen mit Schwerpunkt auf Mutter-Kind-Übertragung.

Entlassungskriterien und Genesung: Entlassene Personen müssen frei von medizinischen Komplikationen sein. Darüber hinaus sollten sie ihren Appetit wiedererlangt und eine entsprechende Gewichtszunahme ohne Hungerödem erreicht und beibehalten haben (beispielsweise bei zwei aufeinanderfolgenden Wägungen). Berechnen Sie die durchschnittliche Gewichtszunahme separat für Personen mit und ohne Ernährungsödem. Das Stillen ist für Säuglinge unter sechs Monaten sowie für Kinder im Alter von 6 bis 24 Monaten besonders wichtig. Nicht gestillte Säuglinge benötigen eine gründliche Nachsorge. Die Entlassungskriterien sollten befolgt werden, um die Risiken im Zusammenhang mit einer verfrühten Entlassung zu vermeiden.

In den Richtlinien für das Management von akuter Mangelernährung in der Gemeinde ist die mittlere Aufenthaltsdauer für Behandlungen mit dem Ziel, die Genesungsdauer zu verkürzen, festgelegt. Bei der Berechnung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer sind die bestehenden nationalen Richtlinien zu beachten, da diese vom Kontext abhängen. HIV, Tuberkulose und andere chronische Krankheiten können dazu führen, dass einige mangelernährte Menschen nicht auf die Behandlung ansprechen. Gemeinsam mit den Gesundheitsleistungen und anderen sozialen und gemeindenahen Unterstützungsdiensten zusammenarbeiten, um Optionen für eine längerfristige Behandlung dieser Menschen zu ermitteln ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Sexuelle und Reproduktionsgesundheit – Standard 2.3.3: HIV*.

Leistungsindikatoren für das Management von schwerer akuter Mangelernährung: Die Gruppe der aus einem Programm für das Management von schwerer akuter Mangelernährung entlassenen Personen umfasst diejenigen, die genesen, gestorben, ausgeschieden oder nicht genesen sind ⊕ *siehe Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Management von Mangelernährung – Standard 2.1: Moderate akute Mangelernährung*.

Copyright

In die Leistungsindikatoren für das Management von schwerer akuter Mangelernährung sollten die Ergebnisse der stationären und ambulanten Versorgung einfließen, ohne die zwischen den beiden Komponenten überwiesenen Personen doppelt zu zählen. Wenn dies nicht möglich ist, ist die Interpretation der Ergebnisraten anzupassen. So ist beispielsweise für Programme, die nur eine ambulante Versorgung vorsehen, eine bessere Leistung zu erwarten. Programme, die nur eine stationäre Versorgung vorsehen, sollten auf die für eine kombinierte Versorgung dargelegten Ergebnisse abzielen.

Personen, die an andere Dienste wie etwa Gesundheitsleistungen überwiesen werden, haben die Behandlung nicht beendet. Erfassen Sie bei der Beurteilung der Leistung der ambulanten Behandlung die Überweisungen in die stationäre Versorgung, um die Leistung des Programms präzise darzustellen.

Die Leistungsindikatoren berücksichtigen nicht die klinische Komplexität von HIV. Die klinische Komplexität von HIV wird sich auf die Mortalitätsraten auswirken. In diesen Fällen muss dies bei der Auswertung der Leistung des Programms berücksichtigt werden.

Neben den Entlassungsindikatoren sind bei der Leistungsüberwachung die aufgeschlüsselten Daten der Neuaufnahmen (Geschlecht, Alter, Behinderung), die Anzahl der Kinder in Behandlung und der Erfassungsgrad zu überprüfen. Die Gründe für Wiederaufnahme, Verschlechterung des klinischen Status, Abbrüche und mangelndes Ansprechen auf die Behandlung sollten laufend untersucht und dokumentiert werden. Die Definition dieser Begriffe sollte an die angewandten Richtlinien angepasst werden.

Einbeziehen des Gesundheitsstatus: Alle Programme zum Management von schwerer akuter Mangelernährung sollten systematische Behandlungen gemäß den nationalen oder internationalen Richtlinien umfassen. Es ist wichtig, dass sie wirksame Überweisungsmechanismen für das Management der Grunderkrankung, wie beispielsweise Tuberkulose und HIV, einschließen. In Gebieten mit hoher HIV-Prävalenz sollten die Programme zum Management von Mangelernährung sowohl Interventionen zur Prävention der HIV-Übertragung als auch Maßnahmen zur Verbesserung der Überlebenswahrscheinlichkeit von Mutter und Kind vorsehen. In Situationen, in denen HIV-Infektionen häufig sind (HIV-Prävalenz mehr als 1 Prozent), sind Kinder mit Mangelernährung zu testen, um ihren HIV-Status festzustellen und ihren Bedarf an antiretroviralen Medikamenten zu ermitteln.

Stillunterstützung: Mütter von stationär versorgten Säuglingen benötigen im Rahmen ihrer Ernährungsrehabilitation und Genesung eine qualifizierte Stillunterstützung. Dies ist besonders wichtig für Kinder unter sechs Monaten und für Mütter mit Behinderungen. Hierfür sollten ausreichend Zeit und Ressourcen, wie beispielsweise ein ausgewiesener geschützter Bereich (Stillecke), bereitgestellt werden, um eine qualifizierte Unterstützung anzustreben und eine gegenseitige Unterstützung der Mütter zu ermöglichen. Stillende Mütter schwer mangelernährter Säuglinge unter sechs Monaten sollten ungeachtet ihres Ernährungsstatus eine ergänzende Essensration erhalten. Wenn diese Mütter die anthropometrischen Kriterien für eine schwere akute Mangelernährung erfüllen, sind sie in die Behandlung aufzunehmen.

Psychosoziale Unterstützung: Bei Kindern mit schwerer akuter Mangelernährung ist während der Rehabilitationszeit eine emotionale und körperliche Stimulation durch das Spielen wichtig. Dies fördert die Bindung und eine positive mütterliche Stimmung. Die Betreuungspersonen dieser Kinder benötigen oft soziale und psychosoziale Unterstützung, damit sie ihre Kinder zur Behandlung bringen. Einige Mütter

Copyright

müssen möglicherweise auch unterstützt werden, um Zugang zu Leistungen der psychischen Gesundheitsversorgung bei perinataler Depression zu erhalten. Dies kann durch Mobilisierungsprogramme erreicht werden. Die Programme sollten sowohl zur Behandlung als auch zur Prävention künftiger Behinderungen und kognitiver Störungen der Kinder die Bedeutung der Stimulation und Interaktion in den Vordergrund stellen. Alle Betreuungspersonen von schwer mangelernährten Kindern sollten durch Beratung, Vorführungen und die Bereitstellung von Gesundheits- und Ernährungsinformationen dazu befähigt werden, ihre Kinder während der Behandlung zu füttern und zu pflegen. Achten Sie auf die Auswirkungen der Behandlung auf die Betreuungspersonen und die Geschwister, um eine angemessene Regelung für die Kinderbetreuung zu gewährleisten, eine Familientrennung zu vermeiden, psychosoziale Belastungen zu minimieren und die Behandlungsadhärenz zu maximieren.

Verbindung mit anderen Akteuren: Arbeiten Sie mit Partnern im Bereich des Kinderschutzes und der geschlechtsbezogenen Gewalt zusammen, um Protokolle für Überweisungswege und den Informationsaustausch einzurichten. Schulen Sie das Ernährungspersonal darin, wie es Betreuungspersonen von Kindern, die physischer, sexueller oder emotionaler Gewalt, Ausbeutung oder Missbrauch ausgesetzt sind, unterstützende und vertrauliche Empfehlungen geben kann.

Copyright

3. Mikronährstoffmangel

Mikronährstoffmangel ist in vielen Ländern ein Hindernis für die sozioökonomische Entwicklung. Er bleibt so einen großen Einfluss auf die Gesundheit, die Lernfähigkeit und die Produktivität der Menschen. Dieser Mangel trägt zu einem Teufelskreis aus Mangelernährung, Unterentwicklung und Armut bei, der bereits benachteiligte Bevölkerungsgruppen betrifft.

Mikronährstoffmangel ist in vielen Kontexten schwer festzustellen. Während klinische Symptome schwerer Mängel meist leicht zu diagnostizieren sind, stellen subklinische Mängel die größere Belastung für die Gesundheit und das Überleben der Bevölkerung dar. Es ist davon auszugehen, dass eine Krise jegliche bereits bestehende Mikronährstoffmängel in einer Bevölkerung verschlimmern wird. Beheben Sie diese Mängel durch bevölkerungsweite Maßnahmen und individuelle Behandlung.

Es gibt drei Ansätze zur Kontrolle von Mikronährstoffmangel:

- **Nahrungsergänzung:** Die Bereitstellung von Mikronährstoffen in hochabsorbierbarer Form führt in der Regel zur schnellsten Kontrolle des Mikronährstoffstatus von Einzelpersonen oder Zielbevölkerungen. Beispiele hierfür sind auf Anämie ausgerichtete Supplementierungsprogramme mit Eisenergänzung, Folsäureergänzung bei Schwangeren und Vitamin-A-Ergänzung bei Kindern unter fünf Jahren.
- **Anreicherung:** Die Anreicherung von Nahrungsmitteln mit Mikronährstoffen kann eine effektive Strategie zur Bekämpfung von Mikronährstoffmangel sein. Beispiele hierfür sind jodiertes Salz, Mikronährstoffpulver oder mit Vitamin A angereichertes Pflanzenöl.
- **Nahrungsmittelbasierte Ansätze:** Die Vitamine und Mineralien, die zur Prävention von Mikronährstoffmangel benötigt werden, sind in einer Vielzahl von Nahrungsmitteln enthalten. Über Richtlinien und Programme sollte sichergestellt werden, dass das ganze Jahr über verstärkt sichere, mikronährstoffreiche Nahrungsmittel in angemessener Vielfalt, Menge und Qualität konsumiert werden.

Wenngleich alle drei Ansätze in Krisensituationen verwendet werden, so ist die Nahrungsergänzung doch die häufigste und am weitesten verbreitete Methode.

Standard 3 für Mikronährstoffmangel: Mikronährstoffmangel

Mikronährstoffmangel wird behoben.

Schlüsselaktivitäten

1. Sammeln Sie Informationen über die Situation vor der Krise, um die häufigsten Mikronährstoffmängel zu ermitteln.
2. Schulen Sie das Gesundheitspersonal in der Erkennung und Behandlung von Mikronährstoffmangel.
3. Legen Sie Verfahren fest, um auf Risiken eines Mikronährstoffmangels zu reagieren.

Copyright

4 Verknüpfen Sie Maßnahmen zur Bekämpfung von Mikronährstoffmangel mit Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit, um Krankheiten zu reduzieren, die häufig mit Krisen verbunden sind, wie Vitamin A zur Bekämpfung von Masern und Zink zur Behandlung von Durchfall.

Schlüsselindikatoren

Es gibt keine Fälle von Skorbut, Pellagra, Beriberi oder Riboflavinmangel

- ⊕ *Siehe Anlage 5: Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmangel für die öffentliche Gesundheit* für die Definition der Bedeutung für die öffentliche Gesundheit nach Altersgruppen und der Gesamtbevölkerung.
- Verwenden Sie nationale oder kontextspezifische Indikatoren, sofern vorhanden.

Die Prävalenz von Xerophthalmie (Vitamin-A-Mangel), Anämie und Jodmangel ist für die öffentliche Gesundheit nicht von Bedeutung

- ⊕ *Siehe Anlage 5: Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmangel für die öffentliche Gesundheit* für die Definition der Bedeutung für die öffentliche Gesundheit nach Altersgruppen und der Gesamtbevölkerung.
- Verwenden Sie nationale oder kontextspezifische Indikatoren, sofern vorhanden.

Leitlinien

Diagnose des klinischen Mikronährstoffmangels: Klinischer Mikronährstoffmangel sollte immer von qualifizierten medizinischen Fachkräften diagnostiziert werden. Wenn die klinischen Indikatoren dieser Mangelzustände in die Gesundheits- oder Ernährungsüberwachungssysteme integriert werden, ist das Personal in Bezug auf die Durchführung der grundlegenden Beurteilung und der entsprechenden Überweisung zu schulen. Da Falldefinitionen problematisch sind, sollten diese in Krisensituationen durch den Therapieerfolg der Nahrungsergänzung bestimmt werden.

Als ***subklinischer Mikronährstoffmangel*** werden die Fälle bezeichnet, die nicht schwer genug sind, um leicht erkennbare Symptome zu entwickeln. Sie können sich jedoch negativ auf die Gesundheit auswirken. Zur Erkennung ist eine spezielle biochemische Untersuchung erforderlich. Eine Ausnahme stellt die Anämie dar, für die ein Basistest zur Verfügung steht, der relativ einfach vor Ort durchgeführt werden kann.

Für die Beurteilung des Risikos von Mikronährstoffmangel und die Entscheidung, wann eine Verbesserung der Nahrungszufuhr oder der Einsatz von Supplementen erforderlich ist, können indirekte Indikatoren angewandt werden. Die indirekte Beurteilung umfasst eine Schätzung der Nährstoffzufuhr auf Bevölkerungsebene und die Extrapolation des Mangelrisikos. Zu diesem Zweck können die verfügbaren Daten zum Zugang zu Nahrung, zur Verfügbarkeit und Verwertung von Nahrung sowie zur Angemessenheit der Essensrationen überprüft werden.

Prävention: Strategien zur Prävention von Mikronährstoffmangel werden nachfolgend in Abschnitt 6 behandelt ⊕ siehe *Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Nahrungsmittelhilfe – Standard 6.1: Allgemeiner Nahrungsbedarf*. Für die Prävention von Mikronährstoffmangel ist die Kontrolle von Krankheiten von entscheidender Bedeutung. Akute Atemwegsinfektionen, Masern und parasitäre Infektionen wie Malaria und Durchfall sind Beispiele für Krankheiten, die die Mikronährstoff-Depots abbauen. Die Vorbereitung auf eine Behandlung umfasst die Entwicklung von Falldefinitionen und Richtlinien für die Behandlung und von Systemen für die aktive

Copyright

Fallsuche ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standards 2.2.1 und 2.2.2 für Kindergesundheit.*

Behandlung von Mikronährstoffmangel: Sowohl die Fallsuche als auch die Behandlung sollten im Rahmen des Gesundheitssystems und der Ernährungsprogramme stattfinden. Falls die Prävalenz des Mikronährstoffmangels die Grenzwerte der öffentlichen Gesundheit überschreitet, kann eine Massenbehandlung der Bevölkerung mit Supplementen angemessen sein. Skorbut (Vitamin-C-Mangel), Pellagra (Niacin-Mangel), Beriberi (Thiamin-Mangel) und Ariboflavinose (Riboflavin-Mangel) sind die am häufigsten beobachteten Krankheiten infolge eines Mikronährstoffmangels ⊕ *siehe Anlage 5: Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmangel für die öffentliche Gesundheit.*

Zu den Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit für die Bekämpfung von Mikronährstoffmangel gehören:

- Verabreichung einer Vitamin-A-Ergänzung während der Impfung für Kinder im Alter von 6–59 Monaten
- Entwurmung aller Kinder im Alter von 12–59 Monaten
- Zugabe von jodiertem Speisesalz und anderen angereicherten Nahrungsmitteln, wie beispielsweise mit Vitamin A und D angereichertes Pflanzenöl, zum Nahrungsmittelkorb und Bereitstellung von Mikronährstoffpulvern oder jodierten Öl-Supplementen
- Bereitstellung von eisenhaltigen Produkten mit mehreren Mikronährstoffen für Kinder im Alter von 6–59 Monaten
- tägliche Bereitstellung von eisenhaltigen Ergänzungen mit mehreren Mikronährstoffen, einschließlich Folsäure für schwangere und stillende Frauen

Wenn keine eisenhaltigen Produkte mit mehreren Mikronährstoffen verfügbar sind, sollten Sie schwangeren Frauen und Frauen, die in den letzten 45 Tagen entbunden haben, täglich Eisen- und Folsäure-Ergänzungen verabreichen.

Verwenden Sie nach Geschlecht aufgeschlüsselte indirekte Indikatoren, um das Risiko von Mikronährstoffmangel in der betroffenen Bevölkerung zu beurteilen, und den Bedarf an einer verbesserten Nahrungszufuhr oder der Verwendung von Nahrungsergänzungen zu ermitteln. Zu den indirekten Indikatoren für einen Vitamin-A-Mangel können beispielsweise ein niedriges Geburtsgewicht, Auszehrung oder Wachstumsverzögerung zählen. Bewerten Sie das Risiko von Mikronährstoffmangel bei den betroffenen Menschen und ermitteln Sie den Bedarf für eine verbesserte Nahrungszufuhr oder legen Sie den Einsatz von Nahrungsergänzungen fest ⊕ *siehe Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Beurteilungen – Standard 1.2: Ernährungsbeurteilung.*

Copyright

4. Säuglings- und Kleinkindernährung

Eine angemessene und rechtzeitige Unterstützung der Säuglings- und Kleinkindernährung für den Einsatz in Notfallsituationen (Infant and Young Child Feeding in Emergencies, IYCF-E) rettet Leben und schützt die Ernährung, Gesundheit und Entwicklung der Kinder. Unangemessene Praktiken der Säuglings- und Kleinkindernährung erhöhen die Vulnerabilität für Unterernährung, Krankheit und Tod. Krisen erhöhen diese Risiken. Einige Säuglinge und Kleinkinder sind besonders vulnerabel, darunter:

- Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht
- von ihren Familien getrennte und unbegleitete Kinder
- Säuglinge und Kinder von depressiven Müttern
- Kinder unter zwei Jahren, die nicht gestillt werden
- solche aus Bevölkerungsgruppen mit mittlerer oder hoher HIV-Prävalenz
- Kinder mit Behinderungen, insbesondere solche mit Ernährungsschwierigkeiten
- Säuglinge und Kleinkinder mit akuter Mangelernährung, Wachstumsverzögerung oder Mikronährstoffmangel

Die IYCF-E-Richtlinien befassen sich mit Aktivitäten und Interventionen zum Schutz und zur Unterstützung des Nahrungsbedarfs sowohl von gestillten als auch von nicht gestillten Säuglingen und Kleinkindern im Alter von 0 bis 23 Monaten. Zu den vorrangigen Interventionen gehören:

- Stillschutz und -unterstützung
- angemessene und sichere Zufütterung
- Verabreichung künstlicher Nahrung für Säuglinge, die nicht gestillt werden können

Die Unterstützung von schwangeren und stillenden Frauen ist für das Wohlbefinden ihrer Kinder von zentraler Bedeutung. „Ausschließliches Stillen" bedeutet, dass ein Säugling keine anderen Flüssigkeiten als Muttermilch und keine feste Nahrung, mit Ausnahme der notwendigen Mikronährstoffergänzungen oder Medikamente, erhält. Es gewährleistet Nahrungs- und Flüssigkeitssicherheit für Säuglinge in den ersten sechs Monaten und sorgt für eine aktive Immunisierung. Das Stillen sorgt zudem für eine optimale Gehirnentwicklung und schützt die Gesundheit älterer Säuglinge und Kinder auch danach, insbesondere in Kontexten, in denen die WASH-Bedingungen fehlen. Das Stillen schützt auch die Gesundheit der Mütter, indem es die Menstruation verzögert und vor Brustkrebs schützt. Es fördert das psychische Wohlbefinden, indem es die Bindung und Hilfsbereitschaft fördert.

Die Schlüsselaktivitäten im vorliegenden Abschnitt spiegeln die IYCF-E-Richtlinien zur Säuglings- und Kleinkindernährung für den Einsatz in Notfallsituationen (Operative Richtlinien) wider. Die Operativen Richtlinien sind das Resultat einer Arbeitsgruppe aus verschiedenen Organisationen, deren Ziel es ist, präzise und praktische Richtlinien für die Sicherstellung einer angemessenen Säuglings- und Kleinkindernährung für den Einsatz in Notfallsituationen und für den Internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten („der Kodex") bereitzustellen.

Copyright

Säuglings- und Kleinkindernährung – Standard 4.1: Richtlinien und Koordinierung

Richtlinien und Koordinierung gewährleisten eine sichere, rechtzeitige und angemessene Säuglings- und Kleinkindernährung.

Schlüsselaktivitäten

1. Richten Sie eine IYCF-E-Koordinierungsstelle im Rahmen der Krisenkoordination ein und stellen die sektorübergreifende Zusammenarbeit sicher.
   - Gehen Sie nach Möglichkeit davon aus, dass die Regierung die Koordinierungsstelle ist.
2. Nehmen Sie die Spezifikationen der Operativen Richtlinien in die jeweiligen Richtlinien der nationalen und humanitären Organisationen zur Vorbereitung auf den Krisenfall auf.
   - Arbeiten Sie in Situationen, in denen es keine Regelungen gibt, Richtlinien und eine gemeinsame Erklärung mit den nationalen Behörden aus.
   - Stärken Sie nach Möglichkeit relevante nationale Regelungen.
3. Unterstützen Sie eine starke, harmonisierte und zeitnahe Kommunikation über die IYCF-E auf allen Hilfsebenen.
   - Informieren Sie humanitäre Organisationen, Förderer und die Medien möglichst schnell über alle bestehenden Richtlinien und Praktiken des IYCF-E.
   - Reden Sie mit den betroffenen Personen über verfügbare Dienstleistungen, IYCF-E-Praktiken und Feedbackmechanismen.
4. Vermeiden Sie es, Spenden von Muttermilchersatzprodukten, anderen flüssigen Milchprodukten, Flaschen und Saugern anzunehmen oder zu erbitten.
   - Eingehende Spenden sollten von der zuständigen Stelle nach Maßgabe der Operativen Richtlinien und des Kodex verwaltet werden.
   - Stellen Sie eine strikte Zielgruppenbestimmung und Verwendung, Beschaffung, Verwaltung und Verteilung von Muttermilchersatzprodukten sicher. Dies muss auf der Grundlage einer Bedarfs- und Risikobeurteilung, einer Datenanalyse und technischer Richtlinien erfolgen.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der angenommenen IYCF-E-Richtlinien in Notfallsituationen, die den Spezifikationen der Operativen Richtlinien entsprechen

Kein Verstoß gegen den Kodex gemeldet

Prozentsatz der Spenden von Muttermilchersatzprodukten (breastmilk substitutes, BMS), flüssigen Milchprodukten, Flaschen und Saugern als Verstöße gegen den Kodex, auf die rechtzeitig reagiert wurde

Leitlinien

Kommunikation mit den betroffenen Personen, den humanitären Helfenden und Medien: Die Kommunikation über die verfügbaren Leistungen und gesunden Ernährungspraktiken für Säuglinge und Kleinkinder erfordert zugeschnittene Botschaften für verschiedene Hilfsgruppen und für die Öffentlichkeit. Berücksichtigen Sie die

Copyright

Notwendigkeit, Betreuungspersonen, wie Großeltern, Alleinerziehende, von Kindern geführte Haushalte oder Geschwister sowie Betreuungspersonen mit Behinderungen und Menschen mit HIV bei der Erstellung von Nachrichten zu berücksichtigen.

Internationaler Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten: Der Kodex schützt künstlich ernährte Babys, indem er die sichere Verwendung von Muttermilchersatzprodukten gewährleistet. Er basiert auf unparteiischen, genauen Informationen und gilt in allen Kontexten. Er sollte in der Vorbereitungsphase in die Rechtsvorschriften aufgenommen und während der Krisenhilfe durchgesetzt werden. In Ermangelung nationaler Rechtsvorschriften sollten die Bestimmungen des Kodex als Mindestmaß umgesetzt werden.

Der Kodex schränkt weder die Verfügbarkeit ein noch untersagt er die Verwendung von Muttermilchersatzprodukten, Flaschen oder Saugern. Es schränkt lediglich deren Vermarktung, Beschaffung und Verteilung ein. Häufig handelt es sich in Krisensituationen um Verstöße gegen den Kodex aufgrund von Unstimmigkeiten bei der Kennzeichnung und einer nicht gezielten Verteilung. Während einer Krise sollten Verstöße gegen den Kodex überwacht und an UNICEF, die WHO und die lokalen Behörden gemeldet werden.

Sofern vorhanden, sollten Standardindikatoren verwendet und anderenfalls kontextspezifische Indikatoren erstellt werden. Dabei sollte ein IYCF-E-Maßstab zur Ermittlung von Fortschritt und Leistung unter Berücksichtigung der Interventionszeiträume festgelegt werden. Eine einheitliche Verwendung des IYCF-E-Indikators sollte bei allen an der Umsetzung beteiligten Partnern und in Erhebungen gefördert werden. Beurteilungen oder Teile einer Ausgangsbeurteilung können im Rahmen des Monitorings der IYCF-E-Interventionen wiederholt werden. Jährliche Erhebungen können genutzt werden, um die Auswirkungen dieser Interventionen zu ermitteln.

Künstliche Nahrung: Alle Muttermilchersatzprodukte müssen dem Codex Alimentarius und dem Kodex entsprechen. Der Zugang zu angemessenen WASH-Leistungen ist unerlässlich, um die Risiken der künstlichen Nahrung in Notfallsituationen zu minimieren. Das Verteilungssystem für Muttermilchersatzprodukte ist abhängig vom Kontext, einschließlich des Umfangs der Intervention. Säuglingsnahrung und andere Muttermilchersatzprodukte sollten nicht in die allgemeine oder pauschale Nahrungsverteilung eingeschlossen werden. Verteilen Sie Trocken- und Flüssigmilchprodukte sowie Flüssigmilch nicht als Einzelware. Die Indikationen für und das Management von künstlicher Nahrung sollten unter Anleitung der ausgewiesenen IYCF-E-Koordinierungsstelle den Operativen Richtlinien und dem Kodex entsprechen.

Säuglings- und Kleinkindernährung – Standard 4.2: Sektorübergreifende Unterstützung von Säuglings- und Kleinkindernährung für den Einsatz in Notfallsituationen

Mütter und Betreuungspersonen von Säuglingen und Kleinkindern haben Zugang zu einer rechtzeitigen und angemessenen Ernährungsunterstützung, die Risiken minimiert, kulturell sensibel ist und die Ergebnisse in den Bereichen Ernährung, Gesundheit und Überleben optimiert.

Schlüsselaktivitäten

1. Räumen Sie schwangeren und stillenden Frauen beim Zugang zu Nahrungsmitteln, Bargeld- oder Gutscheintransfers und anderen unterstützenden Interventionen Vorrang ein.

Copyright

2 Schaffen Sie einen Zugang zu einer qualifizierten Stillberatung für schwangere und stillende Mütter.

3 Unterstützen Sie gezielt Mütter von Neugeborenen bei der frühzeitigen Einführung des ausschließlichen Stillens.

- Geben Sie einfache Anleitungen für das ausschließliche Stillen in Geburtshilfezentren.
- Schützen, fördern und unterstützen Sie das ausschließliche Stillen von Säuglingen im Alter von 0 bis 5 Monaten und das fortgesetzte Stillen von Kindern im Alter von sechs Monaten bis zwei Jahren.
- Wenn Säuglingen im Alter von 0 bis 5 Monaten eine Mischernährung verabreicht wird, sollte der Übergang zum ausschließlichen Stillen unterstützt werden.

4 Stellen Sie geeignete Muttermilchersatzprodukte, Fütterungsutensilien und eine entsprechende Unterstützung für Mütter und Betreuungspersonen, deren Säuglinge künstliche Nahrung benötigen, bereit.

- Prüfen Sie die Sicherheit und Durchführbarkeit einer Relaktation und einer Ernährung über eine Amme, wenn Säuglinge nicht von ihrer Mutter gestillt werden.
- Berücksichtigen Sie in solchen Situationen den kulturellen Kontext und die Verfügbarkeit von Dienstleistungen.
- Wenn Muttermilchersatzprodukte die einzige akzeptable Option sind, bieten Sie ein grundlegendes Hilfspaket mit Koch- und Fütterungsutensilien, WASH-Unterstützung und Zugang zu Gesundheitsleistungen.

5 Unterstützen Sie eine frühzeitige, sichere, angemessene und geeignete Beikost.

- Prüfen Sie die Nahrungsmittel im Haushalt, um festzustellen, ob sie als Beikost für Kinder geeignet ist, und bieten Sie kontextspezifische Beratung und Unterstützung bei der Zufütterung.
- Stellen Sie den Zugang zu Fütterungs- und Kochutensilien unter Berücksichtigung von Kindern mit Ernährungsschwierigkeiten sicher.

6 Bieten Sie Ernährungsunterstützung für besonders vulnerable Säuglinge und Kleinkinder.

- Unterstützen Sie Aktivitäten zur Stimulation von Säuglingen und Versorgungspraktiken für die frühkindliche Entwicklung im Rahmen von Ernährungsprogrammen.

7 Stellen Sie bei Bedarf Mikronährstoffergänzungen zur Verfügung.

- Stellen Sie täglich Nahrungsergänzungsmittel für schwangere und stillende Frauen, einschließlich des täglichen Bedarfs an mehreren Mikronährstoffen zum Schutz der Depots der Mutter und des Nährstoffgehalts der Muttermilch, bereit, unabhängig davon, ob die Frauen angereicherte Rationen erhalten oder nicht.
- Falls bereits Eisen- und Folsäure-Supplemente verabreicht werden, sollte dies fortgesetzt werden.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der stillenden Mütter, die Zugang zu einer qualifizierten Beratung haben

Prozentsatz der Betreuungspersonen, die Zugang zu einer Versorgung mit geeigneten Muttermilchersatzprodukten (BMS) in Übereinstimmung mit den Vorgaben des Verhaltenskodex und einer damit verbundenen Unterstützung für Säuglinge haben, die künstliche Nahrung benötigen

Copyright

Prozentsatz der Betreuungspersonen, die Zugang zu frühzeitiger, angemessener, ausgewogener und sicherer Beikost für Kinder im Alter von 6 bis 23 Monaten haben

Leitlinien

IYCF-E-Beurteilung und Monitoring: Den Bedarf und die Prioritäten für die IYCF-E-Hilfe beurteilen und die Auswirkungen der IYCF-E-Interventionen überwachen ⊕ *siehe Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Standard 1.2: Ernährungsbeurteilung.*

Sektorübergreifende Zusammenarbeit: Sektorale Einstiegspunkte zur Identifizierung und Unterstützung von IYCF-E umfassen:

- Versorgung vor und nach der Geburt
- Impfstellen
- Wachstumskontrolle
- frühkindliche Entwicklung
- HIV-Behandlungsdienste (einschließlich der Prävention der Übertragung von Mutter zu Kind)
- Behandlung von akuter Mangelernährung
- Gesundheit der Gemeinde, psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung
- WASH-Dienstleistungen
- Arbeitsplätze
- landwirtschaftliche Beratungen

Zielgruppen: Alle Beurteilungs- und Programmdaten für Kinder unter fünf Jahren sollten nach Geschlecht und nach Alter 0 bis 5 Monate, 6 bis 11 Monate, 12 bis 23 Monate und 24 bis 59 Monate aufgeschlüsselt werden. Eine Aufschlüsselung nach Behinderung wird ab 24 Monaten empfohlen.

Leistungen zur Deckung des Ernährungs- und Betreuungsbedarfs von Kindern mit Behinderungen und von ihren Familien getrennten und unbegleiteten Säuglingen und Kleinkindern sollten festgelegt und eingerichtet werden. Von ihren Familien getrennte und unbegleitete Kinder sollten an Partner, die sich um Kinderschutz kümmern, überwiesen werden. Der Anteil der schwangeren und stillenden Frauen ist zu ermitteln.

Berücksichtigen Sie Bevölkerungsgruppen mit mittlerer oder hoher HIV-Prävalenz, von ihren Familien getrennte und unbegleitete Kinder, Säuglinge mit geringem Geburtsgewicht, Kinder mit Behinderungen und Ernährungsschwierigkeiten, nicht gestillte Kinder unter zwei Jahren und Personen mit akuter Mangelernährung. Außerdem ist darauf zu achten, dass Kinder von Müttern mit Depressionen tendenziell ein höheres Risiko für Mangelernährung haben.

Schwangere und stillende Frauen: Wenn der Bedarf von schwangeren und stillenden Frauen nicht durch Hilfsprogramme in Form von Nahrungsmitteln, Bargeldhilfe oder Gutscheinen gedeckt wird, müssen die schwangeren und stillenden Frauen gezielt mit angereicherten Nahrungsmitteln versorgt werden. Mikronährstoffergänzungen sind in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der WHO zu verabreichen.

Organisieren Sie eine psychosoziale Unterstützung für notleidende Mütter, gegebenenfalls einschließlich der Überweisung an psychiatrische Dienste. Außerdem ist für eine angemessene Unterstützung für Mütter mit Behinderungen zu sorgen. Es müssen sichere Orte im Lager und in anderen Sammeleinrichtungen für Frauen zum Stillen eingerichtet werden, wie beispielsweise babygerechte Räume mit exklusiven Stillbereichen.

Copyright

Gestillte Säuglinge: Die Planung und Ressourcenzuteilung sollte eine qualifizierte Stillunterstützung in schwierigen Situationen ermöglichen. Dies gilt beispielsweise für akut mangelernährte Säuglinge im Alter von 0 bis 6 Monaten, Bevölkerungsgruppen, in denen Mischernährung üblich ist, und Säuglingsernährung im Zusammenhang mit HIV.

Nicht gestillte Säuglinge: In allen Krisensituationen sind alle Säuglinge und Kleinkinder, die nicht gestillt werden, zu schützen und bei der Deckung ihres Nahrungsbedarfs zu unterstützen. Je nach Alter des Kindes zeigen sich unterschiedliche Folgen, wenn ein Kind nicht gestillt wird bzw. wurde. Die jüngsten Kinder sind am anfälligsten für Infektionskrankheiten. Sie sind abhängig vom Zugang zu einer gesicherten Versorgung mit geeigneten Muttermilchersatzprodukten, Brennstoff, Utensilien und WASH-Bedingungen.

Säuglingsnahrung und andere Muttermilchersatzprodukte: Säuglingsnahrung ist das geeignete Muttermilchersatzprodukt für Säuglinge im Alter von 0 bis 5 Monaten. Gebrauchsfertige Säuglingsnahrung in flüssiger Form ist zu bevorzugen, da sie keine Vorbereitung erfordert und weniger Sicherheitsrisiken als pulverförmige Säuglingsnahrung birgt.

Eine angemessene Verwendung, sorgfältige Lagerung und hygienische Handhabung der Fütterungsutensilien sind für gebrauchsfertige Säuglingsnahrung unerlässlich. Da gebrauchsfertige Säuglingsnahrung voluminös ist, sind Transport und Lagerung teuer. Bei Kindern über sechs Monaten sollten alternative Flüssigmilchprodukte verwendet werden. Zu den alternativen Milchprodukten gehören pasteurisierte Vollmilch von Kuh, Ziege, Schaf, Kamel oder Büffel, ultrahocherhitzte Flüssigmilch, fermentierte Flüssigmilch oder Joghurt.

Die Verwendung von Säuglingsnahrung bei Kindern ab sechs Monaten hängt von den Praktiken vor der Krise, den verfügbaren Ressourcen, den Quellen alternativer Flüssigmilchprodukte, der Angemessenheit der Beikost und den Richtlinien der humanitären Organisation ab. Die Indikationen für die Verwendung von Muttermilchersatzprodukten können kurz- oder längerfristig sein. Flüssige Folgemilch für Säuglinge ab sechs Monaten und Kleinkinder ist nicht notwendig.

Ein qualifizierter Gesundheits- oder Ernährungsberater kann den Bedarf an Säuglingsnahrung durch eine individuelle Beurteilung, Nachsorge und Unterstützung ermitteln. Wenn eine individuelle Beurteilung nicht möglich ist, die Koordinierungsstelle und die technischen humanitären Organisationen um Ratschläge für Kriterien zur Beurteilung und Zielgruppenbestimmung ersuchen. Säuglingsnahrung geben, bis das Kind gestillt oder mindestens sechs Monate alt wird. Bei der Bereitstellung von Muttermilchersatzprodukten für Kinder, die sie benötigen, nicht versehentlich stillende Mütter ermutigen, diese ebenfalls zu verwenden.

Keine Saugflaschen verwenden, da diese schwer zu reinigen sind. Die Becherfütterung fördern und unterstützen.

Überwachung der Morbidität auf individueller und Bevölkerungsebene, mit Schwerpunkt auf Durchfall, sichern.

Zufütterung bezeichnet den Prozess, wenn Muttermilch allein nicht mehr zur Deckung des Nahrungsbedarfs von Kleinkindern reicht und andere Nahrungsmittel und Flüssigkeiten neben der Muttermilch benötigt werden. Feste und flüssige Beikost, ob industriell oder lokal hergestellt, sollten für Kinder im Alter von 6 bis 23 Monaten bereitgestellt werden.

Copyright

Bereits zuvor bestehende und bestehende Nährstoffdefizite sind für die Bestimmung der Unterstützungsoptionen in Form von Beikost von entscheidender Bedeutung. Weitere Überlegungen umfassen die Erschwinglichkeit und Verfügbarkeit einer nährstoffreichen Ernährung, die Saisonalität der Nahrungsmittelversorgung und den Zugang zu lokal verfügbarer und hochwertiger Beikost. Zu den Hilfsoptionen in Bezug auf Beikost gehören:

- Geldtransfers für den Kauf von lokal verfügbaren angereicherten und nährstoffreichen Nahrungsmitteln
- Verteilung von nährstoffreichen gängigen Nahrungsmitteln oder angereicherten Nahrungsmitteln
- Bereitstellung von mit mehreren Mikronährstoffen angereicherten Nahrungsmitteln für Kinder im Alter von 6 bis 23 Monaten
- Anreicherung mit Mikronährstoffergänzungen wie Mikronährstoffpulvern oder anderen Präparaten im Haushalt
- Programme zur Sicherung der Existenzgrundlage
- Programme zur Einrichtung von Sicherungsnetzen

Im Zusammenhang mit Geldtransfers sollten Schulungen oder eine entsprechende Kommunikation erwogen werden, um sicherzustellen, dass die betroffenen Menschen die optimale Verwendung von Bargeld für Ernährungszwecke verstehen.

Mikronährstoffergänzungen: Kinder im Alter von 6 bis 59 Monaten, die keine angereicherten Nahrungsmittel erhalten, benötigen unter Umständen mehrere Mikronährstoffergänzungen, um ihren Nahrungsbedarf zu decken. Hierfür empfehlen sich Vitamin-A-Ergänzungspräparate. In Gebieten, in denen Malaria endemisch ist, ist Eisen in jeglicher Form, einschließlich in Form von Mikronährstoffpulvern, und immer in Verbindung mit Strategien für die Diagnose, Prävention und Behandlung von Malaria, bereitzustellen. Beispiele für Präventionsstrategien für Malaria sind die Bereitstellung von insektizidbehandelten Moskitonetzen und Vektorkontrollprogrammen, die Früherkennung von Malariaerkrankungen und die Behandlung mit wirksamen Malaria-Medikamenten. Kindern, die keinen Zugang zu einer Malaria-Prävention haben, sollte kein Eisen verabreicht werden. Eisen und Folsäure oder kombinierte Mikronährstoffergänzungen sollten an schwangere und stillende Frauen gemäß den aktuellen Richtlinien verabreicht werden.

HIV und Säuglingsernährung: Mütter mit HIV sollten während einer anti-retroviralen Therapie mindestens 12 Monate und bis zu 24 Monate oder länger beim Stillen unterstützt werden. Wenn keine anti-retroviralen Medikamente verfügbar sind, die Strategie wählen, die Säuglingen die größte Chance auf ein HIV-freies Überleben gibt. Dies bedeutet, dass das Risiko einer HIV-Übertragung im Verhältnis zu den nicht mit HIV zusammenhängenden Todesursachen für Kinder steht. Mütter und Betreuungspersonen müssen entsprechend unterstützt werden. Einen beschleunigten Zugang zu antiretroviralen Medikamenten priorisieren ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.3.3 für sexuelle und Reproduktionsgesundheit: HIV*.

Stillende, nicht HIV-infizierte Mütter und Ammen und solche, deren HIV-Status unbekannt ist, sind dahingehend zu beraten, den Säugling die ersten sechs Monate ausschließlich zu stillen. Anschließend ist Beikost einzuführen, während weiter gestillt wird, bis das Kind 24 Monate oder älter alt ist. Säuglinge, die bereits Ersatznahrung erhalten, müssen dringend identifiziert und unterstützt werden.

Copyright

Die bestehenden nationalen und subnationalen Rechtsvorschriften müssen darauf überprüft und beurteilt werden, ob sie mit den aktuellen WHO-Empfehlungen übereinstimmen. Ihre Eignung ist für einen neuen Krisenkontext unter Berücksichtigung der veränderten Risikoexposition gegenüber Infektionskrankheiten außer HIV, der wahrscheinlichen Dauer der Notfallsituation, der Möglichkeit von Ersatznahrung und der Verfügbarkeit anti-retroviraler Medikamente zu ermitteln. Aktualisierte vorläufige Richtlinien müssen möglicherweise herausgegeben und den Müttern und Betreuungspersonen mitgeteilt werden.

Geschlechtsspezifische Gewalt, Schutz von Kindern und Ernährung: Geschlechtsspezifische Gewalt, geschlechtsspezifische Ungleichheit und Ernährung sind oft miteinander verbunden. Häusliche Gewalt kann eine Bedrohung für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen und ihren Kindern darstellen. Das Ernährungspersonal sollte Betreuungspersonen oder Kindern, die geschlechtsspezifischer Gewalt oder Kindesmissbrauch ausgesetzt sind, eine unterstützende und vertrauliche Überweisung anbieten. Weitere zu integrierende Elemente sind die Beratung, die Einrichtung frauen- und kinderfreundlicher Behandlungsorte sowie das regelmäßige Monitoring von Abbruchquoten und mangelndem Ansprechen auf eine Behandlung. Die Einbeziehung von Fachkräften, die sich auf geschlechtsspezifische Gewalt und den Schutz von Kindern spezialisiert haben, sind als Teil des Ernährungspersonals in Erwägung zu ziehen ⊕ *siehe Grundsätze zum Schutz 3 und 4*.

Notfallsituationen der öffentlichen Gesundheit: Ergreifen Sie in Krisenfällen im Bereich der öffentlichen Gesundheit Maßnahmen, um eine Unterbrechung des Zugangs zu Gesundheits- und Ernährungsdienstleistungen zu verhindern, die Nahrungsmittelsicherheit und die Existenzgrundlagen der Haushalte zu gewährleisten, die Risiken der Krankheitsübertragung durch Stillen zu minimieren sowie Krankheiten und Tod von Müttern zu minimieren. Bei dringendem Bedarf ist auf die WHO-Richtlinien für Cholera, Ebola und Zika-Viren zu verweisen.

Copyright

5. Nahrungsmittelsicherheit

Nahrungsmittelsicherheit besteht, wenn alle Menschen physischen und wirtschaftlichen Zugang zu ausreichender, sicherer und nährstoffreicher Nahrung haben, die ihren Nahrungsbedarf deckt und ihren Nahrungsmittelpräferenzen für ein aktives und gesundes Leben entspricht.

Nahrungsmittelsicherheit wird durch makroökonomische, sozialpolitische und ökologische Faktoren beeinflusst. Nationale und internationale Richtlinien, Prozesse oder Institutionen können den Zugang der betroffenen Menschen zu ausgewogener Nahrung beeinflussen. Die Schädigung der lokalen Umwelt und die zunehmend schwankenden und extremen Wetterbedingungen, bedingt durch den Klimawandel, wirken sich auch auf die Nahrungsmittelsicherheit aus.

In einer humanitären Krise sollten die Hilfsmaßnahmen zur Nahrungsmittelsicherheit darauf abzielen, den kurzfristigen Bedarf der betroffenen Bevölkerung zu decken und den Bedarf an potenziell schädlichen Bewältigungsstrategien zu verringern. Im Laufe der Zeit sollten die Hilfsmaßnahmen die Existenzgrundlagen schützen und wiederherstellen, Beschäftigungsmöglichkeiten stabilisieren oder schaffen und zur Wiederherstellung der längerfristigen Nahrungsmittelsicherheit beitragen. Sie sollten keine negativen Auswirkungen auf die natürlichen Ressourcen und die Umwelt haben.

Die Nahrungsmittelunsicherheit auf Haushaltsebene ist eine von vier zugrundeliegenden Ursachen für Unterernährung, neben schlechten Ernährungs- und Betreuungspraktiken, einer ungesunden Haushaltsumgebung und einer unzureichenden Gesundheitsversorgung.

Die Standards im vorliegenden Abschnitt berücksichtigen die Ressourcen zur Deckung des Nahrungsbedarfs sowohl der allgemeinen Bevölkerung als auch der Menschen mit erhöhtem Ernährungsrisiko, wie beispielsweise Kinder unter fünf Jahren, Menschen mit HIV oder AIDS, ältere Menschen, Menschen mit chronischen Krankheiten und Menschen mit Behinderungen.

Hilfsmaßnahmen zur Behandlung von Mangelernährung werden nur begrenzte Auswirkungen haben, wenn der Nahrungsbedarf der allgemeinen Bevölkerung nicht gedeckt wird. Der Gesundheitszustand von Menschen, die sich von Mangelernährung erholen, jedoch keine ausreichende Nahrungsmittelzufuhr aufrechterhalten können, wird sich wieder verschlechtern.

Die Wahl der effektivsten und effizientesten Hilfsoptionen in einer Krise erfordert eine gründliche Analyse des nach Geschlecht aufgeschlüsselten Bedarfs, der Haushaltspräferenzen, der Kosteneffizienz und -wirksamkeit, der Schutzrisiken und der saisonalen Veränderungen. Sie sollte auch die spezifische Art und Menge der benötigten Nahrungsmittel sowie die optimale Art und Weise ihrer Verteilung ermitteln.

Nahrungsmittel sind die Hauptausgabe für vulnerable Haushalte. Durch Geldtransfers können Menschen, die unterstützt werden, ihre Gesamtressourcen besser verwalten, wobei dies vom bereitgestellten Transferwert abhängig ist. Durch gemeinsam erarbeitete Analysen und Programmziele werden die Zielgruppe festgelegt sowie der Transferwert und alle potenziellen Bedingungen für den Transfer ermittelt.

Die Hilfsmaßnahmen zur Nahrungsmittelsicherheit sollten schrittweise darauf abzielen, mithilfe lokaler Märkte zu arbeiten oder diese zu unterstützen. Entscheidungen über die lokale, nationale oder regionale Beschaffung sollten auf einem Verständnis

Copyright

der Märkte, einschließlich der Markt- und Finanzdienstleister, beruhen. Marktbasierte Programme, wie beispielsweise die Bereitstellung von Geldern für Händler zur Bestandsaufstockung, können auch Märkte unterstützen ⊕ *siehe Über Sphere – Anlage: Hilfeleistung über die Märkte* und *MERS Handbook*.

Nahrungsmittelsicherheit – Standard 5: Allgemeine Nahrungsmittelsicherheit

Die Menschen erhalten eine Nahrungsmittelhilfe, die ihr Überleben sichert, ihre Würde wahrt, den Abbau ihrer Kapital- und Güterausstattung verhindert und ihre Widerstandsfähigkeit stärkt.

Schlüsselaktivitäten

1. Konzipieren Sie auf der Grundlage von Daten zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit die Hilfsmaßnahmen zur Deckung des unmittelbaren Bedarfs und prüfen Sie Maßnahmen zur Unterstützung, zum Schutz, zur Förderung und zur Wiederherstellung der Ernährungssicherheit.
   - Ziehen Sie sowohl Sachmittel als auch Geldtransfers für den Nahrungsmittelkorb in Betracht.
2. Konzipieren Sie möglichst frühzeitig Übergangs- und Ausstiegsstrategien für alle Programme zur Nahrungsmittelsicherheit.
   - Integrieren Sie Programme mit Hilfsmaßnahmen aus anderen Sektoren.
3. Stellen Sie sicher, dass die Menschen, die Unterstützung erhalten, Zugang zu den erforderlichen Kenntnissen, Kompetenzen und Dienstleistungen haben, um ihre Existenzgrundlage zu sichern.
4. Schützen, erhalten und regenerieren Sie das natürliche Umfeld vor weiterer Zerstörung.
   - Berücksichtigen Sie die Auswirkungen von Brennstoff zum Kochen auf die Umwelt.
   - Erwägen Sie Strategien zur Sicherung der Existenzgrundlagen, die nicht zur Entwaldung oder Bodenerosion beitragen.
5. Überwachen Sie bei verschiedenen Gruppen und Einzelpersonen den Grad der Akzeptanz und des Zugangs zu humanitären Maßnahmen zur Ernährungssicherheit.
6. Stellen Sie sicher, dass die Menschen, die Nahrungsmittelhilfe erhalten, hinsichtlich der Art der Hilfe befragt und mit Respekt und Würde behandelt werden.
   - Richten Sie einen Feedbackmechanismus ein.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Zielhaushalte mit akzeptablem Food Consumption Score (Instrument des UN-Welternährungsprogramms zur Messung des Nahrungsmittelverbrauchs)

- >35 Prozent; wenn Öl und Zucker bereitgestellt werden, >42 Prozent

Copyright

Prozentsatz der Zielhaushalte mit akzeptablem Household Dietary Diversity Score (Instrument des UN-Welternährungsprogramms zur Messung der Ausgewogenheit der Ernährung von Haushalten)

- >5 Hauptnahrungsmittelgruppen, die regelmäßig verzehrt werden

Prozentsatz der Zielhaushalte mit akzeptablem Coping Strategy Index (Instrument des UN-Welternährungsprogramms zur Messung der angewandten Bewältigungsstrategien)

Prozentsatz der unterstützten Menschen, die Beschwerden oder negatives Feedback im Zusammenhang mit ihrer würdevollen Behandlung melden

- Alle Beschwerden werden regelmäßig überwacht und schnell bearbeitet.

Leitlinien

Kontext: Überwachen Sie die allgemeine Situation zur Nahrungsmittelsicherheit, um die weitere Relevanz einer Hilfe zu beurteilen. Bestimmen Sie, wann Sie die Aktivitäten auslaufen lassen und wann Sie Änderungen oder neue Projekte einführen müssen, und ermitteln Sie den Bedarf an Lobbyarbeit.

Im städtischen Umfeld sind Maßnahmen zur Kontextualisierung der Indikatoren für die Haushaltsausgaben für Nahrungsmittel zu ergreifen, insbesondere in dicht besiedelten Gebieten mit niedrigem Einkommen. So können beispielsweise der „Food Expenditure Share" (Anteil der Haushaltsausgaben für Nahrungsmittel) und die hierfür festgelegten Schwellenwerte in städtischen Kontexten weniger genau sein, da die anderen, nicht für Lebensmittel aufgewendeten Ausgaben, etwa für Miete und Heizung, relativ höher sind.

Ausstiegs- und Übergangsstrategien: Ausstiegs- und Übergangsstrategien sind bereits zu Beginn des Programms zu entwickeln. Vor dem Abschluss eines Programms oder einem Übergang sollte erkennbar sein, dass eine Verbesserung eingetreten ist oder ein anderer Akteur die Verantwortung übernehmen kann. Im Falle von Nahrungsmittelhilfe kann dies bedeuten, bestehende oder geplante soziale Schutzsysteme oder langfristige Sicherungssysteme zu verstehen.

Programme zur Nahrungsmittelhilfe können mit sozialen Schutzsystemen abgestimmt werden oder den Grundstein für ein solches zukünftiges System legen. Humanitäre Organisationen können sich auch für Systeme einsetzen, die auf chronische Nahrungsmittelunsicherheit ausgerichtet sind, und die, sofern verfügbar, auf einer Analyse der chronischen Nahrungsmittelunsicherheit beruhen ⊕ *siehe MERS Handbook*.

Gefährdete Gruppen: Gemeindebasierte Risikobeurteilungen und andere Instrumente des partizipativen Monitorings sollten genutzt werden, um Mustern entgegenzuwirken, die bestimmte Gruppen oder Einzelpersonen gefährden. So kann beispielsweise die Verteilung von Brennstoff und/oder brennstoffsparenden Öfen das Risiko von körperlichen und sexuellen Übergriffen für Frauen und Mädchen verringern. Zusätzliche Geldtransfers, insbesondere an vulnerable Haushalte oder Einzelpersonen, wie beispielsweise von Frauen und Kindern geführte Haushalte oder Haushalte mit Menschen mit Behinderungen, können das Risiko von sexueller Ausbeutung und Kinderarbeit verringern.

Unterstützungsstrukturen der Gemeinde: Unterstützungsstrukturen sollten gemeinsam mit den Menschen einer Gemeinde konzipiert werden, sodass sie geeignet sind und angemessen aufrecht erhalten werden können und nach dem Programmende eher bestehen bleiben. Bei der Planung ist der Bedarf von vulnerablen Personen zu

Copyright

berücksichtigen. So sind beispielsweise von ihren Familien getrennte oder unbegleitete Mädchen und Jungen unter Umständen von der innerhalb von Familien stattfindenden Informations- und Kompetenzübermittlung ausgeschlossen ⊕ *siehe Verpflichtung 4 des Core Humanitarian Standard*.

Unterstützung der Existenzgrundlagen: ⊕ *Siehe Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Standards 7.1 und 7.2 für Existenzgrundlagen*, *MERS Handbook* und *LEGS Handbook*.

Auswirkungen auf die Umwelt: Die in Lagern lebenden Menschen benötigen Brennstoff für das Kochen, was die lokale Entwaldung beschleunigen kann. Es sind Optionen wie die Verteilung von Brennstoff, effizienten Öfen und alternativen Energien zu erwägen. Die potenziellen ökologischen Vorteile einer spezifischeren Gestaltung der Gutscheine für ökologisch nachhaltige Waren und Dienstleistungen sollten dabei berücksichtigt werden. Außerdem sollte nach Möglichkeiten gesucht werden, bisherige Nahrungsmittel- und Kochgewohnheiten zu ändern, die zu Umweltschäden geführt haben könnten. Die Trends des Klimawandels sind dabei zu berücksichtigen. Aktivitäten, die kurzfristig Abhilfe schaffen und das Krisenrisiko mittel- und langfristig reduzieren, sollten priorisiert werden. So kann beispielsweise eine Reduzierung des Viehbestandes während einer Dürre die Weiden lokal entlasten ⊕ *siehe Standard 7 für Notunterkünfte und Siedlungen: Ökologische Nachhaltigkeit*.

Zugang und Akzeptanz: Die Menschen nehmen eher an einem Programm teil, zu dem sie einfachen Zugang haben und dessen Aktivitäten akzeptabel sind. Verfolgen Sie mit allen Mitgliedern der betroffenen Bevölkerung einen partizipativen Ansatz, um eine diskriminierungsfreie Erfassung aller zu gewährleisten. Obwohl einige Maßnahmen zur Nahrungsmittelsicherheit auf die wirtschaftlich aktiven Personen ausgerichtet sind, sollte die Hilfe allen Menschen zugänglich sein. Zur Überwindung dieser Einschränkungen für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen sollten die Aktivitäten mit ihnen gemeinsam erarbeitet und angemessene Unterstützungsstrukturen eingerichtet werden.

Copyright

6. Nahrungsmittelhilfe

Nahrungsmittelhilfe ist erforderlich, wenn die Qualität und Menge der verfügbaren Nahrungsmittel oder der Zugang zu Nahrungsmitteln nicht ausreicht, um übermäßige Mortalität und Morbidität oder Mangelernährung zu verhindern. Dazu gehören humanitäre Hilfsmaßnahmen, die die Verfügbarkeit von und den Zugang zu Nahrungsmitteln, das Ernährungsbewusstsein und die Ernährungspraktiken verbessern. Solche Hilfsmaßnahmen sollten auch die Existenzgrundlagen der betroffenen Menschen schützen und stärken. Zu den Hilfsoptionen gehören die Verteilung von Nahrungsmitteln, Geldtransfers, Unterstützung für die Produktion und Marktunterstützung. Auch wenn die Deckung des unmittelbaren Bedarfs in der Anfangsphase einer Krise Vorrang hat, sollten Hilfsmaßnahmen die Kapital- und Güterausstattung erhalten und schützen sowie die durch Krisen verlorene Kapital- und Güterausstattung wiederherstellen und die Widerstandsfähigkeit gegen künftige Bedrohungen erhöhen.

Die Nahrungsmittelhilfe kann auch eingesetzt werden, um zu verhindern, dass Menschen auf negative Bewältigungsmechanismen wie den Verkauf von Produktionsmitteln, die Übernutzung oder Zerstörung der natürlichen Ressourcen oder die Anhäufung von Schulden zurückgreifen.

Im Rahmen von Programmen zur Nahrungsmittelhilfe kann eine breite Palette von Instrumenten eingesetzt werden, darunter:

- allgemeine Nahrungsmittelverteilungen (Bereitstellung von Nahrungsmitteln, Geldtransfers für den Kauf von Nahrungsmitteln)
- pauschale Nahrungsergänzungsprogramme
- gezielte Nahrungsergänzungsprogramme
- Bereitstellung von relevanten Dienstleistungen und Betriebsmitteln, einschließlich der Vermittlung von Kompetenzen oder Kenntnissen

Durch eine allgemeine Nahrungsmittelverteilung werden diejenigen, die die Nahrungsmittel am meisten benötigen, unterstützt. Diese Verteilungen sollten eingestellt werden, sobald die unterstützten Menschen ihre Nahrungsmittel auf andere Art und Weise produzieren oder darauf zugreifen können. Gegebenenfalls sind Übergangsregelungen erforderlich, einschließlich einer bedingten Bargeldhilfe oder Unterstützung der Existenzgrundlagen.

Menschen mit einem besonderen Nahrungsbedarf können zusätzlich zu einer allgemeinen Ration Nahrungsergänzungsmittel benötigen. Dazu gehören Kinder im Alter von 6 bis 59 Monaten, ältere Personen, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit HIV sowie schwangere oder stillende Frauen. In vielen Situationen rettet die Nahrungsergänzung Leben. Eine Speisung vor Ort erfolgt nur, wenn die Menschen nicht über die Mittel verfügen, selbst zu kochen. Dies kann unmittelbar nach einer Krise, im Zuge von Wanderungsbewegungen oder dort notwendig sein, wo die Empfänger von Rationen zum Mitnehmen aufgrund einer unsicheren Lage gefährdet sein würden. Auch Schulspeisungen können in Notfallsituationen durchgeführt werden, gleichwohl können Rationen zum Mitnehmen über Schulen verteilt werden. Es sollte berücksichtigt werden, dass Kinder, die nicht zur Schule gehen, keinen Zugang zu diesen Verteilungen haben; für diese Kinder sollten weiterreichende Mechanismen geplant werden.

Nahrungsmittelhilfe erfordert gute Fähigkeiten im Bereich von Lieferkettenmanagements und Logistik, um Verbrauchsgüter effektiv zu verwalten.

Copyright

Das Management von Bargeldbereitstellungssystemen muss solide und rechenschaftspflichtig sein sowie systematisch überwacht werden ⊕ *siehe Über Sphere – Anlage: Hilfeleistung über die Märkte*.

Nahrungsmittelhilfe – Standard 6.1: Allgemeiner Nahrungsbedarf

Der grundlegende Nahrungsbedarf der betroffenen Menschen, einschließlich der am stärksten vulnerablen, wird gedeckt.

Schlüsselaktivitäten

1 Messen Sie den Grad des Zugangs zu Nahrungsmitteln in ausreichender Menge und Qualität.

- Beurteilen Sie regelmäßig den Grad des Zugangs, um zu ermitteln, ob die Lage stabil ist oder sich voraussichtlich verschlechtert.
- Beurteilen Sie den Marktzugang der betroffenen Menschen.

2 Konzipieren Sie Nahrungsmittel- und Bargeldhilfe anhand des in der ersten Planungsphase üblichen Bedarfs an Energie, Eiweiß, Fett und Mikronährstoffen.

- Planen Sie Rationen so, dass die Differenz zwischen dem Nahrungsbedarf und dem, was die Menschen selbst aufbringen können, ausgeglichen wird.

3 Schützen, fördern und unterstützen Sie den Zugang der betroffenen Menschen zu nährstoffreichen Nahrungsmitteln und Ernährungsunterstützung.

- Stellen Sie sicher, dass Kinder im Alter von 6 bis 24 Monaten Zugang zu Beikost und schwangere und stillende Frauen Zugang zu zusätzlicher Ernährungsunterstützung haben.
- Stellen Sie sicher, dass Haushalte mit chronisch kranken Menschen, Menschen mit HIV und Tuberkulose, älteren Personen und Menschen mit Behinderungen über geeignete nährstoffreiche Nahrungsmittel und eine entsprechende Ernährungsunterstützung verfügen.

Schlüsselindikatoren

Prävalenz von Mangelernährung bei Kindern <5 Jahren aufgeschlüsselt nach Geschlecht, und ab 24 Monaten aufgeschlüsselt nach Behinderung

- Das WHO-Klassifizierungssystem (MAD, MDD-W) verwenden
- Für die Aufschlüsselung nach Behinderung das Modul Funktionsfähigkeit von Kindern der UNICEF/Washington Group verwenden

Prozentsatz der Zielhaushalte mit akzeptablem Food Consumption Score (Instrument des UN-Welternährungsprogramms zur Messung des Nahrungsmittelverbrauchs)

- >35 Prozent; wenn Öl und Zucker bereitgestellt werden, >42 Prozent

Prozentsatz der Zielhaushalte mit akzeptablem Household Dietary Diversity Score (Instrument des UN-Welternährungsprogramms zur Messung der Ausgewogenheit der Ernährung von Haushalten)

- >5 Hauptnahrungsmittelgruppen, die regelmäßig verzehrt werden

Prozentsatz der Zielhaushalte, die den Mindestbedarf an Energie (2.100 kCal pro Person und Tag) und die empfohlene tägliche Mikronährstoffzufuhr erhalten

Copyright

Leitlinien

Monitoring des Zugangs zu Nahrungsmitteln: Variablen wie der Grad der Nahrungsmittelsicherheit, Marktzugang, Existenzgrundlagen, Gesundheit und Ernährung sollten berücksichtigt werden. Hierüber kann festgestellt werden, ob die Situation stabil ist oder sich verschlechtert und ob Nahrungsmittelinterventionen erforderlich sind. Hierzu können Stellvertreterindikatoren wie der Food Consumption Score oder Instrumente zur Ernährungsvielfalt verwendet werden.

Formen der Unterstützung: Geeignete Formen der Unterstützung (Bargeld, Gutscheine oder Sachleistungen) oder eine Kombination sollten verwendet werden, um Nahrungsmittelsicherheit zu gewährleisten. Wenn eine Bargeldhilfe in Anspruch genommen wird, sollten Verteilungen von Beikost oder Nahrungsergänzungsmitteln in Betracht gezogen werden, um den Bedarf bestimmter Gruppen zu decken. Es ist zu überlegen, ob die Märkte geeignet sind, einen bestimmten Nahrungsbedarf zu decken. Spezifische Methoden, einschließlich des Bewertungsinstruments „Mindestkosten einer gesunden Ernährung" sollten verwendet werden.

Konzeption von Essensrationen und Ernährungsqualität: Es stehen eine Reihe von Instrumenten zur Rationsplanung zur Verfügung, z. B. NutVal. Für die Planung der allgemeinen Essensrationen ⊕ *siehe Anlage 6: Nahrungsbedarf*. Falls mit einer Ration der gesamte Energiegehalt der Nahrung bereitzustellen ist, muss diese ausreichende Mengen aller Nährstoffe enthalten. Falls mit einer Ration nur ein Teil des Energiebedarfs der Nahrung gedeckt werden muss, gibt es zwei Ansätze zu deren Planung:

- Falls der Nährstoffgehalt der sonstigen Nahrungsmittel, die der Bevölkerung zur Verfügung stehen, nicht bekannt ist, sollte die Ration so geplant werden, dass sie im Verhältnis zum Energiegehalt der Ration für einen ausgewogenen Nährstoffgehalt sorgt.
- Falls der Nährstoffgehalt der sonstigen Nahrungsmittel, die der Bevölkerung zur Verfügung stehen, bekannt ist, sollte die Ration so geplant werden, dass sie diese Nahrungsmittel durch Behebung der Nährstoffdefizite ergänzt.

Die folgenden Schätzungen für den Mindestnahrungsbedarf einer Bevölkerung sollten für die Planung der allgemeinen Rationen verwendet und an den Kontext angepasst werden.

- 2.100 kCal pro Person und Tag mit 10–12 Prozent der gesamten Energie aus Eiweiß und 17 Prozent aus Fett ⊕ *siehe Anlage 6: Nahrungsbedarf* für nähere Informationen.

In Situationen, in denen nur eine begrenzte Auswahl an Nahrungsmitteln zur Verfügung steht, kann die Sicherstellung eines ausreichenden Nährstoffgehalts der Essensrationen zur Herausforderung werden. Der Zugang zu jodiertem Salz, Niacin, Thiamin und Riboflavin ist zu berücksichtigen. Zu den Optionen für die Verbesserung des Nährwerts der Ration zählen die Anreicherung von Grundnahrungsmitteln, die Aufnahme von angereicherten Nahrungsmischungen, und die Anregung des Kaufs von vor Ort produzierten frischen Nahrungsmitteln durch Gutscheine. Die Verwendung von Nahrungsergänzungsmitteln wie lipidbasierte, nährstoffreiche Fertignahrung oder verschiedene Mikronährstofftabletten oder -pulver sind zu erwägen. IYCF-E-Botschaften sollten vermittelt werden, um sicherzustellen, dass optimale Still- und Zufütterungspraktiken gefördert werden ⊕ *siehe Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Säuglings- und Kleinkindernährung – Standards 4.1 und 4.2.*

Bei der Planung der Rationen sollte Rücksprache mit der Gemeinde gehalten werden, um die lokalen und kulturellen Präferenzen zu berücksichtigen. Achten Sie darauf, Nahrungsmittel zu wählen, die nicht lange gekocht werden müssen, wenn

Copyright

der Brennstoff knapp ist. Wenn die Rationen geändert werden, möglichst früh Informationen mit der gesamten Gemeinde austauschen, um Ärger und Missgunst zu minimieren und das Risiko von häuslicher Gewalt gegen Frauen zu begrenzen, die für reduzierte Rationen verantwortlich gemacht werden könnten. Den Ausstiegsplan von Anfang an klar kommunizieren, um Erwartungen zu begegnen, Ängste abzubauen und die Haushalte in die Lage zu versetzen, entsprechende Entscheidungen zu treffen.

Verknüpfung mit Gesundheitsprogrammen: Nahrungsmittelhilfe kann die Verschlechterung des Ernährungsstatus der betroffenen Bevölkerung verhindern, insbesondere in Kombination mit Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit zur Prävention von Krankheiten wie Masern, Malaria und parasitären Infektionen ⊕ *siehe Gesundheitssysteme – Standard 1.1: Erbringung von Gesundheitsleistungen* und *Grundlegende Gesundheitsversorgung – Infektionskrankheiten – Standard 2.1.1: Prävention*.

Monitoring der Nahrungsmittelverwendung: Die Schlüsselindikatoren für Nahrungsmittelhilfe messen den Zugang zu Nahrungsmitteln, quantifizieren jedoch nicht die Verwendung der Nahrungsmittel. Eine direkte Messung der Nährstoffzufuhr ist nicht realistisch. Eine gute Alternative ist eine indirekte Messung anhand von Informationen aus verschiedenen Quellen, darunter die Verfügbarkeit und Verwendung von Nahrungsmitteln auf Haushaltsebene sowie die Beurteilung der Nahrungsmittelpreise, der Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln und von Brennstoff zum Kochen auf lokalen Märkten. Weitere Optionen sind die Prüfung von Verteilungsplänen und -daten im Rahmen der Nahrungsmittelhilfe, die Beurteilung des Beitrags von in der Natur verfügbaren Nahrungsmitteln und die Durchführung von Beurteilungen zur Nahrungsmittelsicherheit.

Gefährdete Gruppen: Halten Sie bei der Festlegung der Auswahlkriterien für die Nahrungsmittelhilfe mit verschiedenen Gruppen Rücksprache, um besondere Bedürfnisse zu ermitteln, die ansonsten übersehen werden könnten. Angemessene und geeignete Nahrungsmittel wie angereicherte Nahrungsmischungen für Kleinkinder (im Alter von 6 bis 59 Monaten) sollten in die allgemeine Ration aufgenommen werden. Zu den spezifischen Bevölkerungsgruppen, die besondere Aufmerksamkeit erfordern, gehören ältere Personen, Menschen mit HIV, Menschen mit Behinderungen und Betreuungspersonen.

Ältere Personen: Zu den Risikofaktoren, die den Zugang zu Nahrung erschweren und den Nährstoffbedarf erhöhen können, zählen chronische Krankheit und Behinderung, Isolation, Großfamilien, Kälte und Armut. Ältere Personen sollten einen leichten Zugang zu Nahrungsquellen und Nahrungsmitteltransfers haben. Die Nahrungsmittel sollten einfach zuzubereiten und zu verzehren sein und den erhöhten Eiweiß- und Mikronährstoffbedarf älterer Personen decken.

Menschen mit HIV: Für Menschen mit HIV besteht ein hohes Risiko von Mangelernährung. Dies ist auf Faktoren wie eine reduzierte Nahrungsmittelzufuhr oder eine Beeinträchtigung der Nährstoffaufnahme, Stoffwechselveränderungen und chronische Infektionen und Krankheit zurückzuführen. Der Energiebedarf von Menschen mit HIV hängt vom Stadium der Infektion ab. Das Mahlen und Anreichern von Nahrungsmitteln oder die Bereitstellung angereicherter, gemischter oder spezieller Nahrungsergänzungsmittel sind mögliche Strategien für die Verbesserung des Zugangs zu angemessener Nahrung. In manchen Situationen kann es angebracht sein, die Gesamtmenge von Essensrationen zu erhöhen. Mangelernährte Menschen mit HIV gegebenenfalls an gezielte Ernährungsprogramme überweisen.

Menschen mit Behinderungen, einschließlich Menschen mit psychosozialen Behinderungen, sind in einer Krise oft besonders stark der Gefahr ausgesetzt, dass sie von ihren unmittelbaren Familienangehörigen und gewohnten Betreuungspersonen

Copyright

getrennt werden. Sie können auch mit Diskriminierung konfrontiert werden. Reduzieren Sie diese Risiken, und zwar durch Sicherstellung des physischen Zugangs zu Nahrung, des Zugangs zu energie- und nährstoffreichen Nahrungsmitteln sowie von Mechanismen für die Ernährungsunterstützung. Hierzu zählen die Bereitstellung von Handrührgeräten, Löffeln und Strohhalmen oder die Entwicklung von Systemen für Hausbesuche oder Kontaktarbeit. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass Kinder mit Behinderungen mit geringerer Wahrscheinlichkeit Schulen besuchen und damit schulbasierte Ernährungsprogramme versäumen.

Betreuungspersonen: Es ist wichtig, Menschen zu unterstützen, die vulnerable Personen betreuen. Betreuungspersonen und diejenigen, die sie betreuen, können auf spezifische Ernährungsbarrieren stoßen. So haben sie möglicherweise weniger Zeit, sich Nahrung zu beschaffen, da sie Kranke betreuen bzw. krank sind. Zudem haben sie einen höheren Bedarf an hygienischen Praktiken. Aufgrund der Kosten für Behandlungen oder Bestattungen haben sie möglicherweise weniger Vermögenswerte, die sie gegen Nahrung eintauschen können. Es kann sein, dass sie sozial stigmatisiert werden und nur eingeschränkten Zugang zu den Unterstützungsmechanismen der Gemeinde haben. Bestehende soziale Netzwerke sollten genutzt werden, um ausgewählte Mitglieder der Bevölkerung im Hinblick auf die Unterstützung von Betreuungspersonen zu schulen.

Nahrungsmittelhilfe – Standard 6.2: Qualität, Angemessenheit und Akzeptanz von Nahrungsmitteln

Die bereitgestellten Nahrungsmittel sind von angemessener Qualität und akzeptabel, sodass sie auf Haushaltsebene effizient und effektiv verwendet werden können.

Schlüsselaktivitäten

1. Wählen Sie Nahrungsmittel aus, die den nationalen Standards des aufnehmenden Landes und anderen international anerkannten Qualitätsstandards entsprechen.
   - Führen Sie bei Lagerbeständen Stichprobenprüfungen durch.
   - Verstehen und respektieren Sie die nationalen Vorschriften über den Erhalt und die Verwendung von gentechnisch veränderten Lebensmitteln bei der Planung der Verwendung importierter Lebensmittel.
2. Wählen Sie eine geeignete Nahrungsmittelverpackung.
   - Stellen Sie Kennzeichnungen mit Herstellungsdatum, Herkunftsland, Verfallsdatum oder Mindesthaltbarkeitsdatum, Nährwertanalyse und Kochanleitung in zugänglichen Formaten und in der Landessprache bereit, insbesondere für weniger bekannte oder weniger verbreitete Nahrungsmittel.
3. Beurteilen Sie den Zugang zu Wasser, Brennstoff, Öfen und die Möglichkeiten zur Lagerung von Nahrungsmitteln.
   - Stellen Sie verzehrfertige Nahrungsmittel bereit, falls eine Krise den Zugang zu Kochgelegenheiten verhindert.
4. Sichern Sie den Zugang zu geeigneten Mahl- und Verarbeitungsanlagen, wenn Vollkorngetreide bereitgestellt wird.

Copyright

- Die Kosten, die den Empfängern für das Mahlen entstehen, können durch Bargeld oder Gutscheine oder den weniger bevorzugten Ansatz, zusätzliches Getreide oder Mahlgut bereitzustellen, abgefedert werden.

5 Lagern und transportieren Sie Nahrungsmittel unter geeigneten Bedingungen.

- Befolgen Sie die Standards in der Lagerverwaltung mit systematischen Kontrollen der Nahrungsmittelqualität.
- Messen Sie die Mengen in konsistenten Einheiten und vermeiden Sie Änderungen der Einheiten und der Messverfahren während des Projekts.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der betroffenen Bevölkerung, die angibt, dass die bereitgestellten Nahrungsmittel von angemessener Qualität sind und den lokalen Präferenzen entsprechen

Prozentsatz der betroffenen Bevölkerung, die angibt, dass der Mechanismus zum Erhalt von Nahrungsmitteln angemessen war

Prozentsatz der Haushalte, die angeben, dass die erhaltenen Nahrungsmittel leicht zuzubereiten und zu lagern waren

Prozentsatz der unterstützten Menschen, die Beschwerden oder negatives Feedback im Zusammenhang mit der Nahrungsmittelqualität gemeldet haben

- Alle Beschwerden werden regelmäßig überwacht und schnell bearbeitet.

Prozentsatz der im Zuge des Programms gemeldeten Nahrungsmittelverluste

- Ziel <0,2 Prozent der Gesamttonnage.

Leitlinien

Nahrungsmittelqualität: Die Nahrungsmittel müssen den Nahrungsmittelstandards der Regierung des aufnehmenden Landes entsprechen. Die Nahrungsmittel müssen zudem den Standards des Codex Alimentarius in Bezug auf Qualität, Verpackung, Kennzeichnung und Zweckeignung entsprechen. Falls die Nahrungsmittel aufgrund ihrer Qualität nicht in der beabsichtigten Weise zu verwenden sind, sind sie nicht für den Zweck geeignet. Dies gilt auch, wenn sie für den menschlichen Verzehr geeignet sind. So kann es zum Beispiel sein, dass die Qualität von Mehl das Backen auf Haushaltsebene unmöglich macht, obwohl der Verzehr des Mehls unbedenklich ist. Den vor Ort gekauften oder importierten Nahrungsmitteln müssen Pflanzengesundheitszeugnisse oder sonstige Kontrollbescheinigungen beigefügt sein. Für Räucherprozesse sollten geeignete Produkte eingesetzt und strikte Verfahren befolgt werden. Wenn es um große Mengen geht oder falls Zweifel oder Streitigkeiten hinsichtlich der Qualität bestehen, sollte die Lieferung durch unabhängige Qualitätsprüfer überprüft werden.

Stellen Sie sicher, dass die Regierung des aufnehmenden Landes so weit wie möglich einbezogen bleibt. Informationen zu Alter und Qualität von Nahrungsmittellieferungen können Herstellerbescheinigungen, Prüfberichten zur Qualitätskontrolle, der Verpackungskennzeichnung und Lagerberichten entnommen werden. Eine Datenbank für Analysenzertifikate (CoA), die von einer zuständigen Stelle ausgestellt wurden, sollte angelegt werden, um die Qualität und Reinheit eines Produkts zu bescheinigen.

Beurteilen Sie die Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln auf lokalen, nationalen oder internationalen Märkten. Wenn Nahrungsmittelhilfe vor Ort bezogen wird, sollte sie nachhaltig sein und die natürlichen Ressourcen vor Ort nicht weiter belasten oder die

Copyright

Märkte stören. Beziehen Sie mögliche Einschränkungen des Nahrungsmittelangebots bei der Programmplanung ein.

Nahrungsmittelverpackung: Nahrungsmittelverluste können bei den Lagern und Verteilungsstellen gemeldet werden. Nahrungsmittelverluste können auf eine unzulängliche Verpackung im Verteilungszyklus zurückzuführen sein. Die Verpackung sollte für die Handhabung, Lagerung und Verteilung robust und handlich sein. Sie sollte für ältere Menschen, Kinder und Menschen mit Behinderungen zugänglich sein. Wenn möglich, sollte die Verpackung eine direkte Verteilung ermöglichen, ohne dass eine erneute Messung oder Umverpackung erforderlich ist.

Nahrungsmittelverpackungen sollten keine Botschaften aufweisen, die politisch oder religiös motiviert oder polarisierend sind.

Verpackungen sollten keine Gefahr darstellen, und humanitäre Organisationen tragen die Verantwortung dafür, dass nicht die Umwelt mit Verpackungen von verteilten oder mit Bargeld oder Gutscheinen gekauften Gütern verschmutzt wird. Es sollten Minimalverpackungen (möglichst biologisch abbaubar) und lokal geeignete Materialien verwendet werden, nach Möglichkeit durch Förderung einer Partnerschaft mit der lokalen Regierung und den Herstellern von Verpackungsmaterialien. Stellen Sie Nahrungsmittelbehälter bereit, die wiederverwertet, recycelt oder für andere Zwecke wiederverwendet werden können. Entsorgen Sie Abfallverpackungen so, dass Umweltschäden vermieden werden. Gebrauchsfertige Nahrungsmittelverpackungen, wie beispielsweise Folienverpackungen, erfordern unter Umständen besondere Kontrollen für eine sichere Entsorgung.

Organisieren Sie regelmäßige gemeinschaftliche Aufräumaktionen, wenn Abfall herumliegt. Diese Aktionen sollten Teil der Mobilisierung und Sensibilisierung der Gemeinde sein und nicht als entlohnte Arbeit verstanden werden ⊕ *siehe WASH-Standards für Feststoffabfallmanagement 5.1 bis 5.3*.

Auswahl der Nahrungsmittel: Obwohl der Nährwert bei der Bereitstellung von Nahrungsmittelhilfe den wichtigsten Faktor darstellt, sollten die Güter den Empfängern bekannt sein. Ferner sollten sie mit ihren religiösen und kulturellen Traditionen vereinbar sein, unter anderem mit Speisevorschriften für schwangere oder stillende Frauen. Frauen und Mädchen sollten in die Auswahl der Nahrungsmittel einbezogen werden, da diese in vielen Fällen die Hauptverantwortung für die Zubereitung von Nahrung tragen. Großeltern, Männer, die einen Haushalt allein führen, und Jugendliche, die ihre Geschwister ohne Unterstützung betreuen, sind besonders zu unterstützen, da ihr Zugang zu Nahrung gefährdet sein könnte.

In städtischen Kontexten haben die Haushalte wahrscheinlich eine vielfältigere Auswahl an Nahrungsmitteln als in ländlichen, doch kann die Qualität der Ernährung eingeschränkt sein, was eine andere Ernährungsunterstützung erfordert.

Säuglingsernährung: Gespendete oder subventionierte Säuglingsnahrung, Milchpulver, Flüssigmilch oder Flüssigmilchprodukte sollten nicht als separate Ware in einer allgemeinen Nahrungsmittelverteilung verteilt werden. Diese Artikel sollten auch nicht im Rahmen eines Nahrungsergänzungsprogramms zum Mitnehmen verteilt werden ⊕ *siehe Standard 4.2 für Säuglings- und Kleinkinderernährung*.

Vollkorngetreide: Falls das Mahlen auf Haushaltsebene eine Tradition darstellt oder Zugang zu örtlichen Mühlen besteht, kann Vollkorngetreide verteilt werden. Vollkorngetreide bietet den Vorteil einer längeren Lagerfähigkeit und kann daher für die Teilnehmenden am Programm wertvoller sein.

Anlagen für das kommerzielle Mahlen mit niedrigen Extraktionsraten, wobei Keime, Öl und Enzyme (die Ranzigkeit verursachen) entfernt werden, sollten bereitgestellt

Copyright

werden. Durch das kommerzielle Mahlen mit niedrigen Extraktionsraten wird die Lagerfähigkeit stark erhöht, jedoch auch der Eiweißgehalt verringert. Werden Maiskörner gemahlen, beträgt die Lagerfähigkeit nur 6 bis 8 Wochen, sodass der Mais erst kurz vor dem Verbrauch gemahlen werden sollte. Gemahlenes Getreide erfordert in der Regel weniger Kochzeit. Durch den Mahlbedarf können Frauen oder jugendliche Mädchen mitunter einem erhöhten Risiko von Ausbeutung ausgesetzt sein. Arbeiten Sie mit Frauen und Mädchen zusammen, um Risiken und Lösungen zu identifizieren, wie beispielsweise die Bereitstellung von Unterstützung für frauengeführte Mühlen.

Lagerung und Zubereitung von Nahrung: Die Lagerkapazität der Haushalte sollte bei der Auswahl der angebotenen Nahrungsmittel berücksichtigt werden. Stellen Sie sicher, dass die unterstützten Menschen verstehen, wie sie Gefahren für die öffentliche Gesundheit im Zusammenhang mit der Zubereitung von Nahrung vermeiden können. Energieeffiziente Herde oder alternativen Brennstoffe sollten bereitgestellt werden, um die Umweltschädigung zu minimieren.

Die Lagerbereiche sollten trocken und hygienisch, ausreichend vor Witterungseinflüssen geschützt und frei von chemischen oder anderen Verunreinigungen sein. Sichern Sie die Lagerbereiche gegen Schädlinge wie Insekten und Nagetiere ab und wenden Sie sich gegebenenfalls an die Beauftragten des Gesundheitsministeriums, um die Qualität der von Verkäufern und Händlern gelieferten Nahrungsmittel zu bescheinigen.

Nahrungsmittelhilfe – Standard 6.3: Zielgruppenbestimmung, Verteilung und Lieferung

Die Methode der gezielten Nahrungsmittelverteilung erlaubt eine schnelle und rechtzeitige Reaktion, ist transparent und sicher.

Schlüsselaktivitäten

1. Ermitteln Sie die Empfänger der Nahrungsmittelhilfe auf der Basis des Bedarfs und in Abstimmung mit den relevanten Interessengruppen und bestimmen Sie sie als Zielgruppe.
   - Ansätze zur Zielgruppenbestimmung müssen eindeutig sein und von den Empfänger- wie Nichtempfängergruppen akzeptiert werden, damit keine Spannungen verursacht und kein Schaden angerichtet wird.
   - Sobald möglich, sollte eine formale Registrierung der Haushalte, die Nahrungsmittel erhalten sollen, vorgenommen und nach Bedarf aktualisiert werden.
2. Entwickeln Sie Methoden zur Verteilung von Nahrungsmitteln oder direkte Bereitstellungsmechanismen für Bargeld/Gutscheine, die effizient, gerecht, sicher, zugänglich und effektiv sind.
   - Beziehen Sie Frauen und Männer, einschließlich älterer Kinder und Jugendlicher, in die Überlegungen ein und fördern Sie die Beteiligung von potenziell vulnerablen oder marginalisierten Gruppen.
3. Richten Sie Verteilungs- und Bereitstellungsstellen dort ein, wo sie für die Empfänger zugänglich, sicher und am praktischsten sind.
   - Minimieren Sie die Risiken für Personen auf dem Weg zu Verteilungen und überwachen Sie regelmäßig Kontrollpunkte oder Änderungen der Sicherheitslage.

Copyright

4 Informieren Sie die Empfänger im Voraus über den Verteilungs- und Zeitplan, die Qualität und Menge der Essensrationen oder des Bargeld- oder Gutscheinwerts sowie darüber, was damit abgedeckt werden soll.

- Planen Sie die Verteilung so, dass die Reise- und Arbeitszeit der Menschen berücksichtigt wird und dass gefährdete Gruppen entsprechend priorisiert werden.
- Definieren und richten Sie Feedbackmechanismen vor der Verteilung gemeinsam mit der Gemeinde ein.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der minimierten Ein- und Ausschlussfehler bei der Zielgruppenbestimmung

- Ziel <10 Prozent

Entfernung von Unterkünften zu den Verteilungsstellen oder Märkten (im Fall von Gutscheinen oder Bargeld)

- Ziel <5 Kilometer

Prozentsatz der unterstützten Personen (aufgeschlüsselt nach Geschlecht, Alter und Behinderung), die über Sicherheitsprobleme auf Reisen (Hin- und Rückweg) und an den Programmorten berichten

Anzahl der gemeldeten Fälle von sexueller Ausbeutung oder Machtmissbrauch im Zusammenhang mit Verteilungs- oder Bereitstellungspraktiken

Prozentsatz der Fälle von sexueller Ausbeutung oder Machtmissbrauch im Zusammenhang mit Verteilungs- oder Bereitstellungspraktiken, die nachverfolgt werden

- 100 Prozent

Prozentsatz der Zielhaushalte, die ihren Anspruch auf Nahrungsmittelhilfe korrekt angeben

- Ziel: >50 Prozent der Zielhaushalte

Leitlinien

Zielgruppenbestimmung: Sicherstellen, dass die Instrumente und Methoden zur Zielgruppenbestimmung an den Kontext angepasst sind. Die Zielgruppenbestimmung sollte die gesamte Intervention umfassen, nicht nur die Anfangsphase. Die richtige Balance zwischen Ausschlussfehlern, die lebensbedrohend sein können, und Einschlussfehlern, die zu Spannungen innerhalb der betroffenen Bevölkerung oder Verschwendung führen können, zu finden, ist ein komplexer Prozess. In plötzlich auftretenden Krisen können Einschlussfehler akzeptabler sein als Ausschlussfehler. Allgemeine Nahrungsmittelverteilungen können in Krisensituationen angemessen sein, in denen alle Haushalte vergleichbare Verluste erlitten haben oder in denen eine detaillierte Zielgruppenbestimmung aufgrund des fehlenden Zugangs nicht möglich ist.

Kinder im Alter von 6 bis 59 Monaten, schwangere und stillende Frauen, Menschen mit HIV und andere vulnerable Bevölkerungsgruppen können als Zielgruppe für Nahrungsergänzungsmittel festgelegt oder an Strategien zur Ernährungsbehandlung und Prävention angegliedert werden. Für Menschen mit HIV erhöht dies ihre tägliche Kalorienzufuhr und unterstützt die Einhaltung der antiretroviralen Therapie.

Copyright

Gezielte Programme sollten nicht zu einer Stigmatisierung oder Diskriminierung führen. Beispielsweise können Menschen mit HIV in die Verteilungen für „Menschen mit chronischen Krankheiten" eingeschlossen werden, wobei die Gesundheitszentren, in denen sie betreut und behandelt werden, diese Hilfe bereitstellen. Listen von Menschen mit HIV sollten niemals veröffentlicht oder weitergegeben werden, und in den meisten Kontexten sollten führende Persönlichkeiten der Gemeinde nicht als Beauftragte für die Zielgruppenbestimmung bei Menschen mit HIV aufgenommen werden.

Beauftragte/Komitee für die Zielgruppenbestimmung: Bauen Sie einen direkten Kontakt mit den betroffenen Menschen und Bevölkerungsgruppen in der Gemeinde auf und meiden Sie dabei möglichst die Community Gatekeeper (zentrale Schlüsselpersonen der Gemeinde). Es sollten Komitees für die Zielgruppenbestimmung eingerichtet werden, zu denen Vertreter der folgenden Bevölkerungsgruppen gehören:

- Frauen und Mädchen, Männer und Jungen, ältere Personen und Menschen mit Behinderungen
- lokal gewählte Ausschüsse, Frauengruppen und humanitäre Organisationen
- lokale und internationale NRO
- Jugendorganisationen
- kommunale Einrichtungen

Die Registrierungsprozesse: In Flüchtlingslagern ist die Registrierung häufig eine Herausforderung, vor allem wenn vertriebene Menschen nicht über Ausweisdokumente verfügen. Listen lokaler Behörden und von der Gemeinde erstellte Haushaltslisten können hilfreich sein, vorausgesetzt, dass sie sich in einer unabhängigen Beurteilung als richtig und objektiv erweisen. Die Einbeziehung von betroffenen Frauen bei der Ausarbeitung der Registrierungsprozesse ist zu fördern. Gefährdete Personen, insbesondere Menschen mit eingeschränkter Mobilität, sollten in die Verteilungslisten aufgenommen werden.

Falls eine Registrierung im Anfangsstadium einer Krise nicht möglich ist, sollte sie durchgeführt werden, sobald sich die Lage stabilisiert hat. Richten Sie einen Feedbackmechanismus für den Registrierungsprozess ein, der allen betroffenen Menschen zugänglich ist, einschließlich Frauen, Mädchen, ältere Personen und Menschen mit Behinderungen. Frauen haben das Recht, unter ihrem eigenen Namen registriert zu werden. Nach Möglichkeit sollten sowohl Männer als auch Frauen, gegebenenfalls getrennt, darüber befragt werden, wer die Hilfsleistungen physisch abholen oder für den Haushalt Bargeldhilfe erhalten soll. Diese Befragung sollte auf einer Risikobeurteilung basieren.

Treffen Sie besondere Vorkehrungen für von alleinstehenden Männern oder Frauen geführte Haushalte sowie von Kindern und Jugendlichen geführte Haushalte und für von ihren Familien getrennte oder unbegleitete Kinder, damit sie für ihre Haushalte Hilfsleistungen sicher abholen können. In der Nähe der Verteilungsstellen sollte eine Kinderbetreuung eingerichtet werden, damit Alleinerziehende und Frauen mit Kleinkindern Hilfsleistungen abholen können, ohne ihre Kinder unbeaufsichtigt zu lassen. In Kontexten, in denen es polygame Haushalte gibt, sollte jede Ehefrau mit ihren Kindern wie ein separater Haushalt behandelt werden.

Verteilung der „Trockenrationen": Eine allgemeine Nahrungsmittelverteilung erfolgt üblicherweise in Form von Trockenrationen, die die Menschen anschließend zu Hause kochen. Bei den Empfängern kann es sich um eine Einzelperson oder einen Haushalt mit Rationskarte, einen Vertreter einer Gruppe von Haushalten, männliche und weibliche traditionell führende Persönlichkeiten oder führende Persönlichkeiten einer gezielten Verteilung auf Gemeindeebene handeln. Im Hinblick auf die Häufigkeit der Verteilungen sollten das Gewicht der Nahrungsration und die Mittel der Empfänger,

Copyright

diese sicher nach Hause zu tragen, in Betracht gezogen werden. Es kann eine besondere Unterstützung erforderlich sein, um sicherzustellen, dass ältere Personen, schwangere und stillende Frauen, von ihren Familien getrennte und unbegleitete Kinder sowie Menschen mit Behinderungen die ihnen zustehenden Hilfsleistungen abholen und behalten können. Erwägen Sie, dass andere Mitglieder der Gemeinde ihnen helfen, oder versorgen sie diese Personen mit häufigeren, kleineren Rationen.

Verteilung der „gekochten" Rationen: Unter außergewöhnlichen Umständen, wie beispielsweise zu Beginn einer plötzlich auftretenden Krise, können gekochte Mahlzeiten oder verzehrfertige Nahrungsmittel für die allgemeine Nahrungsmittelverteilung verwendet werden. Diese Rationen können angebracht sein, wenn Menschen auf der Flucht sind oder wenn die unterstützten Menschen in dem Fall, dass sie die Nahrungsmittel mit nach Hause nehmen, der Gefahr von Diebstahl, Gewalt, Missbrauch oder Ausbeutung ausgesetzt würden. Nutzen Sie Schulspeisungen und Anreize durch Nahrungsmittel für das Bildungspersonal als Verteilungsmechanismus im Notfall.

Verteilungsstellen: Bei der Suche nach Verteilungsstellen ist das Gelände zu berücksichtigen. Versuchen Sie, einen angemessenen Zugang zu anderen Hilfsquellen wie sauberem und sicherem Wasser, Toiletten, Gesundheitsleistungen, Schatten und Notunterkünfte sowie sichere Räume für Kinder und Frauen zu schaffen. Das Vorhandensein von bewaffneten Kontrollpunkten und militärischen Aktivitäten muss berücksichtigt werden, um jegliche Risiken für die Zivilbevölkerung zu minimieren und einen sicheren Zugang zur Hilfe zu gewährleisten. Die Straßen zu und von den Verteilungsstellen sollten deutlich gekennzeichnet, zugänglich und von anderen Mitgliedern der Gemeinde häufig genutzt werden. Berücksichtigen sie die praktischen Aspekte und die Kosten des Transports von Gütern ⊕ *siehe Grundsatz zum Schutz 2*.

Alternative Verteilungswege sind zu erschließen, um diejenigen zu erreichen, die sich weiter von der Verteilungsstelle entfernt befinden oder funktionelle Schwierigkeiten haben. Der Zugang zur Verteilung ist in einer Krise für marginalisierte und ausgegrenzte Bevölkerungsgruppen häufig ein Grund zur Sorge. Stellen Sie für Bevölkerungsgruppen, die in einem institutionellen Umfeld leben, eine direkte Verteilung bereit.

Planung der Verteilungen: Die Verteilungen sollten zu Zeiten geplant werden, die eine Anreise zu den Verteilungsstellen und die Rückreise nach Hause bei Tageslicht ermöglichen. Vermeiden Sie, dass die unterstützten Menschen eine Übernachtung einplanen müssen, da dies zu zusätzlichen Risiken führt. Verteilungen sollten zeitlich so geplant sein, dass die Unterbrechung der alltäglichen Tätigkeiten auf ein Minimum begrenzt wird. Die Einrichtung einer „Schnellspur" oder die Priorisierung gefährdeter Gruppen in Verbindung mit einem Stand, an dem ein Sozialarbeiter alle unbegleiteten und von ihren Familien getrennten Kinder registrieren kann, sollte in Erwägung gezogen werden. Stellen Sie im Voraus Informationen über den Zeitplan und die Verteilung über vielfältige Kommunikationsmittel bereit.

Sicherheit bei Verteilungen von Nahrungsmitteln, Gutscheinen und Bargeld: Ergreifen Sie Maßnahmen zur Minimierung der Risiken für die an der Verteilung Beteiligten. Dies umfasst angemessene Mittel zur Kontrolle großer Menschenmengen, die Beaufsichtigung der Verteilungen durch geschultes Personal und die Bewachung der Verteilungsstellen durch die betroffene Bevölkerung selbst. Falls erforderlich, ist die örtliche Polizei einzuschalten. Polizeibeamte und Beamte sollten über die Ziele der Nahrungsmitteltransfers in Kenntnis gesetzt werden. Planen Sie die Gestaltung der Verteilungsstellen sorgfältig, sodass sie für ältere Personen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit funktionellen Schwierigkeiten sicher und zugänglich ist. Informieren Sie alle Teams bei der Nahrungsmittelverteilung über geeignete Verhaltensweisen sowie die Sanktionen gegen sexuelle Ausbeutung und Missbrauch.

Copyright

Weibliches Wachpersonal zur Beaufsichtigung der Entladung, Registrierung und Verteilung von Nahrungsmitteln sowie des anschließenden Monitorings sollte einbezogen werden ⊕ *siehe Verpflichtung 7 des Core Humanitarian Standard*.

Bereitstellung von Informationen: Informationen zu den Rationen sollten an den Verteilungsstellen in Sprachen und Formaten zur Verfügung gestellt werden, die auch Menschen zugänglich sind, die nicht lesen können oder Kommunikationsschwierigkeiten haben. Informieren Sie die Menschen durch gedruckte, Audio-, SMS- und Sprachnachrichten über Folgendes:

- den Rationsplan unter Angabe der Menge und Art der Essensrationen oder des Bar-/Gutscheinwerts und was damit gedeckt werden soll
- Gründe für mögliche Änderungen gegenüber früheren Plänen (Zeitpunkt, Menge, Artikel, Sonstiges)
- den Verteilungsplan
- die Ernährungsqualität der Nahrungsmittel und gegebenenfalls spezielle Anforderungen an die Empfänger im Hinblick auf die Erhaltung des Nährwerts
- die Anforderungen an eine sichere Handhabung und Verwendung der Nahrungsmittel
- besondere Hinweise zur optimalen Verwendung der Nahrungsmittel für Kinder
- die Möglichkeiten der Empfänger, weitere Informationen zu erhalten oder Feedback zu geben

Im Falle von Bargeldhilfe sollte der Transferwert in die Informationen zu den Rationen aufgenommen werden. Informationen können an der Verteilungsstelle, an der Auszahlungsstelle oder an den Stellen, an denen die Gutscheine eingelöst werden können, oder in einer Broschüre in der Landessprache bereitgestellt werden.

Änderungen der bereitgestellten Nahrungsmittel: Änderungen der Rationen oder des Transferwerts für Bargeldhilfe können aufgrund unzulänglicher Nahrungsmittelverfügbarkeit, fehlender Finanzierung oder aus anderen Gründen erfolgen. In diesem Fall sind diese Änderungen den Empfängern durch Verteilungsausschüsse, führende Persönlichkeiten der Gemeinde und repräsentative Organisationen mitzuteilen. Vor den Verteilungen ist eine gemeinsame Vorgehensweise zu erarbeiten. Das Verteilungskomitee sollte die Menschen über Änderungen, die Gründe für die Änderungen sowie über das Datum und den Plan für die Wiedereinführung von normalen Rationen informieren. Zu den Optionen gehören:

- Reduzierung der Rationen für alle Empfänger
- Ausgabe einer vollständigen Ration für vulnerable Personen und einer reduzierten Ration für die allgemeine Bevölkerung oder
- die Verzögerung der Verteilung (als letztes Mittel)

Monitoring der Verteilung und Lieferung: Die von den Haushalten abgeholten Rationen sollten stichprobenartig nachgewogen werden, um zu überprüfen, ob das Verteilungsmanagement korrekt und gerecht ist. Befragen Sie die Empfänger und stellen Sie sicher, dass die Befragten eine gleiche Anzahl von Frauen und Männern, einschließlich Jugendlicher und junger Erwachsener, Menschen mit Behinderungen und älterer Personen umfassen. Stichprobenartige Besuche von Haushalten durch ein Interviewteam, das aus mindestens einem Mann und einer Frau besteht, können dazu beitragen, die Akzeptanz und Brauchbarkeit der Ration zu ermitteln. Durch diese Besuche können ferner Personen identifiziert werden, die die Auswahlkriterien erfüllen, jedoch keine Nahrungsmittel erhalten. Bei solchen Besuchen können auch anderweitig bezogene Nahrungsmittel sowie ihre Herkunft und Verwendung festgestellt werden. Durch die Besuche kann ermittelt werden, ob es zu einer Gewaltanwendung zur Inbesitznahme, gewaltsamen Rekrutierungen oder sexuellen oder anderen Ausbeutung gekommen ist ⊕ *siehe Über Sphere – Anlage: Hilfeleistung über die Märkte*.

Copyright

Nahrungsmittelhilfe – Standard 6.4: Nahrungsmittelverwendung

Die Lagerung, Zubereitung und der Verzehr von Nahrungsmitteln sind sowohl auf Haushalts- als auch auf Gemeindeebene sicher und angemessen.

Schlüsselaktivitäten

1. Schützen Sie die unterstützten Menschen vor unangemessener Handhabung und Zubereitung der Nahrungsmittel.
   - Informieren Sie die Menschen bezüglich der Bedeutung der Nahrungsmittelhygiene und klären Sie sie über gute Hygienepraktiken hinsichtlich des Umgangs mit Nahrungsmitteln auf.
   - Falls gekochte Rationen bereitgestellt werden, schulen Sie das Personal in Bezug auf die sichere Lagerung, Handhabung und Zubereitung der Nahrungsmittel und die potenzielle Gesundheitsgefährdung aufgrund falscher Praktiken.
2. Befragen und beraten Sie die unterstützten Menschen zur Lagerung und Zubereitung sowie zum Kochen und Verzehren der verteilten Nahrungsmittel..
3. Stellen Sie sicher, dass die Haushalte Zugang zu geeigneten Kochutensilien, Brennstoff, energieeffizienten Herden, sauberem Wasser und Hygienematerialien haben.
4. Stellen Sie bei Personen, die selbst keine Nahrungsmittel zubereiten oder sich nicht selbst ernähren können, sicher, dass sie Zugang zu Betreuungspersonen haben, die sie so weit wie möglich und angemessen unterstützen können.
5. Überwachen Sie, wie die Nahrungsressourcen im Haushalt genutzt werden.

Schlüsselindikatoren

Anzahl der gemeldeten Fälle von Gesundheitsgefährdung durch verteilte Nahrungsmittel

Prozentsatz der Haushalte, die in der Lage sind, Nahrungsmittel sicher zu lagern und zuzubereiten

Prozentsatz der Zielhaushalte, die in der Lage sind, drei oder mehr Botschaften zum Thema Hygienebewusstsein zu beschreiben

Prozentsatz der Zielhaushalte, die berichten, Zugang zu geeigneten Kochutensilien, Brennstoff, Trinkwasser und Hygienematerialien zu haben

Leitlinien

Nahrungsmittelhygiene: Krisen können die normalen Hygienepraktiken der Menschen außer Kraft setzen. Daher sind Hygieneverfahren für den Umgang mit Nahrungsmitteln zu fördern, die an die örtlichen Gegebenheiten und Krankheitsmuster angepasst sind. Die Bedeutung des Händewaschens vor dem Umgang mit Nahrungsmitteln, der Vermeidung von Wasserkontamination und des Ergreifens von Schädlingsbekämpfungsmaßnahmen sollte betont werden. Die Empfänger von Nahrungsmitteln sollten darüber informiert werden, wie Nahrungsmittel auf Haushaltsebene sicher gelagert werden ⊕ *siehe WASH-Standards 1.1 bis 1.3 zur Hygieneaufklärung.*

Copyright

Verarbeitung und Lagerung von Nahrungsmitteln: Der Zugang zu Anlagen für die Nahrungsmittelverarbeitung, wie beispielsweise Getreidemühlen, versetzt die Menschen in die Lage, die Nahrung in der Form ihrer Wahl zuzubereiten, und sorgt zudem für mehr Zeit für andere produktive Tätigkeiten. Werden verderbliche Nahrungsmittel angeboten, sollten geeignete Einrichtungen zur Lagerung dieser Nahrungsmittel, wie beispielsweise wasserdichte Behälter, oder Kühl- und Gefrierschränke, in Betracht gezogen werden. Hitze, Kälte und Feuchtigkeit beeinflussen die Lagerung von verderblichen Nahrungsmitteln.

Zu den Personen, die Unterstützung beim Lagern, Kochen und Essen benötigen, gehören Kleinkinder, ältere Personen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit HIV. Für einige Menschen, die nur eingeschränkt in der Lage sind, Angehörige mit Nahrung zu versorgen, wie beispielsweise Eltern mit Behinderungen, können Programme mit Kontaktarbeit oder eine zusätzliche Unterstützung erforderlich sein.

Monitoring der Nahrungsmittelverwendung in den Haushalten: Humanitäre Organisationen sollten die Verwendung von Nahrungsmitteln in den Haushalten sowie deren Angemessenheit und Eignung überwachen und beurteilen. Auf Haushaltsebene können Nahrungsmittel entweder bestimmungsgemäß verzehrt, gehandelt oder getauscht werden. Das Ziel des Tauschgeschäfts könnte sein, Zugang zu anderen bevorzugteren Nahrungsmitteln, Gebrauchsgütern oder der Bezahlung von Dienstleistungen wie Schulgebühren oder Arztrechnungen zu erhalten. Die Beurteilung der Verteilung in den Haushalten sollte auch die Nahrungsmittelverwendung nach Geschlecht, Alter und Behinderung einbeziehen.

Die Verwendung von Bargeld und Gutscheinen: Es ist wichtig, das Risiko von Panikkäufen zu managen, wenn Haushalte Bargeld oder Gutscheine erhalten. Händler und unterstützte Personen sollten vor, während und nach der Verteilung entsprechend begleitet werden. So ist beispielsweise zu überlegen, ob Nahrungsmittel den ganzen Monat über verfügbar sein werden oder ob es besser wäre, die Verteilungen über den Monat zu staffeln. Gutscheine können in kleinen Stückelungen ausgestellt werden, die gegebenenfalls wöchentlich eingelöst werden können. Das gleiche Prinzip sollte für Bargeld gelten, das über Geldautomaten oder andere Formen der digitalen oder manuellen Zahlung einlösbar ist.

Copyright

7. Existenzgrundlagen

Die Fähigkeit der Menschen, ihre Existenzgrundlagen zu schützen, steht in direktem Zusammenhang mit ihrer Vulnerabilität für Krisen. Das Verständnis von Vulnerabilitäten vor, während und nach einer Krise macht es einfacher, angemessene Hilfe zu leisten und zu ermitteln, wie Gemeinden ihre Existenzgrundlagen wiederherstellen und verbessern können.

Krisen können viele der Faktoren, auf die Menschen angewiesen sind, um ihre Existenzgrundlagen zu erhalten, stören. Von Krisen betroffene Menschen verlieren unter Umständen ihren Arbeitsplatz oder müssen ihr Land oder ihre Wasserquellen aufgeben. Auch ihre Kapital- und Güterausstattung kann bei Konflikten oder Naturkatastrophen zerstört, kontaminiert oder gestohlen werden. Mitunter funktionieren die Märkte nicht mehr.

In den Anfangsstadien einer Krise steht die Deckung des grundlegenden lebensnotwendigen Bedarfs im Vordergrund. Im Laufe der Zeit wird jedoch auch die Wiederherstellung der Systeme, Fähigkeiten und Kapazitäten, die die Existenzgrundlagen unterstützen, den Menschen helfen, sich in Würde zu erholen. Die Förderung der Existenzgrundlagen von Flüchtlingen stellt oft eine besondere Herausforderung dar, wie beispielsweise durch die Unterbringung in Lagern oder durch restriktive rechtliche und politische Rahmenbedingungen in Asylländern.

Diejenigen, die Nahrungsmittel produzieren, brauchen Zugang zu Land, Wasser, Vieh, Unterstützungsdiensten und Märkten, die die Produktion unterstützen können. Sie sollten über die Mittel verfügen, die Produktion fortzusetzen, ohne andere Ressourcen, Menschen oder Systeme zu gefährden ⊕ *siehe LEGS Handbook*.

In städtischen Gebieten werden sich die Auswirkungen einer Krise auf die Existenzgrundlagen wahrscheinlich von denen in ländlichen Gebieten unterscheiden. Die Zusammensetzung der Haushalte, die Fähigkeiten, Behinderungen und die Bildung werden darüber entscheiden, inwieweit Menschen an verschiedenen wirtschaftlichen Aktivitäten teilnehmen können. Im Allgemeinen haben ärmere Stadtbewohner ein weniger vielfältiges Spektrum an Bewältigungsstrategien für ihre Existenzgrundlagen als die Menschen in ländlichen Gebieten. In einigen Ländern beispielsweise haben sie keinen Zugang zu Land, um Nahrungsmittel anzubauen.

Die Zusammenführung von Menschen, die ihre Existenzgrundlagen verloren haben, und von Menschen, die Einfluss darauf haben, wie neue Möglichkeiten geschaffen werden können, wird dazu beitragen, die Prioritäten für eine Hilfe zur Sicherung der Existenzgrundlagen festzulegen. Dies sollte einer Analyse der Arbeits- und Dienstleistungsmärkte und der damit verbundenen Produktmärkte Rechnung tragen. Bei allen Interventionen zur Sicherung der Existenzgrundlagen sollte geprüft werden, wie lokale Märkte genutzt und/oder unterstützt werden können ⊕ *siehe MERS Handbook*.

Copyright

Existenzgrundlagen – Standard 7.1: Primärproduktion

Die Mechanismen der Primärproduktion werden geschützt und unterstützt.

Schlüsselaktivitäten

1. Verschaffen Sie den Landwirten Zugang zu Betriebsmitteln und/oder Kapital- und Güterausstattung.
   - Bevorzugen Sie Bargeld oder Gutscheine, wenn die Märkte funktionieren und bei ihrer Erholung unterstützt werden können, um den Landwirten Flexibilität bei der Auswahl von bevorzugten Betriebsmitteln, Saatgut, Fischbeständen oder Nutztieren zu geben.
   - Führen Sie neue Technologien nach einer Krise nur dann ein, wenn sie in ähnlichen Kontexten getestet oder angepasst wurden.
2. Stellen Sie nur solche Betriebsmittel bereit, die lokal akzeptabel sind, den entsprechenden Qualitätsstandards genügen und für die jeweilige saisonale Nutzung am besten geeignet sind.
   - Bevorzugen Sie lokal geeignete Nutztierarten und Pflanzensorten, die bereits verwendet werden und für die kommende Saison gefragt sind.
3. Stellen Sie sicher, dass die Betriebsmittel und Dienstleistungen die Vulnerabilität für die Empfänger nicht erhöhen oder zu Konflikten innerhalb der Gemeinde führen.
   - Beurteilen Sie den potenziellen Wettbewerb um knappe natürliche Ressourcen (wie Land oder Wasser) sowie eine potenzielle Schädigung der bestehenden sozialen Netzwerke.
4. Beziehen Sie betroffene Männer und Frauen gleichberechtigt in die Planung, Entscheidungsfindung, Durchführung und Monitoring von Hilfen zur Primärproduktion ein.
5. Schulen Sie Erzeuger aus den Bereichen Getreideanbau, Fischerei, Aquakultur, Forstwirtschaft und Viehzucht in nachhaltigen Produktions- und Managementpraktiken.
6. Den Markt beurteilen und die Nachfrage nach lokal produzierten Kulturpflanzen, Gemüsesorten und anderen landwirtschaftlichen Erzeugnissen anregen.

Schlüsselindikatoren

Prozentuale Veränderung der Produktion der Zielbevölkerung (Nahrungs- oder Einkommensquelle) im Vergleich zu einem normalen Durchschnittsjahr

Prozentsatz der Haushalte, die angeben, dass sie Zugang zu angemessenen Einrichtungen zur Lagerung ihrer Erzeugnisse haben

Prozentsatz der Zielhaushalte mit verbessertem physischen Zugang zu funktionierenden Märkten durch Programminterventionen

Leitlinien

Produktionsstrategien: Produktionsstrategien müssen eine angemessene Chance haben, sich im Kontext zu entwickeln und erfolgreich zu sein. Dies kann von vielen Faktoren abhängen, einschließlich des Zugangs zu:

Copyright

- ausreichend natürlichen Ressourcen, Arbeitskräften, landwirtschaftlichen Betriebsmitteln und Finanzkapital,
- qualitativ hochwertigen Saatgutsorten, die an die örtlichen Gegebenheiten angepasst sind und
- Nutztieren, die ein entscheidendes Gut der Nahrungsmittelsicherheit darstellen. ⊕ *siehe LEGS Handbook*.

Darüber hinaus muss die Strategie die vorhandenen Fähigkeiten zur Sicherung der Existenzgrundlagen, die Präferenzen der Gemeinde, die natürliche Umwelt und das Potenzial für Skalierbarkeit berücksichtigen.

Fördern Sie verschiedene Aktivitäten zur Sicherung der Existenzgrundlagen innerhalb eines lokalen Gebiets bei gleichzeitiger Vermeidung einer übermäßigen Nutzung der natürlichen Ressourcen. Umweltschäden erhöhen nicht nur das Risiko einer Krise, sondern tragen auch zu Spannungen zwischen den Gemeinden bei. Interventionen zur Sicherung der Existenzgrundlagen sollten nach Möglichkeit die Anpassung an den Klimawandel fördern, wie beispielsweise durch Auswahl angepasster Saatgutsorten.

Im Zusammenhang mit Initiativen zur Sicherung der Existenzgrundlagen muss Kinderarbeit verhindert werden. Bedenken Sie die indirekten Auswirkungen von Programmen zur Sicherung der Existenzgrundlagen auf Kinder, wie beispielsweise Fehlzeiten in der Schule, da diese im Haushalt helfen müssen, während ein Elternteil arbeitet.

Energie: Berücksichtigen Sie den Energiebedarf für mechanisierte Arbeit, Nahrungsmittelverarbeitung, Kommunikation, Kühlketten zur Nahrungsmittelkonservierung und effiziente Verbrennungsgeräte.

Verbesserungen: Erwägen Sie die Einführung optimierter Getreidesorten, Vieh- oder Fischarten, neuer Werkzeuge, Düngemittel oder innovativer Managementpraktiken. Die Nahrungsmittelproduktion sollte auf Grundlage der Muster vor der Krise und/oder in Verbindung zu den nationalen Entwicklungsplänen gestärkt werden.

Neue Technologien: Produzenten und lokale Verbraucher müssen die Auswirkungen neuer Technologien auf lokale Produktionssysteme, kulturelle Praktiken und die natürliche Umwelt verstehen und akzeptieren, bevor sie angenommen werden. Bei der Einführung neuer Technologien ist für angemessene Beratungen, Informationen und Schulungen der Gemeinschaft zu sorgen. Stellen sie den Zugang für von Diskriminierung besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen (einschließlich Frauen, ältere Personen, Minderheiten und Menschen mit Behinderungen) sicher. Nach Möglichkeit sollten Sie sich mit Experten für die Sicherung von Existenzgrundlagen und staatlichen Ministerien koordinieren. Eine laufende technische Unterstützung und zukünftige Zugänglichkeit zu der Technologie muss sichergestellt und ihre kommerzielle Tragfähigkeit beurteilt werden.

Bargeldhilfe oder Kredit: Diese Hilfen können für den Einsatz auf Saatgut- und Viehmessen bereitgestellt werden. Verstehen Sie die potentiellen Folgen eines gewählten Ansatzes für die Ernährung der Menschen und überlegen Sie, ob die Menschen hierüber in die Lage versetzt werden, nährstoffreiche Nahrungsmittel selbst herzustellen, oder ob hierdurch Bargeld für den Kauf von Nahrungsmitteln bereitstellt wird. Die Durchführbarkeit von Bargeldhilfe für den Kauf von Produktionsmitteln sollte unter Berücksichtigung der Verfügbarkeit von Waren, des Zugangs zu Märkten und des Vorhandenseins eines sicheren, erschwinglichen und geschlechtersensiblen Bargeldtransfermechanismus beurteilt werden ⊕ *siehe MERS Handbook* und *LEGS Handbook*.

Saisonabhängigkeit und Preisschwankungen: Stellen Sie landwirtschaftliche Betriebsmittel und tierärztliche Dienstleistungen, die mit den jeweiligen saisonalen Anforderungen der Landwirtschaft und Tierhaltung übereinstimmen, bereit. So sollten beispielsweise Saatgut und Werkzeuge vor der Pflanzsaison zur Verfügung

Copyright

gestellt werden. Der Abbau des Viehbestands während einer Dürre sollte erfolgen, bevor es zu einer Übersterblicheit der Nutztiere kommt. Die Wiederaufstockung des Viehbestands sollte beginnen, wenn die Wahrscheinlichkeit einer Erholung hoch ist, z. B. nach der nächsten Regenzeit. Gegebenenfalls sollte Nahrungsmittelhilfe zum Schutz von Saatgut und Betriebsmitteln bereitgestellt werden. Stellen Sie sicher, dass die Betriebsmittel auf die unterschiedlichen Fähigkeiten, Bedürfnisse und Risiken verschiedener Gruppen, einschließlich Frauen und Menschen mit Behinderungen, abgestimmt sind. Extreme saisonale Preisschwankungen wirken sich negativ auf arme landwirtschaftliche Produzenten aus, die ihre Erzeugnisse unmittelbar nach der Ernte verkaufen, wenn die Preise am niedrigsten sind. Diese Schwankungen wirken sich auch negativ auf die Viehbesitzer aus, die während einer Dürre verkaufen müssen. Umgekehrt können es sich Konsumenten mit geringem verfügbarem Einkommen nicht leisten, in Nahrungsmittelvorräte zu investieren. Sie sind auf kleine, aber häufige Einkäufe angewiesen. Infolgedessen kaufen sie Nahrungsmittel, auch wenn die Preise hoch sind, beispielsweise während einer Dürre. Weitere Informationen zu den Richtlinien für Viehbestände ⊕ *siehe LEGS Handbook*.

Saatgut: Landwirte und lokale Landwirtschaftsexperten sollten spezifische Sorten genehmigen. Das Saatgut sollte der lokalen Agrarökologie und den jeweiligen Bewirtschaftungsbedingungen der Landwirte entsprechen. Ferner sollte es krankheitsresistent sein und den potenziell rauen Witterungsbedingungen aufgrund des Klimawandels standhalten. Die Qualität des Saatguts, das von außerhalb der Region stammt, sollte getestet und darauf geprüft werden, ob es den örtlichen Gegebenheiten entspricht. Den Landwirten sollte bei allen Interventionen im Zusammenhang mit Saatgut der Zugang zu verschiedenen Sorten und Arten von Kulturpflanzen ermöglicht werden. Auf diese Weise können sie herausfinden, was für ihr jeweiliges Anbausystem das Beste ist. So können beispielsweise Landwirte, die Mais anbauen, Hybridsaatgut gegenüber lokalen Sorten bevorzugen. Die staatlichen Richtlinien für Hybridsaatgut sind stets einzuhalten. Es darf kein gentechnisch verändertes Saatgut ohne Genehmigung der lokalen Behörden verteilt werden. Informieren Sie die Landwirte, wenn sie mit gentechnisch verändertem Saatgut versorgt werden. Wenn Landwirte Gutscheine oder Saatgutmessen nutzen, sollten sie ermutigt werden, Saatgut von offiziellen lokalen Lieferanten zu kaufen. Die Landwirte bevorzugen mitunter traditionelle Sorten, die an den lokalen Kontext angepasst sind. Diese werden definitiv zu einem niedrigeren Preis erhältlich sein, weshalb sie mehr Saatgut für den gleichen Gutscheinwert erhalten.

Spannungen in der Gemeinde und Sicherheitsrisiken: Spannungen zwischen der vertriebenen und der lokalen Bevölkerung oder innerhalb der betroffenen Gemeinde können entstehen, wenn die Produktion eine Änderung des Zugangs zu den verfügbaren natürlichen Ressourcen erfordert. Der Wettbewerb um Wasser oder Land kann zu Einschränkungen hinsichtlich der Nutzung führen. Die Primärproduktion von Nahrungsmitteln ist möglicherweise nicht durchführbar, wenn es langfristig an lebenswichtigen natürlichen Ressourcen mangelt. Sie ist ebenfalls nicht möglich, wenn bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie beispielsweise landlose Menschen, keinen Zugang dazu haben. Die Bereitstellung kostenloser Betriebsmittel kann auch die traditionelle soziale Unterstützung stören, Umverteilungsmechanismen beeinträchtigen oder sich auf die Akteure des Privatsektors auswirken. Dies kann zu Spannungen führen und den zukünftigen Zugriff auf die Betriebsmittel einschränken, ⊕ *siehe Grundsatz zum Schutz 1*.

Lieferkette: Nutzen Sie vorhandene lokale, überprüfbare Lieferketten, um Betriebsmittel und Dienstleistungen für die Nahrungsmittelproduktion, wie beispielsweise Veterinärdienstleistungen und Saatgut, zu erhalten. Zur Unterstützung des lokalen Privatsektors sollten Mechanismen wie Bargeld oder Gutscheine, die Primärproduzenten direkt mit Lieferanten in Verbindung bringen, verwendet werden. Bei der Gestaltung lokaler Einkaufssysteme sollte die Verfügbarkeit geeigneter Betriebsmittel

Copyright

und die Kapazität der Lieferanten, das Angebot zu erhöhen, berücksichtigt werden. Das Inflationsrisiko und die Nachhaltigkeit der Qualität der Betriebsmittel muss beurteilt werden. Negative Auswirkungen der Hilfe, einschließlich großer örtlich begrenzter Nahrungsmittelkäufe und -verteilung, auf die Marktpreise sollten überwacht und gemildert werden. Dabei sollten die Auswirkungen lokaler Nahrungsmittelkäufe und -importe auf die lokale Wirtschaft berücksichtigt werden. Im Falle einer Zusammenarbeit mit dem Privatsektor müssen geschlechtsspezifische Ungleichheiten ermittelt und alle Gewinne gerecht geteilt werden ⊕ *siehe MERS Handbook.*

Überwachen, Sie, ob die Produzenten die bereitgestellten Betriebsmittel tatsächlich wie vorgesehen verwenden und überprüfen Sie die Qualität der Betriebsmittel im Hinblick auf ihre Leistung, ihre Akzeptanz und die Präferenzen des Produzenten. Evaluieren Sie, wie sich das Projekt auf die Nahrungsmittelverfügbarkeit auf Haushaltsebene ausgewirkt hat. Hierzu kann beispielsweise die Menge und Qualität der Nahrungsmittel, die gelagert, verbraucht, gehandelt oder verschenkt werden, in Betracht gezogen werden. Wenn das Projekt darauf abzielt, die Produktion einer bestimmten Nahrungsmittelart (Tier-/Fischprodukte oder eiweißreiche Hülsenfrüchte) zu erhöhen, sollte die Verwendung dieser Produkte durch die Haushalte untersucht werden. Dabei sollte eine Analyse des Nutzens für verschiedene Haushaltsmitglieder wie Frauen, Kinder, ältere Personen und Menschen mit Behinderungen eingeschlossen werden.

Lagerung nach der Ernte: Ein erheblicher Teil der Erzeugnisse (geschätzter Durchschnittswert von 30 Prozent) ist nach der Ernte aufgrund von Verlusten unbrauchbar. Die betroffenen Menschen sollten bei der Minimierung von Verlusten durch das Management von Handhabung, Lagerung, Verarbeitung, Verpackung, Transport, Vermarktung und anderen Aktivitäten nach der Ernte unterstützt werden. Sie sollten beraten und befähigt werden, ihre Ernte zu lagern, um Feuchtigkeit und von Schimmelpilzen gebildete Aflatoxine zu vermeiden. Den Menschen sollte ermöglicht werden, dass sie ihre Kulturpflanzen, insbesondere Getreide, verarbeiten können.

Existenzgrundlagen – Standard 7.2: Einkommen und Beschäftigung

Frauen und Männer erhalten gleichberechtigten Zugang zu angemessenen Erwerbsmöglichkeiten, wenn Einkommensschaffung und Beschäftigung realisierbare Strategien zur Existenzsicherung sind.

Schlüsselaktivitäten

1. Treffen Sie Entscheidungen bezüglich einkommensschaffender Tätigkeiten auf der Grundlage einer geschlechtersensiblen Marktbeurteilung.
   - Reduzieren Sie das Risiko von Unterernährung und andere Gefahren für die öffentliche Gesundheit, indem sichergestellt wird, dass die Teilhabe an Erwerbsmöglichkeiten nicht die Kinderbetreuung oder andere Betreuungspflichten beeinträchtigt.
   - Erfassen Sie die Höhe der Vergütung für die Mitglieder der Gemeinde und den staatlichen Mindestlohn für Hilfs- und Facharbeit.
2. Wählen Sie die Art der Vergütung (Sachleistung, Bargeld, Gutschein, Nahrungsmittel oder eine Kombination aus diesen) auf der Grundlage einer partizipativen Analyse.

Copyright

- Erfassen Sie die lokalen Kapazitäten, die Vorteile von Sicherheit und Schutz, den unmittelbaren Bedarf, den gerechten Zugang, die bestehenden Marktsysteme und die Präferenzen der betroffenen Menschen.

3 Die Höhe der Zahlung sollte sich nach der Art der Arbeit, den lokalen Regelungen, den Zielen für die Wiederherstellung der Existenzgrundlagen und den in der Region geltenden genehmigten Lohnhöhen richten.

- Erwägen Sie Absicherungsmaßnahmen wie bedingungslose Bargeld- und Nahrungsmitteltransfers für Haushalte, die nicht an Arbeitsprogrammen teilnehmen können.

4 Schaffen und wahren Sie inklusive, sichere und geschützte Arbeitsumgebungen.

- Überwachen Sie das Risiko von sexueller Belästigung, Diskriminierung, Ausbeutung und Missbrauch am Arbeitsplatz und reagieren Sie schnell auf Beschwerden.

5 Fördern Sie Partnerschaften mit dem Privatsektor und anderen Interessengruppen, um nachhaltige Beschäftigungsmöglichkeiten zu schaffen.

- Stellen Sie Kapitalressourcen gleichermaßen bereit, um die Wiederherstellung der Existenzgrundlagen zu erleichtern.

6 Wählen Sie nach Möglichkeit umweltverträgliche Optionen für die Einkommensschaffung.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Zielbevölkerung, die ihr Nettoeinkommen während eines bestimmten Zeitraums verbessert

Prozentsatz der Haushalte mit Zugang zu Krediten

Prozentsatz der Zielbevölkerung, die ihre einkommensschaffenden Tätigkeiten diversifiziert

Prozentsatz der Zielbevölkerung, die für einen bestimmten Zeitraum (6–12 Monate) einer dauerhaften Tätigkeit zur Existenzsicherung (oder selbständig) nachgegangen ist

Prozentsatz der betroffenen Bevölkerung mit physischem und wirtschaftlichem Zugang zu funktionierenden Märkten und/oder anderen (formellen oder informellen) Unterstützungsdiensten zur Sicherung der Existenzgrundlagen

Leitlinien

Analyse: Eine geschlechtersensible Arbeits- und Marktanalyse ist von grundlegender Bedeutung, um Aktivitäten zu rechtfertigen und festzulegen, Erholung und Resilienz zu fördern und den Erfolg zu sichern. Das Verständnis der Rollen und Verantwortlichkeiten im Haushalt ist unerlässlich, um alle Opportunitätskosten zu decken, wie beispielsweise die Betreuung von Kindern oder älteren Personen oder den Zugang zu anderen Dienstleistungen wie Bildung oder Gesundheitsversorgung.

Nutzen Sie vorhandene Instrumente für das Verständnis von Märkten und Wirtschaftssystemen. Die Hilfsmaßnahmen zur Nahrungsmittelsicherheit sollten auf Marktfunktionen vor und nach der Krise und ihrem Potenzial zur Verbesserung der Lebensbedingungen für arme Menschen beruhen. Alternativen oder Anpassungen für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen (wie Jugendliche, Menschen mit Behinderungen, schwangere Frauen oder ältere Personen) sollten innerhalb der Zielgruppe diskutiert und ihre Fähigkeiten, Erfahrungen und Kapazitäten sowie

Copyright

potenzielle Risiken und Minderungsstrategien analysiert werden. Erkunden Sie, ob Haushaltsmitglieder normalerweise für Saisonarbeit migrieren. Sie sollten verstehen, wie verschiedene Gruppen der betroffenen Bevölkerung unter Umständen eingeschränkten Zugang zu Märkten und Möglichkeiten zur Sicherung der Existenzgrundlagen haben, und sie dabei unterstützen, diesen Zugang zu erlangen.

Absicherungsmaßnahmen: Einige Frauen und Männer können möglicherweise keiner einkommensschaffenden Tätigkeit nachgehen, wie beispielsweise ältere Ehepaare. Die Krise selbst kann es anderen aufgrund einer Veränderung der Verantwortlichkeiten oder des Gesundheitszustands unmöglich machen, einer Beschäftigung nachzugehen. Kurzfristige Absicherungsmaßnahmen können solche Fälle unterstützen, mit einer Anbindung an die bestehenden nationalen Sozialschutzsysteme. Bei Bedarf sollten neue Absicherungssysteme empfohlen werden. Die Bereitstellung von Absicherungsmaßnahmen muss die gerechte Verteilung der Ressourcen unterstützen und sicherstellen, dass Frauen und Mädchen gegebenenfalls direkten Zugang zu Ressourcen haben. Gleichzeitig sollte mit den Empfängern der Absicherungssysteme zusammengearbeitet werden, um Wege zu finden, wie sie zu sicheren und dauerhaften einkommensschaffenden Tätigkeiten übergehen können. Nach Möglichkeit sollten Bargeldhilfen im Sinne von Nachhaltigkeit und als Teil der sozialen Schutzstrategie mit bestehenden Absicherungsmaßnahmen verknüpft werden.

Vergütungen: Führen Sie vor der Durchführung eines Programms für bezahlte Arbeit eine Marktanalyse durch. Vergütungen können in Form von Bargeld oder Nahrungsmitteln oder einer Kombination aus diesen erfolgen und sollten Haushalten mit Nahrungsmittelunsicherheiten ermöglichen, ihren Bedarf zu decken. Die Projektziele, die Erwartungen der humanitären Organisation an die Arbeitenden, die Arbeitsbedingungen sowie die Art und Höhe der Vergütung sollten kommuniziert werden.

Die Vergütung sollte als Anreiz für die Menschen gestaltet werden, ihre Situation selbst zu verbessern, und nicht als Entschädigung für Arbeit in der Gemeinde. Dabei sollte der Einkaufsbedarf der Menschen und die Auswirkungen der Vergabe von Bargeld oder Nahrungsmitteln auf die Erzielung von Einkommen zur Deckung des grundlegenden Bedarfs wie beispielsweise Schulbildung, Gesundheitsversorgung und soziale Verpflichtungen berücksichtigt werden. Über die Art und Höhe der Vergütung sollte von Fall zu Fall entschieden werden. Stellen Sie sicher, dass alle Frauen und Männer für vereinbarte Arbeitseinheiten gleich bezahlt werden und dass bestimmte Gruppen nicht diskriminiert werden.

Berücksichtigen Sie die Auswirkungen von Wiederverkaufswerten auf lokale Märkte, wenn die Vergütung als Sachhilfe und als Einkommenstransfer erfolgt. Neue einkommensschaffende Tätigkeiten sollten das bestehende Spektrum der Einkommensquellen erweitern und nicht ersetzen. Die Vergütung sollte keine negativen Auswirkungen auf die lokalen Arbeitsmärkte haben, beispielsweise indem sie zu einer Lohninflation führt, Arbeitskräfte von anderen Tätigkeiten abzieht oder wichtige öffentliche Dienstleistungen untergräbt.

Kaufkraft: Die Bereitstellung von Bargeld kann positive Multiplikatoreffekte für die lokale Wirtschaft mit sich bringen, kann jedoch auch eine lokale Inflation für Schlüsselgüter verursachen. Auch die Verteilung von Nahrungsmitteln kann sich auf die Kaufkraft der Menschen, die unterstützt werden, auswirken. Die mit einem bestimmten Nahrungsmittel oder einer Kombination von Nahrungsmitteln verbundene Kaufkraft beeinflusst, ob der Haushalt des Empfängers dieses Nahrungsmittel isst oder verkauft. Einige Verbrauchsgüter (wie beispielsweise Öl) sind leichter zu einem guten Preis zu verkaufen als andere (wie beispielsweise Nahrungsmischungen). Bei der Beurteilung der weiter reichenden Auswirkungen von Nahrungsmittelverteilungsprogrammen ist es wichtig, die Käufe und Verkäufe eines Haushalts nachzuvollziehen.

Copyright

Arbeitssicherheit: Wenden Sie zweckmäßige Verfahren für die Minimierung von Gefahren für die öffentliche Gesundheit oder für die Behandlung von Verletzungen an. Wo nötig, können Sie beispielsweise Schulungen, Schutzkleidung und Erste-Hilfe-Koffer zur Verfügung stellen. Das Risiko der Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten und HIV sollte minimiert werden. Sorgen Sie für sichere Zugangswege zu den Arbeitsplätzen und stellen Sie den Arbeitenden Taschenlampen zur Verfügung, wenn der Weg nicht gut beleuchtet ist. Glocken, Pfeifen und Funkgeräte können eingesetzt werden, um vor Bedrohungen zu warnen. Reisen in Gruppen sollten angeregt und Reisen bei Dunkelheit vermieden werden. Es ist sicherzustellen, dass alle Teilnehmenden über Notfallverfahren informiert sind und Zugang zu Frühwarnsystemen haben. Frauen und Mädchen sollten gleichermaßen geschützt und jede Form von Diskriminierung am Arbeitsplatz beseitigt werden.

Management von Haushalts- und Betreuungsaufgaben: Sprechen Sie regelmäßig mit den betroffenen Menschen, einschließlich mit Frauen und Männern getrennt, um ihre Präferenzen und Prioritäten in Bezug auf die Einkommensschaffung, die Cash-for-Work-Programme und andere Bedürfnisse von Haushalten und Familien zu erfahren. Arbeitsbelastungen und eventuelle Spannungen im Haushalt aufgrund von Veränderungen der traditionellen Geschlechterrollen und der stärkeren Kontrolle der Frauen über die Kapital- und Güterausstattung sollten erörtert werden.

Die Tätigkeitspläne für Cash-for-Work-Programme sollten die körperliche Verfassung und die täglichen Routinen von Männern und Frauen berücksichtigen sowie kulturell angemessen sein. Beispielsweise sollten sie Gebetszeiten und Feiertagen Rechnung tragen. Die Arbeitszeit sollte keine unangemessenen konkurrierenden Anforderungen an die Zeit der Menschen stellen. Die Programme sollten die Haushaltsressourcen weder von den bestehenden produktiven Tätigkeiten abziehen noch den Zugang zu anderen Beschäftigungs- oder Bildungsangeboten beeinträchtigen. Hinsichtlich der Teilnahme an einkommensschaffenden Programmen sind die nationalen Rechtsvorschriften über das Mindestalter für die Zulassung zur Beschäftigung einzuhalten. Dieses liegt in der Regel nicht unter dem Alter, in dem die allgemeine Schulpflicht endet. An den Arbeitsplätzen empfehlen sich Kinderbetreuungseinrichtungen mit einer angemessenen finanziellen Ausstattung, wenn Betreuungspersonen mit Kleinkindern am Programm teilnehmen.

Umweltmanagement: Unterstützen Sie das Engagement der Menschen bei Umweltaktivitäten wie Baumpflanzungen, Aufräumaktionen im Lager und Umweltsanierungen im Rahmen von Food- und Cash-for-Work-Programmen (Nahrung bzw. Bargeld gegen Arbeit). Obwohl diese Aktivitäten nur vorübergehend sind, werden sie das Engagement der Menschen in ihrer Umgebung erhöhen.

Berücksichtigen Sie die Zugänglichkeit und Sicherheit der Arbeitsumgebung und stellen Sie sicher, dass zu beseitigender Schutt keine Gefahrstoffe enthält. Cash-for-Work-Programme sollten nicht die Beseitigung von Industrie- oder Haushaltsabfällen einschließen.

Fördern Sie die Produktion von ökologisch nachhaltigen Baumaterialien als einkommensschaffende Tätigkeit und bieten Sie entsprechende Berufsausbildungen an. Regen sie die Menschen zur Kompostierung von biologisch abbaubaren Abfällen zur Verwendung als Düngemittel an und schulen Sie sie entsprechend.

Privatsektor: Der Privatsektor kann eine wichtige Rolle beim Schutz und der Wiederherstellung der Existenzgrundlagen spielen. Nach Möglichkeit sollten Partnerschaften zur Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten eingegangen werden. Diese Partnerschaften können auch zur Gründung und zum Wachstum von kleinsten, kleinen und mittleren Unternehmen beitragen. Technologie- und Gründerzentren können Finanzkapital und Möglichkeiten für den Wissenstransfer bereitstellen ⊕ *siehe MERS Handbook*.

Copyright

Anlage 1
Checkliste für die Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und der Existenzgrundlagen

Bei der Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit werden betroffene Menschen häufig grob nach ihren Quellen und Strategien für die Einkommensschaffung oder die Beschaffung von Nahrungsmitteln in Livelihood-Gruppen (Gruppen mit ähnlichen Existenzsicherungsstrategien) eingeteilt. Dies kann auch eine Übersicht über die Bevölkerung nach der Wohlstandsverteilung oder den Bevölkerungsschichten umfassen. Es ist wichtig, die aktuelle Situation mit dem Zustand der Nahrungsmittelsicherheit vor der Krise zu vergleichen. Sogenannte „normale Durchschnittsjahre" können als Bezugswert dienen. Die spezifischen Rollen und Vulnerabilitäten von Frauen und Männern sowie deren Auswirkungen auf die Nahrungsmittelsicherheit der Haushalte sollten berücksichtigt werden.

Die Fragen der folgenden Checkliste decken die Hauptbereiche ab, die in einer Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit üblicherweise behandelt werden.

Nahrungsmittelsicherheit der Livelihood-Gruppen

- Weist die Bevölkerung Gruppen mit den gleichen Existenzsicherungsstrategien auf? Wie können diese entsprechend ihren wichtigsten Nahrungs- oder Einkommensquellen kategorisiert werden?

Nahrungsmittelsicherheit vor der Krise (Ausgangsbasis)

- Wie haben sich die unterschiedlichen Livelihood-Gruppen vor der Krise Nahrung beschafft oder Einkommen erzielt? Über welche Nahrungs- und Einkommensquellen verfügten sie in einem normalen Durchschnittsjahr der jüngeren Vergangenheit?
- Welche saisonalen und geografischen Veränderungen wiesen die unterschiedlichen Nahrungs- und Einkommensquellen in einem normalen Durchschnittsjahr auf? Die Erstellung eines Jahreszeitenkalenders kann hilfreich sein.
- Haben alle Gruppen genügend Nahrungsmittel in der richtigen Qualität erhalten, um gut ernährt zu sein?
- Erzielten alle Gruppen auf ungefährliche Weise genügend Einkommen, um ihren grundlegenden Bedarf zu decken? Berücksichtigen Sie Nahrungsmittel, Bildung, Gesundheitsversorgung, Seife und andere Haushaltsgegenstände, Kleidung und
- Produktionsmittel wie Saatgut und Werkzeuge. (Die letzten beiden Fragen weisen darauf hin, ob es chronische Probleme gab. Bestehende Probleme können durch eine Krise verschärft werden. Die Wahl der Hilfe richtet sich danach, ob das Problem chronisch oder akut ist.)
- Wie hat sich die Nahrungsmittelsicherheit von einem Jahr zum nächsten verändert, wenn man auf die letzten fünf oder zehn Jahre zurückblickt? Die Erstellung einer Zeitachse oder Historie guter und schlechter Jahre kann hilfreich sein.

Copyright

- Welche Art von Kapital- und Güterausstattung, Ersparnissen oder sonstigen Reserven besitzen die unterschiedlichen Livelihood-Gruppen? Hierzu zählen Nahrungsmittelvorräte, Ersparnisse, Viehbestände, Investitionen, Kredite und nicht geltend gemachte Verbindlichkeiten.
- Welche Posten umfassen die Haushaltsausgaben im Laufe einer Woche oder eines Monats? Welcher Anteil wird für jeden Posten aufgewandt?
- Wer ist im Haushalt für den Umgang mit Bargeld zuständig, und wofür wird das Bargeld aufgewandt?
- Wie gut zugänglich ist der nächstgelegene Markt, auf dem grundlegende Güter beschafft werden können? Faktoren wie Entfernung, Sicherheit, Mobilität, Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Marktinformationen und Transport berücksichtigen.
- Wie hoch sind Verfügbarkeit und Preise grundlegender Güter, einschließlich Nahrungsmittel?
- Welche durchschnittlichen Handelsbedingungen herrschten vor der Krise zwischen dem grundlegenden Bedarf (Nahrungsmittel, landwirtschaftliche Betriebsmittel, Gesundheitsversorgung etc.) und den Einkommensquellen (Cash Crops, Nutztiere, Löhne etc.)?

Nahrungsmittelsicherheit während der Krise

- Wie hat sich die Krise auf die unterschiedlichen Nahrungs- und Einkommensquellen der einzelnen identifizierten Livelihood-Gruppen ausgewirkt?
- Wie hat sie sich für die unterschiedlichen Gruppen auf die üblichen saisonalen Muster der Nahrungsmittelsicherheit ausgewirkt?
- Wie hat sie sich auf den Zugang zu Finanzdienstleistern und Märkten, die Marktverfügbarkeit und die Preise für wichtige Güter ausgewirkt?
- Wie sehen die unterschiedlichen Bewältigungsstrategien der einzelnen Livelihood-Gruppen aus, und wie viele Menschen greifen auf diese zurück? Wie hat sich dies im Vergleich zur Lage vor der Krise verändert?
- Welche Gruppe oder welcher Bevölkerungsteil ist am stärksten betroffen?
- Wie wirken sich die Bewältigungsstrategien kurz- und mittelfristig auf die Kapital- und Güterausstattung der Menschen aus?
- Wie wirken sich die Bewältigungsstrategien bei allen Livelihood-Gruppen und allen gefährdeten Menschen auf die Gesundheit, das allgemeine Wohlbefinden und die Würde aus? Sind die Bewältigungsstrategien mit Risiken verbunden?

Copyright

Anlage 2
Checkliste für die Beurteilung der Saatgutsicherheit

Die nachstehenden Musterfragen können für die Beurteilung der Saatgutsicherheit herangezogen werden. Bei der Beurteilung der Saatgutsicherheit sind die nationalen Rechtsvorschriften über hybride und gentechnisch veränderte Sorten zu berücksichtigen.

Saatgutsicherheit vor der Krise (Ausgangsbasis)

- Welche sind die wichtigsten Kulturpflanzen der Landwirte? Wofür werden sie verwendet – Eigenverzehr, Einkommenserzielung oder beides? Werden diese Kulturpflanzen in jeder Saison angebaut? Welche anderen Kulturpflanzen könnten in Zeiten großer Belastung wichtig werden?
- Wie beschaffen sich die Landwirte normalerweise Saatgut oder sonstiges Pflanzmaterial für diese Kulturpflanzen? Alle Kanäle berücksichtigen.
- Welche Saatparameter gibt es für jede wichtige Kulturpflanze? Wie groß ist die durchschnittliche Anbaufläche? Wie hoch ist die jeweilige Saatdichte? Wie hoch sind die Multiplikationsraten (Verhältnis von Saatgut-/Kornertrag zum ausgesäten Saatgut)?
- Gibt es für bestimmte Kulturpflanzen wichtige oder bevorzugte Sorten (lokale, an das Klima angepasste Sorten)?
- Welche Produktionsmittel sind für bestimmte Kulturpflanzen oder Sorten von wesentlicher Bedeutung?
- Wer ist im Haushalt in den unterschiedlichen Stadien der Produktion und nach der Produktion für die Entscheidungsfindung, die Bewirtschaftung der Kulturpflanzen und die Veräußerung der pflanzlichen Erzeugnisse zuständig?

Saatgutsicherheit nach einer Krise

- Ist eine Intervention in Bezug auf die Landwirtschaft aus Sicht der Hilfeempfänger machbar?
- Welche Kulturpflanzen sind von der Krise am stärksten betroffen? Sollte der Fokus auf diesen liegen? Warum bzw. warum nicht?
- Sind die Landwirte zuversichtlich, dass die Lage jetzt stabil und sicher genug ist, dass sie Kulturpflanzen erfolgreich anbauen, ernten und verkaufen oder verzehren können?
- Verfügen sie über ausreichenden Zugang zu Feldern und sonstigen Produktionsmitteln (Dünger, Arbeitsgeräte, Zugtiere)?
- Sind sie bereit, ihre landwirtschaftliche Tätigkeit wieder aufzunehmen?

Beurteilung von Saatgutangebot und -nachfrage: Eigene Bestände

- Stehen ausreichende Mengen an selbst produziertem Saatgut für die Aussaat zur Verfügung? Dies umfasst sowohl Saatgut aus der eigenen Ernte eines Landwirts als auch Saatgut, das möglicherweise durch soziale Netze (z. B. Nachbarn) bereitgestellt wird.

Copyright

- Handelt es sich dabei um eine Kulturpflanze, die der Landwirt noch anbauen will? Ist diese an die örtlichen Gegebenheiten angepasst? Besteht noch Nachfrage danach?
- Sind die Sorten, die durch die Eigenproduktion des Landwirts verfügbar sind, für den Anbau in der kommenden Saison noch geeignet? Entspricht die Qualität des Saatguts den üblichen Standards des Landwirts?

Beurteilung von Saatgutangebot und -nachfrage: Lokale Märkte

- Funktionieren die Märkte trotz Krise gemeinhin? (Werden Markttage abgehalten, können sich die Landwirte frei bewegen und ungehindert kaufen und verkaufen?)
- Sind die derzeitigen Mengen des verfügbaren Saatguts bzw. Getreides vergleichbar mit den Mengen, die zur gleichen Zeit in den Vorjahren unter normalen Bedingungen zur Verfügung standen?
- Sind die Kulturpflanzen und Sorten, die die Landwirte für den Anbau für geeignet halten, auf den Märkten erhältlich?
- Sind die aktuellen Marktpreise für Saatgut bzw. Korn vergleichbar mit den Preisen zum gleichen Zeitpunkt in den Vorjahren? Im Falle eines Preisunterschiedes: Stellt dessen Größenordnung voraussichtlich ein Problem für die Landwirte dar?

Beurteilung von Saatgutangebot und -nachfrage: Offizieller Sektor

- Sind die Kulturpflanzen und Sorten, die der offizielle Sektor anbietet, an Zonen mit besonderer Belastung angepasst? Liegen Belege vor, dass die Landwirte diese verwenden werden?
- Können die verfügbaren Mengen an Saatgut des offiziellen Sektors den Bedarf für die Krisenhilfe decken? Falls nicht, im welchem Maße könnte der Bedarf der Landwirte gedeckt werden?

Copyright

Anlage 3
Checkliste für die Beurteilung des Ernährungsstatus

Die nachstehenden Musterfragen können für die Beurteilung der zugrundeliegende Ursachen von Unterernährung, des Ausmaßes des Ernährungsrisikos und der Hilfsmöglichkeiten herangezogen werden. Die Fragen basieren auf dem konzeptuellen Rahmen der Ursachen von Unterernährung. ⊕ *Siehe Abbildung 7 zu Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung: Ursachen von Unterernährung.* Die Informationen können vermutlich aus einer Vielzahl von Quellen bezogen werden. Zu deren Erhebung sind verschiedene Beurteilungsinstrumente erforderlich, unter anderem die Befragung wichtiger Informanten (key informant) und die Beobachtung und Prüfung von Sekundärdaten.

Die Situation vor der Katastrophe

Welche Informationen liegen zur Art, dem Umfang und den Ursachen von Unterernährung in der betroffenen Bevölkerung bereits vor? ⊕ *Siehe Standard 1.1 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung.*

Das derzeitige Risiko von Unterernährung

Wie hoch ist das Unterernährungsrisiko im Zusammenhang mit einem eingeschränkten Zugang zu Nahrungsmitteln?
⊕ *Siehe Anlage 1: Checkliste für die Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und der Existenzgrundlagen.*

Wie hoch ist das Risiko von Unterernährung im Zusammenhang mit den Ernährungs- und Betreuungspraktiken von Säuglingen und Kleinkindern?

- Haben sich die Arbeits- und sozialen Muster (z. B. aufgrund von Migration, Vertreibung oder bewaffneten Konflikten) verändert, was eine Veränderung der Rollen und Verantwortlichkeiten im Haushalt zur Folge hat?
- Hat sich die normale Zusammensetzung der Haushalte verändert? Gibt es viele von ihren Familien getrennte Kinder?
- Wurde das normale Betreuungsumfeld (z. B. durch Vertreibung) gestört, was den Zugang zu sekundären Betreuungspersonen, zu Nahrungsmitteln oder zu Wasser beeinträchtigt?
- Gibt es Säuglinge, die nicht gestillt werden? Gibt es Säuglinge, die künstlich ernährt werden?
- Liegt der Nachweis oder Verdacht einer Verschlechterung der Säuglingsernährungspraktiken in der Krise vor? Gibt es insbesondere einen späteren Stillbeginn oder einen Rückgang der Rate des ausschließlichen Stillens? Gibt es eine Zunahme an Säuglingen, die künstliche Nahrung erhalten, und/oder eine Zunahme des Anteils nicht gestillter Säuglinge?
- Sind eine altersgerechte, ausgewogene und sichere Beikost sowie die Mittel, diese hygienisch zuzubereiten, zugänglich?
- Liegt der Nachweis oder Verdacht einer allgemeinen Verteilung von Muttermilchersatzprodukten vor, etwa von Säuglingsnahrung, sonstigen Milchprodukten, Flaschen und Saugern, die gespendet oder gekauft wurden?

Copyright

- Waren in pastoralen Gemeinschaften die Herden lange von den Kleinkindern getrennt? Hat sich der normale Zugang zu Milch verändert?
- Hat HIV die Betreuungspraktiken auf Haushaltsebene beeinträchtigt?
- Wurde die allgemeine Essensration an den Bedarf älterer Menschen und Menschen mit Schwierigkeiten, sich selbst zu ernähren, angepasst? Die Energiezusammensetzung und den Mikronährstoffgehalt evaluieren. Die Akzeptanz der Nahrungsmittel (Schmackhaftigkeit, Kaubarkeit und Verdaulichkeit) beurteilen.

Wie hoch ist das Risiko für Unterernährung in Zusammenhang mit einer schlechten öffentlichen Gesundheit?

- Wurde der Ausbruch von Krankheiten gemeldet, die den Ernährungsstatus beeinträchtigen können, etwa Masern oder akute Durchfallerkrankungen? Besteht weiterhin das Risiko des Krankheitsausbruchs? ⊕ *Siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.1.2 zu Infektionskrankheiten*.
- Wie hoch wird die Durchimpfungsrate für Masern in der betroffenen Bevölkerung geschätzt? ⊕ *Siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.2.1 zu Kindergesundheit*.
- Wird Vitamin A routinemäßig mit der Masernimpfung verabreicht? Wie hoch ist der geschätzte Erfassungsgrad der Vitamin-A-Ergänzung?
- Gibt es Schätzungen der Mortalitätsraten (roh oder unter fünf Jahren)? Wie lauten die Schätzungen und welche Methode wurde hierfür angewandt? ⊕ *Siehe Grundlegende Konzepte des Gesundheitswesens*.
- Besteht ein signifikanter Rückgang der Umgebungstemperatur, der sich voraussichtlich auf die Prävalenz akuter Atemwegsinfektionen oder den Energiebedarf der betroffenen Bevölkerung auswirkt, oder ist ein solcher zu erwarten?
- Gibt es eine hohe HIV-Prävalenz?
- Sind Menschen aufgrund von Armut oder Krankheit bereits anfällig für Unterernährung?
- Besteht Überbevölkerung oder ein Risiko bzw. eine hohe Tuberkulose-Prävalenz?
- Wurden Fälle von nicht übertragbaren Krankheiten wie Diabetes, Arthritis, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Anämie gemeldet?
- Gibt es eine hohe Malaria-Inzidenz?
- Waren die Menschen längere Zeit im Wasser, tragen sie nasse Kleidung oder waren sie längere Zeit widrigen Umgebungsbedingungen ausgesetzt?

Welche formellen und informellen lokalen Strukturen sind gegenwärtig vorhanden, durch die potenzielle Interventionen kanalisiert werden könnten?

- Über welche Kapazitäten verfügen das Gesundheitsministerium, religiöse Organisationen, Unterstützungsgruppen von Gemeinden, Stillunterstützungsgruppen oder Nichtregierungsorganisationen mit kurz- oder langfristiger Präsenz in der Region?
- Welche Ernährungsinterventionen oder gemeindebasierte Unterstützung, die durch lokale Gemeinden, Einzelpersonen, Nichtregierungsorganisationen, Regierungsorganisationen, UN-Organisationen oder religiöse Organisationen organisiert wurden, waren bereits vorhanden? Welche (früheren, derzeitigen und hinfälligen) ernährungspolitischen Konzepte bestehen und welche Programme werden in Reaktion auf die derzeitige Situation gegenwärtig umgesetzt oder geplant?

Copyright

Anlage 4
Messung von akuter Mangelernährung

In größeren Ernährungsnotfällen kann es erforderlich sein, Säuglinge unter sechs Monaten, schwangere und stillende Frauen, ältere Kinder, Jugendliche, Erwachsene oder ältere Menschen in die Ernährungsbeurteilungen oder Ernährungsprogramme einzubeziehen.

Säuglinge unter sechs Monaten

Obwohl zu dieser Altersgruppe kontinuierlich geforscht wird, ist die Evidenzbasis für Beurteilung und Management gegenwärtig begrenzt. Die Mehrzahl der Richtlinien empfiehlt dieselben anthropometrischen Falldefinitionen von akuter Mangelernährung bei Säuglingen wie auch bei älteren Kindern von 6 bis 59 Monaten. (Eine Ausnahme stellt die Messung des mittleren Oberarmumfangs (mid upper arm circumference, MUAC) dar, die derzeit für Säuglinge unter sechs Monaten nicht empfohlen wird.) Bei den Aufnahmekriterien liegt der Fokus eher auf der derzeitigen Größe als auf der Beurteilung des Wachstums.

Der Wechsel von den Wachstumstabellen des US-amerikanischen Nationalen Zentrums für Gesundheitsstatistik (National Center for Health Statistics, NCHS) zu den Wachstumsstandards der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) von 2006 führt zu mehr Fällen von Auszehrung bei Säuglingen unter sechs Monaten. Dies kann dazu führen, dass mehr Säuglinge in Ernährungsprogramme aufzunehmen sind oder dass die Betreuungspersonen besorgt sind, ob ausschließliches Stillen angebracht ist. Es ist wichtig, folgende Aspekte zu beurteilen und zu berücksichtigen:

- Längenwachstum des Säuglings: Ist die Wachstumsrate trotz geringer Körperlänge gut? (Einige Säuglinge mit geringem Geburtsgewicht können Wachstum „aufholen".)
- Ernährungspraktiken bei Säuglingen: Wird der Säugling ausschließlich gestillt?
- Klinischer Status: Liegen bei dem Säugling medizinische Komplikationen oder Erkrankungen vor, die behandelbar sind oder ihn stark gefährden?
- Die Mutter betreffende Faktoren: Fehlt der Mutter beispielsweise familiäre Unterstützung oder leidet sie an einer Depression? Der stationären Aufnahme stark gefährdeter Säuglinge in therapeutische Ernährungsprogramme sollte Priorität eingeräumt werden.

Kinder im Alter von 6 bis 59 Monaten

Der nachstehenden Tabelle sind die am häufigsten angewandten Grenzwerte für akute Mangelernährung bei Kindern im Alter von 6 bis 59 Monaten zu entnehmen. Die Indizes zu „Weight for height" (WFH, Körpergewicht zu Körpergröße) sollten anhand der WHO-Standards für das Wachstum von Kindern von 2006 berechnet werden. Die WFH-Standardabweichung (Z-Score nach den WHO-Standards) ist der bevorzugte Indikator für die Erfassung der Ergebnisse anthropometrischer Untersuchungen. Beim MUAC handelt es sich um ein unabhängiges Kriterium für die akute Mangelernährung, das eine der besten Prädiktoren von Mortalität darstellt. Die Prävalenz eines geringen MUAC wird auch in Untersuchungen zur Prognostizierung der Fallbelastung für Nahrungsergänzungs- und therapeutische Betreuungsprogramme ermittelt.

Copyright

Die allgemein verwendeten Grenzwerte liegen bei <11,5 cm für die schwere akute Mangelernährung und bei 11,5–12,5 cm für die moderate akute Mangelernährung. Der MUAC wird auch oft im Rahmen eines zweistufigen Untersuchungsverfahrens mit einem höheren Grenzwert verwendet. In anthropometrischen Untersuchungen sollte er nicht ausschließlich verwendet werden, kann jedoch als alleiniges Aufnahmekriterium für Ernährungsprogramme dienen.

	Globale akute Mangelernährung	Moderate akute Mangelernährung	Schwere akute Mangelernährung
Kinder im Alter von 6–59 Monaten	WFH <-2 Z-Score und/oder MUAC <12,5 cm und/oder Hungerödem	WFH -3 bis -2 Z-Score und/oder MUAC 11,5–12,5 cm	WFH <–3 Z-Score und/oder MUAC <11,5 cm und/oder Hungerödem
Ältere Personen	MUAC 21 cm	MUAC 18,5–21,0 cm	MUAC 18,5 cm
Schwangere und stillende Frauen	MUAC <23 cm (kann in bestimmten Kontexten <21 cm betragen)	MUAC 18,5–22,9 cm	MUAC <18,5 cm
Erwachsene (einschließlich Menschen mit HIV oder Tuberkulose)	BMI <18,5	BMI 16–18,5	BMI <16

Kinder im Alter von 5 bis 19 Jahren

Für die Ermittlung des Ernährungsstatus von Kindern im Alter von 5 bis 19 Jahren wird die Verwendung der WHO-Wachstumsstandards von 2007 empfohlen. Diese Referenzkurven für das Wachstum orientieren sich eng an den WHO-Wachstumsstandards für Kinder im Alter von 6 bis 59 Monaten und den empfohlenen Grenzwerten für Erwachsene. Bei älteren Kindern und Jugendlichen ist, insbesondere im Zusammenhang mit HIV, die Verwendung des MUAC zu erwägen. Da dies ein sich entwickelnder technischer Bereich ist, ist es wichtig, auf die neuesten Richtlinien und technischen Aktualisierungen zu verweisen.

Erwachsene (20 bis 59 Jahre)

Es liegt keine allgemein anerkannte Definition von akuter Mangelernährung bei Erwachsenen vor. Es gibt jedoch deutliche Hinweise darauf, dass die Grenzwerte für schwere akute Mangelernährung bei einem Körpermasseindex (Body Mass Index, BMI) von unter 16 und für leichte und moderate akute Mangelernährung von unter 18,5 liegen. Ziel der Untersuchungen der Mangelernährung bei Erwachsenen sollte die Erhebung von Daten zu Gewicht, Größe, Sitzgröße und MUAC-Messungen sein. Anhand dieser Daten kann der BMI berechnet werden. Der BMI sollte nur an den Cormic-Index (Verhältnis zwischen Sitz- und Stehgröße) angepasst werden, um Vergleiche zwischen den Bevölkerungsgruppen vorzunehmen. Eine solche Anpassung kann die scheinbare Prävalenz von Unterernährung bei Erwachsenen wesentlich verändern und wichtige Folgen für die Programme haben. MUAC-Messungen sollten immer vorgenommen werden. Falls unmittelbare Ergebnisse benötigt werden oder die Ressourcen stark eingeschränkt sind, können sich die Untersuchungen ausschließlich auf die MUAC-Messungen stützen.

Durch das Fehlen validierter funktioneller Ergebnisdaten und Referenzpunkte ist die Interpretation der anthropometrischen Ergebnisse kompliziert. Sie sollten im

Copyright

Zusammenhang mit detaillierten Kontextinformationen interpretiert werden. Orientierungshilfen für die Beurteilung sind unter ⊕ *Quellen und weiterführende Literatur* zu finden.

Bei der Untersuchung von Personen zwecks Aufnahme in eine oder Entlassung aus einer Ernährungstherapie sollten die Kriterien aus einer Kombination anthropometrischer Indizes, klinischer Zeichen (insbesondere Schwäche, kürzlicher Gewichtsverlust) und sozialer Faktoren (wie Zugang zu Nahrung, Vorhandensein von Betreuungspersonen und Notunterkünften) bestehen. Es ist zu beachten, dass Ödeme bei Erwachsenen neben der Mangelernährung eine Vielzahl von Ursachen haben können und daher von Ärzten begutachtet werden sollten, um andere Ursachen auszuschließen. Die einzelnen humanitären Organisationen sollten entscheiden, welchen Indikator sie für die Auswahl der Personen für die Therapie zugrunde legen wollen, wobei die bekannten Unzulänglichkeiten des BMI, der Mangel an Informationen zum MUAC und die Folgen von deren Verwendung auf das Programm zu berücksichtigen sind. Da dies ein sich entwickelnder technischer Bereich ist, ist es wichtig, auf die neuesten Richtlinien und technischen Aktualisierungen zu verweisen.

Der MUAC kann bei schwangeren Frauen als Untersuchungsinstrument verwendet werden, beispielsweise als Kriterium für die Aufnahme in ein Ernährungsprogramm. Angesichts ihres zusätzlichen Ernährungsbedarfs sind schwangere Frauen oft stärker gefährdet als andere Bevölkerungsgruppen. Der MUAC verändert sich durch die Schwangerschaft nicht wesentlich. Es wurde nachgewiesen, dass bei einem MUAC von <20,7 cm (hohes Risiko) und <23 cm (mittleres Risiko) die Gefahr einer Wachstumsverzögerung des Fötus besteht. Die für ein Risiko angesetzten Grenzwerte variieren je nach Land und reichen von 21 bis 23 cm. Ein Grenzwert von unter 21 cm wurde in Notfallsituationen als für die Auswahl gefährdeter Frauen geeignet angesetzt.

Ältere Personen

Es liegt gegenwärtig keine allgemein anerkannte Definition von Mangelernährung bei älteren Personen vor, obwohl gerade für diese Gruppe in Krisensituationen ein Mangelernährungsrisiko besteht. Die WHO ist der Ansicht, dass die BMI-Schwellenwerte für Erwachsene auch für Personen ab einem Alter von 60 Jahren geeignet sind. Allerdings ist die Genauigkeit der Messung aufgrund der Wirbelsäulenkrümmung (gebeugte Haltung) und der Kompression der Wirbel problematisch. Statt der Körpergröße kann die Armspannweite oder die halbe Armspannweite angesetzt werden, doch der Multiplikationsfaktor für die Berechnung der Körpergröße variiert entsprechend der Bevölkerung. Eine visuelle Beurteilung ist erforderlich. Der MUAC kann bei der Messung von Mangelernährung bei älteren Personen ein hilfreiches Instrument sein. Die Forschung zu geeigneten Grenzwerten ist jedoch nach wie vor nicht abgeschlossen.

Menschen mit Behinderungen

Für die Messung von Menschen mit körperlichen Behinderungen liegen derzeit keine Richtlinien vor. Daher werden sie häufig aus anthropometrischen Untersuchungen ausgeschlossen. Eine visuelle Beurteilung ist erforderlich. MUAC-Messungen können in Fällen, in denen die Oberarmmuskeln zur Unterstützung der Mobilität aufgebaut wurden, irreführend sein. Es gibt Alternativen zu den Standardmaßen der Körpergröße, unter anderem Länge, Armspannweite, halbe Armspannweite oder Unterschenkellänge. Es ist erforderlich, die neuesten Forschungsergebnisse heranzuziehen, um die am besten geeignete Messmethode für Menschen mit Behinderungen zu ermitteln, bei denen die Standardmessung von Gewicht, Körpergröße und MUAC nicht zweckmäßig ist.

Copyright

Anlage 5
Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmangel für die öffentliche Gesundheit

Wenn klinischer Mikronährstoffmangel festgestellt wird, sollte er dringend auf individueller Basis behandelt werden. Einzelne Fälle eines klinischen Mikronährstoffmangels deuten in der Regel auch auf ein zugrundeliegendes Problem von Mikronährstoffmangel auf Bevölkerungsebene hin. Die Messung und Klassifizierung von Mikronährstoffmangel auf Bevölkerungsebene ist für die Planung und das Monitoring von Interventionen von Bedeutung.

Biochemische Tests bieten den Vorteil, dass sie objektive Messwerte zum Mikronährstoffstatus liefern. Allerdings ist die Entnahme biologischer Proben für die Tests oft mit Problemen im Hinblick auf Logistik, Schulung des Personals, Kühlkette und zuweilen auch Akzeptanz verbunden. Zudem sind biochemische Messungen nicht immer hinreichend sensitiv und spezifisch. Wie bei der akuten Mangelernährung können je nach der Tageszeit der Probenentnahme und der Jahreszeit auch Abweichungen auftreten. Eine gute Qualitätskontrolle ist unabdingbar und sollte bei der Auswahl eines Labors für die Probenuntersuchung stets vorgesehen werden.

Bei der Beurteilung des Mikronährstoffstatus sollte die Möglichkeit einer überhöhten Aufnahme ebenso wie der eines Mangels nicht außer Acht gelassen werden. Dies ist besonders wichtig, wenn die betroffene Bevölkerung mehrere hoch angereicherte Produkte oder Ergänzungen zur Versorgung mit Mikronährstoffen erhält.

Mikronährstoffmangel hat schwerwiegende Folgen für die geistige und körperliche Gesundheit, das Immunsystem und die funktionellen Fähigkeiten älterer Personen.

Die nachstehende Tabelle zeigt anhand verschiedener Indikatoren Klassifizierungen der Bedeutung ausgewählter Mikronährstoffmängel für die öffentliche Gesundheit. Weitere Informationen zu biochemischen Tests und Schwellenwerten für die öffentliche Gesundheit sind der aktuellen Fachliteratur zu entnehmen oder von einem Facharzt einzuholen.

Copyright

Indikator für Mikronährstoffmangel	Empfohlene Altersgruppe für Prävalenzstudien	Definition eines Problems der öffentlichen Gesundheit	
		Schwere	Prävalenz (%)
Vitamin A-Mangel			
Nachtblindheit (XN)	24–71 Monate	Leicht	0≤1
		Moderat	1≤5
		Schwer	5
Bitot-Flecken (X1B)	6–71 Monate	Nicht angegeben	>0,5
Hornhaut-Xerose/ Geschwürbildung/ Keratomalazie (X2, X3A, X3B)	6–71 Monate	Nicht angegeben	>0,01
Hornhautvernarbung (XS)	6–71 Monate	Nicht angegeben	>0,05
Serum-Retinol (≤0,7 µmol/l)	6–71 Monate	Leicht	2≤10
		Moderat	10≤20
		Schwer	20
Jodmangel			
Kropf (sichtbar und tastbar)	Kinder im Schulalter	Leicht	5,0–19,9
		Moderat	20,0–29,9
		Schwer	30,0
Mittlere Jodkonzentration im Urin (mg/l)	Kinder im Schulalter	Übermäßige Aufnahme	>300
		Angemessene Aufnahme	100–199
		Leichter Mangel	50–99
		Moderater Mangel	20–49
		Schwerer Mangel	<20
Eisenmangel			
Anämie (Nicht schwangere Frauen Hämoglobin <12,0 g/dl; Kinder 6–59 Monate <11,0 g/dl)	Frauen, Kinder 6–59 Monate	Niedrig	5–20
		Mittel	20–40
		Hoch	40

Copyright

Indikator für Mikronährstoffmangel	Empfohlene Altersgruppe für Prävalenzstudien	Definition eines Problems der öffentlichen Gesundheit	
		Schwere	Prävalenz (%)
Beriberi			
Klinische Symptome	Gesamtbevölkerung	Leicht	1 Fall und <1 %
		Moderat	1–4
		Schwer	5
Nahrungszufuhr (<0,33 mg/1.000 kCal)	Gesamtbevölkerung	Leicht	5
		Moderat	5–19
		Schwer	20–49
Säuglingssterblichkeit	Säuglinge 2–5 Monate	Leicht	Keine erhöhten Raten
		Moderat	Leichte Spitze bei den Raten
		Schwer	Ausgeprägte Spitze bei den Raten
Pellagra			
Klinische Symptome (Dermatitis) bei der untersuchten Altersgruppe	Gesamtbevölkerung oder Frauen >15 Jahre	Leicht	≥1 Fall und <1 %
		Moderat	1–4
		Schwer	5
Aufnahme von Niacin-Äquivalenten über die Nahrung <5 mg/Tag	Gesamtbevölkerung oder Frauen >15 Jahre	Leicht	5–19
		Moderat	20–49
		Schwer	50
Skorbut			
Klinische Symptome	Gesamtbevölkerung	Leicht	1 Fall und <1 %
		Moderat	1–4
		Schwer	5

Copyright

Anlage 6
Nahrungsbedarf

Die nachstehende Tabelle kann für die Planung im Anfangsstadium einer Krise verwendet werden. Die in der Tabelle angegebenen Werte zum Mindestnährstoffbedarf sollten der Beurteilung der allgemeinen Rationen zugrunde gelegt werden. Sie sind nicht dafür gedacht, die Angemessenheit von zusätzlichen Rationen, Rationen für die therapeutische Betreuung oder Rationen für bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie beispielsweise Menschen mit Tuberkulose oder HIV, zu beurteilen.

Nährstoff	Mindestbedarf der Bevölkerung
Energie	2,100 kCal
Protein	53 g (10 % der Gesamtenergie)
Fett	40 g (17 % der Gesamtenergie)
Vitamin A	550 µg Retinolaktivitätsäquivalente (RTE)
Vitamin D	6,1 µg
Vitamin E	8,0 mg Alpha-Tocopherol-Äquivalente (alpha TE)
Vitamin K	48,2 µg
Vitamin B1 (Thiamin)	1,1 mg
Vitamin B2 (Riboflavin)	1,1 mg
Vitamin B3 (Niacin)	13,8 mg Niacin-Äquivalente (NE)
Vitamin B6 (Pyridoxin)	1,2 mg
Vitamin B12 (Cobalamin)	2,2 µg
Folat	363 µg Nahrungsfolat-Äquivalente (DFE)
Pantothenat	4,6 mg
Vitamin C	41,6 mg
Eisen	32 mg
Jod	138 µg
Zink	12,4 mg
Kupfer	1,1 mg
Selen	27,6 µg
Kalzium	989 mg
Magnesium	201 mg

Quelle: Die Berechnung der empfohlenen Nährstoffzufuhr für alle Vitamine und Mineralstoffe mit der Ausnahme von Kupfer erfolgte nach Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition*, zweite Ausgabe, FAO/WHO (2004). Der Wert für den Kupferbedarf stammt aus* Trace Elements in Human Nutrition and Health*, WHO (1996).*

Diese Werte zum Mindestbedarf der Durchschnittsbevölkerung umfassen den Bedarf aller Altersgruppen und aller Geschlechter. Sie sind daher nicht für eine bestimmte Alters- oder Geschlechtergruppe spezifisch und sollten nicht auf den Bedarf einer Einzelperson angewandt werden. Ferner beruhen sie auf einem angenommenen

Copyright

demografischen Profil, Annahmen über die Umgebungstemperatur und das Aktivitätsniveau der Menschen. Auch der zusätzliche Bedarf von schwangeren und stillenden Frauen wird berücksichtigt.

Der Bedarf wird als empfohlene Nährstoffzufuhr (Reference Nutrient Intake, RNI) für alle Nährstoffe mit Ausnahme von Energie und Kupfer ausgedrückt.

Aktuelle Informationen und weitere Forschungsergebnisse zu Makro- und Mikronährstoffen sind auf der Website der UN-Welternährungsorganisation (Food and Agriculture Organization, FAO) und der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) verfügbar.

Den Energiebedarf der Bevölkerung nach folgenden Aspekten (nach oben oder unten) anpassen:

- demografische Struktur der Bevölkerung, insbesondere der Prozentsatz der Kinder unter fünf Jahren, der Jugendlichen, der Frauen und der älteren Personen
- durchschnittliches Gewicht von Erwachsenen und tatsächliches, übliches oder wünschenswertes Körpergewicht
- Aktivitätsniveau zur Aufrechterhaltung eines produktiven Lebens (der Bedarf steigt, wenn das Aktivitätsniveau „leicht" oder den 1,6-fachen Grundumsatz überschreitet)
- durchschnittliche Umgebungstemperatur sowie die Kapazitäten für Notunterkünfte und Kleidung (der Bedarf steigt, wenn die durchschnittliche Umgebungstemperatur unter 20 °C liegt)
- Ernährungs- und Gesundheitsstatus der Bevölkerung (der Bedarf steigt, wenn die Bevölkerung mangelernährt ist und einen zusätzlichen Bedarf zum Aufholen des Wachstums hat. Eine HIV-Prävalenz kann sich auf den Durchschnittsbedarf der Bevölkerung auswirken. Die allgemeinen Rationen an diesen Bedarf auf der Grundlage einer Kontextanalyse und aktuellen internationalen Empfehlungen anpassen).

Richtlinien zur Berechnung der Anpassungen ⊕ *siehe* UNHCR, UNICEF, WFP und WHO (2002), *Food and Nutrition Needs in Emergencies* und WFP (2001), *Food and Nutrition Handbook.*

Falls es nicht möglich ist, diese Art von Informationen aus Beurteilungen zu gewinnen, die Zahlen in der vorstehenden Tabelle als Mindestbedarf heranziehen.

Zum Verständnis der Bevölkerungsstruktur, aufgeschlüsselt nach Geschlecht, Alter und gegebenenfalls anderen Kriterien die nationalen Bezugswerte verwenden oder auf die UN-Weltbevölkerungsprognose unter https://esa.un.org/unpd/wpp/ zurückgreifen.

Copyright

Quellen und weiterführende Literatur

Allgemein

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. http://cpwg.net

Emergency Preparedness and Response Package. WFP, 2012. http://documents.wfp.org

Harvey, P. Proudlock, K. Clay, E. Riley, B. Jaspars, S. *Food Aid and Food Assistance in Emergencies and Transitional Contexts: A Review of Current Thinking.* Humanitarian Policy Group, 2010.

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. https://reliefweb.int

IASC Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010.

Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs.* Chatham House, 2015. https://www.chathamhouse.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. https://www.livestock-emergency.net

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. www.seepnetwork.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Assistance. CPWG, 2016. http://cpwg.net

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Pejic, J. *The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework.* International Review of the Red Cross, 2001. https://www.icrc.org

Safe Fuel and Energy Issues: Food Security and Nutrition. Safe Fuel and Energy, 2014. www.safefuelandenergy.org

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12). United Nations Economic and Social Council, 1999. www.ohchr.org

The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction. UNISDR. https://www.unisdr.org

Beurteilung

RAM-OP: Rapid Assessment Method for Older People. www.helpage.org

SMART (Standardized Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines and Methodology. SMART. http://smartmethodology.org

Copyright

Ernährung

Castleman, T. Seumo-Fasso, E. Cogill, B. *Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings, Food and Nutrition Technical Assistance, technical note no. 7*. FANTA/AED, 2004.

Chastre, C. Duffield, A. Kindness, H. LeJeane, S. Taylor, A. *The Minimum Cost of Diet: Findings from piloting a new methodology in Four Study Locations.* Save the Children UK, 2007. https://resourcecentre.savethechildren.net

Codex Alimentarius. Standards, Guidelines and Advisory Texts. FAO and WHO. www.fao.org

Food and Nutritional Needs in Emergencies. WHO, UNHCR, UN Children's Fund, WFP, 2004. www.who.int

International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. WHO, 1981. www.who.int

Management von akuter Mangelernährung

Black, RE. Allen, LH. Bhutta, ZA. Caulfield, LE. de Onis, M. Ezzati, M. Mathers, C. Rivera, J. *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 2008, pp. 243–260. https://doi.org

Partizipative Methoden

Bonino, F. *What Makes Feedback Mechanisms Work.* ALNAP, 2014.

Säuglings- und Kleinkindernährung

Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children. WHO, 2009.

Early Childhood Development in Emergencies: Integrated Programme Guide. UNICEF, 2014. https://www.unicef.org

Integrating Early Childhood Development Activities into Nutrition Programmes in Emergencies: Why, What and How? UNICEF & WHO Joint statement, 2010. www.who.int

Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. IFE Core Group, 2017. https://www.ennonline.net

Kinder

Growth reference for school-aged children and adolescents. WHO, 2007. www.who.int

Nahrungsmittelsicherheit

Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual. CARE, 2008.

Caccavale, O. Flämig, T. *Collecting Prices for Food Security Programming.* World Food Programme, 2015. http://documents.wfp.org

Coates, J. Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access, Indicator Guide, Version 3*. FANTA, 2007.

Food Safety and Quality. FAO and WHO. www.fao.org

Food Security Cluster Urban Group Tools and Pilot Projects. Food Security Cluster. http://fscluster.org

Food Security Cluster Core Indicator Handbook. Food Security Cluster. http://fscluster.org

Copyright

Humanitarian, Impact areas. Global Alliance for Clean Cookstoves, 2018. http://cleancookstoves.org

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3. IPC Global Partners, 2018.

Save Food: Global Initiative on Food Loss and Waste Reduction – Extent, Causes and Reduction. FAO and WHO. http://www.fao.org

Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide, Version 2.* FANTA, 2006.

Technical Guidance Note: Food Consumption Score Nutritional Quality Analysis (FCS-N). WFP, 2015. https://www.wfp.org

Tier ranking from the IWA interim ISO standards. Global Alliance for Clean Cookstoves. http://cleancookstoves.org

Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security. Committee on World Food Security, 2005.

Nahrungsmittelhilfe

Guide to Personal Data Protection and Privacy. WFP, 2016. https://docs.wfp.org

Integrated Protection and Food Assistance Programming. ECHO-DG, Final Draft. https://reliefweb.int

NutVal 2006 version 2.2: The planning, calculation, and monitoring application for food assistance programme. UNHCR, WFP, 2006. www.nutval.net

Protection in Practice: Food Assistance with Safety and Dignity. UN-WFP, 2013. https://reliefweb.int

Revolution: From Food Aid to Food Assistance – Innovations in Overcoming Hunger. WFP, 2010. https://documents.wfp.org

Interventionen zur Bereitstellung von Saatgut

Seed System Security Assessment (SSSA). CIAT and DEV, 2012. https://seedsystem.org

Seeds in Emergencies: A Technical Handbook. FAO, 2010. www.fao.org

Märkte und Bargeldhilfe (CBA)

CaLP CBA quality toolbox: http://pqtoolbox.cashlearning.org

Cash and Vouchers Manual. WFP, 2014. https://www.wfp.org

E-Transfers in Emergencies: Implementation Support Guidelines. CaLP, 2013. www.cashlearning.org

Emerging Good Practice in the Use of Fresh Food Vouchers. ACF International, 2012. www.actionagainsthunger.org

Gender

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

Copyright

Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists. WHO and Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2005. www.who.int

Menschen mit Behinderungen

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action, Nutrition booklet. UNICEF. http://training.unicef.org

Module on Child Functioning and Disability. UNICEF, 2018. https://data.unicef.org

Existenzgrundlagen

CLARA: Cohort Livelihoods and Risk Analysis. Women's Refugee Commission, 2016. https://www.womensrefugeecommission.org

Sustainable Livelihoods Guidance Sheets. DFID, 2000. http://www.livelihoodscentre.org

Umwelt

Flash Environmental Assessment Tool. UNOCHA. www.eecentre.org

Handbook on Safe Access to Firewood and Alternative Energy. WFP, 2012.

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3. IPC Global Partners, 2018.

Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs.* Chatham House, 2015. https://www.chathamhouse.org

Moving Energy Initiative. Chatham House, 2018. https://mei.chathamhouse.org

Weiterführende Literatur

Weitere Literaturhinweise finden Sie unter
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Copyright

Weiterführende Literatur

Erstbeurteilung

Joint Assessment Mission (JAM): Guidelines Second Edition. UNHCR/WFP, 2009.

Multi-sector Initial Rapid Assessment (MIRA) Tool. IASC, 2015.

Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA). WFP and UNICEF, 2016.

Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit

Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis. FANTA, 2009.
https://www.fsnnetwork.org/sites/default/files/alternative_sampling_designs_for_emergency_settings.pdf

Comparing Household Food Consumption Indicators to Inform Acute Food Insecurity Phase Classification. FANTA, 2015.
https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/HFCIS-report-Dec2015.pdf

Crop and Food Security Assessment Mission (CFSAM) Guidelines. FAO and WFP, 2009.
https://www.wfp.org/publications/faowfp-joint-guidelines-crop-and-food-security-assessment-missions-cfsams

Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. WFP, 2009.

Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition. WFP, 2009.

Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners. CARE, 2002.

Vulnerability and Capacity Assessment Guide. IFRC. www.ifrc.org/vca

The Household Economy Approach: A Guide for Programme Planners and Policy-makers. Save the Children, 2008.

Beurteilung der Saatgutsicherheit

Longley, C. Dominguez, C. Saide, M.A. Leonardo, W.J. *Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems.* Disasters, NCBI, 2002.

Sperling, L. *When Disaster Strikes: A guide to Assessing Seed System Security.* International Center for Tropical Agriculture, 2008.

Beurteilung der Existenzgrundlagen

Jaspers, S. Shoham, J. *A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability.* ODi, 2002.

Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Version 1.1. Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings. IASC, 2009.

Märkte

Adams, L. *Learning from Cash Responses to the Tsunami: Final Report*, HPG background paper. HPG, 2007.
https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/4860.pdf

Copyright

Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid? Market Information and Food Insecurity Response Analysis. CARE, 2008.

Creti, P. Jaspars, S. *Cash Transfer Programming in Emergencies.* Oxfam GB, 2006.

Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies. Save the Children UK, Oxfam GB and British Red Cross, with support from ECHO, CaLP, 2010.

Harvey, P. *Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper.* ODI, 2005.

Implementing Cash-Based Interventions: A guide for aid workers. Action contre la faim, 2007.

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). CaLP, 2013.

Mike, A. *Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit.* Oxfam GB, 2010.

Multi-Sector Initial Rapid Assessments (MIRA) Guidance. IASC, 2015.

Nahrungsmittelverbrauch

Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet. WFP, 2008. https://fscluster.org/sites/default/files/documents/WFP%20FCS%20Guideline%20%281%29.pdf

Household Dietary Diversity Score (HDDS). Food and Nutrition Technical Assistance Project, 2006.

Reference Nutrient Intake (RNI) publications. WHO. www.who.int/nutrition/publications/nutrient/en/ und www.who.int/elena/nutrient/en/

Partizipative Methoden

Climate Vulnerability and Capacity Analysis Handbook. CARE, 2009.

Climate Change and Environmental Degradation Risk and Adaptation Assessment (CEDRA). Tearfund, 2009.

How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers. IFRC, 2007.

Participatory Vulnerability Analysis. ActionAid, 2004.

Informationssysteme im Bereich Ernährung und Nahrungsmittelsicherheit

Famine Early Warning Systems Network. USAID. www.fews.net

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS). FIVIMS, 2013. www.fao.org/3/a-x8346e.pdf

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture. FAO. www.fao.org/ES/giews/english/index.htm

Integrated Food Security Phase Classification, Technical Manual. Version 1.1. IPC Global partners and FAO, 2008.h www.fao.org/docrep/010/i0275e/i0275e.pdf

Shoham, J. Watson, F. Dolan, C. *The Use of Nutrition Indicators in Surveillance Systems, Technical paper 2.* ODI, 2001.
https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/3970.pdf

Copyright

Anthropometrische Beurteilung

A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality. Centers for Disease Control and Prevention and WFP, 2005.

Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting, pp. 49–51. UN ACC Sub Committee on Nutrition, 2001.

Collins, S. Duffield, A. Myatt, M. Adults: *Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations.* ACC, Sub-Committee on Nutrition, 2000. https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/AdultsSup.pdf

Emergency Nutrition Assessment and Guidance for Field Workers. Save the Children UK, 2004.

Young, H. Jaspars, S. *The Meaning and Measurement of Acute Malnutrition in Emergencies: A Primer for Decision Makers.* HPN, 2006. https://odihpn.org/resources/the-meaning-and-measurement-of-acute-malnutrition-in-emergencies-a-primer-for-decision-makers/

Beurteilung des Mikronährstoffstatus

Gorstein, J. Sullivan, K.M. Parvanta, I. Begin, F. *Indicators and Methods for Cross Sectional Surveys of Vitamin and Mineral Status of Populations.* Micronutrient Initiative and CDC, 2007. www.who.int/vmnis/toolkit/mcn-micronutrient-surveys.pdf

Beurteilung der Säuglings- und Kleinkindernährung

Infant and young child feeding practices, Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide. CARE, 2010. https://www.ennonline.net/iycfdataguide

Säuglings- und Kleinkindernährung

Baby Friendly Spaces Manual, Chapter 4 Feeding of the Non-Breastfed Infant. ACF International, 2014.

ECHO Infant and Young Children Feeding in Emergencies: Guidance for Programming. https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/2014/toolkit_nutrition_en.pdf

Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. UNICEF and WHO, 2003.

Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations. UNHCR, 2009. www.ibfan.org/art/367-6.pdf

Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies. WHO, 2004.

Global Nutrition Targets 2025, Breastfeeding Policy Brief. WHO/UNICEF, 2014 www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/

HIV and Infant Feeding: Principles and Recommendations for Infant Feeding in the Context of HIV and a Summary of Evidence. WHO, 2010.

IFE Module 1: Orientation package on IFE. IFE Core Group and collaborators, 2009. www.ennonline.net/ifemodule1

Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. USAID, AED, FANTA, IFPRI, UNICEF und WHO, 2007.

Copyright

Infant and Young Child Feeding Practices: Standard Operating Procedures for the Handling of Breast Milk Substitutes in Refugee Children 0–23 months and the Annex. UNHCR, 2015. www.unhcr.org/55c474859.pdf

Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. IFE Core Group and collaborators, 2007. www.ennonline.net/ifemodule2

Protecting infants in emergencies, Information for the media. IFE Core Group, 2009. www.ennonline.net//ifecoregroup

UNICEF Programming Guide on Infant and Young Child Feeding 2011. www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf

Allgemeine Nahrungsmittelsicherheit

Barrett, C. Maxwell, D. *Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role.* Routledge, New York, 2005.

Food and Nutrition Needs in Emergencies. UNHCR, UNICEF, WFP and WHO, 2002.

Food Assistance Manual Series, General Distribution. World Vision International, 2017.

Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies, Chapters 1–4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition. IASC, 2005.

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. https://resourcecentre.savethechildren.net/library/minimum-standards-child-protection-humanitarian-action

Maxwell, D. Sadler, K. Sim, A. Mutonyi, M. Egan, R. Webster, M. *Emergency Food Security Interventions, Good Practice Review #10.* Relief and Rehabilitation Network, ODI, 2008. https://www.ennonline.net/attachments/882/hpn-emergency-food-security-interventions.pdf

The Right to Adequate Food: Fact Sheet No.34. OHCHR and FAO, 2010. www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34en.pdf

Zielgruppenbestimmung und Nahrungsmittelverteilung

Catalogue and Standard Operating Procedures. UN Humanitarian Response Depot, 2010. https://partners.unhrd.org/media/4/download

Food Quality Control. WFP, 2010. http://foodqualityandsafety.wfp.org/

Food Storage Manual. Natural Resources Institute and WFP, 2003.

Food Assistance Main Manual, Third edition. World Vision International, 2017.

Food Assistance in the Context of HIV: Ration Design Guide. WFP, 2008.

Food Resource Management Handbook. CARE.

Jaspars, S. Young, H. *General Food Distribution in Emergencies: From Nutritional Needs to Political Priorities, Good Practice Review 3.* Relief and Rehabilitation Network, ODI, 1995.

Logistics Operational Guide. WFP, Logistics Cluster, 2010.

School Feeding Quality Standards. WFP, 2009.

Targeting in Emergencies. WFP, 2006.

UNHCR Handbook for Registration. UNHCR, 2003.

Copyright

Interventionen zur Bereitstellung von Saatgut

Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa. CRS with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics, 2002.

Sperling, L. Remington, T. Haugen, JM. *Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1–10.* International Centre for Tropical Agriculture and CRS, 2006.

Allgemeine Handbücher zu Ernährung in Notfallsituationen

A Toolkit for Addressing Nutrition in Emergency Situations. IASC, 2008.

Food and Nutrition Needs in Emergencies. UNHCR, UNICEF, WFP and WHO, 2002.

Food and Nutrition Handbook. WFP, 2001.

Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies. UNHCR and WFP, 2009.

Harmonised Training Package (HTP). IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group, 2006.

Khara, T. Dolan, C. *Technical Briefing Paper: The Relationship between Wasting and Stunting, Policy, Programming and Research Implications.* ENN, 2014.

Moderate Acute Malnutrition: A Decision Tool for Emergencies. GNC MAM Task Force, 2014.

Prudhon, C. *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations.* ACF, 2002.

The Management of Nutrition in Major Emergencies. WHO, 2000.

Vulnerable Personen

Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action. HelpAge International, 2001.
http://nutritioncluster.net/wp-content/uploads/sites/4/2015/06/Nutrition-FINAL.pdf

Food Assistance Programming in the Context of HIV. FANTA and WFP, 2007.

Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS. FAO und WHO, 2002.

Older People in Disasters and Humanitarian Crisis. HelpAge and UNHCR, 2007.

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities. IASC, 2006.

Winstock, A. *The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children.* Winslow Press, 1994.

Management von akuter Mangelernährung

Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual. VALID International, 2006.

Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. WHO, WFP, UNSCN and UNICEF, 2007.

Integration of IYCF support into CMAM. ENN, IFE Core Group and collaborators, 2009.
https://www.ennonline.net/integrationiycfintocmam

Copyright

MAMI Report, Technical Review: Current Evidence, Policies, Practices & Program Outcomes. ENN, CIHD and ACF, 2010.

Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. WHO, 1999.

Navarro-Colorado, C. Mason, F. Shoham, J. *Measuring the Effectiveness of SFP in Emergencies.* HPN, 2008.

Navarro-Colorado, C. Shoham, J. *Supplementary Feeding Minimum Reporting Package.* HPN, Forthcoming.

Training Guide for Community-based Management of Acute Malnutrition. FANTA, 2008.

Mikronährstoffmängel

Guiding Principles for the Use of Multiple Vitamin and Mineral Preparations in Emergencies. WHO and UNICEF, 2007.

Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Program Managers. UNICEF, UNU and WHO, 2001.

Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 2000.

Seal, A. Prudhon, C. *Assessing Micronutrient Deficiencies in Emergencies: Current Practice and Future Directions.* UN Standing Committee on Nutrition, 2007.
https://www.ennonline.net/attachments/893/micronutrientssup.pdf

Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 1999.

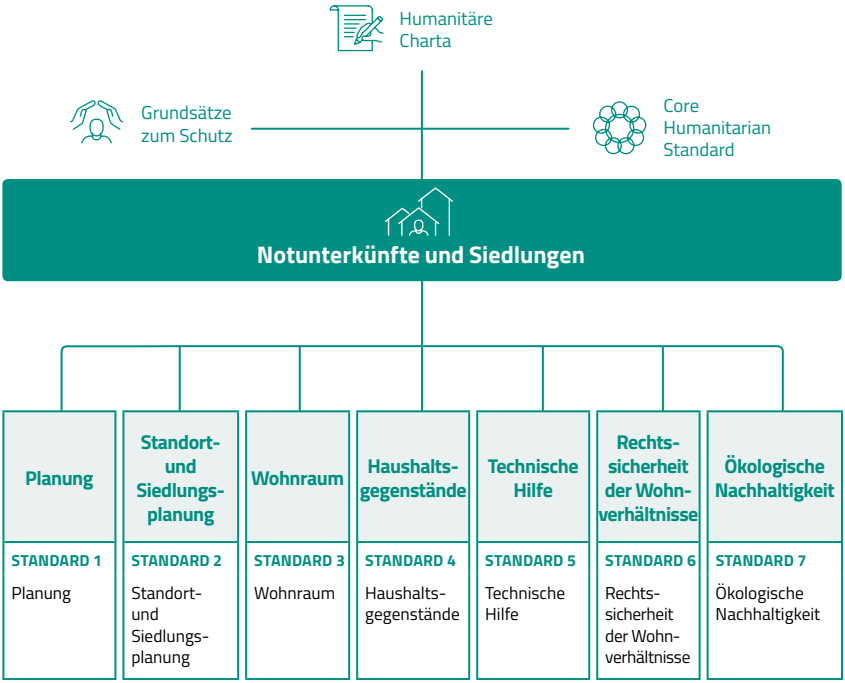
Thiamine Deficiency and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 1999.

Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xeropthalmia, Second Edition. WHO, 1997.

Copyright

Notunterkünfte und Siedlungen

Copyright



ANLAGE 1 Checkliste zur Beurteilung von Notunterkünften und Siedlungen
ANLAGE 2 Beschreibung von Siedlungsszenarien
ANLAGE 3 Zusätzliche Merkmale von Siedlungsszenarien
ANLAGE 4 Hilfsoptionen
ANLAGE 5 Umsetzungsoptionen
ANLAGE 6 Mögliche Hilfs- und Umsetzungsoptionen im Zusammenhang mit Siedlungsszenarien (nur PDF-/Online-Handbuch)

Copyright

Inhalt

Grundlegende Konzepte für Notunterkünfte und Siedlungen 240
Standards für Notunterkünfte und Siedlungen
1. Planung 246
2. Standort- und Siedlungsplanung 249
3. Wohnraum 254
4. Haushaltsgegenstände 258
5. Technische Hilfe 262
6. Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse 266
7. Ökologische Nachhaltigkeit. 270
Anlage 1: Checkliste zur Beurteilung von Notunterkünften und Siedlungen 274
Anlage 2: Beschreibung von Siedlungsszenarien 278
Anlage 3: Zusätzliche Merkmale von Siedlungsszenarien 280
Anlage 4: Hilfsoptionen 282
Anlage 5: Umsetzungsoption 285
Anlage 6: Mögliche Hilfs- und Umsetzungsoptionen im Zusammenhang mit Siedlungsszenarien (nur PDF-/Online-Handbuch)
Quellen und weiterführende Literatur 286

Copyright

Grundlegende Konzepte für Notunterkünfte und Siedlungen

Jeder Mensch hat das Recht auf angemessenen Wohnraum

Die Mindeststandards für Notunterkünfte und Siedlungen von Sphere sind eine praktische Umsetzung des Rechts auf eine angemessene Unterkunft im humanitären Kontext. Die Standards basieren auf den in der Humanitären Charta festgehaltenen Überzeugungen, Prinzipien, Pflichten und umfassenden Rechten. Dazu gehören das Recht auf ein Leben in Würde, das Recht auf Schutz und Sicherheit sowie das Recht auf bedarfsabhängige humanitäre Hilfe.

Eine Liste der wichtigsten rechtlichen und politischen Dokumente, die der Humanitären Charta zugrunde liegen, finden Sie in Anhang 1 mit erläuternden Kommentaren für die humanitären Helfenden.

Notunterkünfte und Siedlungen sind miteinander verknüpft und müssen als Ganzes betrachtet werden. Die „Unterkunft" ist der häusliche Wohnraum, einschließlich der Dinge des täglichen Gebrauchs. Eine „Siedlung" ist der weiter gefasste Ort, an dem Menschen und Gemeinschaften leben.

Die Maßnahmen zur Bereitstellung von Notunterkünften und Siedlungen zielen darauf ab, ein sicheres Lebensumfeld zu schaffen

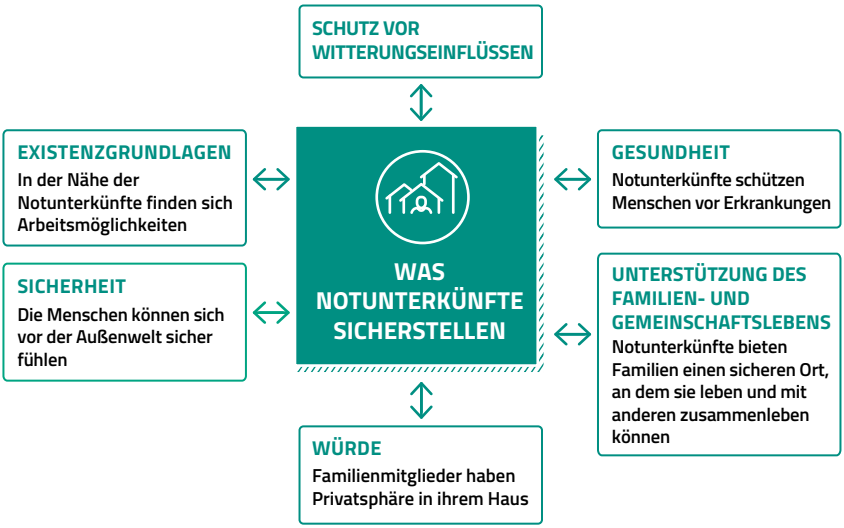
Die rechtzeitige Unterstützung im Bereich der Notunterkünfte und Siedlungen kann in der Anfangsphase einer Krise Leben retten. Zusätzlich zum Schutz vor widrigen Wetterbedingungen ist eine Unterkunft notwendig, um die Gesundheit zu fördern, das Familien- und Gemeinschaftsleben zu unterstützen und Würde, Sicherheit und den Zugang zu Lebensgrundlagen zu gewährleisten ⊕ *siehe Abbildung 8 unten*.

Die durchschnittliche Dauer der Vertreibung von Menschen hat im Laufe der Jahre immer weiter zugenommen. Bei einer jahrelangen oder gar jahrzehntelangen Vertreibung sind die Lage der Unterkünfte und Siedlungsplätze sowie die Planung von Wohnumgebungen und Gemeinschaften, in denen sich die Unterkünfte befinden, wichtig, um die Würde der von der Krise betroffenen Menschen zu wahren und ihre Gesundung zu unterstützen.

Hilfsmaßnahmen im Bereich der Notunterkünfte und Siedlungen sollten die bestehenden Stärken der betroffenen Haushalte, Gemeinschaften, der Zivilgesellschaft und der Regierung unterstützen und nutzen. Dies erhöht die Chance, lokalisierte Strategien zu entwickeln, die die Eigenständigkeit und Selbstverwaltung der Betroffenen fördern. Ein Gefühl der Sicherheit, der Gemeinschaft und des sozialen Zusammenhalts sind unerlässlich, um den Prozess der Erholung einzuleiten.

Bei den Hilfsmaßnahmen im Bereich der Notunterkünfte und Siedlungen geht es nicht nur um die reine Bereitstellung der Geräte und Materialien oder den Bau einer Unterkunft. Zu den Hilfsoptionen gehören auch die Unterstützung bei der Sicherung von Land und der Beschaffung von Unterkünften, Wohnungen oder Haushaltsgegenständen. Dies beinhaltet technische Hilfe und Qualitätssicherung, die eine betroffene Bevölkerung befähigen und mobilisieren, den Wiederaufbau besser und sicherer vorzunehmen. Die Kenntnis des nationalen Rechtsrahmens für Land und Grundbesitz ist dabei unerlässlich. Auch das Verständnis der nationalen Flüchtlingsgesetze und der damit verbundenen Verfahren zur Statusbestimmung sind wichtig.

Copyright



Was eine Notunterkunft bietet (Abbildung 8)

Einige Funktionen einer angemessenen Notunterkunft. Notunterkunftsprogramme sollten Familien unterstützen, um diese Bedürfnisse zu decken.

Unabhängig von der Form der Unterstützung ist es wichtig, jederzeit die bestehenden Gemeinschaftsstrukturen zu respektieren und den sozialen Zusammenhalt zu fördern.

Jeder Haushalt und jede Gemeinschaft benötigt unterschiedliche Ebenen und Arten der Unterstützung. Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse und eine angemessene Dokumentation des Personenstands sind eine Grundvoraussetzung für den Zugang zu sicheren Unterkünften. In Konfliktsituationen oder wenn es ungelöste Probleme im Zusammenhang mit der Landnutzung gibt, kann die Bereitstellung von Notunterkünften jedoch besonders komplex sein, ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 6: Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse.*

Bei der Siedlungsplanung müssen zunehmend die langfristige Vertreibung und die Gesundung berücksichtigt werden. Vertreibung kann Druck auf bestehende – oft begrenzte – Ressourcen ausüben und Spannungen mit der umliegenden Gastgemeinschaft fördern. Eine qualitative Programmgestaltung beinhaltet auch das Verständnis, die Vermeidung und die Minderung negativer Umweltauswirkungen. Wenn Umweltfragen nicht berücksichtigt werden, können Programme im Bereich Unterkunft und Siedlung letztendlich ineffizient sein, da kurzfristige Ergebnisse neue Probleme verursachen können, die weitere Investitionen erfordern ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 7: Ökologische Nachhaltigkeit.*

Hilfsmaßnahmen im Bereich von Unterkünften und Siedlungen in städtischen Gebieten erfordern spezifisches Fachwissen

Die Unterstützung von Menschen in städtischen Gebieten kann aufgrund der hohen Bevölkerungsdichte, des Infrastrukturbedarfs, der staatlichen Vorschriften und der sozialen Vielfalt in der Gemeinschaft kompliziert sein. Während und nach einer Krise ist die Kommunikation und Unterstützung hochgradig mobiler Menschen schwierig, insbesondere wenn es darum geht, genügend Wohnraum zu finden. Wenn technisch komplexe Infrastrukturen (z. B. Hochhäuser) betroffen sind, müssen humanitäre

Copyright

Organisationen auch mit komplexen Mietverhältnissen umgehen, an denen mehrere Eigentümer, Mieter oder informelle Siedler beteiligt sind.

Die Arbeit im städtischen Kontext erfordert Fachwissen in der Stadtplanung und -gestaltung sowie Kenntnisse über das Recht, Vorschriften, Gesetze und Richtlinien in Bezug auf Wohnen, Land und Eigentum. Ein tiefes Verständnis der lokalen Wohn- und Finanzmärkte ist entscheidend. Seien Sie darauf vorbereitet, mit der Zivilgesellschaft und dem Privatsektor zusammenzuarbeiten. Der Privatsektor kann eine Rolle bei der Bereitstellung nachhaltiger marktbasierter Lösungen spielen. Die Hilfe sollte auf lokalen Normen und Dienstleistungen aufbauen und die Schaffung paralleler Strukturen vermeiden. Ein ganzheitlicher Ansatz bei der Bereitstellung von Hilfe auf Siedlungs-, Umgebungs- oder Gebietsebene ist eher geeignet, einen nachhaltigen Beitrag zum Wohlergehen der betroffenen Bevölkerung in städtischen Gebieten zu leisten ⊕ *siehe Über Sphere – Anlage: Hilfeleistung über die Märkte*.

Es müssen verschiedene Siedlungsszenarien nach der Krise berücksichtigt werden

Wo und wie die Betroffenen Schutz finden, hängt von ihrer Fähigkeit ab, an Ort und Stelle zu bleiben bzw. der Notwendigkeit, den Ort zu verlassen. Eine systematische Betrachtung der Situation nach der Krise ist der erste Schritt bei der Planung von Möglichkeiten der Unterstützung von Unterkünften und Siedlungen. Es ist wichtig, die geeigneten Ansätze für verschiedene Personengruppen zu verstehen, für Vertriebene, für direkt Betroffene, die aber nicht vertrieben wurden oder für indirekt Betroffene ⊕ *siehe Abbildung 9 unten.*

Wenn die Bedingungen es zulassen, können die Menschen wählen, ob sie als Eigentümer oder in gemieteten oder informell besetzten Unterkünften oder Grundstücken an ihrem Ursprungsort bleiben wollen. Nicht Vertriebene könnte man durch die Instandsetzung oder den Wiederaufbau bestehender Wohnräume unterstützen.

Vertriebene Bevölkerungsgruppen können sich lokal, in anderen Orten innerhalb ihres Wohnsitzlandes oder über internationale Grenzen hinweg wieder ansiedeln. In solchen Situationen ist es wahrscheinlich, dass sie eine Unterkunft mieten, sich selbst niederlassen oder von anderen aufgenommen werden. Einige Vertriebene entscheiden sich möglicherweise für eine Sammelunterkunft oder eine geplante Siedlung oder kommen in einer ungeplanten Siedlung unter.

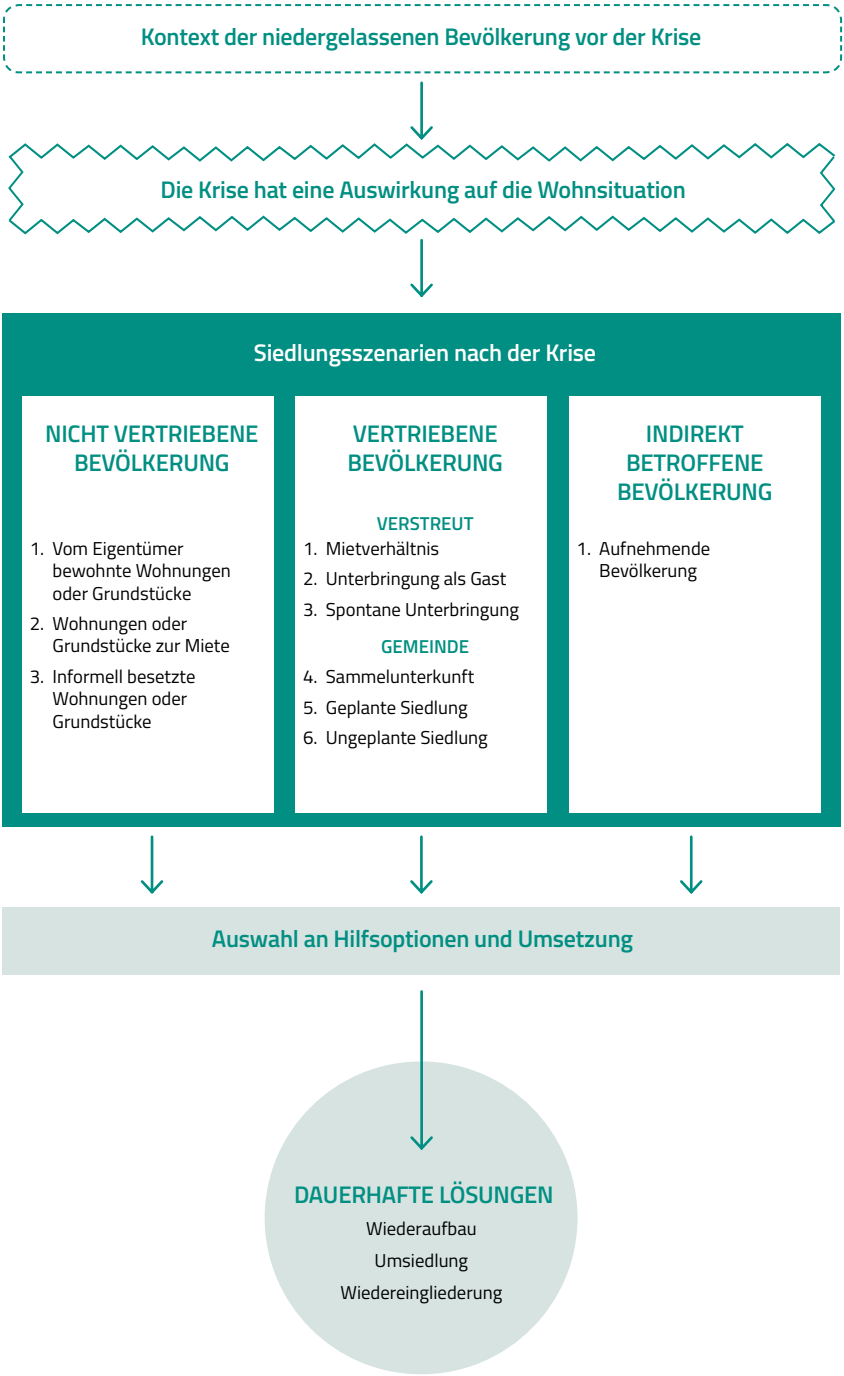
Ein Verständnis der Krise durch diese Siedlungsszenarien erleichtert die Planung von Hilfsstrategien. Dazu gehört die Auswahl der wirksamsten und geeignetsten Art der Hilfe gemäß den unterschiedlichen Gruppen in der betroffenen Bevölkerung und die Wahl der Art und Weise, wie die Hilfe geleistet werden soll. Sie sollte zu einer schrittweisen Wiederherstellung beitragen und idealerweise zu einer dauerhaften Lösung führen. Die Standards und Anlagen in diesem Kapitel folgen dieser Logik und sind für den gemeinsamen Gebrauch bestimmt ⊕ *siehe Anlage 2: Beschreibung von Siedlungsszenarien* und *Anlage 3: Zusätzliche Merkmale von Siedlungsszenarien*.

Diese Mindeststandards sollten nicht isoliert angewendet werden

Die Mindeststandards in diesem Kapitel spiegeln den Kerninhalt des Rechts auf angemessene Unterkunft wider und tragen zur schrittweisen Verwirklichung dieses Rechts weltweit bei.

Das Recht auf angemessene Unterkunft ist mit dem Recht auf Wasser und sanitäre Einrichtungen, auf Nahrung und Gesundheit verbunden. Fortschritte bei der Erreichung der Mindeststandards von Sphere in einem Bereich wirken sich auf den Fortschritt in anderen Bereichen aus. Damit eine Hilfsaktion wirksam ist, ist eine enge

Copyright



Siedlungsszenarien nach der Krise (Abbildung 9)

Copyright

Zusammenarbeit und Koordination mit anderen Bereichen wichtig. Die Koordinierung mit den lokalen Behörden und anderen zuständigen Stellen trägt dazu bei, dass der Bedarf gedeckt wird, die Bemühungen nicht von mehreren Seiten erfolgen und die Qualität der Hilfsmaßnahmen im Bereich Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung optimiert wird. Querverweise in diesem Handbuch weisen auf einige mögliche Verknüpfungspunkte hin.

So sind beispielsweise eine ausreichende Wasserversorgung und sanitäre Einrichtungen in den Siedlungen notwendig, um die Gesundheit und Würde der betroffenen Bevölkerung zu gewährleisten. Grundlegende Koch- und Essutensilien und Brennstoff zum Kochen ermöglichen es den Menschen, die Nahrungsmittelhilfe zu nutzen und den Ernährungsbedarf zu decken.

Wo die nationalen Standards unter den Mindeststandards von Sphere liegen, sollten die humanitären Organisationen gemeinsam mit der jeweiligen Regierung an der Anhebung der nationalen Mindeststandards arbeiten.

Das Völkerrecht schützt ausdrücklich das Recht auf eine angemessene Unterkunft

Das Recht auf Zugang zu angemessenem Wohnraum wird durch das Völkerrecht geschützt. Es ist das Recht, an einem Ort in Sicherheit, Frieden und Würde zu leben. Dieses Recht beinhaltet Freiheiten wie das Recht, den Wohnsitz frei zu wählen, und Ansprüche wie die Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse. Es verankert Grundsätze zum Schutz wie den Schutz vor Zwangsräumung. Die Staaten sind verpflichtet, dieses Recht sicherzustellen, wenn Einzelpersonen oder Gruppen, einschließlich Flüchtlinge und Binnenvertriebene, keinen Zugang zu angemessenem Wohnraum haben, auch in Krisensituationen ⊕ *siehe Anhang 1: Rechtliche Grundlage von Sphere*.

Das Konzept der „Angemessenheit" bedeutet, dass zum Wohnraum mehr als vier Wände und ein Dach gehören. Es betont, wie wichtig es ist, die Art der Siedlung, die kulturelle Identität und die Verfügbarkeit von Dienstleistungen in eine Bereitstellung von Schutzräumen einzubeziehen. Ein „angemessener" Wohnraum oder andere Formen von Unterkünften sollten die Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse gewährleisten und:

- erschwinglich sein, sodass die Bewohner auch andere grundlegende Waren und Dienstleistungen erwerben können, um in Würde zu leben
- bewohnbar sein, physische Sicherheit, einen geschützten Wohnraum und eine angemessene Wohnfläche, Zugang zu sauberem Trinkwasser, genügend Wasser, Sanitär- und Hygieneeinrichtungen (WASH) sowie Möglichkeiten der Zubereitung und Lagerung von Lebensmitteln bieten
- kulturell akzeptabel sein
- zugänglich und nutzbar sein, auch für Personen mit eingeschränkter Mobilität
- sich an einem Ort befinden, der Zugang zu den Möglichkeiten der Existenzsicherung und den wesentlichen Gemeinschaftsdiensten bietet

Verknüpfungen zu den Grundsätzen zum Schutz und zum Core Humanitarian Standard

Krisen können bereits bestehende Ungleichheiten verschärfen. Daher ist es wichtig, unparteiische und kontextsensitive Hilfe anzubieten, insbesondere für diejenigen, die am wenigsten in der Lage sind, sich selbst von einer Krise zu erholen ⊕ *siehe Grundsatz zum Schutz 2*.

Copyright

Einige Menschen können aufgrund von physischen, kulturellen, wirtschaftlichen und sozialen Barrieren Schwierigkeiten beim Zugang zur Unterstützung von Unterkünften und Siedlungen haben. Beachten Sie bei der Hilfsaktion Folgendes:

- **Den Rechtsstatus von Einzelpersonen** (z. B. Flüchtlinge, Binnenvertriebene, Staatenlose, Migranten, Asylsuchende, Obdachlose oder Landlose und andere, denen die Freiheitsrechte und der Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen oder sozialen Sicherheitsnetzen vorenthalten sind); und
- **Menschen mit besonderen Schutzrisiken** und **Gruppen, die besonders für Diskriminierung und soziale Ausgrenzung gefährdet sind**, und zwar aufgrund:
  - ihrer ethnischen Zugehörigkeit, Nationalität, Kaste, indigenen Gruppe oder religiösen oder politischen Zugehörigkeit
  - ihrer Besitzsituation, Status als Vertriebener eines informellen Siedlungs- oder Mietstatus
  - der Lage von Wohnungen, die entweder schwer zugänglich sind oder sich in Gefahrenbereichen, unsicheren Gebieten, städtischen Siedlungen oder informellen Siedlungen befinden
  - ihrer Vulnerabilität und ihres Status innerhalb der Gesellschaft ⊕ *siehe Über Sphere* und *Grundsätze zum Schutz*.

Humanitäre Helfende sollten in Fragen des Kinderschutzes geschult werden und wissen, wie man Überweisungssysteme für vermutete Fälle von Gewalt, Missbrauch oder Ausbeutung, einschließlich von Kindern, einsetzt.

Bei der Anwendung der Mindeststandards sollten alle neun Verpflichtungen des Core Humanitarian Standard berücksichtigt werden. Dies bildet die Grundlage eines Programms für Notunterkünfte und Siedlungen, das dem Prinzip der Rechenschaftspflicht folgt.

Copyright

1. Planung

Die Planung ist entscheidend für optimale Ergebnisse der Hilfsaktion auf regionaler und nationaler Ebene, für die Organisation und die Gemeinschaften. Das Verständnis der Situation vor und nach der Krise ermöglicht eine Beurteilung sowohl der direkten als auch der indirekten Auswirkungen der Krise auf die Lebensbedingungen der Menschen und aller sozialen, wirtschaftlichen und politischen Folgen. Die Ermittlung des Bedarfs und die anschließende Entwicklung geeigneter Hilfsoptionen ist die Grundlage für eine gut geplante und koordinierte Hilfe im Bereich von Unterkünften und Siedlungen.

Notunterkünfte und Siedlungen Standard 1: Planung

Hilfsaktionen im Bereich Unterkunft und Siedlung werden gut geplant und koordiniert, um die Sicherheit und das Wohlergehen der Betroffenen zu stärken und die Wiederherstellung zu unterstützen.

Schlüsselaktivitäten

1. Arbeiten Sie mit der betroffenen Bevölkerung sowie nationalen und lokalen Behörden zusammen, um den Bedarf und die Kapazitäten an Unterkünften und Siedlungen zu ermitteln.
   - Beurteilen Sie die Veränderungen gegenüber der Situation vor der Krise, ermitteln Sie den unmittelbaren Bedarf und die Kapazitäten für die vertriebenen und nicht vertriebenen Bevölkerungsgruppen und berücksichtigen Sie dabei die spezifischen Bedürfnisse der Risikogruppen.
   - Identifizieren Sie die Verfügbarkeit von bewohnbarem Land, Gebäuden, Wohnungen und Zimmern innerhalb der lokalen Immobilien- und Grundstücksmärkte.
2. Arbeiten Sie mit den Interessengruppen zusammen, um die effektivsten und geeignetsten Hilfsoptionen zu ermitteln und wie diese bereitgestellt werden können.
3. Entwickeln Sie einen Notunterkunfts- und Siedlungsplan in Abstimmung mit den zuständigen Behörden und betroffenen Gemeinden.
   - Bieten Sie Hilfe an, die auf die Bedürfnisse und Präferenzen der betroffenen Bevölkerung und der Behörden zugeschnitten ist.
   - Optimieren Sie die Kosteneffizienz, die technische Qualität, Geschwindigkeit und Zeitplanung, den Umfang der Umsetzung und die Replizierbarkeit.

Schlüsselindikatoren

Der Notunterkunfts- und Siedlungsplan deckt die Grundbedürfnisse der Zielbevölkerung ab und wird mit der Bevölkerung und den zuständigen Behörden abgestimmt

Prozentsatz der Betroffenen, der angibt, dass Unterkünfte und Siedlungen ihre Bedürfnisse und Prioritäten widerspiegeln und zu einer dauerhafteren Lösung beitragen

Copyright

Leitlinien

Beurteilung: Überprüfen Sie im Rahmen der Beurteilung Änderungen im Bereich der Unterkünfte und Siedlungen nach der Krise und beziehen Sie mögliche Schutzrisiken von vornherein ein. Dazu können Wahrnehmungen der aufnehmenden Gemeinschaft, Risiken im Zusammenhang mit dem Zugang zur Siedlung, ein sicherer Zugang zu Dienstleistungen oder die Gefahr einer Ausweisung gehören.

Berücksichtigen Sie die direkten und indirekten Auswirkungen der Krise auf die Lebensbedingungen der Menschen, einschließlich der sozialen, wirtschaftlichen und politischen Folgen.

Krisen betreffen Menschen auf verschiedene Weise, sodass unterschiedliche Menschen unterschiedliche Bedürfnisse im Bereich Unterkünfte und Siedlungen haben. Arbeiten Sie mit Gruppen zusammen, deren Zugang zu Unterkünften besonders erschwert sein kann, wie Menschen mit Behinderungen, von Frauen geführte Haushalte, ältere Personen oder ethnische und sprachliche Minderheiten ⊕ *siehe Anlage 1: Checkliste zur Beurteilung von Notunterkünften und Siedlungen*, *Grundsatz zum Schutz 2* und *Core Humanitarian Standard Verpflichtung 4*.

Hilfs- und Umsetzungsoptionen: Wählen Sie die effektivsten Optionen auf der Grundlage von Kontext, Kapazität, verfügbaren Ressourcen, dem Siedlungsszenario und der Phase der Hilfsaktion. Weitere zu berücksichtigende Faktoren sind die Lage, die Art des Wohnraums (einschließlich der lokalen Bautechniken), der Besitztitel sowie die marktwirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Priorisieren Sie möglichst die Unterstützung für die Rückkehr der Menschen in ihre ursprüngliche Behausung (oder den Ort ihrer Behausung). Helfen Sie denjenigen, die nicht in ihre ursprüngliche Behausung zurückkehren können oder wollen, die auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Optionen zu nutzen ⊕ *siehe Anlagen 2 bis 6*.

Stellen Sie einen Zeitplan auf, um auf die unmittelbaren Bedürfnisse einzugehen. Berücksichtigen Sie dabei Effizienz, technische Qualität, Dimension der Umsetzung, Kapazitäten vor Ort und Replizierbarkeit. Untersuchen Sie Optionen zur Verbesserung der langfristigen Erholung der Gemeinschaften und der Resilienz gegenüber künftigen Krisen.

Erwägen Sie verschiedene Möglichkeiten, die gewählten Optionen bereitzustellen, einschließlich einer Kombination aus:

- finanzieller Unterstützung
- Sachleistungen
- Auftragsarbeiten/Auftragsvergabe
- technischer Hilfe/Qualitätssicherung
- Kapazitätsaufbau

Überprüfen und passen Sie die Kombination der Optionen im Laufe der Zeit an, wenn sich die Situation ändert.

Vertriebene: Vertriebene haben nicht nur einen Sofortbedarf an einem Obdach, sie benötigen auch die richtige Unterstützung, um bezüglich der verfügbaren Notunterkunftslösungen eine fundierte Entscheidung zu treffen. Beispiele für die Unterstützung sind Informationen darüber, ob und wann sie nach Hause zurückkehren, wie sie sich am Ort der Vertreibung integrieren oder ob sie an einen dritten Ort umziehen sollen.

Nicht-vertriebene Haushalte benötigen Unterstützung, um zu ihren ursprünglichen Lebensbedingungen zurückzukehren, und sollten angemessene Unterstützung bei der Unterbringung erhalten. Wenn der Wiederaufbau lange dauert oder die Menschen nicht

Copyright

sicher sind, sollten Sie temporäre Lösungen prüfen, wie z. B. die Suche nach Gastfamilien, Mietbeihilfe oder die vorläufige bzw. vorübergehende Unterbringung. Wenn die Krise die Sicherheitsbedingungen verändert hat, kann eine Umsiedlung notwendig sein.

Aufnehmende Gemeinden sind ebenfalls von den Folgen einer Krise betroffen, da sie ihren öffentlichen und privaten Raum teilen. Dazu gehört auch die gemeinsame Nutzung von Diensten wie Gesundheitszentren oder Schulen oder wenn sie als Gastfamilie Betroffene aufgenommen haben. Es kann einen echten oder gefühlten Wettbewerb mit Vertriebenen um Arbeitsplätze, Dienstleistungen, Infrastruktur und Ressourcen geben. Lösungen müssen eine gerechte und zielgerichtete Unterstützung in Betracht ziehen, die keine zusätzlichen Risiken oder Bedrohungen in der Gemeinschaft mit sich bringt ⊕ *siehe Grundsatz zum Schutz 1*.

Marktanalyse: Das Verständnis der umliegenden Märkte auf lokaler, nationaler und regionaler Ebene ist entscheidend für eine qualitativ hochwertige Bereitstellung von Notunterkünften. Die Marktanalyse dient als Grundlage für Entscheidungen über die Bereitstellung von Notunterkünften und umfasst auch die Miete und andere Informationen über siedlungsrelevante Leistungen ⊕ *siehe Über Sphere – Anlage: Hilfeleistung über die Märkte, MISMA Handbook* und *MERS Handbook*.

Trümmerbeseitigung: Beginnen Sie sofort nach der Krise mit den Aufräumarbeiten. Schutt und Trümmer können wiederverwendet, recycelt oder zur Trennung, Sammlung und/oder Aufbereitung identifiziert werden. Dies kann Möglichkeiten für Arbeit gegen Bezahlung bieten. Besondere Vorsicht ist beim eventuellen Auffinden von Leichen sowie beim Umgang mit baulich gefährlichen Stellen und Gefahrstoffen geboten. Für die Trümmerbeseitigung können spezielle Fachkenntnisse und Ausrüstung erforderlich sein, daher ist die gemeinsame Planung mit Spezialisten anderer Sektoren notwendig ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 7: Ökologische Nachhaltigkeit, Gesundheitsstandards* und *WASH-Standards*.

Möglichkeiten der Existenzsicherung: Die Existenzgrundlage der Menschen vor der Krise und die nach der Krise bestehenden Möglichkeiten sind für die Beurteilung der Siedlungsoptionen relevant. Die Verfügbarkeit von Land, der sichere Zugang zu Anbau- und Weideflächen, der Zugang zu Märkten und anderen Beschäftigungsmöglichkeiten kann einen Einfluss darauf haben, wo Menschen leben möchten, auch wenn es nur vorübergehend ist ⊕ *siehe Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Existenzgrundlagen Standards 7.1 und 7.2, LEGS Handbook* und *MERS Handbook*.

Rückkehr: Die Rückkehr in ihr eigenes Land und ihre Wohnungen ist ein vorrangiges Ziel für die meisten von der Krise betroffenen Menschen. Die Betroffenen sollten in der Lage sein, den Bedarf an Reparaturen in ihren Wohnungen oder an einer Aufbesserung ihrer Unterkünfte festzustellen. Die Rückkehr kann die Bewältigungsstrategien der Gemeinden unterstützen und etablierte Siedlungsmuster und Infrastrukturen erhalten. Die Instandsetzung oder der Wiederaufbau von kommunaler Infrastruktur wie Schulen, Wassersystemen, Kliniken oder Märkten ist ebenfalls wichtig, damit die Vertriebenen zurückkehren können. Einige Umstände können die Rückkehr verhindern oder verzögern, wie z. B. Sicherheitsbedenken, wenn das Eigentum oder Land von Streitkräften besetzt sind, anhaltende gewaltsame Konflikte, ethnische oder religiöse Spannungen, Angst vor Verfolgung oder Landminen und Blindgänger. Unangemessene oder diskriminierende Land- und Immobiliengesetze oder eingebürgerte Verfahren können die Rückkehr von weiblich geführten Familien, von verwitweten oder durch die Krise verwaisten Personen oder von Menschen mit Behinderungen verhindern. Vertriebene Bevölkerungsgruppen, die möglicherweise nicht in der Lage sind, Wiederaufbauarbeiten durchzuführen, können ebenfalls davon abgehalten oder daran gehindert werden, zurückzukehren.

Copyright

2. Standort- und Siedlungsplanung

Die Standort- und Siedlungsplanung sollte sichere, akzeptable und zugängliche Wohnräume fördern, die Zugang zu Grundversorgung, Lebensgrundlagen und Anschlussmöglichkeiten an ein breiteres Netz bieten.

Notunterkünfte und Siedlungen Standard 2: Standort- und Siedlungsplanung

Unterkünfte und Siedlungen befinden sich in sicheren und geschützten Bereichen, die einen angemessenen Raum und Zugang zu grundlegenden Leistungen und Lebensgrundlagen bieten.

Schlüsselaktivitäten

1 Arbeiten Sie im Rahmen der bestehenden Planungsprozesse und -vorschriften und vereinbaren Sie mit den aufnehmenden Gemeinschaften und den zuständigen Behörden Bedingungen.

- Richten Sie neue Siedlungen in sicherer Entfernung von tatsächlichen oder potenziellen Bedrohungen ein und minimieren Sie die Risiken durch bestehende Gefahren.
- Beurteilen Sie die erwartete Nutzungsdauer der Siedlung, um festzustellen, welche grundlegenden Leistungen erweitert oder entwickelt werden müssen.

2 Beziehen Sie verschiedene Interessengruppen in die Standortauswahl und die Siedlungsplanung ein, einschließlich Gruppen innerhalb der betroffenen Bevölkerung.

- Identifizieren Sie Faktoren, die sich auf den Standort oder das Standortkonzept auswirken könnten. Berücksichtigen Sie dabei Geschlecht, Alter, Behinderung, die ethnische oder sprachliche Identität sowie Geschlechterrollen und Verantwortlichkeiten.
- Arbeiten Sie in städtischen Kontexten mit einem geografisch definierten, gebietsbezogenen Ansatz, um die Dynamik der Gemeinschaft besser zu verstehen.

3 Stellen Sie sicher, dass die betroffene Bevölkerung Zugang zu grundlegenden Leistungen und Einrichtungen hat, einschließlich der Möglichkeiten zur Existenzsicherung.

- Arbeiten Sie mit anderen Sektoren zusammen, um eine akzeptable Entfernung und eine sichere Fortbewegung (oder Transport) zu den grundlegenden Leistungen und Einrichtungen zu gewährleisten.
- Koordinieren Sie sich mit Dienstleistern, um grundlegende Leistungen und Existenzgrundlagen zu priorisieren und bereitzustellen, wenn diese noch nicht vorhanden sind.

4 Planen Sie die Landnutzung so, dass sie genügend Platz für alle Funktionen, den Zugang zu allen Unterkünften und Leistungen und angemessene Sicherheitsmaßnahmen in der gesamten Siedlung bietet.

Copyright

- Planen Sie auch die Bereitstellung gemeinsam genutzter Ressourcen wie Wasser und Sanitäranlagen, gemeinsame Kochgelegenheiten, kinderfreundliche Räume, Gemeinschaftsräume, Räume für religiöse Bedürfnisse und Verteilungspunkte für Lebensmittel.
- Stellen Sie sicher, dass die Bereitstellung grundlegender Leistungen innerhalb der Siedlungen die Normen für Sicherheit, Schutz und Würde befolgt.

5 Beziehen Sie die Planung für Regenfälle oder den Flutwasserabfluss in die Standortwahl und die Siedlungsentwicklung ein.

- Stellen Sie geeignete Entwässerungseinrichtungen zur Verfügung, damit alle Wohnbereiche und Dienstleistungen frei von stehendem Wasser gehalten werden und die Regenwasserkanäle frei bleiben.
- Antizipieren und kontrollieren Sie die Brutstätten von Krankheitsvektoren.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Unterkünfte und/oder Siedlungsorte, die sich in Gebieten mit keinen oder nur minimalen bekannten natürlichen oder vom Menschen verursachten Bedrohungen, Risiken und Gefahren befinden

Prozentsatz der Unterkünfte und/oder Siedlungsorte, die innerhalb einer akzeptablen Zeitspanne oder Entfernung sicheren Zugang zu grundlegenden Leistungen bieten

Prozentsatz der Menschen, die Hilfe bei der Ansiedlung erhalten und sich am Standort ihrer Unterkunft oder Siedlung sicher fühlen

Prozentsatz der Siedlungsgebiete, die über eine ausreichende Nutzfläche verfügen, um private und öffentliche Aktivitäten im Freien durchzuführen, die dem Kontext angemessen sind

- 45 Quadratmeter für jede Person in Zeltlager-ähnlichen Siedlungen, einschließlich Grundstücke für Haushalte
- 30 Quadratmeter pro Person, einschließlich Haushaltsgrundstücke, auf denen außerhalb des geplanten Siedlungsgebietes kommunale Dienstleistungen erbracht werden können
- Das Mindestverhältnis zwischen überdachter Wohnfläche und Grundstücksfläche beträgt 1:2; erreichen Sie so schnell wie möglich 1:3 oder mehr

Leitlinien

Planungsprozesse und Prinzipien: Regierungen oder lokale Behörden führen nach einer Krise oft neue Richtlinien für bebauungsfreie Gebiete, Sicherheitszonen oder Pufferzonen ein. Setzen Sie sich für eine risikobasierte Planung und angemessene Hilfsoptionen ein. Ein „bebauungsfreies Gebiet" muss nicht mit einem „Gebiet ohne Hilfsleistungen" gleichbedeutend sein und sollte die Bereitstellung von Notunterkünften oder den Bau von Siedlungen nicht verzögern.

Verstehen Sie die Eigentumssituation bei Grundstücken und Immobilien ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 6: Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse*.

Beziehen Sie die Betroffenen mit in die Berechnung und Organisation des verfügbaren Raums ein, um bestehende soziale und kulturelle Praktiken zu unterstützen. Beteiligen Sie Frauen und andere gefährdete Gruppen an der Gestaltung und Umsetzung der Notunterkunfts- und Siedlungsplanung.

Copyright

Grundlegende Leistungen und Einrichtungen: Menschen, die in ihr ursprüngliches Zuhause zurückkehren, und Menschen, die in provisorischen Orten oder Siedlungen leben, benötigen einen sicheren, geschützten und gerechten Zugang zu grundlegenden Leistungen und Einrichtungen, wie z. B.:

- WASH-Einrichtungen ⊕ *siehe WASH Standards zur Wasserversorgung*
- Beleuchtungslösungen für Gemeinschaftsbereiche und Haushalte
- Möglichkeiten der Lebensmittellagerung und -verarbeitung (einschließlich Kochgelegenheiten und Brennstoff) ⊕ *siehe Standard 1.1 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit* und *Standard 6.4 für Nahrungsmittelhilfe*
- Gesundheitseinrichtungen ⊕ *siehe Standard 1.1 für Gesundheitssysteme: Erbringung von Gesundheitsleistungen*
- Feststoffabfallentsorgung ⊕ *siehe WASH-Standards für Feststoffabfallmanagement*
- Schulen ⊕ *siehe INEE Handbook*
- Soziale Einrichtungen wie Gebetsstätten, Begegnungsstätten und Erholungsbereiche
- Platz für kulturell angemessene Bestattungen und dazugehörige Rituale
- Platz für Nutztierhaltung (mit entsprechender Trennung zu den Wohnräumen) ⊕ *siehe LEGS Handbook*

Standortplanung für temporäre Siedlungen: Die Standortgestaltung sollte sich an urbanistischen und städtebaulichen Prinzipien orientieren und verbindende Elemente wie Zugangspunkte, Kreuzungen und öffentlichen Räume enthalten. Diese Elemente, die durch physikalische, soziale, ökologische und wirtschaftliche Faktoren beeinflusst werden, bilden den Raumplan der neuen Siedlung. Die Siedlungsplanung sollte bestehende soziale Netzwerke unterstützen, Möglichkeiten für die Bildung neuer Netzwerke eröffnen, zur Sicherheit beitragen und die Eigenverwaltung der Betroffenen ermöglichen.

Wahren Sie bei der Erstellung der Grundstücksstruktur für temporäre Siedlungen die Privatsphäre und Würde der einzelnen Haushalte. Jede einzelne Unterkunft sollte in einen gemeinschaftlich genutzten Raum oder ein abgeschirmtes Gebiet münden, nicht direkt in den Eingang einer anderen Unterkunft. Bieten Sie sichere Wohnräume für alle potenziell gefährdeten Gruppen, vermeiden Sie aber eine Clusterbildung, da dies ihre Vulnerabilität erhöhen kann. Gruppieren Sie Familien, Großfamilien und Gruppen mit ähnlichem Hintergrund, um soziale Bindungen zu erhalten. Berücksichtigen Sie die Bedürfnisse, Vorlieben und Gewohnheiten der verschiedenen Alters-, Geschlechts- und Behindertengruppen.

Fläche der geplanten oder selbst eingerichteten Siedlungen: Für geplante Siedlungen beträgt die Mindestnutzfläche 45 Quadratmeter pro Person in Zeltlager-ähnlichen Siedlungen, einschließlich Grundstücke für Haushalte. Dazu gehören Straßen- und Gehwege, Außen- oder Gemeinschaftskochbereiche, Bildungs- und Erholungsbereiche, Gesundheitseinrichtungen, Sanitäranlagen, Brandschneisen, Verwaltung, Wasserspeicherung, Entwässerung, religiöse Einrichtungen, Lebensmittelverteilungsbereiche, Märkte, Lager und begrenzte Nutzgärten für einzelne Haushalte (ohne größere landwirtschaftliche Aktivitäten oder Viehzucht). Können gemeinschaftliche Dienste durch bestehende oder zusätzliche Einrichtungen außerhalb der geplanten Siedlung erbracht werden, sollte die Mindestfläche 30 Quadratmeter pro Person betragen. Sollte die Mindestfläche nicht bereitgestellt werden können, sollten Sie aktiv Maßnahmen ergreifen, um auf die Folgen einer dichteren Besiedlung einzugehen. Die Siedlungsplanung sollte auch Veränderungen in der Bevölkerung berücksichtigen.

Copyright

Wenn Sie sich in einem städtischen Gebiet befinden, können Sie die bestehenden Dienste und den Wohnungsbestand nutzen. Gewährleisten Sie eine entsprechende Trennung und Privatsphäre zwischen den einzelnen Haushalten und halten Sie Raum für die benötigten Einrichtungen vor.

Parzellengröße für Notunterkünfte: Ein Verhältnis von Unterkunft zu Grundstücksgröße von 1:2 oder 1:3 wird empfohlen, um genügend Platz für die wichtigsten Aktivitäten der Haushalte im Freien zu schaffen. Ein Verhältnis von 1:4 oder 1:5 ist jedoch vorzuziehen. Das Verhältnis sollte kulturelle und soziale Normen und die praktische Platzverfügbarkeit berücksichtigen.

Abfluss von Regenwasser und Flutwasser: Eine schlechte Ableitung von Regen oder Flutwasser kann den Wohnraum, die Mobilität und den Zugang der Menschen zu Dienstleistungen stark einschränken. Die Standortwahl und die Infrastrukturentwicklung bestimmen in der Regel die Art umfassender Entwässerungssysteme. Vermeiden Sie die Wahl eines Standortes in einem Überflutungsgebiet; er kann die Sicherheit beeinträchtigen, insbesondere in überfüllten oder engen Räumen. Wasser, das in das Lebens-, Lern- und Arbeitsumfeld der Menschen gelangt und dort nicht abfließen kann, stellt eine allgemeine Bedrohung für Gesundheit, Würde und Wohlbefinden dar.

Schützen Sie Toiletten und Abwasserleitungen vor Überschwemmungen, um Bauschäden und Undichtigkeiten zu vermeiden. Die größte Gefahr für die öffentliche Gesundheit, die mit einer schlechten Entwässerung verbunden ist, ist eine erhöhte Exposition gegenüber Durchfallerkrankungen durch den Kontakt mit kontaminiertem Wasser.

Ein unkontrollierter Wasserfluss kann auch andere Infrastrukturen, Wohnungen und Besitztümer beschädigen, die Lebensgrundlagen einschränken und Stress verursachen. Eine schlechte Entwässerung kann auch ein Nährboden für krankheitsübertragende Vektoren sein ⊕ *siehe WASH-Standards zur Vektorkontrolle 4.1 und 4.2.*

Zugang: Berücksichtigen Sie den Zustand der örtlichen Straßen und die Nähe zu Verkehrsknotenpunkten für die Bereitstellung von Katastrophenhilfe und anderen Gütern. Die Bereitstellung von Katastrophenhilfe darf die lokale Straßeninfrastruktur nicht beeinträchtigen. Berücksichtigen Sie saisonale Einschränkungen, Gefahren und Sicherheitsrisiken. Der Standort sowie alle primären Lager- und Lebensmittelverteilungsstellen müssen mit Schwerlastern von einer Allwetterstraße aus erreichbar sein. Andere Einrichtungen müssen mit Leichtfahrzeugen zugänglich sein. Sorgen Sie für sichere und geschützte Straßen und Wege innerhalb von Siedlungen sowie einen Allwetterzugang zu allen einzelnen Wohnungen und Gemeinschaftseinrichtungen. Berücksichtigen Sie die Bedürfnisse von Menschen, die in ihrer Mobilität oder dem Zugang eingeschränkt sind.

Brandschutz: Brandrisikobewertungen sollten bei der Standortplanung berücksichtigt werden. Integrieren Sie alle 300 Meter eine 30 Meter breite Brandschneise in den bebauten Gebieten der Siedlungen. Der Abstand zwischen den Gebäuden sollte mindestens zwei Meter betragen, idealerweise sollte er allerdings doppelt so hoch wie das Gebäude sein, um zu verhindern, dass einstürzende Bauwerke benachbarte Gebäude in Mitleidenschaft ziehen.

Berücksichtigen Sie lokale Koch- und Heizpraktiken (z. B. Art der Kochherde und bevorzugter Standort). Erwägen Sie die Bereitstellung sicherer Kochherde und Brandschutzausrüstung sowie eine Sensibilisierung der Bewohner. Bevorzugen Sie feuerfeste Baumaterialien und Haushaltsgegenstände. Informieren Sie die Bewohner

Copyright

(einschließlich jener, die in ihrer Mobilität oder dem Zugang eingeschränkt sind) über Brandschutz, -management und Evakuierungspläne.

Rückgang der Kriminalität: Eine günstige Siedlungsgestaltung kann zum Rückgang von Kriminalität und geschlechtsspezifischer Gewalt beitragen. Berücksichtigen Sie die Lage und Zugänglichkeit von Unterkünften, Gebäuden und Einrichtungen, die Nachtbeleuchtung, die Entfernung von der Unterkunft zur Toilette und zum Badebereich sowie die passive Überwachung durch Sichtlinien. Gebäude, die gemeinschaftlich genutzt werden, müssen über alternative Fluchtwege verfügen.

Sich ändernde Bedrohungen und Risiken: Führen Sie bei Situationsänderungen regelmäßige Bewertungen des Kontexts, der Gefahren und Risiken durch. Dazu können saisonabhängige Gefahren, Veränderungen der Sicherheitslage, auf dem Gelände befindliche Blindgänger aus früheren oder aktuellen Konflikten oder Folgen der sich ändernden demografischen Zusammensetzung gehören.

Sicherheit von Sammelunterkünften und gemeinschaftlicher Infrastruktur: Technisch versierte Fachleute sollten die bauliche Stabilität von Gemeinschaftsgebäuden, Sammelunterkünften und anderen Bauwerken in von Krisen betroffenen Wohngebieten beurteilen. Berücksichtigen Sie tatsächliche oder potenzielle Sicherheits- oder Gesundheitsbedrohungen.

Unterstützung der Existenzgrundlagen: Berücksichtigen Sie die wirtschaftlichen Aktivitäten vor der Krise und die Möglichkeiten der Existenzsicherung nach Beendigung der Krisensituation. Identifizieren Sie verfügbare Flächen für Anbau und Beweidung oder den Zugang zu Märkten und/oder Beschäftigungsmöglichkeiten. Hilfsaktionen im Rahmen von Notunterkünften und Siedlungen haben das Potenzial, Arbeitsplätze vor Ort zu schaffen. Dazu gehören Aufgaben in den Bereichen technische Hilfe, Versorgungsgüter und Arbeitsmarkt. Nutzen Sie Aus- und Weiterbildungsprogramme dazu, die lokalen Kapazitäten zu stärken, um innerhalb eines festgelegten Zeitrahmens Ergebnisse zu erzielen ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 5* und *Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Existenzgrundlagen – Standards 7.1 und 7.2*.

Betrieb und Instandhaltung: Erstellen Sie einen Betriebs- und Instandhaltungsplan, um die effektive Funktion aller Einrichtungen, Leistungen und Versorgungseinrichtungen (wie Wasser, Abwasser, Entwässerung, Abfallwirtschaft, Schulen) sicherzustellen. Zu den Hauptkomponenten eines Plans gehören die Beteiligung der Gemeinschaft, die Einrichtung von Benutzergruppen, die Definition von Rollen und Verantwortlichkeiten sowie ein Kostendeckungs- oder Kostenteilungsplan.

Schließung von Standorten und Übergabe: Geeignete Umweltsanierungsmaßnahmen können die natürliche Regeneration der Umwelt in und um temporäre Siedlungen verbessern. Die Standorte sollten einen Schließungsplan haben, der idealerweise bereits in der Planungsphase der Hilfsaktion entwickelt wird ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 7: Ökologische Nachhaltigkeit*.

Indem der lokalen Bevölkerung nachhaltige Techniken zur Landbewirtschaftung vermittelt werden, kann die Wiederherstellung des Standorts und der örtlichen Umgebung gewährleistet werden. Bei den Räumungs- und Schließungsarbeiten sind nach Möglichkeit lokale Arbeitskräfte einzusetzen.

Copyright

3. Wohnraum

Der Wohnraum ist für das Wohlbefinden der Menschen sehr wichtig. Es ist ein grundlegendes menschliches Bedürfnis und Recht, einen Ort zu haben, an dem eine Familie wohnen, sich sicher fühlen und verschiedene grundlegende häusliche Aktivitäten ausüben kann.

Notunterkünfte und Siedlungen Standard 3: Wohnraum

Die Menschen haben Zugang zu sicheren und angemessenen Wohnräumen, die es ermöglichen, wichtige Aktivitäten im Haushalt und für die Existenzsicherung mit Würde durchzuführen.

Schlüsselaktivitäten

1 Stellen Sie sicher, dass jedem betroffenen Haushalt genügend Wohnraum zur Verfügung steht, um grundlegende häusliche Tätigkeiten auszuführen.

- Stellen Sie Wohnraum bereit, der den unterschiedlichen Bedürfnissen der Mitglieder des Haushalts bezüglich Schlaf, Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten gerecht wird und die lokale Kultur und Lebensweise respektiert.
- Sorgen Sie für ein einfaches Dach und einfache Wände für die Bewohner und ihr Haushaltsvermögen, die physische Sicherheit, Würde, Privatsphäre und Wetterschutz bieten.
- Sorgen Sie für optimale Lichtverhältnisse, Belüftung und Wärme.

2 Stellen Sie sicher, dass der Raum in unmittelbarer Nähe des Wohnraums den sicheren Zugang zu grundlegenden Aktivitäten ermöglicht.

- Sorgen Sie auch für angemessene Kochgelegenheiten, Toiletten, Waschgelegenheiten, Aktivitäten zur Existenzsicherung, Sozialisierung und Spielplätze.

3 Fördern Sie die Verwendung von Notunterkunftslösungen, Bautechniken und Materialien, die kulturell und sozial akzeptabel und ökologisch nachhaltig sind.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der betroffenen Bevölkerung, die über einen ausreichenden Wohnraum in und unmittelbar um ihre Notunterkünfte herum verfügen, um tägliche Aktivitäten durchzuführen

- Mindestens 3,5 Quadratmeter Wohnfläche pro Person, ohne Kochfläche, Bad und Sanitäreinrichtungen
- 4,5–5,5 Quadratmeter Wohnfläche pro Person in kalten Klimazonen oder städtischen Gebieten, in denen auch interne Kochräume und Bade- und/oder Sanitäranlagen vorhanden sind
- Innenraumhöhe mindestens 2 Meter (2,6 Meter in heißen Klimazonen) am höchsten Punkt

Copyright

Prozentsatz der Notunterkünfte, die den vereinbarten technischen und Leistungsstandards entsprechen und kulturell akzeptabel sind

Prozentsatz der Menschen, für die Notunterkünfte bereitgestellt werden, und die sich in ihrer Unterkunft sicher fühlen

Leitlinien

Wohnraum: Der Wohnraum sollte für alltägliche Aktivitäten wie Schlafen, die Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, Waschen, Anziehen, Lagerung von Lebensmitteln und Wasser sowie den Schutz von Haushaltsgegenständen und anderen wichtigen Gütern geeignet sein. Er muss die erforderliche Privatsphäre und Trennung der Geschlechter, verschiedener Altersgruppen und Familien innerhalb eines Haushalts nach kulturellen und sozialen Normen gewährleisten ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 2: Standort- und Siedlungsplanung.*

Denken Sie an Wohnraum für das Beisammensein der Haushaltsmitglieder und für die Betreuung von Säuglingen, Kindern und kranken oder verletzten Personen. Achten Sie auf eine wechselnde Raumnutzung bei Tag und Nacht und planen Sie die Lage der Fenster, Türen und Trennwände, um die Nutzung des Innenraums und der angrenzenden Außenbereiche wie Küchen oder Spielplätze zu maximieren.

Um diese Aktivitäten in Würde auszuführen, benötigen die Unterkünfte einen geschlossenen Raum (Wände, Fenster, Türen und Dach) mit ausreichender Grundfläche. Eine Überbelegung oder eine Exposition gegenüber den Witterungsbedingungen erhöhen das Risiko eines Krankheits- oder Seuchenausbruchs. Unzureichender Platz kann zu Schutzrisiken, mangelnder Sicherheit und Privatsphäre führen.

Der Mindestwohnraum sollte den kulturellen und sozialen Normen, der Situation, der Phase der Hilfsaktion und den Leitlinien der nationalen Behörden oder des humanitären Hilfssektors entsprechen. Berücksichtigen Sie sorgfältig die möglichen Folgen, wenn nur der minimal kalkulierte Raum (3,5 Quadratmeter pro Person, 4,5 Quadratmeter in kalten Klimazonen) umgesetzt wird und vereinbaren Sie jede Anpassung mit den Partnern, um so schnell wie möglich auf das Minimum für alle hinzuarbeiten.

Wenn es notwendig ist, schnell zu handeln und Leben zu retten, sollten Sie eine Ersthilfe in Betracht ziehen:

- Bauen Sie eine Überdachung für den minimalen Wohnraum und anschließend Wände, Türen und Fenster oder
- bauen Sie eine Notunterkunft mit einer kleineren Grundfläche und vergrößern Sie die Grundfläche dann später.

In einigen Situationen kann der Platzstandard durch physische Einschränkungen bestimmt werden. Dies kann in einer abgegrenzten Siedlung, in dichten städtischen Gebieten oder unter extremen klimatischen Bedingungen erfolgen, wo keine Baumaterialien zur Verfügung stehen. Der angegebene Mindestabstand gilt in der Notfallphase und in temporären oder Übergangsunterkünften. Wenn sich die Aufenthaltsdauer verlängert, müssen die Berechnungen der Wohnfläche erneut geprüft werden. In der Erholungsphase müssen akzeptable lokale Standards und Ausstiegsstrategien berücksichtigt werden.

Beziehen Sie die betroffenen Gemeinschaften und Haushalte so weit wie möglich in die Festlegung der Art der zu gewährenden Hilfe ein. Konsultieren Sie die Personen, die mehr Zeit im überdachten Wohnraum verbringen und die in ihrer Mobilität

Copyright

oder ihrem Zugang eingeschränkt sind. Stellen Sie sicher, dass der Wohnraum für Menschen mit Behinderungen und Menschen, die mit ihnen leben, zugänglich ist. Menschen mit Behinderungen, insbesondere solche mit geistigen und psychosozialen Behinderungen, benötigen möglicherweise zusätzlichen Platz.

Kulturelle Praktiken, Sicherheit und Privatsphäre: Respektieren Sie die bestehenden Praktiken und Bräuche und wie sich diese auf die Notwendigkeit interner Unterteilungen (Vorhänge, Wände) auswirken. Gestalten Sie beispielsweise die Wohnung so, dass sie Schlafgelegenheiten für Großfamilienmitglieder oder verschiedene Familien im selben Haushalt bietet.

In Sammelunterkünften können gut angelegte und entsprechend beleuchtete Zugangswege durch den Wohnbereich mit Trennwänden zur Abschirmung des persönlichen und häuslichen Bereichs für die Privatsphäre und Sicherheit der Bewohner sorgen.

In Sammelunterkünften sollten Sie Bezugsgruppen die Möglichkeit geben, Räumlichkeiten zu teilen. So leben einige LGBTQI-Personen zum Beispiel lieber mit Freunden und anderen LGBTQI-Personen zusammen als mit ihren eigenen Familien.

Schutz: Stellen Sie sicher, dass es mehrere Ausgänge aus der Wohnung gibt und dass die Innenräume in öffentliche Bereiche übergehen. Stellen Sie sicher, dass die Mitarbeitenden wissen, wie sie Bedenken im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt oder Missbrauch, Gewalt, Ausbeutung oder Vernachlässigung von Kindern ansprechen können. Frauen, Mädchen und Personen, die Hilfe bei der Körperpflege benötigen, brauchen oft zusätzlichen Wohnraum ⊕ *siehe WASH-Standard zur Hygieneaufklärung 1.3: Menstruationshygiene und Inkontinenz*.

Wenn temporäre Sammelunterkünfte genutzt werden, ergreifen Sie spezifische Maßnahmen, um sexuelle Ausbeutung und sexuelle Gewalt zu verhindern. Arbeiten Sie mit den Mitgliedern der Gemeinschaft zusammen, um die Risiken zu verstehen und anzugehen und ein effizientes Beschwerdesystem mit sofortigen und überprüfbaren Maßnahmen aufzubauen.

Psychosoziale Überlegungen: Die Anordnung und Gestaltung der Unterkünfte sollte offene gemeinsame Wohnräume im Haushalt vorsehen, um die Möglichkeiten der Sozialisierung zu erhöhen.

In warmen, feuchten Klimazonen sollten Notunterkünfte so entworfen und ausgerichtet werden, dass sie ausreichend belüftet sind und möglichst wenig direktes Sonnenlicht eintritt. Eine höhere Decke unterstützt die Luftzirkulation. Ein angebauter überdachter Außenbereich trägt dazu bei, die direkte Sonneneinstrahlung zu reduzieren und vor Regen zu schützen. Erwägen Sie die Nutzung des angrenzenden schattigen oder überdachten Außenbereichs für die Zubereitung und das Kochen von Speisen, mit einem separaten Raum für andere Wohnaufgaben. Das Dach sollte für den Ablauf von Regenwasser geneigt und weit auskragend sein, außer an Orten, an denen häufig starker Wind auftritt. Der Baustoff für die Notunterkünfte sollte leicht sein und eine geringe Wärmekapazität aufweisen, wie z. B. Holz. Verwenden Sie erhöhte Böden, um zu verhindern, dass Wasser in den überdachten Wohnbereich gelangt ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 2: Standort- und Siedlungsplanung*.

In heißen, trockenen Klimazonen sorgen schwere Baumaterialien (wie Erde oder Stein) für thermischen Komfort trotz wechselnder Nacht- und Tagestemperaturen. Alternativ kann auch eine Leichtbauweise mit angemessener Dämmung verwendet werden. Achten Sie auf die Statik von Massivbauwerken in Gebieten mit

Copyright

Erdbebengefahr. Sorgen Sie nach Möglichkeit für schattige und gut belüftete Räume, wenn dies angemessen ist. Wenn nur Kunststoffplanen oder Zelte zur Verfügung stehen, kann ein doppelwandiges Dach mit Zwischenbelüftung die Wärmeabstrahlung reduzieren. Positionieren Sie Tür- und Fensteröffnungen außerhalb der Richtung des vorherrschenden heißen Windes. Innenböden sollten lückenlos mit der Außenwand abschließen, um das Eindringen von Staub und Krankheitsüberträgern zu verhindern.

In kalten Klimazonen ist eine niedrigere Decke günstiger, um den zu beheizenden Raum zu minimieren. In ganztags genutzten Notunterkünften ist ein Massivbau mit hoher Wärmekapazität zu bevorzugen. Für Unterkünfte, die nur nachts bewohnt werden, ist eine Leichtbauweise mit geringer Wärmekapazität und guter Dämmung besser geeignet. Minimieren Sie den Luftstrom, insbesondere um Tür- und Fensteröffnungen herum, um persönlichen Komfort zu gewährleisten und gleichzeitig für eine ausreichende Belüftung von Raumheizungen oder Kochherden zu sorgen.

Eine ***ausreichende Belüftung*** trägt zur Erhaltung eines gesunden Innenklimas bei, verhindert Kondenswasserbildung und reduziert die Ausbreitung übertragbarer Krankheiten. Somit kann auch der Rauch der Herde besser abgeführt werden, der sonst Atemwegsinfektionen und Augenprobleme verursachen kann. Versuchen Sie soweit möglich eine natürliche Belüftung zu nutzen.

Vektorkontrolle: Tiefliegende Gebiete, Schutt und leerstehende Gebäude können Brutstätten für Vektoren sein, die Risiken für die öffentliche Gesundheit darstellen können. Für Siedlungen sind die Standortwahl und die aktive Minderung von Vektorrisiken entscheidend, um die Auswirkungen von vektorübertragenen Krankheiten zu reduzieren ⊕ *siehe WASH-Standard zur Vektorkontrolle 4.2: Maßnahmen von Haushalten und Personen zur Vektorkontrolle*.

Copyright

4. Haushaltsgegenstände

Die Bereitstellung von Haushaltsgegenständen fördert die Wiederherstellung und Erhaltung von Gesundheit, Würde und Sicherheit und die Durchführung täglicher häuslicher Aktivitäten in und um die Behausung. Diese Norm bezieht sich auf Artikel zum Schlafen, zur Zubereitung und Lagerung von Lebensmitteln, zum Essen und Trinken, für Wärme, Beleuchtung und persönliche Kleidung. Das Kapitel WASH enthält zusätzliche Details zu Artikeln wie Bettnetzen, Eimern, Wasserspeichern und Hygieneartikeln.

Notunterkünfte und Siedlungen Standard 4: Haushaltsgegenstände

Die Bereitstellung von Haushaltsgegenständen fördert die Wiederherstellung und Erhaltung von Gesundheit, Würde und Sicherheit und die Durchführung täglicher häuslicher Aktivitäten in und um die Behausung.

Schlüsselaktivitäten

1 Beurteilen und gewährleisten Sie den Zugang zu Artikeln, mit denen Haushalte grundlegende häusliche Tätigkeiten wieder aufnehmen und aufrechterhalten können.

- Berücksichtigen Sie unterschiedliche Bedürfnisse je nach Alter, Geschlecht, Behinderung, sozialen und kulturellen Praktiken und Familiengröße.
- Priorisieren Sie den Zugang zu Artikeln für häusliche Tätigkeiten, persönliche Kleidung, Körperpflege und zur Unterstützung von Sicherheit und Gesundheit.

2 Entscheiden Sie, wie Sie die Bereitstellung von Haushaltsgegenständen effektiv und angemessen durchführen können.

- Berücksichtigen Sie, was vor Ort durch Geld- oder gutscheingebundene Hilfe und durch lokale, regionale oder internationale Beschaffung an Sachmitteln beschafft werden kann.
- Berücksichtigen Sie Umweltfragen im Zusammenhang mit der Verpackung oder Lieferung von Artikeln.

3 Überwachen Sie die Verfügbarkeit, Qualität und Nutzung von Haushaltsgegenständen und passen Sie diese bei Bedarf an.

- Planen Sie die erneute Aufstockung in Fällen längerer Vertreibungssituationen.
- Überwachen Sie die ausgewählten Märkte auf Verfügbarkeit, Preis und Qualität. Passen Sie die Art und Weise der Bereitstellung von Hilfe je nach Entwicklung der örtlichen Situation an.

Schlüsselindikatoren

Die Menschen haben genügend und Kleidung von angemessener Qualität

- Mindestens zwei komplette Kleidungsgarnituren pro Person, in der richtigen Größe und passend zu Kultur, Jahreszeit und Klima, und angepasst an die besonderen Bedürfnisse

Copyright

Die Menschen haben genügend Artikel von angemessener Qualität für einen sicheren und gesunden Schlaf unter Berücksichtigung ihrer Privatsphäre

- Mindestens eine Decke und Bettzeug (Bodenmatte, Matratze, Bettwäsche) pro Person. In kalten Klimazonen sind zusätzliche Decken/Bodendämmung erforderlich
- Bei Bedarf langwirksame insektizidimprägnierte Moskitonetze

Die Menschen haben genügend und angemessene Mittel für die Zubereitung, die Aufnahme und Lagerung von Lebensmitteln

- Pro Haushalt oder Gruppe von vier bis fünf Personen: zwei familiengroße Kochtöpfe mit Griffen und Deckeln, eine Schüssel für die Zubereitung oder das Servieren von Speisen, ein Küchenmesser und zwei Servierlöffel
- Pro Person: ein Teller, ein Satz Essgeschirr und ein Trinkgefäß

Prozentsatz der betroffenen Bevölkerung, die Zugang zu einer ausreichenden, sicheren und erschwinglichen Energieversorgung haben, um zu heizen, Lebensmittel zuzubereiten und für Beleuchtung zu sorgen

Anzahl der Schadensfälle von Personen, die Herde benutzen oder Brennstoffe lagern oder beziehen

- Legen Sie einen Ausgangswert fest und messen Sie den Fortschritt am Wert 0

Leitlinien

Grundlegende Haushaltsgegenstände sollten in ausreichender Menge und Qualität verfügbar sein für:

- Schlafen, Wärmeversorgung und persönliche Kleidung
- Wasserspeicherung, Zubereitung und Lagerung von Lebensmitteln, Essen und Trinken
- Beleuchtung
- Kochen, kochendes Wasser und Heizung, einschließlich Brennstoff oder Energie ⊕ *siehe Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Standard 5: Allgemeine Nahrungsmittelsicherheit*
- Hygiene, einschließlich Artikeln für Menstruationshygiene oder Inkontinenz ⊕ *siehe WASH-Standards zur Hygieneaufklärung 1.2 und 1.3*
- Schutz vor Vektoren; z. B. Moskitonetze ⊕ *siehe WASH-Standard zur Vektorkontrolle 4.2*
- Brand- und Rauchschutz

Auswahl geeigneter Haushaltsgegenstände: Haushaltsgegenstände sollten im Rahmen eines Gesamtplans bereitgestellt werden. Bei der Festlegung von Art, Menge und Qualität der Artikel sollten Sie lebensrettende Artikel priorisieren. Beachten Sie dabei:

- grundlegende tägliche Aktivitäten auf individueller, Haushalts- und Gemeindeebene
- kulturelle Normen, Angemessenheit und Traditionen
- Sicherheit und Benutzerfreundlichkeit (mit minimaler zusätzlicher Anweisung oder technischer Anleitung)
- Haltbarkeit, Verbrauch und Nachschubbedarf
- aktuelle Lebensbedingungen und Wohnverhältnisse

Copyright

- lokale Verfügbarkeit
- spezifische Bedürfnisse verschiedener Gruppen innerhalb der betroffenen Bevölkerung, einschließlich Frauen, Mädchen, Männer, Jungen, Kleinkinder, ältere Personen, Menschen mit Behinderungen und andere gefährdete Personen und Gruppen und
- Umweltauswirkungen der gewählten Artikel ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 7: Ökologische Nachhaltigkeit*

Sicherheit: Alle Kunststoffartikel sollten aus lebensmittelechtem Kunststoff hergestellt sein. Alle metallischen Gegenstände sollten aus Edelstahl oder emailliert sein.

Achten Sie auf eine sichere Trennung zwischen dem Herd und der Einrichtung der Notunterkunft. Stellen Sie Kochgelegenheiten im Innenraum auf einen nicht brennbaren Untergrund. Verkleiden Sie den Rauchabzug an der Stelle, an der er durch die Unterkunft nach außen gelangt, mit einer nicht brennbaren Muffe. Stellen Sie die Herde nicht im Eingangsbereich auf, um während der Benutzung einen sicheren Zugang zu ermöglichen. Der Brennstoff sollte in sicherer Entfernung zum Herd selbst gelagert werden und Flüssigbrennstoffe wie Kerosin sollte außerhalb der Reichweite von Kindern und Säuglingen aufbewahrt werden.

Wärmeversorgung bedeutet, dass die Umgebung für Menschen angenehm warm oder kühl ist und sie bedeckt und trocken sind. Kleidung, Decken und Bettwäsche sorgen für Behaglichkeit. Schlafmatten sowie Raumheizungen und -kühler schaffen geeignete Wohnbedingungen. Es sollten alle möglichen Maßnahmen auf individueller und Haushaltsebene ergriffen werden, um Unterkühlung oder Hitzschlag zu vermeiden.

Erschwingliche Versorgung mit Brennstoff und Haushaltsenergie: Brennstoff und andere Energiequellen sind notwendig für Beleuchtung, Kochen, Wärmeversorgung und Kommunikation. Das Sammeln oder die Bezahlung von Brennstoff und Energie ist ein wiederkehrender Kostenfaktor und muss entsprechend geplant werden. Fördern Sie energieeffiziente Kochpraktiken, einschließlich der Verwendung von brennstoffsparenden Öfen, Brennholzzubereitung, Brandschutz, Techniken der Lebensmittelzubereitung und gemeinsames Kochen. Konsultieren Sie die von der Krise betroffenen Menschen und die aufnehmende Gemeinde über den Ort und die Mittel zum Sammeln von Brennstoff, um Fragen der persönlichen Sicherheit und der ökologischen Nachhaltigkeit anzugehen.

Künstliche Beleuchtung sollte bei Bedarf bereitgestellt werden, um zur persönlichen Sicherheit in und um die Siedlungen beizutragen, in denen es keine allgemeine Beleuchtung gibt. Denken Sie neben Streichhölzern und Kerzen auch an den Einsatz energieeffizienter künstlicher Beleuchtung wie Leuchtdioden (LED) und Solarmodule.

Marktbasierte Programme für Haushaltsgegenstände: Die Marktbewertung für Haushaltsgegenstände sollte Teil einer umfassenderen Bewertung des Marktsystems sein. Die Bereitstellung von Haushaltsgegenständen sollte nach Möglichkeit die lokalen Märkte unterstützen. Analysieren Sie die Ausgaben für diese Artikel als Teil des gesamten Ausgabenverhaltens der Haushalte. Kontrollieren Sie die Kosten im Verlauf der Zeit, um sie entsprechend anzupassen ⊕ *siehe Über Sphere – Anlage: Hilfeleistung über die Märkte*.

Verteilung: Planen Sie effiziente und gerechte Verteilungsmethoden in Absprache mit den lokalen Behörden und der betroffenen Bevölkerung. Stellen Sie sicher, dass gefährdete Personen oder Haushalte in die Verteilungslisten aufgenommen werden und sowohl Zugang zu den Informationen als auch zur Verteilung selbst

Copyright

erhalten. Verteilungspunkte sollten sorgfältig ausgewählt werden. Dabei sind die Laufentfernung, das Gelände und die praktische Durchführung der Beförderung größerer Güter wie Gegenstände für die Unterkunft zu berücksichtigen. Denken Sie über die Möglichkeit nach, Container für die Lagerung und den Transport von persönlichen und Haushaltsgütern mit in die Liste aufzunehmen.

Monitoring nach der Verteilung: Beurteilen Sie die Angemessenheit sowohl des Verteilungsprozesses als auch der Haushaltsgegenstände selbst. Wenn Artikel nicht verwendet oder auf dem Markt verkauft werden oder wenn es Verzögerungen beim Zugriff auf die Artikel gibt, passen Sie den Prozess oder die Produkte an. Beachten Sie, dass sich die Bedürfnisse im Laufe der Zeit ändern werden und die Programme an diese Veränderungen angepasst werden sollten.

Copyright

5. Technische Hilfe

Technische Hilfe ist ein integraler Bestandteil von Hilfsaktionen, in deren Rahmen Unterkünfte und Siedlungen bereitgestellt werden. Sie unterstützt den Erholungsprozess der betroffenen Menschen und verbessert die Qualität und Sicherheit ihrer Unterkünfte und Siedlungen. Es ist unerlässlich, dass die betroffenen Haushalte oder Gemeinschaften aktiv an der Auswahl und Gestaltung ihrer Unterkünfte, der Lage und der Materialien sowie an der Überwachung oder Durchführung von Arbeiten zum Bau der Unterkünfte und anderer Bauwerke beteiligt sind.

Notunterkünfte und Siedlungen Standard 5: Technische Hilfe

Menschen haben rechtzeitig Zugang zu angemessener technischer Hilfe.

Schlüsselaktivitäten

1. Stellen Sie sicher, dass Sie über die Planungs- und Baupraktiken vor der Krise, die verfügbaren Materialien, das Fachwissen und die Kapazitäten Bescheid wissen.
   - Konsultieren Sie die betroffenen Personen, lokale Baufachleute und Behörden, um sich über Baupraktiken und -materialien zu einigen und das erforderliche Fachwissen für die Qualitätssicherung zu ermitteln.
2. Integrieren und unterstützen Sie die betroffenen Personen, die lokalen Behörden und die lokalen Fachkräfte im Bauprozess.
   - Halten Sie die geltenden Planungs- und Bauvorschriften, Materialspezifikationen und Qualitätsstandards ein, die für die vorgesehene Lebensdauer der Notunterkunft, der Siedlung und der Haushaltsinterventionen angemessen sind.
   - Optimieren Sie Bauverfahren und lokale Möglichkeiten der Existenzsicherung.
3. Fördern Sie sichere Bauverfahren, um den derzeitigen Bedarf an Unterkünften zu decken und zukünftige Risiken zu reduzieren.
   - Ermitteln Sie bei beschädigten oder zerstörten Häusern oder Unterkünften die strukturellen Risiken und Gefahren, die Gründe für ein Versagen sind bzw. was zukünftig ein Problem sein könnte.
   - Lernen Sie von den lokalen Baupraktiken und -techniken, verbessern und innovieren Sie diese, wo immer dies möglich ist; sorgen Sie für einen effektiven Wissenstransfer, um geeignete Bauverfahren zu fördern.
4. Stellen Sie sicher, dass die Menschen Zugang zu angemessener technischer Hilfe haben.
   - Berücksichtigen Sie den Bedarf an spezialisiertem Fachwissen, die Einhaltung von Bauvorschriften und Baunormen und die Erhöhung der technischen Kapazität der betroffenen Bevölkerung.

Copyright

- Achten Sie auf Personen, die in ihrer Kapazität, Fähigkeit oder Möglichkeit eingeschränkt sind, baubezogene Tätigkeiten sicher und technisch einwandfrei auszuführen oder die Belegung einer bestehenden sicheren und technisch einwandfreien Immobilie auszuhandeln.

5 Richten Sie ein angemessenes Projektmanagement für Materialien, Finanzen, Arbeitskräfte, technische Hilfe und Prozesse für behördliche Genehmigungsanforderungen ein, um qualitativ hochwertige Ergebnisse sicherzustellen.

- Befolgen Sie die entsprechenden Ausschreibungs-, Angebots-, Beschaffungs-, Vertrags- und Baumanagementprozesse und Verhaltensregeln.
- Fördern Sie die Verwendung lokal verfügbarer, nachhaltiger und vertrauter Technologien, Werkzeuge und Materialien und stellen Sie lokale Arbeitskräften für die Instandhaltung und Modernisierung von Unterkünften ein.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Programme, bei denen die lokalen Behörden an der Festlegung von Baunormen und am Monitoring der Bautätigkeiten beteiligt sind

Prozentsatz der Bautätigkeiten, die eine aktive Beteiligung der betroffenen Bevölkerung aufzeigen

Prozentsatz der Unterkünfte, die gemäß den vereinbarten sicheren Gebäudepraktiken für den jeweiligen Kontext und die jeweiligen Gefahren gebaut, repariert, nachgerüstet, aufgerüstet oder gewartet werden

Prozentsatz der Haushalte, die angeben, dass sie angemessene technische Hilfe und Anleitung erhalten haben

Leitlinien

Beteiligung und Einbeziehung von Betroffenen: Die Beteiligung an Bautätigkeiten, auch für Notunterkünfte, sollte mit den bestehenden lokalen Praktiken vereinbar sein. Ausbildungsprogramme und Lehrlingsprogramme können die Möglichkeiten der Beteiligung aller Betroffenen (direkt Betroffene und die aufnehmende Gemeinde) während des Baus maximieren. Bieten Sie Frauen und Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit der Beteiligung. Personen, die weniger in der Lage sind, körperliche Arbeitsaufgaben zu übernehmen, können zu Aktivitäten wie Standortüberwachung, Bestandskontrolle, administrative Unterstützung, Kinderbetreuung oder Essenszubereitung für jene beitragen, die direkt an den Bauarbeiten beteiligt sind. Beachten Sie, dass betroffene Personen andere kollidierende Zeiteinschränkungen haben können. Freiwillige Gemeindearbeitsteams oder Vertragsarbeitskräfte können die Bauarbeiten einzelner Haushalte unterstützen, insbesondere solche, die von Frauen, Kindern, älteren Personen oder Menschen mit Behinderungen geleitet werden. Diese Unterstützung ist wichtig, da diese Gruppen bei der Suche nach Bauhilfe möglicherweise von sexueller Ausbeutung bedroht sind.

Beteiligung junger Menschen an Bautätigkeiten: Die Teilnahme an einem Bauprojekt kann jungen Menschen wertvolle Fähigkeiten, Zuversicht, Selbstwertgefühl und Verbundenheit mit der Gemeinschaft vermitteln.

Copyright

Achten Sie darauf, dass Kinder, die das Mindestarbeitsalter nicht erreicht haben, nicht am Bau von Notunterkünften oder „Arbeit gegen Bezahlung"-Programmen beteiligt werden. Kinder zwischen dem Mindestarbeitsalter (in der Regel 14 oder 15 Jahre) und dem Alter von 18 Jahren sollten in einer Weise teilnehmen, die ihrem Alter und ihrer Entwicklung angemessen ist. Stellen Sie sicher, dass ihre Beteiligung im Einklang mit den nationalen Rechtsvorschriften steht. Es müssen Maßnahmen ergriffen werden, um sicherzustellen, dass internationale Normen und das nationale Arbeitsrecht eingehalten werden, um gefährliche und minderjährige Kinderarbeit zu vermeiden. Alle vermuteten Probleme oder Fragen zur Kinderarbeit sollten an Spezialisten für Kinderschutz oder Sozialdienste weitergeleitet werden ⊕ *siehe CPMS Handbook*.

Fachkompetenz: Bieten Sie Beratung zu Themen wie Standort- und Raumplanung, örtliche Bautechniken, Schadensbeurteilung, Abriss und Trümmerbeseitigung, Bau, Standortmanagement, Bewertung des vorhandenen Gebäudebestands und Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse an. Dadurch kann sichergestellt werden, dass die Unterkünfte den geltenden Normen entsprechen. Kenntnis über Material und Arbeitsmärkte sind wichtig, wie auch Rechtsbeistand und administrative Unterstützung ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 6: Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse.*

Einhaltung der Bauvorschriften: Finden Sie heraus, ob lokale oder nationale Bauvorschriften normalerweise befolgt oder umgesetzt werden. Wenn nicht, plädieren Sie dafür, sie anzuwenden und einzuhalten. Diese Vorschriften sollten die lokale Wohnkultur, die klimatischen Bedingungen, die Ressourcen, Bau- und Instandhaltungskapazitäten, Zugänglichkeit und Erschwinglichkeit widerspiegeln. Stellen Sie sicher, dass die Haushalte mithilfe der Programme zur Bereitstellung von Notunterkünften vereinbarte Vorschriften und Normen einhalten oder schrittweise erreichen, besonders bei Programmen, die Geldtransfers für die Bereitstellung nutzen. Wenn es keine bestehenden Normen gibt, legen Sie in Zusammenarbeit mit den lokalen Behörden und den relevanten Interessengruppen (nach Möglichkeit auch mit den betroffenen Personen) Mindeststandards fest, um sicherzustellen, dass die Sicherheits- und Leistungsanforderungen erfüllt werden.

Erhöhung der technischen Kapazität: Steigern Sie die Kapazität der Gemeinschaft durch einen Beitrag zur Schulung und Sensibilisierung der betroffenen Bevölkerung, der lokalen Behörden, der lokalen Baufachleute, der qualifizierten und ungelernten Arbeitskräfte, der Vermieter, der Rechtsexperten und der lokalen Partner.

Ziehen Sie an Orten, die für saisonale oder zyklische Krisen anfällig sind, Fachleute und lokale Experten hinzu, die Erfahrung mit geeigneten lokalen Lösungen oder bewährten Praktiken haben. Diese Personen können die Entwurfs- und Bauverfahren unterstützen und bei der Entwicklung verbesserter Lösungen helfen.

Beschaffung von Materialien: Wo geeignete Baumaterialien schnell bereitgestellt werden können, kann die betroffene Bevölkerung selbst Unterkünfte bauen. Diese Notunterkunftslösungen können aus einzelnen Komponenten oder einem vordefinierten Bausatz mit entsprechenden Bauwerkzeugen bestehen. Eine rasche Marktbewertung und -analyse sowie eine Umweltverträglichkeitsprüfung sollten die Auswahl der Materialien beeinflussen.

Die lokale Beschaffung von Materialien kann sich auf die lokale Wirtschaft, die Arbeitskräfte oder die natürliche Umwelt auswirken. In manchen Situationen sind qualitativ hochwertige Materialien vor Ort möglicherweise nicht verfügbar. Verwenden

Copyright

Sie in diesen Situationen alternative Materialien oder Produktionsverfahren bzw. im Handel erhältliche Notunterkünfte. Achten Sie allerdings darauf, welche Auswirkungen die Verwendung von Materialien haben kann, mit denen die Menschen vor Ort nicht vertraut sind. Vermeiden Sie Materialien, die durch die Ausbeutung von lokalen Arbeitern und Kindern hergestellt werden.

Sichere öffentliche Gebäude: Bauen oder reparieren Sie temporäre und dauerhafte öffentliche Gebäude wie Schulen und Gesundheitszentren, damit sie kein Risiko für die öffentliche Gesundheit darstellen und katastrophenresistent sind. Diese Einrichtungen sollten die Baunormen und Genehmigungsverfahren einhalten. Gewährleisten Sie die Sicherheit und den Zugang für alle, auch für Personen, die in ihrer Bewegung und Kommunikation eingeschränkt sind (koordinieren Sie sich nach Möglichkeit mit Organisationen, die Menschen mit Behinderungen vertreten). Bei der Reparatur und dem Bau solcher Gebäude ist mit den zuständigen Behörden Rücksprache zu halten. Erstellen Sie einen bezahlbaren Betriebs- und Instandhaltungsplan.

Beschaffung und Baumanagement: Entwickeln Sie einen Bauplan, der wichtige Meilensteine wie die Termine für Arbeitsbeginn und Fertigstellung sowie die Termine und Dauer der Umsiedlung von Vertriebenen enthält. Dies gilt unabhängig davon, ob das Bauwerk vom Eigentümer oder einem Auftragnehmer verwaltet wird. Der Zeitplan sollte den erwarteten Beginn des saisonalen Wetters berücksichtigen und einen Notfallplan für unvorhergesehene Ereignisse enthalten. Erstellen Sie ein System für das Baumanagement und das Monitoring von Materialien, Arbeitskräften und Standort. Dies sollte die Beschaffung, die Auftragsvergabe, den Transport, die Abwicklung und die Verwaltung während des gesamten Prozesses umfassen.

Stellen Sie möglichst lokale Arbeitskräfte ein, um ihre Fähigkeiten zu verbessern und die Existenzgrundlage der betroffenen Menschen zu sichern. Stellen Sie Fachkräfte (wie Ingenieure, Architekten, Stadtplaner, Vertragsmanager oder Juristen) ein, um bestimmte Aufgaben zu erfüllen.

Gewährleisten Sie, dass Umweltbelange berücksichtigt werden. Fördern Sie die sozial verträgliche Wiederverwendung von Altmaterialien, wenn die Rechte an diesem Material und die Qualität gewährleistet werden können ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 7: Ökologische Nachhaltigkeit*.

Aufwertung und Instandhaltung: Zu Beginn kann die Notunterkunftshilfe normalerweise nur ein Mindestmaß an überdachtem oder eingezäuntem Wohnraum zur Verfügung stellen. Allerdings sollten diese ersten Baumethoden und -materialien den Haushalten ermöglichen, die Unterkunft zu erhalten, anzupassen oder aufzuwerten, um ihren längerfristigen Bedarf zu decken. Anpassungen sollten nach Möglichkeit sicher mit lokal verfügbaren, bekannten und erschwinglichen Hilfsmitteln und Materialien durchgeführt werden.

Gemeinsam genutzte Arbeitsmittel: Legen Sie Verfahren fest, die die Verwendung, Wartung und sichere Lagerung von gemeinschaftlichen oder gemeinsam genutzten Werkzeugen und Materialien regeln.

Copyright

6. Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse

Mit Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse ist gemeint, dass Menschen ohne Angst vor einer Zwangsräumung in ihren Wohnungen leben können. Dies gilt sowohl für gemeinschaftliche Siedlungen, informelle Siedlungen, aufnehmende Gemeinden oder auch nach ihrer Rückkehr. Es ist die Grundlage des Rechts auf angemessenes Wohnen und viele andere Menschenrechte. Im humanitären Kontext kann ein inkrementeller – oder schrittweiser – Ansatz am besten geeignet sein. Dabei wird anerkannt, dass Vertriebene unterstützt werden können, um ihre Lebensbedingungen in verschiedenen Arten von Unterkünften zu verbessern. Es bedeutet nicht, Eigentümern Vorrang bei der Bereitstellung von Hilfe einzuräumen, noch bedeutet es notwendigerweise Beständigkeit oder Inhaberschaft. Akteure bei der Bereitstellung von Notunterkünften haben ein Verständnis dafür entwickelt, was bei der Gestaltung von Notunterkünften „sicher genug" ist, um jene Menschen zu unterstützen, die am ehesten gefährdet sind und die größte Wohnunsicherheit aufweisen. Weitere Informationen zur Sorgfaltspflicht und zum Konzept „sicher genug" ⊕ *siehe Quellen: Payne and Durand-Lasserve (2012)*.

Notunterkünfte und Siedlungen Standard 6: Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse

Die betroffene Bevölkerung hat in den Notunterkünften und Siedlungen eine Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse.

Schlüsselaktivitäten

1 Üben Sie beim Programmdesign und der Umsetzung Ihre Sorgfaltspflicht aus.

- Streben Sie unter Berücksichtigung des Kontexts und der Einschränkungen so viel Rechtssicherheit wie möglich zum Thema Wohnen an (mit dem „Sicher-genug"-Ansatz).
- Arbeiten Sie in Koordination mit lokalen Behörden, Juristen und organisationsübergreifenden Foren.

2 Verstehen Sie den Rechtsrahmen und die Realität vor Ort.

- Kartieren Sie Besitzsysteme und -regelungen für die verschiedenen Notunterkunfts- und Siedlungsszenarien nach der Krise; ermitteln, wie sich diese auf die am meisten gefährdeten Gruppen auswirken.
- Arbeiten Sie mit den lokalen Behörden zusammen, um zu verstehen, welche Vorschriften durchgesetzt werden und welche nicht, und die damit verbundenen Fristen.
- Verstehen Sie, wie die Besitzverhältnisse gemanagt und Streitigkeiten beigelegt werden und wie sich dies seit Beginn der Krise geändert haben kann.

3 Verstehen Sie, wie sich Besitzsysteme, -vereinbarungen und -praktiken auf die Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse für Risikogruppen auswirken.

- Fügen Sie die Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse als Vulnerabilitätsindikator hinzu.

Copyright

- Verstehen Sie, welche Dokumente von den an einem Programm teilnehmenden Personen verlangt werden können, und beachten Sie, dass die am meisten gefährdeten Personen diese Dokumente möglicherweise nicht haben oder nicht zugänglich machen können.
- Stellen Sie sicher, dass die Hilfsaktion keine Bevorteilung von Eigenheimbesitzern oder Eigentumsvereinbarungen vornimmt.

4 Führen Sie Programme für Notunterkünfte und Siedlungen durch, um die Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse zu unterstützen.

- Nutzen Sie lokales Fachwissen, um die Programmgestaltung auf die verschiedenen Wohnverhältnisse anzupassen, besonders für gefährdete Gruppen.
- Stellen Sie sicher, dass Unterlagen wie z. B. Besitz- oder Mietverträge entsprechend vorbereitet werden und die Rechte aller Parteien berücksichtigen.
- Gehen Sie mit Bedacht vor, damit das Notunterkunftsprogramm keine Spannungen innerhalb der Gemeinschaft und mit den umliegenden lokalen Gemeinschaften hervorrufen oder dazu beitragen kann.

5 Unterstützen Sie den Schutz vor Zwangsräumung.

- Verweisen Sie im Falle einer Zwangsräumung oder der Gefahr einer Zwangsräumung auf alternative Notunterkunftslösungen sowie sonstige sektorbezogene Unterstützung.
- Helfen Sie bei der Streitbeilegung.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Empfänger von Notunterkunftshilfe, die zumindest für die Dauer eines bestimmten Hilfsprogramms eine Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse für ihre Unterbringungs- und Siedlungsoption haben

Prozentsatz der Empfänger von Notunterkunftshilfe, die eine angemessene Vereinbarung der Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse für ihre Unterbringungsoption haben

Prozentsatz der Empfänger von Notunterkunftshilfe, die aufgrund der schwierigen Wohnsituation unabhängig oder durch Vermittlung Zugang zu Rechtsdiensten und/oder Streitbeilegungsmechanismen erhalten haben

- ⊕ *Siehe Grundsatz zum Schutz 4*

Leitlinien

Besitz beschreibt die Beziehung zwischen Gruppen oder Einzelpersonen in Bezug auf die Wohn- und Grundstückssituation, die durch Gesetzesrecht oder Gewohnheitsrecht, informelle oder religiöse Vereinbarungen festgelegt sind. Besitzsysteme bestimmen, wer welche Ressourcen wie lange und unter welchen Bedingungen nutzen kann. Es gibt viele Formen von Besitzverhältnissen, die von Vollbesitz und formalen Mietverträgen bis hin zu Notunterkünften und der Besiedlung von Grundstücken in informellen Siedlungen reichen. Unabhängig vom Besitzverhältnis behalten alle Menschen weiterhin die Wohn-, Grundstücks- und Eigentumsrechte. Menschen, die in informellen Siedlungen leben und oft Binnenvertriebene sind, haben zwar kein gesetzliches Recht auf die Besiedlung des Landes, aber dennoch das Recht auf angemessenes Wohnen und Schutz vor Zwangsräumung aus ihrer Wohnung. Um festzustellen, ob eine angemessene

Copyright

Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse besteht, sind Informationen wie die Wohn- bzw. Mietunterlagen und die organisatorische Anwendung von Sorgfaltspflichtmethoden erforderlich.

Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse ist ein integraler Bestandteil des Rechts auf angemessenes Wohnen. Sie gewährleistet rechtlichen Schutz vor Zwangsräumung, Belästigung und anderen Bedrohungen und ermöglicht es den Menschen, sicher, in Frieden und Würde in ihrem Zuhause zu leben. Alle Menschen, auch Frauen, sollten eine gewisse Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse haben. Es ist wichtig zu verstehen, wie die Wohnverhältnisse, einschließlich der Mechanismen zur Streitbeilegung, verwaltet und praktiziert werden und wie sie sich seit Beginn der Krise verändert haben können. Daten zur Beurteilung der Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse können Angaben zur Anzahl der Streitfälle, Räumungsraten und die Wahrnehmung der Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse beinhalten.

Schrittweise Sicherung von Besitzverhältnissen: Eine der wirksamsten Möglichkeiten, die Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse zu stärken, besteht darin, auf bestehende Besitzsysteme aufzubauen, die über eine gewisse soziale Legitimität verfügen ⊕ *siehe Quellen: UN Habitat and GLTN Social Tenure Domain Model, und Payne and Durand-Lasserve (2012)*.

Überlegungen für den städtischen Raum: Die Mehrheit der Vertriebenen im städtischen Raum lebt in informellen Siedlungen oder in Mietunterkünften ohne formelle Eigentums-, Miet- und/oder Nutzungsvereinbarungen. Daher ist das Risiko der Zwangsräumung und damit zusammenhängender Formen der Ausbeutung und Belästigung ein bestimmendes Merkmal ihres Lebens. Die Möglichkeiten der Unterstützung im Bereich von Unterkünften und Siedlungen für städtische Gebiete sollten komplexe Besitzverhältnisse berücksichtigen und schrittweise sichere Wohnverhältnisse für Mieter, informelle Siedler, Besetzer und andere in Betracht ziehen.

Keinen Schaden anrichten: In einigen Kontexten kann eine humanitäre Hilfsaktion zur Bereitstellung von Notunterkünften zur Vertreibung gefährdeter Gruppen führen. In anderen Fällen kann die Betonung der Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse das Risiko der Zwangsräumung für gefährdete Gruppen erhöhen. Eine sorgfältige Prüfung kann die Gefährdung der Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse für verschiedene Gruppen ermitteln. In einigen Fällen, in denen die Gefährdung der Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse zu hoch sind, ist es vielleicht am besten, gar nichts zu tun.

Typische Auslöser für eine Räumung: Die Gefahr der Räumung ergibt sich aus einem komplexen Zusammenspiel von Faktoren, von denen die meisten auch Auslöser für Ausbeutung und Missbrauch sind. Dazu gehören:

- Unfähigkeit, die Miete zu zahlen, oft aufgrund von Einschränkungen der Existenzgrundlage, wie z. B. dem Recht auf Arbeit
- Fehlen von schriftlichen Mietverträgen mit Vermietern, was die Menschen anfällig für Preiserhöhungen und Räumungen macht
- Streitigkeiten mit Vermietern
- Diskriminierung betroffener Personen
- Beschränkungen bei der Verbesserung der Wohnumgebung, wobei diejenigen, die gegen die Baugenehmigungen verstoßen, ständig von der Zwangsräumung bedroht sind

Copyright

- Nutzer oder Besetzer von bebaubaren Gebieten, die ihre Situation mit der Zivilverwaltung nicht regeln können
- Wohnungsgeschäfte, die im religiösen oder gewohnheitsrechtlichen Rahmen stattfinden und daher nicht gesetzlich anerkannt sind oder umgekehrt
- für Frauen: Scheidung, Gewalt in der Partnerschaft und andere Formen häuslicher Gewalt oder der Tod ihres Mannes
- fehlende Ausweispapiere für Frauen (sie können in den Ausweisdokumenten ihres Vaters oder Mannes erfasst sein) und für andere marginalisierte oder verfolgte Gruppen

Vertreibungen und Zwangsumsiedlung: Umsiedlungen können mit den Menschenrechten vereinbar sein, um die Gesundheit und Sicherheit der Bewohner zu schützen, die Naturkatastrophen und Umweltgefahren ausgesetzt sind oder um kritische Umweltressourcen zu erhalten. Der Missbrauch von Vorschriften zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und Sicherheit oder der Umwelt zur Rechtfertigung einer Räumung ohne echtes Risiko oder wenn Alternativen verfügbar sind, verstößt jedoch gegen die internationalen Menschenrechtsnormen.

Copyright

7. Ökologische Nachhaltigkeit

Ökologische Nachhaltigkeit befasst sich mit verantwortungsbewusster Programmgestaltung, die den Bedürfnissen der Gegenwart entspricht, ohne künftige Generationen bei der Erfüllung ihrer eigenen Bedürfnisse zu beeinträchtigen. Wenn Umweltthemen kurzfristig außer Acht gelassen werden, kann dies die Erholung gefährden, bestehende Probleme verschlimmern oder neue verursachen ⊕ *siehe Grundsatz zum Schutz 1* und *Core Humanitarian Standard – Verpflichtungen 3 und 9*.

Notunterkünfte und Siedlungen Standard 7: Ökologische Nachhaltigkeit

Die Notunterkunfts- und Siedlungshilfe minimiert negative Umweltauswirkungen des Programms.

Schlüsselaktivitäten

1 Integrieren Sie die Umweltverträglichkeitsprüfung und das Umweltmanagement in die gesamte Notunterkunfts- und Siedlungsplanung.

- Bewerten Sie die Umweltauswirkungen der Krise sowie die Umweltrisiken und Vulnerabilitäten, um die negativen Auswirkungen der Notunterkunfts- und Siedlungsoptionen zu minimieren.
- Integrieren Sie einen Umweltmanagementplan in die Betriebs- und Monitoringverfahren.

2 Wählen Sie aus den verfügbaren praktikablen Optionen die nachhaltigsten Materialien und Techniken aus.

- Präferieren Sie jene Lösungen, die die lokalen natürlichen Ressourcen nicht erschöpfen oder zu langfristigen Umweltschäden beitragen.
- Verwerten und wiederverwenden Sie verfügbare Materialien, recyceln oder nutzen Sie sie anderweitig, dazu zählen auch Trümmer und Schutt.

3 Entsorgen Sie Feststoffabfälle in allen Siedlungen sicher, zeitnah, ökologisch nachhaltig und unter Berücksichtigung kultureller Merkmale.

- Koordinieren Sie sich mit WASH, Gesundheits-, Bau- und anderen Behörden, dem Privatsektor und anderen Interessengruppen zur Einführung oder Wiederherstellung nachhaltiger Abfallwirtschaftspraktiken.

4 Versuchen Sie, sichere, zuverlässige und umweltfreundliche Energieversorgungssysteme einzurichten, wiederherzustellen und zu fördern.

- Beurteilen Sie, ob die bestehenden Energieversorgungssysteme eine negative Auswirkung auf die natürlichen Ressourcen, Gesundheit und Sicherheit haben und zur Umweltverschmutzung beitragen.
- Stellen Sie sicher, dass alle neuen oder überarbeiteten Energieversorgungsoptionen den Bedürfnissen der Benutzer entsprechen und bieten Sie bei Bedarf Schulungen und Überwachung an.

Copyright

5 Schützen, erneuern und verbessern Sie den ökologischen Wert von Betriebsorten (wie temporäre Siedlungen) während und nach der Nutzung.

- Bewerten Sie die umweltspezifischen Ausgangsbedingungen und die verfügbaren lokalen natürlichen Ressourcen für jeden Standort; ermitteln Sie Umweltgefahren, einschließlich solcher, die auf eine frühere kommerzielle oder industrielle Nutzung zurückzuführen sind.
- Entfernen Sie unmittelbare und offensichtliche Gefahren aus dem Gebiet und reparieren Sie alle schwerwiegenden Umweltschäden. Versuchen Sie dabei, die Entfernung der natürlichen Vegetation und die Unterbrechung der natürlichen Entwässerung auf ein Minimum zu beschränken.
- Verlassen Sie das Gelände in einem Zustand, in dem es die lokale Bevölkerung sofort wieder nutzen kann, wenn möglich in einem besseren Zustand als bisher.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Aktivitäten im Rahmen der Notunterkunfts- und Siedlungshilfe, denen eine Umweltprüfung vorausgeht

Anzahl der Empfehlungen aus dem Umweltmanagement- und dem Monitoringplan, die umgesetzt wurden

Prozentsatz der Notunterkünfte, die mit kohlenstoffarmen Baumaterialien und Beschaffungsmethoden errichtet wurden

Prozentsatz der Feststoffabfälle am Standort, die wiederverwendet, anderweitig genutzt oder recycelt werden

- Ziel >70 Volumenprozent

Prozentsatz der temporären Siedlungsplätze, die nach der Nutzung bessere Umweltbedingungen aufweisen als vor der Nutzung

Leitlinien

Die ***Umweltverträglichkeitsprüfung*** besteht aus drei Elementen: eine Ausgangsbeschreibung der lokalen Umgebung als Grundlage der Prüfung; ein Verständnis der beabsichtigten Tätigkeit und der damit zusammenhängenden potenziellen Gefährdung der Umwelt; und einem Verständnis der Folgen, wenn die Gefährdung eintritt.

Es kann hilfreich sein, sich mit den zuständigen Umweltbehörden abzustimmen. Zu den wichtigsten Punkten, die bei einer Umweltverträglichkeitsprüfung zu berücksichtigen sind, gehören:

- Zugang zu und Nutzung von lokalen natürlichen Ressourcen vor der Krise, einschließlich Brennstoffen und Baumaterialien, Wasserversorgung und Abfallwirtschaft,
- das Ausmaß der lokal verfügbaren natürlichen Ressourcen und die Auswirkungen der Krise auf sie, und
- soziale, wirtschaftliche und kulturelle Themen (einschließlich der Geschlechterrollen), die die Nachhaltigkeit der Hilfsaktion beeinflussen und ihre allgemeine Wirksamkeit und Effizienz verbessern können.

Copyright

Beschaffung von Materialien: Wenn Sie natürliche Ressourcen wie Wasser, Holz, Sand, Erde und Gräser sowie Brennstoffe für Ziegel und Dachziegel beziehen, sollten Sie sich der Umweltauswirkungen bewusst sein. Fördern Sie die Nutzung mehrerer Bezugsquellen, die Wiederverwendung von Altmaterialien und die Herstellung alternativer Materialien. Die Aufforstung kann ein guter Weg sein, um nachhaltige Baumaterialien herzustellen. Vermeiden Sie die Verwendung von Materialien, die durch die Ausbeutung von Erwachsenen und Kindern hergestellt wurden ⊕ *siehe Über Sphere – Anlage: Hilfeleistung über die Märkte*.

Standortauswahl: Umweltverträglichkeitsprüfungen sollten der Standortauswahl zugrunde liegen. So kann beispielsweise die Wahl von Siedlungsstandorten in der Nähe bestehender Infrastrukturen die mit dem Bau neuer Infrastrukturen verbundenen Umweltauswirkungen reduzieren. Berücksichtigen Sie die Exposition gegenüber klimabedingten Risiken ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 2: Standort- und Siedlungsplanung*.

Erosion: Erhalten Sie Bäume und andere Vegetation, um den Boden zu stabilisieren und für Beschattung und Schutz vor den Klimabedingungen zu sorgen. Die Verwendung natürlicher Konturen für Infrastrukturen wie Straßen, Wege und Entwässerungsnetze minimiert Erosion und Überschwemmungen. Bei Bedarf sind Entwässerungskanäle, Rohrleitungen unter Fahrbahnen oder begrünte Erdbänke einzurichten, um Bodenerosionen zu verhindern. Bei einem Gefälle von mehr als 5 Prozent müssen technische Verfahren eingesetzt werden, um eine übermäßige Erosion zu verhindern.

Aufräumarbeiten und Wiederverwendung oder Umnutzung von Abfällen: Durch eine Planung der Aufräumarbeiten unmittelbar nach der Krise können Trümmer geborgen werden, um diese wiederzuverwenden, anderweitig zu nutzen oder sicher zu entsorgen.

Im humanitären Umfeld gibt es Potenzial für die Wiederverwendung oder anderweitige Nutzung fester Abfälle. Die Wiederverwendung von Materialien in humanitären Hilfssituationen im Rahmen einer systematischeren Strategie für Feststoffabfallmanagement hängt von der kulturellen Einstellung zum Umgang mit Abfällen und den ansässigen Unternehmen ab, die bereit sind, die getrennten Materialien zu kaufen. Humanitäre Hilfssituationen bieten Möglichkeiten für eine erfinderische Wiederverwendung von Materialien ⊕ *siehe WASH-Standard 3.1 für Fäkalienentsorgung* und *WASH-Standards für Feststoffabfallmanagement 5.1 und 5.3*.

Energie: Berücksichtigen Sie beim Energieverbrauch das Klima, die verfügbaren natürlichen Ressourcen, die Verschmutzung in Innen- und Außenbereichen, die Auswirkungen auf die Gesundheit, die Sicherheit und die Präferenzen der Nutzer. Soweit möglich, sollten die Programme den Energiebedarf der Haushalte senken. Energieeffizientes Design, passive Ansätze zur Beheizung oder Kühlung von Gebäuden und der Einsatz energieeffizienter Haushaltsgegenstände wie Solarlampen reduzieren die Haushaltskosten und Umweltbelastungen ⊕ *siehe Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Standard 5: Allgemeine Nahrungsmittelsicherheit*.

Identifizieren Sie die Risiken für die Öffentlichkeit, die durch Störungen der Energieversorgung verursacht werden, z. B. beschädigte Stromleitungen und undichte Propan- oder Heizölbehälter. Koordinieren Sie sich mit der lokalen Regierung und den Energieversorgern, um die Lieferung von Energie wiederherzustellen, zu sichern und aufrechtzuerhalten. Subventionen oder andere Anreize können eine Option sein, um

Copyright

die Sicherheit zu gewährleisten und die Umweltverschmutzung oder den Bedarf an natürlichen Ressourcen zu verringern.

Verwaltung natürlicher Ressourcen: Wenn die natürlichen Ressourcen zur Unterstützung eines erheblichen Anstiegs an menschlichen Behausungen begrenzt sind, ist ein Ressourcenmanagementplan erforderlich. Ziehen Sie bei Bedarf externe Experten hinzu. Der Ressourcenmanagementplan kann externe Brennstofflieferungen und Optionen für die Beweidung durch Nutztiere, die landwirtschaftliche Produktion und andere Einkommensquellen vorschlagen, die von natürlichen Ressourcen abhängen. Große, gut verwaltete Siedlungen können ökologisch nachhaltiger sein als zahlreiche kleinere, verstreute Siedlungen, die nicht so einfach zu verwalten oder zu überwachen sind. Große kommunale Siedlungen können jedoch mehr Druck auf die benachbarten Aufnahmegemeinden ausüben als kleinere, verstreute Siedlungen. Akteure bei der Bereitstellung von Unterkünften sollten jederzeit die Auswirkungen ihrer Hilfsmaßnahmen auf den Bedarf der aufnehmenden Bevölkerung an natürlichen Ressourcen berücksichtigen ⊕ *siehe Core Humanitarian Standard – Verpflichtung 9* und *LEGS Handbook*.

Städtischer und ländlicher Kontext: Die Menschen in ländlichen Gebieten sind in der Regel stärker von den natürlichen Ressourcen in ihrer unmittelbaren Umgebung abhängig als die Stadtbewohner. Städtische Gebiete verschlucken jedoch große Mengen an natürlichen Ressourcen wie Holz, Sand und Zement, Ziegel und andere natürliche Baustoffe, die aus einem viel größeren Einzugsgebiet stammen. Bei der Verwendung großer Mengen von Baumaterialien in städtischen oder anderen groß angelegten Siedlungsprogrammen, bei denen die Umweltauswirkungen weit über das Gebiet der Programmumsetzung hinausgehen können, sollten fundierte Entscheidungen getroffen werden.

Copyright

Anlage 1
Checkliste zur Beurteilung von Notunterkünften und Siedlungen

Diese Fragenliste dient als Checkliste, um sicherzustellen, dass geeignete Daten erfasst werden, um als Grundlage für die Hilfsmaßnahmen im Bereich Notunterkünfte und Siedlungen nach der Krise zu dienen. Diese Fragenliste ist nicht verbindlich. Sie können die Fragen auch nach Bedarf anpassen.

Informationen über die Ursachen der Krise, die Sicherheitslage, die Demografie der vertriebenen und der aufnehmenden Bevölkerung sowie wichtige Kontaktpersonen, müssen separat eingeholt werden.

Beurteilung und Koordination

- Wurde von den zuständigen Behörden und humanitären Organisationen ein vereinbarter Koordinierungsmechanismus eingerichtet?
- Welche Ausgangsdaten liegen über die betroffenen Menschen vor und was sind die bekannten Gefahren, Risiken und Schwachstellen im Bereich der Notunterkünfte und Siedlungen?
- Gibt es einen Notfallplan als Grundlage für die Hilfsaktion?
- Welche Informationen zur Erstbeurteilung liegen bereits vor?
- Ist eine organistionsübergreifende und/oder multisektorielle Beurteilung geplant, die auch Unterkünfte, Siedlungen und Haushaltsgegenstände berücksichtigt?

Demografische Daten

- Wie viele Personen umfasst ein durchschnittlicher Haushalt?
- Wie viele Betroffene leben in verschiedenen Arten von Haushalten? Berücksichtigen Sie Gruppen, die außerhalb von Familienverbindungen leben, wie z. B. Gruppen von unbegleiteten Kindern, kleinere oder größere Haushalte oder andere. Schlüsseln Sie die Daten nach Geschlecht, Alter, Behinderung und ethnischer Herkunft, sprachlicher oder religiöser Zugehörigkeit auf, je nach Kontext.
- Wie viele betroffene Haushalte haben keine angemessene Behausung und wo sind diese Haushalte?
- Wie viele Menschen, aufgeschlüsselt nach Geschlecht, Alter und Behinderung, die nicht Mitglied einzelner Haushalte sind, haben keine oder nur unzureichende Notunterkünfte und wo befinden sie sich?
- Wie viele betroffene Haushalte, denen es an einer angemessenen Notunterkunft mangelt, wurden nicht vertrieben und können am Ort ihrer ursprünglichen Behausung unterstützt werden?
- Wie viele betroffene Haushalte, die keine angemessene Unterkunft haben, wurden vertrieben und benötigen eine Unterbringung bei Gastfamilien oder in temporären Siedlungen?
- Wie viele Menschen, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Alter, haben keinen Zugang zu gemeinschaftlichen Einrichtungen wie Schulen, Gesundheitseinrichtungen und Gemeindezentren?

Copyright

Risiken

- Welche unmittelbaren Risiken für Leben, Gesundheit und Sicherheit ergeben sich aus dem Mangel an angemessenen Notunterkünften, und wie viele Menschen sind gefährdet?
- Welche sind die weniger unmittelbaren Risiken für Leben, Gesundheit und Sicherheit der Menschen, die sich aus dem Mangel an angemessenen Notunterkünften ergeben?
- Wie wirken sich die Wohnsysteme, -vereinbarungen und -praktiken auf die Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse für vulnerable und marginalisierte Bevölkerungsgruppen aus?
- Welche besonderen Risiken bestehen aufgrund des Fehlens angemessener Unterkünfte für schutzbedürftige Personen, einschließlich Frauen, Kinder, unbegleitete Minderjährige, Menschen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten, und warum?
- Wie wirkt sich die Präsenz vertriebener Menschen auf die aufnehmenden Gemeinschaften aus?
- Was sind mögliche Risiken für Konflikte und Diskriminierung zwischen oder innerhalb der Gruppen der betroffenen Bevölkerung, besonders für Frauen und Mädchen?

Ressourcen und Einschränkungen

- Welche materiellen, finanziellen und personellen Ressourcen stehen den betroffenen Menschen zur Verfügung, um einen Teil oder den gesamten dringenden Bedarf an Notunterkünften zu decken?
- Welche Probleme in Bezug auf die Verfügbarkeit, den Besitz und die Nutzung von Land haben Auswirkungen auf die Fähigkeit der Menschen, Notunterkünfte bereitzustellen, einschließlich temporärer Siedlungen, sofern erforderlich?
- Welche Risiken gehen potenzielle aufnehmende Bevölkerungsgruppen bei der Unterbringung von Vertriebenen in ihren eigenen Wohnungen oder auf angrenzenden Flächen unter Umständen ein?
- Welche Möglichkeiten und Einschränkungen gibt es bei der Nutzung vorhandener verfügbarer und unberührter Gebäude oder Bauwerke zur vorübergehenden Aufnahme von Vertriebenen?
- Sind begehbare Freiflächen für temporäre Siedlungen geeignet, wenn man die Topografie und andere Umweltbelange berücksichtigt?
- Welche gesetzlichen Auflagen und Einschränkungen können die Bereitstellung von Notunterkünften beeinträchtigen?

Materialien, Gestaltung und Bau

- Welche ersten Notunterkunftslösungen oder -materialien haben die betroffenen Menschen, die betroffene Bevölkerung oder andere Akteure bereitgestellt?
- Welche vorhandenen Materialien können vom zerstörten Standort für den Wiederaufbau von Unterkünften genutzt werden?
- Wie sind die typischen Baupraktiken der Betroffenen und welche Materialien verwenden sie für Tragwerk, Dach und Außenwand?
- Welche alternativen Lösungen für Gestaltung oder Materialien sind potenziell verfügbar und für die Betroffenen vertraut oder akzeptabel?
- Welche Konstruktionsmerkmale gewährleisten einen sicheren und einfachen Zugang zu und die Nutzung von Notunterkunftslösungen durch alle betroffenen Menschen?

Copyright

- Wie können die identifizierten Schutzlösungen zukünftige Risiken und Schwachstellen minimieren?
- Wie und von wem werden Notunterkünfte normalerweise gebaut?
- Wo und durch wen werden Baustoffe normalerweise bezogen?
- Wie können Frauen, Jugendliche, Menschen mit Behinderungen und ältere Personen ausgebildet oder unterstützt werden, um am Bau ihrer eigenen Notunterkünfte teilzunehmen, und wo liegen die Grenzen?
- Wenn Einzelpersonen oder Haushalten die Kapazität oder Möglichkeit fehlt, ihre eigenen Notunterkünfte zu bauen, wird dann zusätzliche Unterstützung benötigt, um sie zu unterstützen? Beispiele sind die Bereitstellung von freiwilligen oder vertraglich angestellten Arbeitskräften oder technische Hilfe.

Aktivitäten im Haushalt und für die Existenzsicherung

- Welche haushaltsbezogenen Aktivitäten bzw. Aktivitäten zur Existenzsicherung finden typischerweise in oder in der Nähe der Unterkünfte der betroffenen Menschen statt, und wie spiegelt die daraus resultierende Bereitstellung und Gestaltung von Räumen diese Aktivitäten wider?
- Welche rechtlichen und ökologisch nachhaltigen Möglichkeiten zur Existenzsicherung können durch die Beschaffung von Materialien und den Bau von Notunterkünften und Siedlungen geboten werden?

Grundlegende Leistungen und Gemeinschaftseinrichtungen

- Wie ist die derzeitige Verfügbarkeit von Trinkwasser und Wasser für die Körperpflege, und welche Möglichkeiten und Einschränkungen gibt es bei der Deckung erwarteter Sanitärbedürfnisse?
- Wie sieht die derzeitige Verfügbarkeit von sozialen Einrichtungen (wie Gesundheitskliniken, Schulen und Gebetsstätten) aus, und was sind die Einschränkungen und Möglichkeiten für den Zugang zu diesen Einrichtungen?
- Wie sieht der Prozess und der Zeitplan für kommunale Gebäude, insbesondere Schulen, aus, die für die Unterbringung von Vertriebenen genutzt werden – wann können diese wieder ihrem Zweck dienen?

Aufnehmende Bevölkerung und Umweltauswirkungen

- Welche Themen sind für die aufnehmende Bevölkerung von Belang?
- Welche organisatorischen und physischen Einschränkungen bestehen im Zusammenhang mit der Unterbringung der Vertriebenen in der aufnehmenden Bevölkerung oder in temporären Siedlungen?
- Welche Umweltprobleme gibt es bei der lokalen Beschaffung von Baumaterialien?
- Welche Umweltbedenken bestehen hinsichtlich der Bedürfnisse der Vertriebenen unter anderem in Bezug auf Brennstoff, Sanitäreinrichtungen, Abfallentsorgung und Weidemöglichkeiten für Tiere?

Bedarf an Haushaltsgegenständen

- Was sind wichtige Non-Food-Artikel, die von den Betroffenen benötigt werden?
- Können die benötigten Non-Food-Artikel auch vor Ort bezogen werden?
- Ist die Verwendung von Bargeld oder Gutscheinen möglich?
- Wird technische Hilfe benötigt, um die Bereitstellung von Artikeln zur Ausstattung der Notunterkünfte zu ergänzen?

Copyright

Kleidung und Bettzeug

- Welche Arten von Kleidung, Decken und Bettzeug verwenden Frauen, Männer, Kinder und Säuglinge, schwangere und stillende Frauen, Menschen mit Behinderungen und ältere Personen typischerweise? Gibt es besondere soziale und kulturelle Überlegungen?
- Wie viele Frauen und Männer jeden Alters, Kinder und Säuglinge haben unangemessene oder unzureichende Kleidung, Decken oder Bettzeug, um sie vor den negativen Auswirkungen des Klimas zu schützen und ihre Gesundheit, Würde und ihr Wohlbefinden zu gewährleisten?
- Welche potenziellen Risiken bestehen für das Leben, die Gesundheit und die persönliche Sicherheit der betroffenen Menschen, wenn ihr Bedarf an angemessener Kleidung, Decken oder Bettzeug nicht gedeckt wird?
- Welche Maßnahmen zur Vektorkontrolle, insbesondere die Bereitstellung von Moskitonetzen, sind erforderlich, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Haushalte zu gewährleisten?

Kochen und Essen, Herde und Brennstoff

- Welche Koch- und Essutensilien hat ein typischer Haushalt vor der Krise genutzt?
- Wie viele Haushalte haben nicht genügend Koch- und Essgeschirr?
- Wie haben die betroffenen Menschen vor der Krise typischerweise gekocht und ihre Wohnungen beheizt, und wo wurde gekocht?
- Welcher Brennstoff wurde vor der Krise typischerweise zum Kochen und Heizen verwendet und woher wurde dieser bezogen?
- Wie viele Haushalte haben keinen Zugang zu einem Ofen zum Kochen und Heizen und warum?
- Wie viele Haushalte haben keinen Zugang zu ausreichender Brennstoffversorgung zum Kochen und Heizen?
- Welche Möglichkeiten und Grenzen (insbesondere Umweltschutzbelange) gibt es bei der Beschaffung ausreichender Brennstoffmengen für die von der Krise betroffenen und benachbarten Bevölkerungsgruppen?
- Welche Auswirkungen hat eine ausreichende Versorgung mit Brennstoff auf die betroffenen Menschen, insbesondere auf Frauen jeden Alters?
- Gibt es kulturelle Aspekte beim Kochen und Essen zu berücksichtigen?

Werkzeuge und Ausrüstung

- Welche grundlegenden Werkzeuge stehen den Haushalten zur Reparatur, zum Bau oder zur Instandhaltung einer Notunterkunft zur Verfügung?
- Für welche Aktivitäten zur Unterstützung der Existenzgrundlage können die grundlegenden Werkzeuge für Bau, Instandhaltung und Trümmerbeseitigung auch genutzt werden?
- Welche Schulungs- oder Sensibilisierungsmaßnahmen ermöglichen den sicheren Einsatz von Werkzeugen?

Copyright

Anlage 2
Beschreibung von Siedlungsszenarien

Siedlungsszenarien ermöglichen eine Kategorisierung auf erster Ebene, wo und wie die betroffenen Menschen leben. Ein Verständnis der Krise durch diese Siedlungsszenarien hilft bei der Planung von Hilfsstrategien. Sammeln Sie zusätzliche Informationen für eine detaillierte Planung ⊕ *siehe Anlage 3: Zusätzliche Merkmale von Siedlungsszenarien*.

Bevölkerungs-gruppe	Siedlungs-szenario	Beschreibung	Beispiele
Nicht vertriebene Personen	Von Eigen-tümern bewohnte Unterkünfte oder Grund-stücke	Der Bewohner nutzt sein Eigentum und/oder Grundstück (die Inhaberschaft kann formell oder informell sein) oder ist ein Teileigentümer bzw. Miteigentümer.	Häuser, Wohnungen, Grundstücke
	Wohnungen oder Grund-stücke zur Miete	Die Vermietung ermöglicht es einer Person oder einem Haushalt, Wohnungen oder Grundstücke für einen bestimmten Zeitraum zu einem bestimmten Preis ohne Eigentumsübertragung auf der Grundlage einer schriftlichen oder mündlichen Vereinbarung mit einem privaten oder öffentlichen Eigentümer zu nutzen.	
	Informell besetzte Wohnungen oder Grund-stücke	Haushalte belegen die Immobilie und/oder das Grundstück ohne ausdrückliche Genehmigung des Eigentümers oder des beauftragten Grundstücksverwalters.	Leerstehende Häuser, Wohnungen, Freiflächen
Vertriebene Bevölkerung verstreut	Mietverhältnis	Die Vermietung ermöglicht es einer Person oder einem Haushalt, Wohnungen oder Grundstücke für einen bestimmten Zeitraum zu einem bestimmten Preis ohne Eigentumsübertragung zu nutzen. Sie beruht auf einem schriftlich oder mündlich geschlossenen Vertrag mit einem privaten oder öffentlichen Eigentümer. Dies kann individuell oder gemeinschaftlich eigenfinanziert oder von der Regierung oder der humanitären Gemeinschaft subventioniert sein.	Häuser, Wohnungen, Grundstücke aus dem Wohnungsbestand

Copyright

Bevölkerungs-gruppe	Siedlungs-szenario	Beschreibung	Beispiele
Vertriebene Bevölkerung	Unterbringung als Gast	Aufnahmebevölkerungen bieten Unterkunftsmöglichkeiten für vertriebene Bevölkerungen oder einzelne Familien.	Häuser, Wohnungen, von der aufnehmenden Bevölkerung bereits besiedeltes oder zur Verfügung gestelltes Land
	Spontane Unterbringung	Vertriebene Haushalte siedeln sich spontan an einem Standort an, ohne dass es dabei zu einer Vereinbarung mit den entsprechenden Akteuren (wie Eigentümer, Lokalregierung, humanitäre Organisationen und/oder aufnehmende Bevölkerung) gekommen ist.	Leerstehende Häuser oder Wohnungen, Freiflächen, in Straßennähe
Gemeinschaftlich	Sammel-unterkunft	Bereits bestehende Einrichtung oder Gebäude, in dem mehrere Haushalte untergebracht werden können. Infrastruktur und Grundversorgung werden auf gemeinschaftlicher Basis bereitgestellt oder der Zugang zu ihnen ermöglicht.	Öffentliche Gebäude, Evakuierungs-, Aufnahme- und Transitzentren, leerstehende Gebäude, Firmengelände, nicht fertiggestellte Gebäude
	Geplante Siedlung	Eine speziell für Vertriebene errichtete Siedlung, in der das Standortkonzept geplant und verwaltet wird und in der Infrastruktur, Einrichtungen und Dienstleistungen zur Verfügung stehen.	Formale Siedlungen, die von der Regierung, den Vereinten Nationen, NGO oder der Zivilgesellschaft verwaltet werden. Dazu können Transit- bzw. Aufnahmezentren oder Evakuierungs-stellen gehören.
	Ungeplante Siedlung	Mehrere Haushalte lassen sich spontan gemeinsam an einem Ort nieder und bilden eine neue Siedlung. Die Haushalte bzw. das Kollektiv können Mietverträge mit dem Grundeigentümer unterhalten. Dies geschieht oft ohne vorherige Absprache mit den relevanten Akteuren (z. B. Eigentümer, Lokalregierung und/oder der aufnehmenden Bevölkerung). Vor-Ort-Basisdienstleistungen sind zunächst nicht geplant.	Informelle Standorte und Siedlungen

Copyright

Anlage 3
Zusätzliche Merkmale von Siedlungsszenarien

Diese Tabelle enthält sekundäre Merkmale, die die Siedlungsszenarien erweitern, die unter ⊕ *Anlage 2: Beschreibung von Siedlungsszenarien* zu finden sind. Diese Tabelle dient zum besseren Verständnis der Krise und sollte für die detaillierten Planungsprozesse herangezogen werden.

Hinweis: Die Auswahl der Merkmale und ihre Definition unterscheiden sich je nach Kontext und sollten an die entsprechenden Leitlinien angelehnt sein. Für bestimmte Sachverhalte können Sie nach Bedarf zusätzliche Merkmale erstellen.

Kategorie	Beispiele	Hinweise
Arten vertriebener Bevölkerungsgruppen	Flüchtlinge, Asylsuchende, Binnenvertriebene, zurückgekehrte Flüchtling, zurückgekehrte Binnenvertriebene, andere Gruppen (z. B. Migranten)	⊕ *Siehe Leitlinien zur humanitären Hilfe (www.humanitarianresponse.info).*
Indirekt Betroffene	Bereits angesiedelte Bevölkerung, aufnehmende Bevölkerung	Die aufnehmende Bevölkerung wird oft durch die direkt betroffene Bevölkerung beeinträchtigt, z. B. durch die gemeinsame Nutzung von Dienstleistungen wie Schulen oder als Gastfamilien.
Geografischer Kontext	Städtische Gebiete, stadtnahe Gebiete, ländliche Gebiete	Stadtnahe Gebiete: Gebiete zwischen städtischen und ländlichen Regionen.
Schadenshöhe	Kein Schaden, teilweise beschädigt, vollständig zerstört	Durch die Festlegung der Schadenshöhe kann entschieden werden, ob das Haus oder die Notunterkunft sicher bewohnt werden kann.
Dauer/Phase	Kurzfristig, mittelfristig, langfristig, dauerhaft Notfall, Übergangsphase, Erholung, beständig	Die Definitionen dieser Begriffe fallen unterschiedlich aus und sollten innerhalb der Hilfsaktion festgelegt werden.
Besitzsysteme	Gesetzlich, nach Gewohnheitsrecht, religiös, hybrid	Zu den informellen Land- oder Wohnregelungen gehören geordnete und ungeordnete Besetzungen, nicht genehmigte Unterteilungen auf Grundstücken in rechtmäßigem Besitz und verschiedene Formen von inoffiziellen Mietverhältnissen. In einigen Fällen können auf demselben Grundstück mehrere Besitzformen nebeneinander bestehen, wobei jede Partei Anspruch auf bestimmte Rechte hat.
Arten des Hausbesitzes	Eigentum, Nutzungsrechte, Vermietung, Gemeinschaftsbesitz	

Copyright

Kategorie	Beispiele	Hinweise
Arten des Landbesitzes	Privat, kommunal, gemeinschaftlich, offen zugänglich, staatlich/öffentlich	
Art der Notunterkunft	Zelte, behelfsmäßige Unterkünfte, Übergangsunterkünfte, Kernunterkünfte, Häuser, Wohnungen, angemietete Räume in einer größeren Einheit, Garagen, Wohnwagen, Container.	⊕ *siehe Anlage 4: Hilfsoptionen.*
Standortmanagement	Verwaltet, aus der Ferne oder mobil verwaltet, eigenverwaltet, nicht verwaltet	Verwaltet: ohne Einwände des Grundbesitzers und von den Behörden genehmigt. Fern- oder mobile Verwaltung: Fälle, in denen ein Team mehrere Standorte verwaltet. Eigenverwaltet: durch den Gemeindevorstand oder interne Ausschüsse.

Copyright

Anlage 4
Hilfsoptionen

Eine Reihe kontextspezifischer Hilfsoptionen können miteinander kombiniert werden, um die Bedürfnisse der betroffenen Menschen zu decken. Bedenken Sie die Vor- und Nachteile dieser Optionen und konzipieren Sie dann das am besten geeignete Programm.

Hilfsoption	Beschreibung
Haushalts-gegenstände	⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 4: Haushaltsgegenstände.*
Bausätze für Notunterkünfte	Baustoffe, Werkzeuge und Vorrichtungen, die für den Bau oder die Aufbesserung des Wohnraums gebraucht werden. Überlegen Sie, ob Sie Baumaterialien wie Stützstangen und Zeltpflöcke bereitstellen oder ob diese von den Haushalten geliefert werden können. Überlegen Sie, ob zusätzliche Schulungen, Weiterbildungen, Ausbildungen oder Sensibilisierungsmaßnahmen notwendig sind.
Werkzeugsätze für Notunterkünfte	Bauwerkzeuge und Geräte, die für den Bau oder die Aufbesserung des Wohnraums und der Siedlung benötigt werden.
Zelte	Vorgefertigte tragbare Notunterkünfte mit einer Überdachung und einer tragenden Struktur.
Unterstützung bei Rückkehr und Transit	Unterstützung für Betroffene, die an ihren Herkunftsort zurückkehren oder sich an einem neuen Ort niederlassen möchten. Diese Unterstützung kann eine breite Palette von Leistungen umfassen, wie z. B. die Bereitstellung von Beförderungsmöglichkeiten, Fahrgeld oder Gutscheinen, oder Gegenständen wie Werkzeuge, Materialien und Saatgut.
Reparaturen	Reparatur beschreibt die Instandsetzung eines Gebäudes nach einer Beschädigung oder nach Verfall in einen stabilen Betriebszustand, sodass es den erforderlichen Normen und Spezifikationen entspricht. Wenn Gebäude geringfügige Schäden erlitten haben, ist es möglich, sie ohne umfassende Sanierung zu reparieren. Für Vertriebene kann es notwendig sein, Kollektivunterkünfte zu reparieren oder bestehende Gebäude wie z. B. Schulen als Massenunterkünfte zu modernisieren.
Nachrüstung	Die Nachrüstung der Gebäude beinhaltet die Verstärkung und/oder bauliche Umgestaltung der Gebäudestruktur. Ziel ist es, ein Gebäude durch die Installation von Sicherheitseinrichtungen widerstandsfähiger gegen zukünftige Gefahren zu machen. Gebäude, die durch die Krise beschädigt wurden, müssen möglicherweise zusätzlich zur Reparatur nachgerüstet werden. Für die Vertriebenen kann es notwendig sein, dass sie Häuser von Gastfamilien nachrüsten, wenn sie von einer Gefahr bedroht sind.
Unterstützung der Gastgeber	Menschen, die nicht in ihr ursprüngliches Zuhause zurückkehren können, wohnen oft bei Familie und Freunden oder auch bei Gemeinschaften mit gemeinsamen historischen, religiösen oder anderen Verbindungen. Die Unterstützung des Gastgebers bei der weiteren Unterbringung der betroffenen Menschen umfasst die Unterstützung bei der Erweiterung oder Anpassung einer bestehenden Gastfamilien-Unterkunft oder die finanzielle und materielle Unterstützung bei laufenden Kosten.

Copyright

Hilfsoption	Beschreibung
Miethilfe	Die Unterstützung der betroffenen Haushalte bei der Anmietung von Wohnungen und Grundstücken kann finanzielle Beiträge, Unterstützung beim Abschluss eines fairen Mietvertrags oder Beratung zu Eigentumsstandards umfassen. Die Miete ist ein laufender Posten, planen Sie daher Ausstiegsstrategien, indem Sie die Selbstversorgung fördern oder frühzeitig existenzsichernde Aktivitäten einbinden, ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 3: Wohnraum und Standard 6: Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse.* (Hinweis: Miethilfen können eine Bargeldquelle für die aufnehmende Bevölkerung sein oder sie können den Markt erschöpfen und zu Inflation führen.)
Temporäre Notunterkünfte	Kurzfristige Notunterkunftslösungen, die wieder entfernt werden sollen, sobald die nächste Stufe der Hilfe angeboten wird. Diese Notunterkünfte werden oft kostengünstig gebaut.
Provisorische Notunterkunfts-lösungen	Rasch gebaute Notunterkünfte, die mit Materialien und Techniken gefertigt werden, die den Übergang zu dauerhafteren Bauwerken möglich machen. Die Notunterkunft sollte aufrüstbar, wiederverwendbar, wiederverkäuflich oder von temporären Standorten zu permanenten Standorten überführbar sein.
Kerngebäude	Wohneinheiten, die geplant, entworfen und gebaut werden, um schließlich Teil eines dauerhaften Hauses zu sein, ohne fertiggestellt zu werden. Das Kerngebäude ermöglicht es dem Haushalt, das Bauwerk in der Zukunft mit eigenen Mitteln und Ressourcen auszubauen. Ziel ist es, einen sicheren und angemessenen Wohnraum mit einem oder zwei Zimmern sowie Wasseranschluss und Sanitäreinrichtungen und den notwendigen Haushaltsgegenständen zu schaffen ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 3: Wohnraum und Standard 4: Haushaltsgegenstände.*
Wiederaufbau/ Umbau	Der Abriss und Wiederaufbau von nicht reparaturfähigen Gebäuden.
Informations-zentren	Informationszentren bieten Beratung und eine Orientierungshilfe für betroffene Menschen. Informationen, die über lokale Zentren bereitgestellt werden, können Rechte auf Beratung und Unterstützung, Optionen und Verfahren für die Rückkehr, das Recht auf Land, den Zugang zu Entschädigung, technische Beratung und Hilfe, Rückkehr, Integration und Umsiedlung sowie Kanäle für Feedback und Möglichkeiten zur Rechtsbehelfsfindung, einschließlich Schiedsverfahren und Rechtsbeistand, klären.
Rechtliches und administratives Fachwissen	Die Bereitstellung von rechtlichem und administrativem Fachwissen hilft den Betroffenen, sich ihrer Rechte bewusst zu werden und die notwendige administrative Unterstützung kostenlos oder kostengünstig zu erhalten. Besondere Aufmerksamkeit sollte den Bedürfnissen der am stärksten gefährdeten Gruppen geschenkt werden.
Sicherung der Wohnverhältnisse	Unterstützung bei der Sicherung der Haus- und/oder Grundstücksbesiedlungsrechte für die Betroffenen gewährleistet Rechtsschutz vor Zwangsräumung, Belästigung und anderen Bedrohungen und bietet Sicherheit, Frieden und Würde ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 6: Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse.*

Copyright

Hilfsoption	Beschreibung
Infrastruktur- und Siedlungsplanung	Die Unterstützung bei der Infrastruktur- und Siedlungsplanung dient der Verbesserung der Dienstleistungen einer Gemeinde und der Unterstützung der Planung nachhaltiger Lösungen zur Übergangsansiedlung und für den Wiederaufbau. Die Unterstützung bei der Infrastruktur- und Siedlungsplanung kann in zwei Kategorien unterteilt werden: diejenige, die in erster Linie vom Sektor der Notunterkünfte koordiniert wird, und diejenige, die hauptsächlich von anderen Sektoren koordiniert wird.
Unterstützung im Bereich der Sammelunterkünfte	Bestehende Gebäude können als Sammelunterkünfte oder Evakuierungsstellen bzw. als Notunterkünfte genutzt werden. Das können Schulen, Gemeinschaftsgebäude, überdachte Spielpätze, religiöse Einrichtungen oder leerstehende Immobilien sein. Solche Immobilien müssen eventuell für die Wohnzwecke angepasst oder aufgewertet werden ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 3: Wohnraum.* Wenn Schulgebäude zur Unterbringung der von Krisen betroffenen Menschen genutzt werden, sind unverzüglich alternative Gebäude zu identifizieren und zu verwenden, um den Schulbetrieb fortsetzen zu können ⊕ *siehe Richtlinien für Sammelunterkünfte und INEE Handbook.*
Verwaltung von Siedlungen und Sammelunterkünften	⊕ *Siehe Richtlinien für Sammelunterkünfte.*
Trümmerbeseitigung und Umgang mit den Toten	Durch Aufräumarbeiten kann die öffentliche Sicherheit verbessert und der Zugang zu den Betroffenen erleichtert werden. Berücksichtigen Sie auch die Umweltauswirkungen ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standards 2 und 7.* Sorgen Sie für einen angemessenen Umgang und eine angemessene Identifizierung der Toten ⊕ *siehe Gesundheit 1.1 und WASH 6.*
Wiederherstellung und/oder Bau gemeinsamer Infrastruktur	Sorgen Sie für die Wiederherstellung oder den Bau notwendiger Infrastrukturen wie Wasserversorgung, Sanitäreinrichtungen, Straßen, Entwässerung, Brücken und Elektrizität ⊕ *siehe WASH-Kapitel zur Anleitung sowie Notunterkünfte und Siedlungen – Standards 2: Standort- und Siedlungsplanung.*
Wiederherstellung und/oder Bau von kommunalen Einrichtungen	***Bildung:*** Schulen, kinderfreundliche Räume, sichere Spielbereiche, ⊕ *siehe INEE Handbook* ***Gesundheitsdienst:*** Gesundheitszentren und Krankenhäuser ⊕ *siehe Gesundheitssysteme – Standard 1.1: Erbringung von Gesundheitsdiensten* ***Sicherheit:*** Polizeiposten oder Überwachungsstellen der Gemeinde ***Kommunale Aktivitäten:*** Treffpunkte für Entscheidungsfindung, Freizeitgestaltung und Gottesdienst, Brennstofflagerung, Kochgelegenheiten und Feststoffabfallentsorgung ***Wirtschaftliche Aktivitäten:*** Märkte, Land und Raum für Vieh, Raum für Lebensgrundlagen und Geschäfte.
Stadt-/Dorfplanung und Flächennutzung	Beziehen Sie bei der Neuplanung von Wohngebieten nach einer Krise die lokalen Behörden und Stadtplaner mit ein, sodass die Vorschriften und gegenseitigen Interessen aller Beteiligten beachtet werden ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 2: Standort- und Siedlungsplanung.*
Umsiedlung	Umsiedlung ist ein Prozess, bei dem der Wohnraum einer Familie oder Gemeinde, die Anlagen und öffentliche Infrastruktur an einem anderen Ort wiederaufgebaut werden muss.

Copyright

Anlage 5
Umsetzungsoptionen

Die gewählte Methode zur Bereitstellung der Hilfe hat einen Einfluss auf die Qualität, den Zeitplan, den Umfang und die Kosten. Wählen Sie die Umsetzungsoptionen auf der Grundlage des Verständnisses der lokalen Märkte, einschließlich des Rohstoff-, Arbeits- und Mietmarktes, und unterstützen Sie dabei die wirtschaftliche Erholung ⊕ *siehe Über Sphere – Anlage: Hilfeleistung über die Märkte.*. Beachten Sie die Auswirkungen der gewählten Umsetzungsoptionen in Bezug auf Beteiligung und Verantwortungsbewusstsein, Geschlechterdynamik, sozialen Zusammenhalt und Möglichkeiten der Existenzsicherung.

Umsetzungsoption	Beschreibung
Technische Hilfe und Qualitätssicherung	Technische Hilfe ist ein integraler Bestandteil bei jeder Hilfsaktion im Bereich Notunterkünfte und Siedlungen, unabhängig von der Art der bereitgestellten Hilfe ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 5: Technische Hilfe.*
Finanzielle Unterstützung	Durch finanzielle Unterstützung können Haushalte und Gemeinschaften auf Waren oder Dienstleistungen zugreifen oder ihre Bedürfnisse im Bereich von Unterkunfts- und Siedlungslösungen decken. Je nach Risiko und Komplexität der Aufgabe ist die finanzielle Unterstützung durch technische Hilfe und Kapazitätsaufbau zu ergänzen. Folgende marktbasierte Transfermöglichkeiten bestehen: ***Bedingungsgebundene Bargeldtransfers:*** Diese sind nützlich, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt werden müssen, z. B. das Tranchensystem. ***Eingeschränktes Bargeld oder Gutscheine:*** Nützlich für bestimmte Waren oder die Einbindung von Verkäufern. ***Bedingungslos, uneingeschränkt oder für verschiedene Zwecke.*** ***Zugang zu Finanzdienstleistungen*** wie Spargruppen, Darlehen, Kleinstkredite, Versicherungen und Garantiescheine. ⊕ *siehe Über Sphere – Anlage: Hilfeleistung über die Märkte.*
Materielle Unterstützung durch Sachleistungen	Die Beschaffung und anschließende Verteilung von Artikeln und Materialien direkt an die betroffenen Haushalte ist eine Option, wenn die lokalen Märkte nicht in der Lage sind, die entsprechende Qualität oder Menge bzw. rechtzeitig zu liefern. ⊕ *siehe Über Sphere – Anlage: Hilfeleistung über die Märkte.*
Auftragsvergabe und Auftragsarbeiten	Die Beauftragung oder Bestellung von Arbeitskräften, um Ziele im Notunterkunfts- und Siedlungsbau zu erreichen, und zwar über eigentümerbetriebene, auftragnehmerbetriebene oder organisationsbetriebene Modelle ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 5: Technische Hilfe.*
Kapazitätsaufbau	Die Verbesserung und Schulung der Fähigkeiten ermöglichen den Interessengruppen, eine bessere Hilfe anzubieten, sowohl auf individueller als auch gemeinschaftlicher Ebene, sowie zusammenzuarbeiten und zusammen gemeinsame Herausforderungen anzugehen und Instrumente zu entwickeln, wie etwa Entwurf und Umsetzung von Baunormen und -vorschriften. ⊕ *siehe Notunterkünfte und Siedlungen – Standard 5: Technische Hilfe.* Ein erfolgreicher Kapazitätsaufbau sollte es den Experten ermöglichen, sich auf die Überwachung der Tätigkeiten der lokalen Interessengruppen zu konzentrieren und ihre Hilfe für eine höhere Anzahl von Personen anzubieten.

Eine Tabelle mit möglichen Hilfs- und Umsetzungsoptionen im Zusammenhang mit den Siedlungsszenarien finden Sie unter www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Copyright

Anlage 6
Mögliche Hilfs- und Umsetzungsoptionen im Zusammenhang mit Siedlungsszenarien

		Siedlungsszenario										
		Nicht vertrieben			Vertrieben							
					Verstreut				Gemeinschaftlich			
		Vom Eigentümer bewohnte Wohnungen/ Grundstücke	Wohnungen oder Grundstücke zur Miete	Informell besetzte Wohnungen/ Grundstücke	Miet-verhältnis	Unter-bringung als Gast	Spontane Unterbringung	Sammel-unterkunft	Geplante Siedlung	Ungeplante Siedlung	Indirekt Betroffene
Hilfsoptionen	**Dimension der Not-unterkunft für den Haushalt**											
	Haushalts-gegenstände	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Bausätze für Notunterkünfte	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Werkzeugsätze für Notunterkünfte	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Zelte	X	X	X	X	X	X		X	X	
	Unterstützung bei Rückkehr und Transit				X	X	X	X	X	X	
	Reparaturen	X	X	X	X	X		X			X
	Nachrüstung	X	X	X	X	X					X
	Unterstützung der Gastgeber					X			X	X	X
	Miethilfe				X						
	Temporäre Notunterkünfte	X	X	X			X		X	X	
	Provisorische Notunterkunfts-lösungen	X	X	X			X		X	X	
	Kerngebäude	X	X	X					X		
	Wiederaufbau/ Umbau	X							X		

Copyright

			Siedlungsszenario									
			Nicht vertrieben			Vertrieben						
						Verstreut			Gemeinschaftlich			
	Dimen-sion der Siedlung	Informationszentren	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Rechtliches und administratives Fachwissen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Sicherung der Wohnverhältnisse		X	X	X	X	X	X	X	X	
		Infrastruktur- und Siedlungsplanung			X			X		X	X	X
		Stadt-/Dorfplanung und Flächennutzung		X	X	X	X	X	X	X	X	
		Unterstützung im Bereich der Sammelunterkünfte							X			X
		Verwaltung von Siedlungen und Sammelunterkünften							X	X	X	X
		Trümmerbeseitigung und Umgang mit den Toten	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Wiederherstellung und/oder Bau gemeinsamer Infrastruktur	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Copyright

			Siedlungsszenario									
			Nicht vertrieben			Vertrieben						
						Verstreut			Gemeinschaftlich			
		Wiederherstellung und/oder Bau von kommunalen Einrichtungen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Stadt-/Dorfplanung und Flächennutzung	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Umsiedlung	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Umset-zungsopti-onen		Technische Hilfe und Qualitätssicherung	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Finanzielle Unterstützung	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Materielle Unterstützung durch Sachleistungen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Auftragsvergabe und Auftragsarbeiten	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Kapazitätsaufbau	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Copyright

Copyright

Quellen und weiterführende Literatur

Internationale Rechtsinstrumente

Artikel 25 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Archive of the International Council on Human Rights Policy, 1948. www.claiminghumanrights.org

General Comment No. 4: The Right to Adequate Housing (Art. 11.1 of the Covenant). UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1991. www.refworld.org

General Comment 7: The right to adequate housing (Art. 11.1 of the Covenant): forced evictions. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1997. www.escr-net.org

Guiding Principles on Internal Displacement. OCHA, 1998. www.internal-displacement.org

Pinheiro, P. *Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons.* OHCHR, 2005. www.unhcr.org

Refugee Convention. UNHCR, 1951. www.unhcr.org

Allgemein

Camp Closure Guidelines. Global CCCM Cluster, 2014. www.globalcccmcluster.org

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. http://cpwg.net

Emergency Handbook, 4th Edition. UNHCR, 2015. https://emergency.unhcr.org

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UNOCHA, 2014. https://docs.unocha.org

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. https://www.livestock-emergency.net

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. https://seepnetwork.org

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Post-Disaster Settlement Planning Guidelines. IFRC, 2012. www.ifrc.org

UN-CMCoord Field Handbook. UN OCHA, 2015. https://www.unocha.org

Siedlungsszenarien

Humanitarian Profile Support Guidance. IASC Information Management Working Group, 2016. www.humanitarianresponse.info

Shelter after Disaster. Shelter Centre, 2010. http://shelterprojects.org

Copyright

Temporäre Siedlungen

Collective Centre Guidelines. UNHCR and IOM, 2010. https://www.globalcccmcluster.org

Bargeld, Gutscheine, Marktbewertungen/Behinderungen

All Under One Roof: Disability-inclusive Shelter and Settlements in Emergencies. IFRC, 2015. www.ifrc.org

CaLP CBA quality toolbox. http://pqtoolbox.cashlearning.org

Gender und geschlechtsspezifische Gewalt

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2015. Part 3, section 11: Shelter, Settlement and Recovery. https://gbvguidelines.org

IASC Gender Handbook for Humanitarian Action. IASC, 2017. https://reliefweb.int

Security of Tenure in Humanitarian Shelter Operations. NRC and IFRC, 2014. www.ifrc.org

Kinderschutz

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, Global Protection Cluster, 2012. http://cpwg.net

Schulen und öffentliche Gebäude

Guidance Notes on Safer School Construction (INEE Toolkit). INEE, 2009. http://toolkit.ineesite.org

Städtischer Kontext

Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses. IDMC, 2015. www.internal-displacement.org

Urban Shelter Guidelines. NRC, Shelter Centre, 2010. http://shelterprojects.org

Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse

Land Rights and Shelter: The Due Diligence Standard. Shelter Cluster, 2013. www.sheltercluster.org

Payne, G. Durand-Lasserve, A. *Holding On: Security of Tenure – Types, Policies, Practices and Challenges.* 2012. www.ohchr.org

Rapid Tenure Assessment Guidelines for Post-Disaster Response Planning. IFRC, 2015. www.ifrc.org

Securing Tenure in Shelter Operations: Guidance for Humanitarian Response. NRC, 2016. https://www.sheltercluster.org

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 25 (Rev.1). OHCHR and UN Habitat, 2014. www.ohchr.org

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 21 (Rev.1). OHCHR and UN Habitat, 2015. www.ohchr.org

Weiterführende Literatur

Weitere Literaturhinweise finden Sie unter
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Copyright

Copyright

Weiterführende Literatur

Evictions in Beirut and Mount Lebanon: Rates and Reasons. NRC, 2014. https://www.alnap.org/help-library/evictions-in-beirut-and-mount-lebanon-rates-and-reasons

Housing, Land and Property Training Manual. NRC, 2012. www.nrc.no/what-we-do/speaking-up-for-rights/training-manual-on-housing-land-and-property/

Land and Conflict: A Handbook for Humanitarians. UN Habitat, GLTN and CWGER, 2012. www.humanitarianresponse.info/en/clusters/early-recovery/document/land-and-conflict-handbook-humanitarians

Rolnik, R. *Special Rapporteur on Adequate Housing (2015) Guiding Principles on Security of Tenure for the Urban Poor.* OHCHR, 2015. www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/Pages/StudyOnSecurityOfTenure.aspx

Security of Tenure in Urban Areas: Guidance Note for Humanitarian Practitioners. NRC, 2017. http://pubs.iied.org/pdfs/10827IIED.pdf

Social Tenure Domain Model. UN Habitat and GLTN. https://stdm.gltn.net/

Baumanagement

How-to Guide: Managing Post-Disaster (Re)-Construction projects. Catholic Relief Services, 2012. https://www.humanitarianlibrary.org/resource/managing-post-disaster-re-construction-projects-1

Umwelt

Building Material Selection and Use: An Environmental Guide (BMEG). WWF Environment and Disaster Management, 2017. http://envirodm.org/post/materialguide

Environmental assessment tools and guidance for humanitarian programming. OCHA. www.eecentre.org/library/

Environmental Needs Assessment in Post-Disaster Situations: A Practical Guide for Implementation. UNEP, 2008. http://wedocs.unep.org/handle/20.500.11822/17458

Flash Environmental Assessment Tool. OCHA and Environmental Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org/resources/feat/

FRAME Toolkit: Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-Related Operations. UNHCR and CARE, 2009. www.unhcr.org/uk/protection/environment/4a97d1039/frame-toolkit-framework-assessing-monitoring-evaluating-environment-refugee.html

Green Recovery and Reconstruction: Training Toolkit for Humanitarian Action (GRRT). WWF & American Red Cross. http://envirodm.org/green-recovery

Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment (REA) in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International, 2003. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnads725.pdf

Copyright

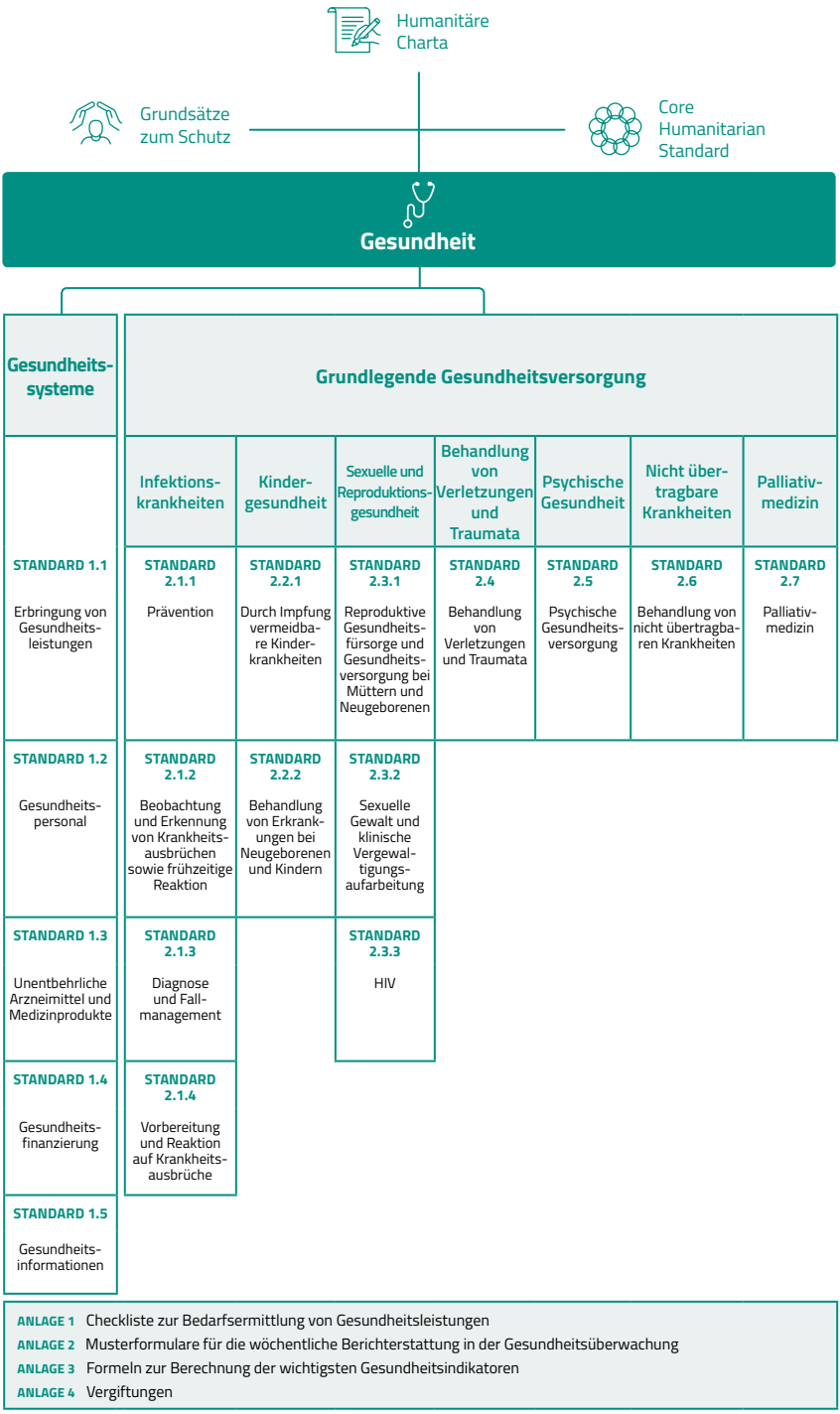
Shelter Environmental Impact Assessment and Action Tool 2008 Revision 3. UNHCR and Global Shelter Cluster, 2008.
www.sheltercluster.org/resources/documents/shelter-environmental-impact-assessment-and-action-tool-2008-revision-3

Quantifying Sustainability in the Aftermath of Natural Disasters (QSAND). IFRC and BRE Global. www.qsand.org

Copyright

Gesundheit

Copyright


Humanitäre Charta
Grundsätze zum Schutz
Core Humanitarian Standard
Gesundheit
Gesundheitssysteme
Grundlegende Gesundheitsversorgung
Infektionskrankheiten
Kindergesundheit
Sexuelle und Reproduktionsgesundheit
Behandlung von Verletzungen und Traumata
Psychische Gesundheit
Nicht übertragbare Krankheiten
Palliativmedizin
STANDARD 1.1 Erbringung von Gesundheitsleistungen
STANDARD 2.1.1 Prävention
STANDARD 2.2.1 Durch Impfung vermeidbare Kinderkrankheiten
STANDARD 2.3.1 Reproduktive Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsversorgung bei Müttern und Neugeborenen
STANDARD 2.4 Behandlung von Verletzungen und Traumata
STANDARD 2.5 Psychische Gesundheitsversorgung
STANDARD 2.6 Behandlung von nicht übertragbaren Krankheiten
STANDARD 2.7 Palliativmedizin
STANDARD 1.2 Gesundheitspersonal
STANDARD 2.1.2 Beobachtung und Erkennung von Krankheitsausbrüchen sowie frühzeitige Reaktion
STANDARD 2.2.2 Behandlung von Erkrankungen bei Neugeborenen und Kindern
STANDARD 2.3.2 Sexuelle Gewalt und klinische Vergewaltigungsaufarbeitung
STANDARD 1.3 Unentbehrliche Arzneimittel und Medizinprodukte
STANDARD 2.1.3 Diagnose und Fallmanagement
STANDARD 2.3.3 HIV
STANDARD 1.4 Gesundheitsfinanzierung
STANDARD 2.1.4 Vorbereitung und Reaktion auf Krankheitsausbrüche
STANDARD 1.5 Gesundheitsinformationen
ANLAGE 1 Checkliste zur Bedarfsermittlung von Gesundheitsleistungen
ANLAGE 2 Musterformulare für die wöchentliche Berichterstattung in der Gesundheitsüberwachung
ANLAGE 3 Formeln zur Berechnung der wichtigsten Gesundheitsindikatoren
ANLAGE 4 Vergiftungen

Copyright

Inhalt

Grundlegende Konzepte des Gesundheitswesens 292
1. Gesundheitssysteme 297
2. Grundlegende Gesundheitsversorgung 311
2.1 Infektionskrankheiten 311
2.2 Kindergesundheit 322
2.3 Sexuelle und Reproduktionsgesundheit 327
2.4 Behandlung von Verletzungen und Traumata 335
2.5 Psychische Gesundheit 339
2.6 Nicht übertragbare Krankheiten 343
2.7 Palliativmedizin 346
Anlage 1: Checkliste zur Bedarfsermittlung von Gesundheitsleistungen 349
Anlage 2: Musterformulare für die wöchentliche Berichterstattung in der Gesundheitsüberwachung 351
Anlage 3: Formeln zur Berechnung der wichtigsten Gesundheitsindikatoren 356
Anlage 4: Vergiftungen 358
Quellen und weiterführende Literatur 360

Copyright

Grundlegende Konzepte des Gesundheitswesens

Jeder Mensch hat das Recht auf eine rasche und angemessene Gesundheitsversorgung

Die Sphere Mindeststandards für die Gesundheitsversorgung sind eine praktische Umsetzung des Rechts auf Gesundheitsversorgung im humanitären Kontext. Die Standards basieren auf den in der Humanitären Charta niedergelegten Überzeugungen, Prinzipien, Rechten und Pflichten. Dazu gehören das Recht auf ein Leben in Würde, das Recht auf Schutz und Sicherheit sowie das Recht auf bedarfsabhängige humanitäre Hilfe.

Eine Liste der wichtigsten rechtlichen und politischen Dokumente, die der Humanitären Charta zugrunde liegen, darunter erläuternde Kommentare für Mitarbeitende humanitärer Organisationen, finden Sie ⊕ *in Anhang 1: Rechtliche Grundlage von Sphere.*

Das Ziel der Gesundheitsversorgung in Krisen besteht in der Verringerung von übermäßiger Mortalität und Morbidität.

Humanitäre Krisen haben erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlergehen der betroffenen Bevölkerung. Der Zugang zu einer lebensrettenden Gesundheitsversorgung ist in den ersten Phasen einer Krise von größter Wichtigkeit. Die Gesundheitsversorgung kann auch die Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Palliativmedizin in jeder Phase der Reaktion umfassen.

Die Auswirkungen einer Krise auf die öffentliche Gesundheit kann direkter Natur sein (Verletzung oder Tod in Folge der Krise) oder indirekter Natur (geänderte Lebensumstände, Vertreibung, fehlender rechtlicher Schutz oder schlechterer Zugang zur Gesundheitsversorgung).

Überfüllte unangemessene Unterkünfte, schlechte Sanitäreinrichtungen, unzulängliche Wassermenge oder -qualität sowie eine verringerte Lebensmittelsicherheit erhöhen die Gefahr einer Unterernährung und den Ausbruch von Infektionskrankheiten. Auch extreme Stressfaktoren können psychische Gesundheitsprobleme auslösen. Die Abschwächung von sozialen Unterstützungsmechanismen und Selbsthilfesystemen können zu negativen Bewältigungsmechanismen und einer verminderten Inanspruchnahme von Hilfsleistungen führen. Ein schlechterer Zugang zu Gesundheitsversorgung und eine Unterbrechung der medizinischen Versorgung können laufende Behandlungen wie etwa die Gesundheitsversorgung von Müttern und die Behandlung von HIV, Diabetes und psychischen Erkrankungen beeinträchtigen.

Hauptziel einer Gesundheitsmaßnahme in Krisen besteht darin, übermäßige Mortalität und Morbidität zu verhindern und zu verringern. Mortalitäts- und Morbiditätsmuster und damit die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung variieren je nach Art und Ausmaß der Krise.

Die nützlichsten Indikatoren für das Monitoring und die Evaluierung des Schweregrads einer Krise sind die Sterblichkeitsrate (Crude Mortality Rate, CMR) und die sensiblere Sterblichkeitsrate von Kindern unter 5 Jahren (Under 5 Crude Mortality Rate, U5CMR). Eine Verdoppelung oder mehr der CMR- oder U5CMR-Ausgangsrate weist auf einen erheblichen Notfall in der öffentlichen Gesundheit hin und erfordert sofortige Maßnahmen ⊕ *siehe Anlage 3: Formeln zur Berechnung der wichtigsten Gesundheitsindikatoren.*

Copyright

Da es keine bekannte Basislinie gibt, gelten die folgenden Notfallgrenzwerte:

- CMR >1/10.000/Tag
- U5CMR >2/10.000/Tag

Die Notfallgrenzwerte müssen auf Landesebene festgelegt werden. Wenn ein U5CMR-Ausgangswert beispielsweise bereits die Notfallgrenzwerte übersteigt, wäre es unethisch, darauf zu warten, dass sich dieser Wert verdoppelt.

Unterstützung und Entwicklung bestehender Gesundheitssysteme

Ein gesundheitssystembasierter Ansatz setzt das Recht auf Gesundheit in einer Krise sukzessive um, weswegen es wichtig ist zu überlegen, wie bestehende Systeme unterstützt werden können. Die Einstellung von (nationalen und internationalen) Mitarbeitern hat kurz- und langfristige Auswirkungen auf das nationale Gesundheitssystem. Nach der Analyse können gut geplante Gesundheitsinterventionen die bestehenden Gesundheitssysteme sowie deren künftige Wiederherstellung und Weiterentwicklung optimieren.

In der ersten Phase einer Krise müssen gezielte Gesundheits- und sektorenübergreifende Schnellbeurteilungen priorisiert werden. Unvollständige Informationen und unzugängliche Gebiete sollten eine rasche Entscheidungsfindung im Sinne der öffentlichen Gesundheit nicht behindern. Umfassendere Beurteilungen sollten so rasch wie möglich durchgeführt werden.

Krisen in städtischen Gebieten erfordern einen anderen Zugang zu Gesundheitsmaßnahmen

Maßnahmen in städtischen Gebieten müssen die Bevölkerungsdichte ebenso berücksichtigen wie die Bebauungspolitik, soziale Strukturen und bestehende soziale Einrichtungen. Die Identifizierung von gefährdeten Personen oder Personen ohne Zugang zu einer Gesundheitsversorgung stellt eine große Herausforderung dar. Die Bedürfnisse können dabei rasch die Möglichkeiten übersteigen. Menschen, die in Städten und Großstädten Zuflucht suchen, wissen selten über die bestehenden Gesundheitsdienste bzw. den Zugang dazu Bescheid, was das Risiko einer weiteren Zunahme an Infektionskrankheiten mit sich bringt. Mithilfe von öffentlicher Informationsarbeit können die Menschen mit den neuen Stressfaktoren eines städtischen Umfelds, wie etwa unzulänglichem Zugang zu Unterkünften, Lebensmitteln, Gesundheitsversorgung, Jobs oder sozialen Hilfsnetzwerken, besser umgehen.

Gerüchte und Falschinformationen verbreiten sich in Städten sehr schnell. Nutzen Sie Technologien, um unverzüglich exakte Informationen über die Gesundheitsversorgung und die Gesundheitsdienste bereitzustellen. Sekundäre und tertiäre Gesundheitsdienstleister sind in Städten oft aktiver, steigern Sie daher deren Kapazität zur Erbringung primärer Gesundheitsversorgung. Binden Sie diese in Frühwarn- und Maßnahmenpakete für Infektionskrankheiten ein und steigern Sie deren Kapazität zur Erbringung ihrer gewohnten spezialisierten Leistungen.

Diese Mindeststandards sollten nicht isoliert angewendet werden

Die in diesem Kapitel dargelegten Mindeststandards spiegeln den Kern des Rechts auf eine angemessene Gesundheitsversorgung wider und tragen zur schrittweisen Umsetzung dieses Rechts auf globaler Ebene bei. Dieses Recht steht in Verbindung mit dem Recht auf Wasser und Sanitäreinrichtungen, Lebensmittel und Unterkunft. Die Erreichung der Mindeststandards von Sphere in einem Bereich wirkt sich auch positiv

Copyright

auf die Fortschritte in anderen Bereichen aus. Koordinieren Sie die Bemühungen eng mit anderen Sektoren und arbeiten Sie mit diesen zusammen.

Sprechen Sie sich mit lokalen Behörden und anderen zuständigen Stellen ab, um sicherzustellen, dass die Bedürfnisse erfüllt werden, keine doppelten Maßnahmen ergriffen werden und die Qualität der Gesundheitsmaßnahmen optimiert wird. Die Koordination zwischen den Akteuren im Gesundheitssektor ist auch wichtig, um die Bedürfnisse unparteiisch zu erfüllen und dafür zu sorgen, dass auch schwer erreichbare Personen, gefährdete oder marginalisierte Personen Zugang zu einer entsprechenden Betreuung haben. Querverweise in diesem Handbuch weisen auf einige mögliche Verknüpfungspunkte hin.

Wo die nationalen Standards unter den Mindeststandards von Sphere liegen, sollten Sie mit den Regierungsstellen an der sukzessiven Anhebung dieser Standards arbeiten.

Über Prioritäten sollte auf Basis von fundierten Informationen entschieden werden, die zwischen den Bereichen ausgetauscht werden; sie sollten je nach Entwicklung der Situation angepasst werden.

Völkerrecht zum Schutz des Rechts auf Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsversorgung muss ohne Diskriminierung erfolgen und zugänglich, d.h. verfügbar, akzeptabel, nutzbar und von guter Qualität sein. Die Staaten sind verpflichtet, dieses Recht während Krisen sicherzustellen ⊕ *siehe Anhang 1: Rechtliche Grundlage von Sphere*.

Das Recht auf Gesundheitsversorgung kann nur dann gewährleistet werden, wenn

- die Bevölkerung geschützt ist,
- die für das Gesundheitssystem zuständigen Experten gut geschult sind und sich den universellen ethischen Grundsätzen und professionellen Standards verschrieben haben,
- das Gesundheitssystem die Mindeststandards erfüllt und
- der Staat in der Lage und Willens ist, sichere und stabile Bedingungen zu schaffen und zu bewahren, unter denen eine Gesundheitsversorgung erbracht werden kann.

Angriffe, Bedrohungen und sonstige gewalttätige Behinderungen der Arbeit von Gesundheitsmitarbeitenden, Einrichtungen und von medizinischen Transporten stellen einen Verstoß gegen das humanitäre Völkerrecht dar. Dieser Schutz leitet sich von den grundlegenden Verpflichtungen in Bezug auf den Respekt und den Schutz von Verletzten und Kranken ab.

Humanitäre Organisationen sollten die Art der Bedrohung und die Reaktion darauf genau analysieren. So wird etwa auf einen Angriff durch eine nationale Armee anders reagiert als auf eine Bedrohung von der lokalen Gemeinde ⊕ *siehe Besondere Überlegungen zum Schutz der Gesundheitsversorgung* weiter unten.

Verknüpfungen zu den Grundsätzen zum Schutz und zum Core Humanitarian Standard

Die Akteure im Gesundheitssektor müssen sich auf humane Weise um die Verletzten und Kranken kümmern und ohne Voreingenommenheit eine bedarfsgerechte, unparteiische Versorgung leisten. Vertraulichkeit, Datenschutz und Privatsphäre müssen unbedingt gewahrt werden, um Einzelpersonen vor Gewalt, Missbrauch und anderen Problemen zu schützen.

Medizinische Mitarbeitende sind häufig Ersthelfende bei Gewalt gegen Einzelpersonen, so auch bei geschlechtsspezifischer Gewalt und dem Missbrauch und

Copyright

der Vernachlässigung von Kindern. Schulen Sie die Mitarbeitenden bezüglich der Identifizierung und Überweisung solcher Fälle an die Sozialfürsorge oder an Schutzbeauftragte unter Verwendung vertraulicher Kommunikations- und Überweisungssysteme. Unbegleitete oder von ihrer Familie getrennte Kinder, die eine kritische Gesundheitsversorgung benötigen, aber ohne Erziehungsberechtigten sind, der seine Zustimmung erteilt, bedürfen eines ganz besonderen Schutzes. Beraten Sie sich nach Möglichkeit mit dem Kind und den zuständigen lokalen Behörden. Das Recht auf Leben und Gesundheitsversorgung ist grundlegend, um zum Wohl des Kindes zu handeln; es kann gegenüber dem Recht auf Zustimmung Vorrang haben. Die Entscheidungen müssen kontextabhängig und entsprechend der kulturellen Normen und Praktiken getroffen werden. Eine internationale medizinische Evakuierung und die Überweisung und Überführung unbegleiteter Kinder erfordert eine genaue Dokumentation sowie die Einbindung von Schutzeinrichtungen und lokalen Behörden.

Die Gesundheitsversorgung muss immer öfter auf See erbracht werden, so auch in internationalen Gewässern oder unmittelbar nach dem Landgang der jeweiligen Personen. Dies geht mit konkreten schutzbezogenen Herausforderungen und komplexen politischen Fragen einher und erfordert eine sorgfältige Planung und Vorbereitung sowie die Verringerung von Schutzrisiken.

Beurteilen Sie die zivil-militärische Zusammenarbeit, insbesondere in Konflikten, genau. Militärische und bewaffnete Gruppen können wichtige Anbieter von Gesundheitsleistungen sein, auch für die Zivilbevölkerung. Humanitäre Organisationen müssen – als letzte Möglichkeit – möglicherweise militärische Leistungen wie etwa infrastrukturelle Unterstützung in Anspruch nehmen, um die Stromversorgung in Gesundheitseinrichtungen wiederherzustellen oder logistische Unterstützung wie etwa den Transport von medizinischen Produkten oder eine medizinische Evakuierung erbringen zu können. Der Rückgriff auf das Militär sollte im Kontext des Zugangs zur Gesundheitsversorgung entsprechend der Auffassung von Neutralität und Unparteilichkeit erfolgen ⊕ *siehe Humanitäre Charta* und *Kontexte mit nationalen oder internationalen Streitkräften* im Kapitel *Über Sphere*

Bei der Anwendung der Mindeststandards sollten alle neun Verpflichtungen des Core Humanitarian Standard berücksichtigt werden. Im Zuge von Gesundheitsmaßnahmen müssen Feedbackmechanismen eingerichtet werden ⊕ *siehe Core Humanitarian Standard – Verpflichtung 4.*

Überlegungen zum Schutz der Gesundheitsversorgung

Um Angriffe auf Gesundheitseinrichtungen, Rettungswagen und Gesundheitsmitarbeitende zu verhindern, sind nachhaltige Bemühungen auf internationaler und nationaler Ebene sowie auf Gemeindeebene nötig. Die Art der Bedrohung variiert je nach Kontext erheblich und sollte angesprochen und gemeldet werden. Zum Schutz der Gesundheitsversorgung sollten die Akteure im Gesundheitssektor die folgenden Aspekte in ihrer Arbeit und bei der Unterstützung von Gesundheitsministerien oder anderen zuständigen Stellen berücksichtigen.

Während jeglicher Notfälle – und insbesondere während eines Konflikts – müssen die Akteure im Gesundheitssektor neutral und unparteiisch auftreten und entsprechend dieser Grundsätze handeln, obwohl dies von den Konfliktparteien, der Gemeinde oder den Patienten möglicherweise nicht immer verstanden wird.

Befolgen Sie bei der Erbringung kritischer lebensrettender medizinischer Leistungen humanitäre Grundsätze und leisten Sie eine unparteiische und rein bedarfsabhängige

Copyright

Gesundheitsversorgung. Um die Neutralität zu wahren, betreuen Sie Verletzte und Kranke ohne Unterscheidung, sorgen Sie für die Sicherheit der Patienten und die Vertraulichkeit der medizinischen Informationen und personenbezogenen Daten.

Die Akzeptanz durch die lokalen Gemeinden, Amtsträger und Konfliktparteien können zum Schutz der Gesundheitsversorgung beitragen. Die Akteure im Gesundheitssektor sollten die Personen in ihrem Umfeld aufklären und die Sichtweise von Unparteilichkeit und Neutralität wahren. Der Behandlungsstandard einer Gesundheitseinrichtung, die Qualität der Leistungen und der Standort (etwa in der Nähe eines Militärcamps) werden diesen Eindruck ebenfalls beeinflussen.

Die Gesundheitseinrichtungen setzen normalerweise auf eine „no weapons" Politik, bei der die Waffen außerhalb einer Einrichtung oder eines Rettungswagens verbleiben. Dies trägt zu einem neutralen Umfeld bei, kann Spannungen oder eine Eskalation des Konflikts innerhalb der Einrichtung vermeiden und verhindern, dass die Einrichtung selbst zum Ziel wird.

Ergreifen Sie physische Sicherheitsvorkehrungen, um die Einrichtung und die Mitarbeitenden vor Gefahren zu schützen. Seien Sie sich gleichzeitig darüber im Klaren, inwieweit Sicherheitsvorkehrungen die Wahrnehmung der Öffentlichkeit und die Akzeptanz der Gesundheitseinrichtung beeinflussen können.

Humanitäre Organisationen müssen die Risiken und Vorteile bei der Art und Weise der Erbringung ihrer Leistungen abwägen und berücksichtigen, wie dies das Vertrauen der Gemeinde und die Akzeptanz beeinflusst. Bei manchen Einsätzen mag es angemessen sein, unauffällig aufzutreten (etwa ohne Kennzeichen von Einrichtungen oder Standorten), während es in anderen besser sein kann, große Logos auf Einrichtungen und Standorten zu platzieren.

Copyright

1. Gesundheitssysteme

Ein gut funktionierendes Gesundheitssystem kann auf alle gesundheitlichen Bedürfnisse in einer Krise eingehen, sodass sogar während einer großen Gesundheitskrise, wie etwa einem Ebola-Ausbruch, andere Aktivitäten der Gesundheitsversorgung fortgesetzt werden können. Leicht behandelbare Erkrankungen können weiterhin behandelt werden, und primäre Gesundheitsprogramme für Mutter und Kind laufen weiter, was eine übermäßige Mortalität und Morbidität verhindert. Jeder Akteur, der zur Förderung, Wiederherstellung oder Bewahrung der Gesundheit beiträgt, trägt damit zum gesamten Gesundheitssystem bei. Das Gesundheitssystem umfasst alle Ebenen, von nationalen und regionalen Stellen, Bezirks- und Gemeindeeinrichtungen bis zu Betreuungspersonen in Privathaushalten, dem Militär und Privatsektor.

In Krisen werden Gesundheitssysteme und die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung oft geschwächt – selbst noch ehe die Nachfrage steigt. Die Gesundheitsmitarbeitenden kommen möglicherweise nicht an ihr Ziel, die Versorgung mit medizinischen Gütern kann unterbrochen oder die Infrastruktur beschädigt sein. Es ist wichtig, die Auswirkungen der Krise auf die Gesundheitssysteme zu verstehen, um die Prioritäten für humanitäre Maßnahmen festlegen zu können.

Humanitäre Akteure agieren nur selten in Notfällen, bei denen noch kein Gesundheitssystem vorhanden ist. Wenn ein System Schwächen aufweist, muss dieses verbessert oder weiterentwickelt werden (etwa durch Überweisungswege, die Erhebung und Analyse von Gesundheitsinformationen).

Die Standards in diesem Abschnitt befassen sich mit fünf zentralen Aspekten eines gut funktionierenden Gesundheitssystems:

- Erbringung hochwertiger Gesundheitsleistungen
- gut geschultes und motiviertes Gesundheitspersonal
- angemessene Bereitstellung, Management und Verwendung von Medikamenten, Diagnostika und Technologie
- angemessene Finanzierung der Gesundheitsversorgung
- aussagekräftige Gesundheitsinformationen und Analyse

Diese Aspekte beeinflussen einander in vielerlei Hinsicht. So etwa führen ein Mangel an Gesundheitsmitarbeitenden oder grundlegenden Medikamenten zu einer schlechteren Dienstleistungserbringung.

Führung und Koordination sind unabdingbar, um sicherzustellen, dass die Bedürfnisse auf unparteiische Weise adressiert werden. Das Gesundheitsministerium leitet und koordiniert die Maßnahmen normalerweise und kann die Unterstützung anderer Gesundheitsakteure anfordern. Manchmal fehlt es im Gesundheitsministerium an Kapazität oder Bereitschaft, die Rolle auf effiziente und unparteiische Weise zu übernehmen, sodass eine andere Stelle diese Verantwortung wahrnehmen sollte. Wenn das Gesundheitsministerium keinen Zugang hat oder nicht in allen Landesteilen akzeptiert werden würde, sollten die humanitären Akteure versuchen, das akzeptierte bestehende System zu unterstützen – insbesondere in akuten Notsituationen. Überlegen Sie genau, wie Sie mit nicht-staatlichen und anderen Akteuren zusammenarbeiten möchten und inwieweit diese in der Lage sind, die Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung zu erbringen oder zu koordinieren.

Copyright

Der Zugang zur Bevölkerung ist wichtig, muss aber in Hinblick auf eine unparteiische und neutrale Unterstützung mit einem klaren Verständnis der humanitären Grundsätze und der Implikationen erfolgen. Die Koordination sollte auf und zwischen allen Ebenen der Gesundheitsversorgung von nationaler Ebene bis hin zu Gemeindeebene und gemeinsam mit anderen Sektoren wie etwa WASH, Ernährung und Bildung sowie mit sektorübergreifenden technischen Arbeitsgruppen, wie etwa zur Unterstützung psychischer Gesundheit und zur psychosozialen Unterstützung, bei geschlechtsspezifischer Gewalt und HIV, erfolgen.

Standard für Gesundheitssysteme 1.1: Erbringung von Gesundheitsleistungen

Die Menschen haben Zugang zu einer integrierten, hochwertigen Gesundheitsversorgung, die sicher, effektiv und patientenzentriert ist.

Schlüsselaktivitäten

1. Bieten Sie eine ausreichende und angemessene Gesundheitsversorgung auf den unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems.
   - Priorisieren Sie bei akuten Notfällen Gesundheitsdienste auf Landesebene oder auf der nächstgelegenen operativen Ebene – je nach der Art der Krise, dem epidemiologischen Profil und der Kapazität des Gesundheitssystems.
   - Identifizieren Sie unterschiedliche Arten der Betreuung, die auf unterschiedlichen Ebenen (Haushalte, Gemeinden, Gesundheitseinrichtungen und Krankenhäuser) verfügbar sein sollten.
2. Schaffen oder stärken Sie die Mechanismen zur Klassifizierung von Patienten nach der Intensität der Behandlung (Triage) und der Überweisungssysteme.
   - Implementieren Sie in Konfliktsituationen Protokolle für die Triage in Gesundheitseinrichtungen oder vor Ort, sodass jene, die sofortige Betreuung benötigen, rasch identifiziert und behandelt bzw. stabilisiert werden, ehe sie zur weiteren Behandlung an eine andere Stelle überwiesen und transportiert werden.
   - Sorgen Sie für effektive Überweisungen zwischen den verschiedenen Behandlungsebenen und -diensten, einschließlich geschützter und sicherer Notfalltransporte, sowie zwischen den einzelnen Sektoren wie etwa Ernährung und Kinderschutz.
3. Adaptieren oder verwenden Sie standardisierte Protokolle für Gesundheitsversorgung, Fallmanagement und rationale Anwendung von Arzneimitteln.
   - Nutzen Sie nationale Standards, darunter Listen für unentbehrliche Arzneimittel, und passen Sie diese an den jeweiligen Notfall an.
   - Ziehen Sie internationale Richtlinien heran, wenn die nationalen Richtlinien veraltet oder nicht verfügbar sind.
4. Bieten Sie eine Gesundheitsversorgung, die das Recht der Patienten auf Würde, Privatsphäre, Vertraulichkeit, Sicherheit und Einwilligung nach Aufklärung garantiert.

Copyright

- Sorgen Sie für Sicherheit und Datenschutz, sodass jeder Mensch Zugang zu einer Behandlung hat, einschließlich häufig stigmatisierter Personen mit HIV oder sexuell übertragbaren Krankheiten.

5 Bieten Sie eine sichere Gesundheitsversorgung und vermeiden Sie jeglichen Schaden, Nebenwirkungen oder Missbrauch.

- Implementieren Sie ein System zur Meldung und Prüfung unerwünschter medizinischer Ereignisse.
- Legen Sie Richtlinien zur Meldung von Missbrauch oder sexueller Gewalt fest.

6 Setzen Sie in jeder medizinischen Institution geeignete Maßnahmen zur Infektionsprävention und -kontrolle ein, darunter WASH-Mindeststandards und Mechanismen zur Entsorgung medizinischer Abfälle.

- Wenden Sie sich bei Krankheitsausbrüchen wie etwa von Cholera oder Ebola an spezialisierte Stellen wie etwa die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die UNICEF und Ärzte ohne Grenzen.

7 Sorgen Sie auf der Grundlage guter öffentlicher Gesundheitspraktiken für einen sicheren, würdevollen und kulturell angemessenen Umgang mit den Toten bzw. deren Bestattung.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Bevölkerung, der innerhalb von 60 Gehminuten vom jeweiligen Wohnort Zugang zu einer primären Gesundheitsversorgung hat

- Mindestens 80 Prozent

Prozentsatz von Gesundheitseinrichtungen, die priorisierte Gesundheitsdienste erbringen

- Mindestens 80 Prozent

Anzahl von stationären Betten (ausgenommen Entbindungsbetten) pro 10.000 Personen

- Mindestens 18

Prozentsatz der Bevölkerung, die eine Überweisung auf die nächste Stufe der Gesundheitsversorgung benötigt

Prozentsatz der Patienten, die in einer angemessenen Zeit überwiesen werden

Leitlinien

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung hängt von der Verfügbarkeit der Gesundheitsversorgung ab, darunter physische Erreichbarkeit, Akzeptanz und Bezahlbarkeit für alle.

Verfügbarkeit: Die Gesundheitsversorgung kann über eine Kombination aus Gesundheitseinrichtungen auf Gemeindeebene, mobile und stationäre Gesundheitseinrichtungen erfolgen. Anzahl, Typ und Standort sind dabei je nach Kontext unterschiedlich. Eine breit gefasste Richtlinie für die geplante Abdeckung durch stationäre Gesundheitseinrichtungen sieht Folgendes vor:

- eine Gesundheitseinrichtung pro 10.000 Personen
- ein Bezirks- oder ländliches Krankenhaus pro 250.000 Personen.

Copyright

Diese können jedoch nicht in allen Situationen eine ausreichende Gesundheitsversorgung gewährleisten. In ländlichen Gebieten wäre eine Einrichtung für 50.000 Personen in Verbindung mit Fallmanagementprogrammen auf Gemeindeebene und mobilen Kliniken ein besseres Ziel. Im städtischen Raum können sekundäre Gesundheitseinrichtungen die erste Anlaufstelle sein und daher die primäre Versorgung von mehr als 10.0000 Personen übernehmen.

In Notfällen ist eine schnelle Reaktionsfähigkeit auf einen kurzfristigen Bedarfsanstieg in der Gesundheitsversorgung entscheidend. Vermeiden Sie die Verdopplung bestehender Dienste, denn dies kann eine Verschwendung von Ressourcen darstellen und das Vertrauen in die bestehenden Einrichtungen verringern. Die Menschen müssen wieder Vertrauen in diese Einrichtungen haben, sobald die temporären Einrichtungen geschlossen werden.

Überwachen Sie die Auslastungsrate der Dienste. Eine geringe Auslastung kann auf eine schlechte Qualität, direkte oder indirekte Kostenbarrieren, die Bevorzugung anderer Dienste, eine Überschätzung der Bevölkerungszahlen oder sonstige Zugangsprobleme hinweisen. Eine höhere Auslastung kann auf ein Problem mit der öffentlichen Gesundheit oder eine Unterschätzung der Zielbevölkerungszahlen oder auch auf Zugangsprobleme an anderer Stelle hinweisen. Alle Daten sollten nach Geschlecht, Alter, Behinderung, ethnischer Herkunft und anderen Faktoren analysiert werden, die im jeweiligen Kontext relevant sein können. Zur Berechnung der Auslastung ⊕ *siehe Anlage 3: Formeln zur Berechnung der wichtigsten Gesundheitsindikatoren.*

Akzeptanz: Beraten Sie sich mit allen Teilen der Gemeinschaft, um Hürden beim Zugang zu den Leistungen durch unterschiedliche Gruppen in der Gemeinschaft und alle Seiten in einem Konflikt, insbesondere Risikogruppen, zu identifizieren und anzusprechen. Arbeiten Sie mit Frauen, Männern, Kindern, Menschen mit HIV und HIV-Risikogruppen, Menschen mit Behinderungen und älteren Personen zusammen, um deren Verhalten bei gesundheitlichen Problemen besser zu verstehen. Die Einbindung von Personen in das Design der Gesundheitsversorgung fördert das Engagement der Patienten sowie eine zeitgerechte Behandlung.

Bezahlbarkeit: ⊕ *Siehe Standard 1.4 für Gesundheitssysteme: Gesundheitsfinanzierung.*

Versorgung auf Gemeinschaftsebene: Die primäre Gesundheitsversorgung beinhaltet die Betreuung zu Hause und auf Gemeinschaftsebene. Der Zugang zur primären Gesundheitsversorgung kann über Gemeinde-Gesundheitspfleger oder Freiwillige, Ansprechpersonen in der Peer-Group oder in Zusammenarbeit mit Dorfgesundheitskomitees erfolgen, um die Einbeziehung von Patienten und Gemeinde zu verbessern. Die Betreuung kann von Präventionsprogrammen bis zur Förderung der Gesundheit oder einem Fallmanagement reichen und hängt vom Kontext ab. Alle Programme sollten eine Verbindung zur nächstgelegenen primären Gesundheitseinrichtung vorsehen, um eine integrierte Betreuung, klinische Aufsicht und Programmmonitoring sicherzustellen. Wenn Gemeinde-Gesundheitspfleger eine akute Unterernährung feststellen, ist eine Überweisung an Ernährungsberatungsstellen in Gesundheitseinrichtungen oder anderen Stellen erforderlich ⊕ *siehe Standard 1.2 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und der Ernährung: Ernährungsbeurteilung*. Integrieren Sie die Versorgung im Rahmen von Gemeindeprogrammen in andere Sektoren wie etwa WASH und Ernährung ⊕ *siehe WASH-Standard 1.1 zur Hygieneaufklärung* und *Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Standard 2.1 zum Management von Mangelernährung.*

Systeme zur ***Notfallüberweisung*** mit vorab festgelegten, sicheren und geschützten Transportmechanismen sollten rund um die Uhr verfügbar sein. Es sollte

Copyright

eine klinische Übergabe zwischen überweisender Stelle und aufnehmendem Gesundheitsdienstleister erfolgen.

Patientenrechte: Konzipieren Sie Gesundheitseinrichtungen und -dienste, die Privatsphäre und Vertraulichkeit ermöglichen, beispielsweise durch separate Behandlungsräume. Holen Sie vor medizinischen oder chirurgischen Eingriffen die Einwilligung der Patienten oder ihrer Erziehungsberechtigten nach entsprechender Aufklärung ein. Gehen Sie auf spezielle Aspekte ein, die sich auf die Einwilligung nach Aufklärung und die Sicherheit auswirken können, wie etwa Alter, Geschlecht, Behinderung, Sprache oder ethnische Zugehörigkeit. Richten Sie möglichst frühzeitig Mechanismen für Patientenfeedback ein. Schützen Sie die Patientendaten ⊕ *siehe Standard 1.5 für Gesundheitssysteme: Gesundheitsinformationen*.

Angemessene und sichere Einrichtungen: Wenden Sie Protokolle für die rationale Anwendung von Arzneimitteln und einen sicheren Umgang mit Arzneimitteln und Medizinprodukten an ⊕ *siehe Standard 1.3 für Gesundheitssysteme: Unentbehrliche Arzneimittel und Medizinprodukte*.

Sorgen Sie dafür, dass die Einrichtungen auch für Notfallsituationen geeignet sind. Stellen Sie sicher, dass es Behandlungsräume mit Privatsphäre, einen organisierten Patientenfluss, einen Abstand von 1 Meter zwischen den Betten, Belüftung, einen Sterilisierungsraum (keine Freilufteinrichtung) für Krankenhäuser, eine ausreichende Stromversorgung für kritische Geräte sowie adäquate WASH-Strukturen gibt. Überprüfen Sie bei einem Krankheitsausbruch die Infrastrukturanforderungen und Richtlinien, darunter Triage-, Überwachungs- und Quarantänebereiche.

Treffen Sie Vorkehrungen, um die Sicherheit, den Schutz und die Zugänglichkeit von Gesundheitseinrichtungen während einer Krise wie etwa einer Überschwemmung oder einem Konflikt zu gewährleisten.

Infektionsprävention und -kontrolle ist in jedem Umfeld unerlässlich, um Krankheiten und Antibiotikaresistenz zu verhindern. Selbst in Nicht-Krisenzeiten treten bei weltweit 12 Prozent der Patienten während der Behandlung Infektionen auf und 50 Prozent der Infektionen nach einer Operation sind resistent gegenüber bekannten Antibiotika.

Zentrale Aspekte der Infektionsprävention und -kontrolle beinhalten die Erstellung und Implementierung von Richtlinien (für Standardvorsichtsmaßnahmen, übertragungsbasierte Vorsichtsmaßnahmen und klinische aseptische Techniken), ein eigenes Infektionspräventions- und -kontrollteam in jedem Umfeld, die Schulung der Mitarbeitenden in der Gesundheitsversorgung, die Überwachung der Programme und die Integration der Erkennung von nosokomialen Infektionen und Antibiotikaresistenz in die Überwachungsprogramme. In der Gesundheitsversorgung sollte es ausreichend Personal und eine angemessene Arbeitauslastung, eine angemessene Bettenbelegung (nicht mehr als ein Patient pro Bett), eine angemessene Gebäudestruktur sowie sichere Hygienepraktiken geben ⊕ *siehe Standard 1.2 für Gesundheitssysteme: Gesundheitspersonal* ⊕ *siehe Angemessene und sichere Einrichtungen oben*, WASH-Infrastruktur und Ausrüstung ⊕ *siehe WASH-Standard 6: WASH in der Gesundheitsversorgung.*

Standardvorsichtsmaßnahmen sind Teil der Maßnahmen zur Infektionsprävention und -kontrolle und umfassen:

- *Prävention von Verletzungen durch spitze/scharfe Gegenstände:* Gehen Sie mit Nadeln, Skalpellen und anderen spitzen/scharfen Gegenständen vorsichtig um, etwa bei der Reinigung gebrauchter Instrumente oder bei der Entsorgung gebrauchter

Copyright

Nadeln. Personen mit Verletzungen durch spitze/scharfe Gegenstände sollten innerhalb von 72 Stunden eine HIV-Postexpositionsprophylaxe erhalten
⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.3.3 für sexuelle und Reproduktionsgesundheit: HIV.*

- *Verwendung von persönlicher Schutzausrüstung:* Stellen Sie je nach Risiko und der durchzuführenden Aufgabe eine entsprechende persönliche Schutzausrüstung bereit. Beurteilen Sie die Art der zu erwartenden Exposition (z. B. Spritzen, Sprühen, Kontakt oder Berührung) und die Kategorie der Krankheitsübertragung, die Strapazierfähigkeit und Eignung der persönlichen Schutzausrüstung für die Aufgabe (wie etwa flüssigkeitsresistent oder flüssigkeitsfest) sowie die Eignung der Geräte. Eine zusätzliche persönliche Schutzausrüstung ist je nach Art der Übertragung erforderlich: Kontakt (z. B. Kittel oder Handschuhe), Tröpfchen (chirurgische Maske in einem Radius von 1 Meter vom Patienten erforderlich) oder durch die Luft (Partikelrespirator)
⊕ *siehe WASH-Standard 6: WASH in der Gesundheitsversorgung.*
- Weitere Maßnahmen sind Handhygiene, Management medizinischer Abfälle, die Wahrung einer sauberen Umgebung, die Reinigung von medizinischen Geräten, Atmungs- und Hustenhygiene sowie Kenntnis der Asepsis-Prinzipien ⊕ *siehe WASH-Standard 6: WASH in der Gesundheitsversorgung.*

Unerwünschte Ereignisse: Weltweit erleiden 10 Prozent der Krankenhauspatienten (auch außerhalb humanitärer Krisen) negative Folgen, hauptsächlich wegen unsicherer chirurgischer Eingriffe, falscher Medikation und nosokomialer Infektionen. Jede Gesundheitseinrichtung sollte ein Verzeichnis der negativen Ereignisse führen und dieses entsprechend analysieren, um Lehren daraus ziehen zu können.

Umgang mit Leichen: Halten Sie sich an örtliche Bräuche und Glaubenspraktiken, um respektvoll mit den Toten umzugehen, die Überreste zu identifizieren und den Familien zu übergeben. Egal ob Epidemie, Naturkatastrophe, Konflikt oder Massenmord – der Umgang mit Leichen erfordert eine Koordination zwischen Gesundheitssektor, WASH, Rechtssektor, Schutz und Forensik.

Leichen stellen nur selten ein unmittelbares Gesundheitsrisiko dar. Bestimmte Krankheiten (wie etwa Cholera oder Ebola) erfordern besondere Maßnahmen. Die Bergung von Toten kann persönliche Schutzausrüstung, Bergungsausrüstung, Geräte für Transport und Lagerung sowie Dokumentation erfordern ⊕ *siehe WASH-Standard 6: WASH in der Gesundheitsversorgung.*

Standard für Gesundheitssysteme 1.2: Gesundheitspersonal

Die Menschen haben auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung Zugang zu Gesundheitspersonal mit angemessenen Kompetenzen.

Schlüsselaktivitäten

1. Überprüfen Sie die bestehenden Personalbestände und die Verteilung im Vergleich zu nationalen Klassifizierungen, um Lücken und unterversorgte Gegenden zu identifizieren.

- Stellen Sie die Personalbestände pro 1.000 Personen nach Funktion und Arbeitsplatz fest.

Copyright

2 Schulen Sie das Personal in Hinblick auf ihre jeweiligen Rollen gemäß nationalen Standards oder internationalen Richtlinien.

- Bedenken Sie dabei, dass Mitarbeitende in akuten Notsituationen unter Umständen erweiterte Funktionen übernehmen müssen und daher Schulung und Unterstützung benötigen.
- Führen Sie bei einer hohen Fluktuation Auffrischungskurse ein.

3 Sorgen Sie für eine sichere Arbeitsumgebung der Gesundheitsmitarbeitenden.

- Ergreifen und unterstützen Sie alle möglichen Maßnahmen, um die Gesundheitsmitarbeitenden bei Konflikten zu schützen.
- Bieten Sie arbeitsmedizinische Schulungen sowie Hepatitis B- und Tetanus-Impfungen für klinisches Personal.
- Bieten Sie eine ausreichende Infektionsprävention und -kontrolle (IPC) und persönliche Schutzausrüstung für das Personal.

4 Erarbeiten Sie Anreiz- und Gehaltsstrategien, um die Lohnunterschiede und die ungleiche Verteilung von Gesundheitsmitarbeitenden zwischen dem Gesundheitsministerium und anderen Gesundheitsdienstleistern minimieren.

5 Geben Sie Daten und Bereitschaftsinformationen der Gesundheitsmitarbeitenden an das Gesundheitsministerium und sonstige relevanten lokalen und nationalen Stellen weiter.

- Seien Sie sich der Ablösung und Abreise von Gesundheitsmitarbeitenden während Konflikten bewusst.

Schlüsselindikatoren

Anzahl der Gesundheitsmitarbeitenden auf Gemeindeebene pro 1.000 Personen

- Mindestens 1–2 Gemeinde-Gesundheitsmitarbeitende

Prozentsatz von Geburten, die von ausgebildetem Personal begleitet werden (Ärzte, Krankenpflegepersonal, Hebammen)

- Mindestens 80 Prozent

Anzahl der für die Geburtsbegleitung ausgebildeten Personen (Ärzte, Krankenpflegepersonal, Hebammen) pro 1.000 Personen

- Mindestens 23 pro 10.000 Personen

Alle Gesundheitsmitarbeitenden, die eine klinische Tätigkeit ausüben, sind in Bezug auf die klinischen Protokolle und das Fallmanagement geschult worden

Leitlinien

Verfügbarkeit von Gesundheitsmitarbeitenden: Zum Gesundheitspersonal gehören Ärzte, Krankenpflegepersonal, Hebammen, Clinical Officers (zwischen Ärzten und Krankenschwestern/-pflegern angesiedelte Position), Labortechniker, Pharmazeuten und Gemeinde-Gesundheitspfleger sowie das Management und Hilfspersonal. Die Anzahl der Mitarbeitenden und deren Profil sollten der Bevölkerung und dem Leistungsbedarf entsprechen. Gibt es zu wenige Mitarbeitende, kann dies zur Überlastung und einer Gefährdung der Gesundheitsversorgung führen. Integrieren Sie die bestehenden Gesundheitsmitarbeitenden in die Notfallbetreuung.

Copyright

Beachten Sie bei der Einstellung und Schulung von lokalen Mitarbeitern nationale Richtlinien (oder internationale, falls es keine nationalen Richtlinien gibt). Die Aufnahme internationaler Mitarbeitenden sollte gemäß den nationalen Bestimmungen und den Bestimmungen des Gesundheitsministeriums erfolgen (z. B. Nachweis von Qualifikationen, insbesondere für die klinische Praxis).

Berücksichtigen Sie auch die Betreuung von Menschen in schwer erreichbaren ländlichen und städtischen Gegenden, darunter auch solche in der Nähe von Konfliktherden. Die Mitarbeitenden müssen Leistungen für Menschen jeglicher Ethnie, Sprache und Zugehörigkeit erbringen. Rekrutieren und schulen Sie Gesundheitsmitarbeitenden unterer Ebenen in Hinblick auf die Versorgung von Gemeinschaften, Fallmanagement in mobilen Teams oder Gesundheitsposten und konzipieren Sie solide Überweisungsmechanismen. Für die Arbeit in schwierigen Gebieten sind möglicherweise Anzreizpakete erforderlich.

Gemeinde-Gesundheitspfleger: Eine Gemeinschaftsversorgung mithilfe von Gemeinde-Gesundheitspflegern (einschließlich Freiwilligen) verbessert den Zugang zu schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppen, darunter marginalisierte oder stigmatisierte Gruppen. Wenn es in bestimmten Gemeinschaften geografische Einschränkungen oder Akzeptanzprobleme gibt, kann ein Gemeinde-Gesundheitspfleger praktisch nur 300 anstelle von 500 Personen betreuen.

Die Arbeit der Gemeinde-Gesundheitspfleger kann variieren. Sie sind möglicherweise in Erster Hilfe oder Fallmanagement geschult oder können Gesundheitskontrollen durchführen. Sie müssen mit der nächstgelegenen Gesundheitseinrichtung vernetzt sein, um einen entsprechenden Überblick und eine integrierte Betreuung zu gewährleisten. Häufig können Gemeinde-Gesundheitspfleger nicht in das Gesundheitssystem übernommen werden, sobald die Notlage zu Ende ist. Manchmal dürfen Gemeinde-Gesundheitspfleger nur in ländlichen Gegenden arbeiten, sodass für städtische Krisen unter Umständen ein anderes Modell notwendig ist.

Akzeptanz: Wenn die soziokulturellen Erwartungen der Menschen erfüllt werden, steigt das Engagement der Patienten. Die Mitarbeitenden sollten die Diversität der Bevölkerung durch eine Kombination sozioökonomischer, ethnischer, sprachlicher und sexuell orientierter Gruppen und ein entsprechendes Verhältnis der Geschlechter widerspiegeln.

Qualität: Die Organisationen müssen die Mitarbeitenden schulen und kontrollieren, um sicherzustellen, dass sie über aktuelle Kenntnisse verfügen und sichere Praktiken anwenden. Die Schulungsprogramme sollten mit den nationalen Richtlinien (angepasst für Notfälle) oder vereinbarte internationale Richtlinien abgestimmt sein.

Die Schulungen sollten folgende Themen beinhalten:

- Klinische Protokolle und Fallmanagement
- Standardarbeitsanweisungen (wie etwa IPC, Management medizinischer Abfälle)
- Sicherheit (angepasst an das jeweilige Risiko) und
- Verhaltenskodizes (wie etwa Medizinethik, Patientenrechte, humanitäre Prinzipien, Schutz von Kindern, Schutz vor sexueller Ausbeutung und sexuellem Missbrauch) ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.3.2 für sexuelle und Reproduktionsgesundheit: Sexuelle Gewalt und klinische Vergewaltigungsaufarbeitung* und *Grundsätze zum Schutz*

Eine regelmäßige Supervision und Qualitätskontrolle fördern die Anwendung bewährter Praktiken. Einmalige Schulungen sind nicht geeignet, um eine hohe Qualität sicherzustellen. Führen Sie Aufzeichnungen für das Gesundheitsministerium darüber, wer in welchen Themengebieten von wem, wann und wo geschult wurde.

Copyright

Standard für Gesundheitssysteme 1.3: Unentbehrliche Arzneimittel und Medizinprodukte

Die Menschen haben Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln und Medizinprodukten, die sicher, effektiv und von erprobter Qualität sind.

Schlüsselaktivitäten

1 Erstellen Sie standardisierte Listen für unentbehrliche Arzneimittel und Medizinprodukte für die priorisierte Gesundheitsversorgung.

- Überprüfen Sie die bestehenden nationalen Listen für unentbehrliche Arzneimittel und Medizinprodukte bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt der Maßnahmen und passen Sie diese an den Notfallkontext an.
- Achten Sie insbesondere auf kontrollierte Arzneimittel, die einer besonderen Befürwortung bedürfen, um deren Verfügbarkeit zu gewährleisten.

2 Implementieren Sie effektive Managementsysteme, um die Verfügbarkeit sicherer unentbehrlicher Arzneimittel und Medizinprodukte sicherzustellen.

- Berücksichtigen Sie dabei auch Transport, Lagerung und Kühlkette für Impfstoffe sowie die Entnahme und Lagerung von Blutprodukten.

3 Akzeptieren Sie Spenden von Arzneimitteln und Medizinprodukten nur, wenn diese international anerkannten Richtlinien entsprechen.

Schlüsselindikatoren

Anzahl von Tagen, an denen unentbehrliche Arzneimittel nicht verfügbar sind

- An maximal 4 von 30 Tagen

Prozentsatz von Gesundheitseinrichtungen mit unentbehrlichen Arzneimitteln

- Mindestens 80 Prozent

Prozentsatz von Gesundheitseinrichtungen mit funktionierenden unentbehrlichen Medizinprodukten

- Mindestens 80 Prozent

Alle an Patienten ausgegebene Arzneimittel haben das Verfalldatum noch nicht überschritten

Leitlinien

Management von unentbehrlichen Arzneimitteln: Zu den unentbehrlichen Arzneimitteln zählen Medikamente, Impfstoffe und Blutprodukte. Ein gutes Medizinmanagement gewährleistet deren Verfügbarkeit, unterbindet aber auch den Einsatz unsicherer oder abgelaufener Arzneimittel. Die wichtigsten Managementaspekte sind Auswahl, Prognose, Beschaffung, Lagerung und Verteilung.

Die ***Auswahl*** sollte auf Basis der nationalen Liste unentbehrlicher Arzneimittel erfolgen. Setzen Sie sich für die Schließung jeglicher Lücken ein, wie etwa in Bezug auf nicht übertragbare Krankheiten, Reproduktionsgesundheit, Schmerzlinderung in der Palliativmedizin und Chirurgie, Anästhesie, psychische Gesundheit, kontrollierte Medikamente (siehe unten) oder sonstige Bereiche.

Copyright

Die ***Prognose*** sollte auf Basis des Verbrauchs, der Morbiditätsdaten und einer Kontextanalyse erfolgen. Die nationale medizinische Versorgung kann unterbrochen werden, wenn etwa die örtliche Herstellung beeinträchtigt ist, Lagerräume beschädigt werden oder Verzögerungen in der internationalen Beschaffung auftreten.

Die ***Beschaffungsmethoden*** sollten dem nationalen Recht, den Zollvorschriften und Qualitätskontrollmechanismen für die internationale Beschaffung entsprechen. Setzen Sie sich bei Verzögerungen für bessere Mechanismen ein (über das Gesundheitsministerium, die federführende Stelle, die nationale Behörde für Katastrophenmanagement oder den humanitären Koordinator). Wenn es keine entsprechenden Systeme gibt, beschaffen Sie vorausgewählte Produkte, die das Verfalldatum noch nicht überschritten haben und in der Sprache des Landes und der Gesundheitsmitarbeitenden verfasst sind.

Lagerung: Die Medikamente sollten während der gesamten Arzneimittelbeschaffung sicher gelagert werden. Die Anforderungen variieren je nach Produkt. Medikamente sollten nicht direkt auf dem Boden gelagert werden. Sorgen Sie dafür, dass es separate Bereiche für abgelaufene Artikel (verschlossen), brennbare Produkte (gut belüftete Räumlichkeiten mit Brandschutz), kontrollierte Substanzen (mit zusätzlichen Sicherheitsvorkehrungen) und Produkte, die eine Kühlkette oder Temperaturkontrolle erfordern, gibt.

Verteilung: Implementieren Sie sichere, geschützte, vorhersehbare und dokumentierte Transportmechanismen vom Zentralbestand zu den Gesundheitseinrichtungen. Die Partner können ein Push- oder ein Pull-System zur automatischen Versorgung bzw. der Versorgung auf Bestellung anwenden.

Sichere Entsorgung abgelaufener Arzneimittel: Verhindern Sie eine Kontamination der Umwelt und eine Gefährdung der Menschen. Berücksichtigen Sie nationale Bestimmungen (angepasst an Notfälle) oder internationale Richtlinien. Die Verbrennung bei extrem hohen Temperaturen ist kostspielig, und eine pharmazeutische Vorratshaltung funktioniert nur kurzfristig ⊕ *siehe WASH-Standard 6: WASH in der Gesundheitsversorgung.*

Unentbehrliche Medizinprodukte: Definieren und beschaffen Sie die nötigen Produkte und Geräte (inklusive Laborreagenzien, größere Maschinen) auf jeder Ebene der Gesundheitsversorgung entsprechend den nationalen oder internationalen Vorgaben. Denken Sie auch an Hilfsmittel für Menschen mit Behinderungen. Sorgen Sie für die sichere Verwendung der Geräte, inklusive regelmäßiger Wartung und Bevorratung von Ersatzteilen, vorzugsweise vor Ort. Nehmen Sie die Geräte auf sichere Weise außer Betrieb. Verteilen oder ersetzen Sie verloren gegangene Hilfsgeräte und stellen Sie klare Informationen zu deren Verwendung und Wartung bereit. Überweisen Sie die Patienten bezüglich passender Größe, Anpassung, Verwendung und Wartung an Rehabilitationszentren. Vermeiden Sie einmalige Verteilungen.

Vorbereitete Kits sind in den frühen Phasen einer Krise oder bei der Bereitstellung von Vorsorge hilfreich. Sie enthalten vorbereitete unentbehrliche Arzneimittel und Medizinprodukte und variieren je nach Gesundheitsintervention. Die WHO ist der wichtigste Anbieter von Interagency Emergency Health Kits und Kits für nicht übertragbare Krankheiten zusätzlich zu Kits für das Management von Durchfällen, Traumata und sonstigen gesundheitlichen Problemen. Der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) ist der wichtigste Anbieter von Kits für sexuelle und Reproduktionsgesundheit.

Kontrollierte Medikamente: Medikamente zur Schmerzlinderung, für psychische Gesundheit und Blutungen nach der Geburt sind normalerweise kontrolliert. Da 80 Prozent der einkommensschwachen Länder keinen Zugang zu angemessenen

Copyright

Schmerzmitteln haben, sollten Sie beim Gesundheitsministerium und der Regierung für eine bessere Verfügbarkeit kontrollierter Medikamente eintreten.

Blutprodukte: Koordinieren Sie die Maßnahmen mit dem nationalen Bluttransfusionsdienst, sofern dieser existiert. Nehmen Sie nur Blut von freiwilligen Blutspendern ab. Testen Sie alle Produkte zumindest in Hinblick auf HIV, Hepatitis B und C sowie Syphilis, und führen Sie Blutgruppen- und Verträglichkeitstests durch. Lagern und verteilen Sie die Produkte auf sichere Weise. Schulen Sie das klinische Personal in Bezug auf die rationale Verwendung von Blut und Blutprodukten.

Standard für Gesundheitssysteme 1.4: Gesundheitsfinanzierung

Die Menschen haben für die Dauer der Krise Zugang zu einer kostenlosen priorisierten Gesundheitsversorgung.

Schlüsselaktivitäten

1. Planen Sie die Abschaffung oder temporäre Aussetzung von Nutzungsentgelten, wo diese durch Regierungsstellen in Rechnung gestellt werden.
2. Senken Sie die indirekten Kosten oder sonstigen finanziellen Hürden beim Zugang zu und der Inanspruchnahme von Leistungen.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Gesundheitseinrichtungen, die keine Nutzungsentgelte für eine priorisierte Gesundheitsversorgung (einschließlich Arztbesuchen, Behandlungen, Untersuchungen und Bereitstellung von Medikamenten) in Rechnung stellen

- Ziel: 100 Prozent

Prozentsatz der Personen, die keine direkten Zahlungen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung oder deren Verwendung (einschließlich Arztbesuchen, Behandlungen, Untersuchungen und Bereitstellung von Medikamenten) tätigen

- Ziel: 100 Prozent

Leitlinien

Nutzungsentgelte: Die Einhebung von Zahlungen für Leistungen während einer Notsituation behindert den Zugang zur Gesundheitsversorgung und kann dazu führen, dass die Menschen keine gesundheitlichen Leistungen in Anspruch nehmen.

Die Aussetzung der Nutzungsentgelte für staatliche Gesundheitsdienstleister führt unweigerlich zu einer finanziellen Belastung. Ziehen Sie eine Unterstützung der Einrichtungen des Gesundheitsministeriums oder Leistungen sonstiger zuständiger Anbieter durch Mitarbeitergehälter und Anreize, zusätzliche Medikamente, Medizinprodukte und Hilfsmittel in Erwägung. Wenn die Nutzungsentgelte vorübergehend ausgesetzt werden, müssen Sie dafür sorgen, dass die Nutzer klare Informationen über den Zeitraum und die Gründe erhalten, und die Zugänglichkeit und die Qualität der Leistungen überwachen.

Copyright

Indirekte Kosten können durch die Bereitstellung angemessener Dienstleistungen in Gemeinden und die Verwendung geplanter Mechanismen für Transport und Überweisung minimiert werden.

Geldtransfers: Laut den Zielen der Universal Health Coverage 2030 sollten die Menschen eine Gesundheitsversorgung ohne unzumutbare finanzielle Belastungen erhalten. Es gibt derzeit keine klaren Beweise dafür, dass Geldtransfers insbesondere bei Gesundheitsmaßnahmen im humanitären Kontext positive Auswirkungen auf die Gesundheit haben ⊕ *siehe Über Sphere einschließlich Anlage: Hilfeleistung über die Märkte*.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass Geldtransfers bei Gesundheitsmaßnahmen helfen *können*, wenn

- sich die Krise stabilisiert hat,
- es einen zuverlässigen Dienst zur Unterstützung gibt, wie etwa Schwangerschaftsfürsorge oder Management chronischer Erkrankungen,
- es ein positives, gesundheitsbewusstes Verhalten und eine hohe Nachfrage nach Gesundheitsleistungen gibt und
- sonstige kritische Bedürfnisse von Haushalten wie etwa in Bezug auf Lebensmittel und Unterkunft gedeckt sind.

Standard für Gesundheitssysteme 1.5: Gesundheitsinformationen

Die Gesundheitsversorgung basiert auf der Sammlung, Analyse und Verwendung relevanter öffentlicher Gesundheitsdaten.

Schlüsselaktivitäten

1. Stärken oder implementieren Sie ein Gesundheitssystem, das ausreichende, exakte und aktuelle Informationen für eine effektive und faire gesundheitliche Versorgung liefert.
   - Sorgen Sie dafür, dass das Gesundheitsinformationssystem alle Interessengruppen beinhaltet, einfach zu implementieren ist und eine simple Erfassung, Analyse und Auswertung von Informationen ermöglicht, um die Maßnahmen entsprechend zu steuern.
2. Stärken oder implementieren Sie Mechanismen für Frühwarnsysteme (Early Warning, Alert and Response, EWAR) für alle Krankheitsgefahren, die eine sofortige Reaktion erfordern.
   - Entscheiden Sie, welche Krankheiten und Vorkommnisse priorisiert zu behandeln sind, und berücksichtigen Sie dabei das epidemiologische Risikoprofil und den Kontext des Notfalls.
   - Beziehen Sie sowohl indikator- als auch ereignisbasierte Aspekte ein.
3. Vereinbaren Sie gemeinsame operative Daten und Definitionen und verwenden Sie diese.
   - Berücksichtigen Sie Kennzahlen wie Bevölkerungsgröße, Familiengröße und Altersverteilung.
   - Legen Sie Verwaltungsbereiche und geografische Codes fest.
4. Vereinbaren Sie für alle Akteure im Gesundheitssektor Standardarbeitsanweisungen bei der Verwendung von Gesundheitsinformationen.

Copyright

5 Sehen Sie Mechanismen zum Datenschutz vor, um die Rechte und die Sicherheit von Einzelpersonen, meldenden Stellen und/oder Bevölkerungsgruppen zu gewährleisten.

6 Unterstützen Sie den leitenden Akteur bei der zeitgerechten und regelmäßigen Zusammenstellung, Analyse, Auswertung und Verteilung von Gesundheitsinformationen an alle Interessengruppen und bei Entscheidungen für Gesundheitsprogramme.

- Berücksichtigen Sie die Abdeckung durch Gesundheitsdienste und deren Nutzung sowie die Analyse und Auswertung von epidemiologischen Daten.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz von vollständigen Early Warning, Alert and Response (EWAR)-Berichten/Überwachungsberichten, die pünktlich vorgelegt wurden

- Mindestens 80 Prozent

Häufigkeit von Gesundheitsinformationsberichten, die vom leitenden Akteur im Gesundheitssektor erstellt werden

- Zumindest monatlich

Leitlinien

Gesundheitsinformationssystem: Ein gut funktionierendes Gesundheitsinformationssystem gewährleistet die Erstellung, Analyse, Verteilung und Nutzung von zuverlässigen und zeitgerechten Informationen über Gesundheitsfaktoren, die Leistung von Gesundheitssystemen und den Gesundheitszustand. Die Daten können qualitativer oder quantitativer Natur sein und aus unterschiedlichen Quellen stammen, wie etwa aus Volkszählungen, kontinuierlichen Bevölkerungsstatistiken, Erhebungen von Bevölkerungsdaten, Umfragen zu wahrgenommenen Bedürfnissen, individuellen Patientenakten und Berichten der Gesundheitseinrichtung (wie etwa gesundheitsrelevante Managementinformationssysteme). Das System sollte flexibel genug sein, um unerwartete Herausforderungen zu berücksichtigen und widerzuspiegeln, wie beispielsweise Aussetzer oder den kompletten Zusammenbruch des Gesundheitssystems oder der Gesundheitsdienste. Mit den Informationen sollen Probleme und Bedürfnisse auf allen Ebenen des Gesundheitssystems identifiziert werden.

Erfassen Sie fehlende Informationen über weitere Beurteilungen oder Erhebungen. Berücksichtigen Sie eine grenzüberschreitende Bewegung von Menschen und die nötigen oder verfügbaren Informationen. Stellen Sie regelmäßige Analysen darüber bereit, wer was wo tut.

Gesundheitsmanagement-Informationssysteme (Health management information systems, HMIS) oder Routineberichterstattung verwenden Gesundheitsinformationen aus Gesundheitseinrichtungen, um die Effektivität der erbrachten Gesundheitsversorgung zu beurteilen. Ein HMIS überwacht bestimmte Interventionen, die Behandlung von Krankheiten, Ressourcen wie etwa die Verfügbarkeit von Indikatormedikamenten, personellen Ressourcen und Auslastungsraten.

Gesundheitsüberwachung ist die kontinuierliche und systematische Erfassung, Analyse und Auswertung von Gesundheitsdaten. Die Krankheitsüberwachung verfolgt dabei insbesondere unterschiedliche Krankheiten und Verbreitungsmuster und wird oft in HMIS-Meldungen aufgenommen.

Copyright

Early Warning Alert and Response (EWAR) ist Teil eines routinemäßigen Gesundheitsüberwachungssystems. Damit wird jeglicher die öffentliche Gesundheit betreffender Vorfall, der eine sofortige Reaktion erfordert, erkannt und eine Warnung ausgegeben, etwa für chemische Vergiftungen oder epidemieauslösende Krankheiten ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.1.2 für Infektionskrankheiten: Beobachtung und Erkennung von Krankheitsausbrüchen sowie frühzeitige Reaktion*.

Standardarbeitsanweisungen: Implementieren Sie gemeinsame Definitionen und Möglichkeiten der Informationsweitergabe über geografische Standorte, Betreuungsebenen und Gesundheitsakteure hinweg. Vereinbaren Sie zumindest:

- Falldefinitionen
- Indikatoren zu dem, was zu überwachen ist
- meldende Stellen (wie mobile Kliniken, Feldkrankenhäuser, Gesundheitsposten)
- Meldewege
- Häufigkeit von Datenübertragung, Analyse und Meldung

Aufschlüsselung von Daten: Gesundheitsdaten sollten nach Geschlecht, Alter, Behinderung, vertriebene und aufnehmende Bevölkerung, Kontext (wie Situation mit/ohne Lager) und Verwaltungsebene (Region, Bezirk) aufgeschlüsselt werden, um die Entscheidungsfindung zu erleichtern und Ungerechtigkeiten für Risikogruppen festzustellen.

Schlüsseln Sie bei EWAR die Mortalitäts- und Morbiditätsdaten für Kinder unter bzw. über fünf Jahren auf. Das Ziel besteht in einer schnellen Warnmeldung; weniger detaillierte Daten sind akzeptabel. Ausbruchsuntersuchungsdaten, Contact Tracing (Auffinden von Personen, die mit kranken Personen Kontakt hatten), Line Listings (tabellarische Fallübersichten) und die weitere Überwachung von Krankheitsentwicklungen müssen aufgeschlüsselte Daten aufweisen.

Datenmanagement, -sicherheit und -vertraulichkeit: Ergreifen Sie entsprechende Vorsichtsmaßnahmen, um die Sicherheit der Personen und der Daten zu schützen. Das Personal darf ohne Zustimmung des Patienten niemals Patienteninformationen an andere weitergeben, die nicht direkt in die Betreuung des Patienten eingebunden sind. Denken Sie dabei an Personen mit geistigen, psychischen oder sensorischen Behinderungen, die deren Fähigkeit zu einer Einwilligung nach Aufklärung beeinträchtigen können. Berücksichtigen Sie zudem, dass viele Personen, die etwa HIV haben, ihre engsten Angehörigen möglicherweise nicht darüber in Kenntnis gesetzt haben. Behandeln Sie Daten zu Verletzungen, die auf Folter oder andere Menschenrechtsverletzungen wie sexuelle Gewalt zurückzuführen sind, mit Vorsicht. Die Weitergabe solcher Informationen an die entsprechenden Akteure oder Einrichtungen sollte nur mit Einwilligung nach Aufklärung durch die betroffene Person erfolgen ⊕ *siehe Grundsatz zum Schutz 1* und *Core Humanitarian Standard Selbstverpflichtung 4*.

Bedrohungen der Gesundheitsversorgung: Bedrohungen der Gesundheitsmitarbeitenden bzw. jegliche gewalttätige Vorfälle, die Gesundheitsmitarbeitende betreffen, sollten gemäß vereinbarten lokalen und nationalen Mechanismen gemeldet werden ⊕ *siehe Grundlegende Konzepte des Gesundheitswesens (oben)* und *Quellen und weiterführende Literatur (unten)*.

Copyright

2. Grundlegende Gesundheitsversorgung

Die grundlegende Gesundheitsversorgung befasst sich mit den wichtigsten Ursachen von Mortalität und Morbidität in einer von einer Krise betroffenen Bevölkerung. Koordinieren Sie Ihre Bemühungen mit dem Gesundheitsministerium und anderen offiziellen Gesundheitsakteuren, um festzulegen, welche Dienste wann und wo Priorität haben. Die Prioritäten sollten auf Kontext, Risikobeurteilung und verfügbarer Evidenz basieren.

Eine von einer Krise betroffene Bevölkerung hat neue und andere Bedürfnisse, die sich laufend verändern werden. Zu den möglichen Problemen können Überfüllung ebenso wie mehrfache Vertreibung, Unterernährung, fehlender Zugang zu Wasser oder das Andauern des Konflikts zählen. Alter, Geschlecht, Behinderung, HIV-Status, sprachliche oder ethnische Identität können die Bedürfnisse weiter beeinflussen und wesentliche Barrieren beim Zugang zu Betreuung darstellen. Berücksichtigen Sie die Bedürfnisse jener, die in unterversorgten oder schwer erreichbaren Gegenden leben.

Vereinbaren Sie vorrangige Dienste mit dem Gesundheitsministerium und anderen Gesundheitsakteuren und konzentrieren Sie sich dabei auf jene Risiken, die mit größter Wahrscheinlichkeit auftreten und die höchste Morbidität und Mortalität zur Folge haben können. Gesundheitsprogramme sollten eine angemessene, effektive Betreuung bieten und dabei Kontext, Logistik und benötigte Ressourcen berücksichtigen. Die Prioritäten können sich im Zuge der Besserung oder Verschlechterung der Lage ändern. Dies sollte regelmäßig auf der Grundlage der verfügbaren Informationen und bei Änderungen der Lage bedacht werden.

Sobald die Mortalitätsrate zurückgegangen ist bzw. eine Stabilisierung der Situation eingetreten ist, sind umfangreichere Gesundheitsdienste möglich. In langwierigen Situationen kann dies ein grundlegendes Paket an Gesundheitsdiensten sein, die auf Landesebene festgelegt werden.

Dieser Abschnitt beschreibt die grundlegende Mindestgesundheitsversorgung in zentralen Bereichen der Notfallhilfe: Infektionskrankheiten, Kindergesundheit, sexuelle und Reproduktionsgesundheit, Behandlung von Verletzungen und Traumata, psychische Gesundheit, nicht übertragbare Krankheiten und Palliativmedizin.

2.1 Infektionskrankheiten

Eine humanitäre Krise, egal ob sie Folge einer Naturkatastrophe, eines Konflikts oder einer Hungersnot ist, geht oft mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität infolge von Infektionskrankheiten einher. Unter Menschen in überfüllten Gemeinschaftssiedlungen oder Notunterkünften können sich Krankheiten wie Durchfall und Masern schnell ausbreiten. Durch die Beschädigung von Sanitäreinrichtungen oder das Fehlen von sauberem Wasser können sich wasser- und vektorübertragene Krankheiten rasch verbreiten. Die sinkende Immunität der Bevölkerung macht diese anfälliger für Krankheiten. Der Zusammenbruch des Gesundheitssystems kann Langzeitbehandlungen wie etwa für HIV und Tuberkulose unterbrechen und die Bereitstellung von Routineimpfungen und die Behandlung simpler Krankheiten wie Atemwegsinfektionen erschweren.

Copyright

Akute Atemwegsinfektionen, Durchfall, Masern und Malaria zählen in Krisengebieten weiterhin zur Hauptmorbiditätsursache. Eine akute Unterernährung verschlimmert diese Krankheiten, insbesondere bei Kindern unter fünf Jahren und bei älteren Personen.

In einer Krise besteht von Anfang an das Ziel der Vermeidung von Infektionskrankheiten, der Behandlung aller auftretenden Fälle und einer raschen und angemessenen Reaktion, falls es zu einem Krankheitsausbruch kommt. Maßnahmen gegen Infektionskrankheiten sollten Prävention, Überwachung, Ausbruchserkennung, Diagnose und Fallmanagement sowie Maßnahmen zur Bekämpfung des Ausbruchs umfassen.

Standard für Infektionskrankheiten 2.1.1: Prävention

Die Menschen haben Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu Informationen, um Infektionskrankheiten zu vermeiden.

Schlüsselaktivitäten

1 Ermitteln Sie das Risiko für Infektionskrankheiten in der betroffenen Bevölkerung.

- Überprüfen Sie – sofern verfügbar – bereits bestehende Gesundheitsinformationen sowie Überwachungsdaten ebenso wie den Ernährungsstatus und Zugang zu einer sicheren Wasserversorgung und zu Sanitäreinrichtungen.
- Führen Sie Risikobeurteilungen in der betroffenen Bevölkerung durch, darunter mit lokalen Autoritäten und Gesundheitsexperten.

2 Arbeiten Sie mit anderen Sektoren zusammen, um allgemeine Präventionsmaßnahmen zu entwickeln und implementieren Sie integrierte Programme zur Gesundheitsförderung auf Gemeindeebene.

- Gehen Sie auf konkrete Ängste, Gerüchte und weitverbreitete Ansichten ein, die einer gesunden Lebensweise im Weg stehen könnten.
- Koordinieren Sie Ihre Bemühungen mit anderen für öffentliche Informationsarbeit zuständigen Sektoren, wie etwa jene, die sich um Hygieneaufklärung oder Ernährung in den Gemeinden kümmern, um eine einheitliche Botschaft zu gewährleisten.

3 Implementieren Sie Impfmaßnahmen, um Krankheiten zu vermeiden.

- Ermitteln Sie je nach Risiko, Machbarkeit und Kontext notwendige Impfkampagnen für bestimmte Infektionskrankheiten.
- Nehmen Sie die routinemäßigen Impfungen über bereits vorhandene Immunisierungsprogramme so rasch wie möglich wieder auf.

4 Implementieren Sie je nach Bedarf krankheitsspezifische Präventionsmaßnahmen.

- Sorgen Sie in Malariagebieten dafür, dass alle stationären Patienten langwirksame insektizidimprägnierte Moskitonetze verwenden und stellen Sie diese zur Verfügung.

5 Implementieren Sie je nach Risiko Infektionspräventions- und Kontrollmaßnahmen auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung ⊕ *siehe Standard 1.1 für Gesundheitssysteme* und WASH-Unterstützung in *WASH-Standard 6: WASH in der Gesundheitsversorgung*.

Copyright

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Personen, die wichtige Praktiken anwenden, die in Aufklärungsmaßnahmen und Gesundheitsinformationen vermittelt werden

Prozentsatz der betroffenen Haushalte, die angeben, angemessene Informationen über die mit Infektionskrankheiten verbundenen Risiken und Präventivmaßnahmen erhalten zu haben

Prozentsatz der betroffenen Haushalte, die drei von ihnen ergriffene Maßnahmen zur Vermeidung von Infektionskrankheiten nennen können

Alle stationären Patienten in der Gesundheitsversorgung von Malariagebieten verwenden langwirksame insektizidimprägnierte Moskitonetze

Die Inzidenz häufiger Infektionskrankheiten ist stabil bzw. steigt in Relation zu den Zahlen vor der Krise nicht an

Leitlinien

Risikobeurteilung: Führen Sie Risikobeurteilungen in der betroffenen Bevölkerung, mit lokalen Autoritäten und Gesundheitsexperten durch. Analysieren Sie die Risiken, die sich aus dem Kontext und dem Umfeld ergeben, wie etwa in überfüllten Gemeinschaftssiedlungen und städtischen Gebieten. Beachten Sie aktiv unterschiedliche Bevölkerungssegmente in Hinblick auf krankheitsspezifische Faktoren, eine geringe Immunität oder sonstige Risiken.

Intersektorale Präventionsmaßnahmen: Erarbeiten Sie allgemeine Präventionsmaßnahmen, wie etwa angemessene Hygienemaßnahmen, Abfallentsorgung, sicheres und ausreichendes Wasser- und Vektormanagement. Angemessene Unterkünfte, ausreichende Abstände zwischen den Unterkünften und eine angemessene Belüftung können die Übertragungsrate verringern. Ausschließliches Stillen und Zugang zu adäquater Ernährung tragen unmittelbar zur Gesundheit bei ⊕ *siehe Core Humanitarian Standard – Verpflichtung 3, WASH-Standard 1.1 zur Hygieneaufklärung, WASH-Standard 2.1 und 2.2 zur Wasserversorgung, WASH-Standard 5.1 bis 5.3 für Feststoffabfallmanagement, Standard 2 für Notunterkünfte und Siedlungen* sowie *Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Standard 4.1 und 4.2 zur Säuglings- und Kleinkindernährung.*

Gesundheitsförderung: Binden Sie die Gemeinschaften ein, indem Sie Informationen in Formaten und Sprachen bereitstellen, die auch für ältere Personen, Menschen mit Behinderungen, Frauen und Kinder zugänglich sind. Nehmen Sie sich die Zeit, um Ihre Botschaft in Hinblick auf sensible Themen zu testen und zu validieren.

Impfungen: Die Entscheidung zur Einführung einer Impfkampagne sollte auf drei Faktoren basieren:

- Einer **Beurteilung der allgemeinen Risikofaktoren** wie etwa Unterernährung, hohe Rate an chronischen Krankheiten, Überfüllung, unangemessene WASH-Bedingungen und krankheitsspezifische Risiken wie Geografie, Klima, Saison und Immunität der Bevölkerung.
- Der **Machbarkeit einer Kampagne** ausgehend von einer Beurteilung der Eigenschaften des Impfstoffs, einschließlich Verfügbarkeit, Effizienz, Sicherheit, Einzel- oder Mehrfachantigen, orale Verabreichung oder Injektion sowie Stabilität. Berücksichtigen Sie operative Faktoren wie Zugang zur Bevölkerung,

Copyright

zeitliche Beschränkungen, Transport, Materialbedarf, Kosten und die Möglichkeit, eine Einwilligung nach Aufklärung zu erhalten.
- Dem **allgemeinen Kontext** einschließlich ethischer und praktischer Einschränkungen, wie etwa Widerstand der Gemeinde, Unausgewogenheit aufgrund von fehlenden Ressourcen und politischer oder sicherheitsbedingter Einschränkungen oder bekanntgewordener Bedrohungen gegen Impfärzte.

⊕ *Siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.2.1 für Kindergesundheit: Durch Impfung vermeidbare Kinderkrankheiten* und *Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making, WHO, 2017*, in dem 23 Antigene behandelt werden, darunter Cholera, Meningitis, Masern und Rotavirus.

Malariaprävention: Stellen Sie in Gebieten mit hoher bis mäßiger Malariaübertragung stark unterernährten Personen und Haushalten, Schwangeren, Kindern unter fünf Jahren, unbegleiteten Kindern und Personen mit HIV langwirksame insektizidimprägnierte Moskitonetze zur Verfügung. Die nächste Priorität betrifft Personen, die an Nahrungsergänzungsprogrammen teilnehmen, Haushalte mit Kindern unter fünf Jahren und Haushalte mit schwangeren Frauen. Versorgen Sie Schwangere je nach nationalen Protokollen und Resistenzmustern mit einer Chemoprophylaxe. Ziehen Sie in Regionen mit einer hohen Mortalität in Folge von Unterernäherung und Masern eine gezielte saisonale Malariachemoprophylaxe in Erwägung.

Durch die Aedes-Mücke übertragene Krankheiten: Denguefieber, das Chikungunya- und Zika-Virus sowie Gelbfieber werden von der *Aedes*-Mücke übertragen. Vermeiden Sie die Krankheit durch ein integriertes Vektormanagement. Die Menschen sollten sich durch das Tragen von Kleidung vor Stichen schützen, und Haushalte sollten gute Wasser- und Abfallmanagementpraktiken anwenden und Insektenschutzmittel oder langwirksame insektizidimprägnierte Moskitonetze für junge Kinder und Säuglinge verwenden, die tagsüber schlafen ⊕ *siehe WASH-Standard 4.2 zur Vektorkontrolle: Maßnahmen von Haushalten und Personen zur Vektorkontrolle*.

Standard für Infektionskrankheiten 2.1.2: Überwachung und Erkennung von Krankheitsausbrüchen sowie frühzeitige Reaktion

Überwachungs- und Meldesysteme ermöglichen die frühzeitige Ausbruchserkennung und rasche Reaktion.

Schlüsselaktivitäten

1 Intensivieren oder implementieren Sie einen kontextabhängigen EWAR-Frühwarnmechanismus für Krankheiten.

- Entscheiden Sie je nach dem epidemiologischen Risiko, welche Krankheiten Priorität haben und welche Ereignisse abgedeckt werden sollen.
- Schulen Sie die Gesundheitsmitarbeitende auf allen Ebenen hinsichtlich der vorrangigen Krankheiten und Mechanismen zur Verständigung der Gesundheitsbehörden und Auslösung einer Warnung.
- Verteilen Sie wöchentliche EWAR-Berichte an alle Interessengruppen, damit entsprechende Maßnahmen ergriffen werden.

Copyright

2 Richten Sie Teams zur Untersuchung von Ausbrüchen ein.

- Sorgen Sie dafür, dass rasch Maßnahmen ergriffen werden, sobald eine Warnung ausgelöst wurde.
- Veranlassen Sie Fernuntersuchungen, wo Teams keinen Zugang zur betroffenen Bevölkerung haben, wie etwa in Gegenden mit aktiven Konflikten.

3 Sorgen Sie dafür, dass Proben durch diagnostische Schnelltests oder Labors untersucht werden können, um einen Ausbruch zu bestätigen ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.1.3 für Infektionskrankheiten: Diagnose und Fallmanagement.*

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz von Warnungen, die innerhalb von 24 Stunden gemeldet werden

- 90 Prozent

Prozentsatz von gemeldeten Warnungen, die innerhalb von 24 Stunden verifiziert werden

- 90 Prozent

Prozentsatz von verifizierten Warnungen, die innerhalb von 24 Stunden untersucht werden

- 90 Prozent

Leitlinien

Early Warning Alert and Response (EWAR): Intensivieren bzw. implementieren Sie in Abstimmung mit allen Interessengruppen, darunter Gesundheitsministerium, Partner und Gemeinde, ein für die betroffene Bevölkerung repräsentatives EWAR-System ⊕ *siehe Standard 1.5 für Gesundheitssysteme: Gesundheitsinformationen.* Das System sollte in der Lage sein, Gerüchte, ungewöhnliche Ereignisse und Gemeindemeldungen zu erfassen.

Überwachung und Frühwarnung: Stärken Sie das EWAR-System durch Partner und vereinbaren Sie die meldenden Stellen, den Datenfluss, Melde-Tools, Datenanalyse-Tools, Falldefinitionen und die Häufigkeit der Meldung.

Auslösung und Meldung von Warnungen: Warnungen betreffen außergewöhnliche gesundheitliche Vorfälle, die den Beginn eines Krankheitsausbruchs signalisieren können. Legen Sie Alarmschwellen für jede Krankheit fest und melden Sie diese so rasch wie möglich. Nutzen Sie eine ereignisbasierte, unverzügliche Berichterstattung durch die Gesundheitsmitarbeitende oder analysieren Sie indikatorbasierte Meldungen (wöchentlich oder häufiger). Protokollieren Sie alle Warnungen unverzüglich und geben Sie diese zur Überprüfung an die Ausbruchsuntersuchungsteams weiter.

Warnungsüberprüfung: Überprüfen Sie die Warnung innerhalb von 24 Stunden. Die Überprüfung kann aus der Ferne, etwa telefonisch, erfolgen und umfasst die Erhebung weiterer Daten und die Analyse der Fälle ausgehend von den Symptomen, dem Beginndatum, Ort, Geschlecht, Alter, gesundheitlichen Folgen und Differenzialdiagnosen.

Erkennung von Krankheitsausbrüchen: Führen Sie innerhalb von 24 Stunden eine Felduntersuchung durch, sobald eine Warnung verifiziert wurde. Sorgen Sie dafür, dass die Teams ausreichend qualifiziert sind, um Warnungen zu verifizieren, eine

Copyright

Felduntersuchung durchzuführen, einen Ausbruch als solchen zu erkennen und Laborproben zu nehmen. Die Untersuchung bestätigt einen Ausbruch, wenn eine epidemische Schwelle erreicht wurde, oder stellt fest, ob der Alarm sporadisch auftretende Fälle oder saisonale Spitzen widerspiegelt.

Überprüfen Sie die Fälle, nehmen Sie Proben und führen Sie eine Risikobeurteilung durch. Mögliche Ergebnisse:

- Es besteht kein Fall.
- Es besteht ein bestätigter Fall, aber kein Ausbruch.
- Es besteht ein bestätigter Fall und ein Ausbruch wird vermutet oder ist bereits bestätigt.

Manche Ausbrüche können nur durch eine Laboranalyse bestätigt werden; dennoch erfordert auch der Verdacht auf einen Ausbruch ein sofortiges Handeln.

Alarm- und Ausbruchsschwellen

	Alarmschwelle	Ausbruchsschwelle
Cholera	2 Fälle mit akutem wässrigem Durchfall und schwerer Dehydrierung bei Personen im Alter von 2 Jahren oder älter oder Todesfälle in Folge von akutem wässrigem Durchfall in derselben Gegend innerhalb von einer Woche 1 Todesfall in Folge von akutem wässrigem Durchfall bei einer Person im Alter von 5 Jahren oder älter 1 Fall von akutem wässrigem Durchfall, ein positiver Choleratest durch einen diagnostischen Schnelltest in einer Gegend	1 bestätigter Fall
Malaria	Definition auf Landesebene je nach Kontext	Definition auf Landesebene je nach Kontext
Masern	1 Fall	Definition auf Landesebene
Meningitis	2 Fälle in einer Woche (bei einer Bevölkerung von mehr als 30.000 Personen) 3 Fälle in einer Woche (bei einer Bevölkerung von 30.000–100.000 Personen)	5 Fälle in einer Woche (bei einer Bevölkerung von mehr als 30.000 Personen) 10 Fälle pro 100.000 Personen in einer Woche (bei einer Bevölkerung von 30.000–100.000 Personen) 2 bestätigte Fälle in einer Woche in einem Lager
Virales hämorrhagisches Fieber	1 Fall	1 Fall
Gelbfieber	1 Fall	1 Fall

Untersuchung von Ausbrüchen und frühzeitige Reaktion: Untersuchen Sie weiter, ob ein Ausbruch bestätigt oder vermutet wird. Ermitteln Sie die Ursache/Quelle, wer davon betroffen ist, welche Übertragungsart vorliegt und wer gefährdet ist, um entsprechende Kontrollmaßnahmen ergreifen zu können.

Copyright

Führen Sie deskriptive epidemiologische Untersuchungen durch, darunter:

- Fälle, Todesfälle und Person, Zeit und Ort des Beginns, um eine epidemische Kurve und epidemiologische Karte erstellen zu können
- Line Listings, die jeden Fall verfolgen und das Ausmaß des Ausbruchs analysieren, wie etwa Anzahl der Krankenhauseinweisungen, Komplikationen und Letalitätsrate
- Berechnung der Krankheitszahlen auf der Grundlage der beschlossenen Bevölkerungszahlen.

Stellen Sie eine Hypothese auf, die die Exposition und Krankheit erklärt. Berücksichtigen Sie Erreger, Quelle und Übertragungsweg.

Beurteilen Sie die Hypothese und einigen Sie sich auf eine Falldefinition für den Krankheitsausbruch. Dies kann konkreter sein als eine für die Überwachung verwendete Falldefinition. Sobald Laboruntersuchungen aus mehreren Quellen einen Ausbruch bestätigt haben, gehen Sie entsprechend der Falldefinition für den Ausbruch vor; die weitere Entnahme von Proben ist möglicherweise nicht mehr notwendig.

Die Erkenntnisse sollten rasch und regelmäßig übermittelt und aktualisiert werden. Implementieren Sie so schnell wie möglich bevölkerungsbasierte Kontrollmaßnahmen.

Alle diese Maßnahmen können gleichzeitig erfolgen, insbesondere während eines anhaltenden Ausbruchs ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.1.4 für Infektionskrankheiten: Vorbereitung und Reaktion auf Krankheitsausbrüche*.

Standard für Infektionskrankheiten 2.1.3: Diagnose und Fallmanagement

Die Menschen haben Zugang zu einer effektiven Diagnose und Behandlung von Infektionskrankheiten, die am stärksten zu Morbidität und Mortalität beitragen.

Schlüsselaktivitäten

1. Formulieren Sie klare Botschaften, die die Menschen ermutigen, bei Symptomen wie Fieber, Husten und Durchfall Hilfe zu suchen.
   - Konzipieren Sie schriftliche Dokumenten, Radiomitteilungen oder Mobiltelefonnachrichten und nutzen Sie dafür leicht zugängliche Formate und eine gut verständliche Sprache.
2. Verwenden Sie genehmigte, standardisierte Fallmanagementprotokolle für die Erbringung von Gesundheitsleistungen.
   - Ziehen Sie etwa für Malaria, Durchfall und Lungenentzündung die Implementierung eines gemeindebasierten Fallmanagements in Betracht.
   - Überweisen Sie schwere Fälle an übergeordnete Betreuungsstellen oder Quarantänebereiche.
3. Bieten Sie angemessene Labor- und Diagnosemöglichkeiten, Verbrauchsmaterialien und Qualitätssicherung.
   - Legen Sie den Einsatz von diagnostischen Schnelltests oder Labortests für Krankheitserreger fest und definieren Sie, auf welcher Ebene der Gesundheitsversorgung diese erfolgen sollen (z. B. diagnostische Schnelltests in der Gemeinde).

Copyright

4 Sorgen Sie dafür, dass die Behandlung von Personen mit einer Langzeittherapie für Infektionskrankheiten wie TB und HIV nicht unterbrochen wird.

- Führen Sie TB-Kontrollprogramme erst ein, wenn anerkannte Kriterien erfüllt sind.
- Koordinieren Sie Ihre Bemühungen mit HIV-Programmen, um eine Gesundheitsversorgung von Personen mit einer HIV-TB-Koinfektion sicherzustellen.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz von Gesundheitszentren, die eine von einer Krise betroffene Bevölkerung mithilfe von standardisierten Behandlungsprotokollen für eine bestimmte Krankheit unterstützen

- Überprüfen Sie die Aufzeichnungen monatlich, um Trends zu beobachten

Prozentsatz von Verdachtsfällen, die durch eine Diagnosemethode laut einem vereinbarten Protokoll bestätigt wurden

Leitlinien

Behandlungsprotokolle: Die Protokolle sollten ein Paket aus Diagnose, Behandlung und Überweisung beinhalten. Wenn ein solches Paket in einer Krise nicht vorhanden ist, ziehen Sie internationale Richtlinien zurate. Informieren Sie sich über die lokalen Muster bezüglich Arzneimittelresistenz (unter Berücksichtigung von Vertreibungen). Dies gilt insbesondere für Malaria, Tuberkulose und Typhus. Berücksichtigen Sie klinische Hochrisikogruppen wie etwa Kinder unter 2 Jahren, Schwangere, ältere Personen, Menschen mit HIV und akut unterernährte Kinder, die anfälliger für bestimmte Infektionskrankheiten sind.

Akute Atemwegsinfektionen: In Krisen erhöht sich die Anfälligkeit durch Überfüllung, Rauch und schlechte Belüftung sowie Unterernährung und/oder Vitamin A-Mangel. Verringern Sie die Letalitätsrate durch eine zeitgerechte Identifizierung, orale Antibiotika und die Überweisung von schweren Fällen.

Durchfall und blutiger Durchfall: Senken Sie die Mortalitätsraten durch einen besseren Zugang zu einer oralen Rehydrationstherapie und zusätzlichen Zinkgabe auf Haushalts-, Gemeinde- oder Primärversorgungsebene. Die Behandlung kann an oralen Rehydrationsstellen in der Gemeinde erfolgen.

Fallmanagement auf Gemeindeebene: Patienten mit Malaria, Lungenentzündung oder Durchfall können von ausgebildeten Gemeinde-Gesundheitspflegern behandelt werden. Achten Sie darauf, dass alle Programme miteinander verknüpft sind und von der nächstgelegenen Gesundheitseinrichtung beaufsichtigt werden. Sorgen Sie für einen gerechten und unparteiischen Zugang für alle.

Laboruntersuchungen: Implementieren Sie ein Überweisungsnetzwerk aus nationalen, regionalen und internationalen Laboreinrichtungen für die Untersuchung von Proben. Gewährleisten Sie dabei diagnostische Schnelltests für Malaria, Cholera und Denguefieber sowie die Untersuchung des Hämoglobinspiegels. Stellen Sie angemessene Transportmedien für Proben bereit, die auf andere Erreger getestet werden sollen (wie etwa Cary-Blair-Medium für Cholera).

Schulen Sie die Gesundheitsmitarbeitenden hinsichtlich diagnostischer Methoden, Qualitätssicherung und Probenentnahme, Transport und Dokumentation. Erarbeiten Sie ein Protokoll für endgültige Tests in nationalen, regionalen oder internationalen Referenzlabors. Endgültige Tests beinhalten Kulturen von Proben, serologische Tests und

Copyright

Antigentests oder RNA-Tests auf Gelbfieber, virales hämorrhagisches Fieber und Hepatitis E. Definieren Sie Protokolle für sichere Transportmechanismen für Erreger, insbesondere für virales hämorrhagisches Fieber, Pest oder ähnliche Krankheiten. Berücksichtigen Sie die Luftfahrtvorschriften für den Transport von Proben auf dem Luftweg.

Tuberkulose (TB) zu kontrollieren, ist eine komplexe Angelegenheit, da die Arzneimittelresistenz stetig zunimmt. Implementieren Sie Programme nur dann, wenn ein kontinuierlicher Zugang für die Bevölkerung und die Bereitstellung einer Behandlung für die Dauer von mindestens 12–15 Monaten gewährleistet ist. Es wurden die multiresistente TB (MDR TB, resistent gegenüber zwei wichtigen TB-Medikamenten, Isoniazid und Rifampicin) und die extrem arzneimittelresistente TB (EDR TB, resistent gegenüber vier wichtigen TB-Medikamenten) identifiziert. Diese beiden Arten erfordern eine längere, kostspieligere und komplexere Behandlung. In Krisen ist der Zugang zu diagnostischen Tests und Empfindlichkeitsprüfungen häufig erschwert, doch diese sind notwendig, um die korrekte Auswahl und Anwendung von TB-Medikamenten zu gewährleisten.

Standard für Infektionskrankheiten 2.1.4: Vorbereitung und Reaktion auf Krankheitsausbrüche

Es gibt eine angemessene Vorbereitung auf Krankheitsausbrüche und diese werden zeitgerecht und effektiv unter Kontrolle gebracht.

Schlüsselaktivitäten

1. Entwickeln Sie gemeinsam mit allen Interessengruppen und Partnern einen integrierten Plan für die Vorbereitung auf einen Krankheitsausbruch und die Reaktion darauf und verteilen Sie diesen.

- Konzentrieren Sie die Schulungen auf die wichtigsten Mitarbeitenden in Gebieten mit hohem Risiko.
- Bevorraten Sie grundlegende Arzneimittel, Medizinprodukte, Schnelltests, persönliche Schutzausrüstung und Kits (wie etwa für Cholera und Durchfallerkrankungen) in epidemiegefährdeten und schwer zugänglichen Gebieten.

2. Implementieren Sie krankheitsspezifische Kontrollmaßnahmen, sobald ein Krankheitsausbruch festgestellt wurde.

- Bestimmen Sie, ob eine gezielte Impfkampagne erforderlich ist.
- Intensivieren Sie die IPC-Maßnahmen, darunter Quarantänebereiche für Cholera, Hepatitis E oder sonstige Krankheitsausbrüche.

3. Erarbeiten und koordinieren Sie die Kapazitäten für Logistik und Reaktion auf Krankheitsausbrüche.

- Stellen Sie Transport- und Lagerungskapazitäten für Arzneimittel und Verbrauchsmaterialien, darunter eine entsprechende Kühlkette für Impfstoffe sicher.
- Kümmern Sie sich um Kapazitäten für die Gesundheitsversorgung wie etwa Cholera- oder Meningitiszelte.
- Gewährleisten Sie den Zugang und den Transport zu Labors auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene, um die Proben zu testen.

Copyright

4 Koordinieren Sie die Bemühungen bei Bedarf mit anderen Sektoren, darunter auch Kinderschutz.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Gesundheitsmitarbeitenden in Gebieten mit hohem Risiko, die in Hinblick auf den Maßnahmenplan und die Protokolle im Fall eines Ausbruchs geschult sind

Eine auf ein akzeptables Maß reduzierte Letalitätsrate

- Cholera <1 Prozent
- Meningitis <15 Prozent
- Hepatitis E <4 Prozent bei der allgemeinen Bevölkerung, 10–50 Prozent bei Schwangeren im dritten Trimester
- Diphtherie (respiratorische) <5–10 Prozent
- Keuchhusten <4 Prozent bei Kindern im Alter von 1 Jahr, <1 Prozent bei Kindern zwischen 1–4 Jahren
- Denguefieber <1 Prozent

Leitlinien

Vorbereitung und Reaktion auf Krankheitsausbrüche: Erarbeiten Sie dies gemeinsam mit Gesundheitspartnern, Gesundheitsministerium, Mitgliedern und Führungspersönlichkeiten der Gemeinde. Partner in den Bereichen WASH, Ernährung, Unterkunft und Bildung, die Aufnahmeregierung, Gefängnisse und Militär (sofern relevant) sollten ebenfalls involviert werden. Sorgen Sie dafür, dass andere kritische Gesundheitsdienste nicht durch die Reaktion auf den Krankheitsausbruch beeinträchtigt werden.

Der Plan sollte folgende Aspekte abdecken:

- Koordinationsmechanismus für die Reaktion auf den Krankheitsausbruch auf nationaler, subnationaler und Gemeindeebene
- Mechanismen für die Mobilisierung auf Gemeindeebene und die Risikokommunikation
- Stärkung von EWAR: Krankheitsüberwachung, Ausbruchserkennung, (epidemiologische) Ausbruchsuntersuchung
- Fallmanagement
- Spezifische Kontrollmaßnahmen für die jeweilige Krankheit und den jeweiligen Kontext
- Sektorübergreifende Maßnahmen
- Protokolle für sichere Transport- und Überweisungswege für Laborproben
- Notfallpläne für die Verstärkung der Leistungen auf unterschiedlichen Betreuungsebenen, darunter die Einrichtung von Quarantänebereichen in Behandlungszentren
- Teamkapazitäten für die Ausbruchskontrolle und Anforderungen an Gesundheitsmitarbeitende bei einem kurzfristigen Bedarfsanstieg
- Verfügbarkeit von unentbehrlichen Arzneimitteln, Impfstoffen, Medizinprodukten, Laborbedarf und persönlicher Schutzausrüstung für Gesundheitsmitarbeitende, einschließlicher internationaler Beschaffung (z. B. globaler Vorrat an Impfstoff).

Copyright

Die ***Ausbruchskontrolle*** bedarf einer angemessenen Risikokommunikation und eigener Ausbruchskontrollteams. Dämmen Sie den Krankheitsausbruch umfassend ein, damit die Krankheit nicht in neue Gebiete vordringen und die Anzahl von Neuerkrankungen im Ausbruchsfall möglichst gering gehalten werden kann. Dazu sind die aktive Suche von Fällen, eine umgehende Diagnose und ein entsprechendes Fallmanagement erforderlich. Richten Sie bei Bedarf Quarantänebereiche (etwa für Cholera oder Hepatitis E) ein. Verbessern Sie die Vektorkontrolle, um die Infektionsgefahr zu verringern, verwenden Sie langwirksame insektizidimprägnierte Moskitonetze sowie intensivierte Hygienemaßnahmen.

Impfkampagnen

Meningitis: Die Serogruppen A, C, W und Y können in Krisen einen Krankheitsausbruch verursachen. Impfstoffe für A und C stehen für den Einsatz bei Epidemien zur Verfügung. Routineimpfungen in Krisen sind für die Serogruppen C und W nicht empfehlenswert und nicht möglich. Die Impfungen sollten sich je nach den bekannten Erkrankungsziffern an bestimmte Altersgruppen oder an Personen zwischen 6 Monaten und 30 Jahren richten. Legen Sie angesichts der nötigen Lumbalpunktion für eine definitive Diagnose eine klare Falldefinition fest.

Virales hämorrhagisches Fieber: Management und Diagnose von viralem hämorrhagischem Fieber wie etwa Ebola oder Lassafieber basieren auf strengen nationalen und internationalen Richtlinien. Diese beinhalten Protokolle für neue Impfstoffe und innovative Behandlungsmethoden. Während eines Krankheitsausbruchs ist die effektive Einbindung der Gemeinschaften von größter Wichtigkeit.

Gelbfieber: Eine Massenimpfung wird empfohlen, sobald ein einzelner Fall in einer Siedlung für vertriebene und aufnehmende Bevölkerungsgruppen bestätigt wurde. Kombinieren Sie diese mit *Aedes*-Vektorkontrollmaßnahmen und einer strengen Quarantäne der Erkrankten.

Kinderlähmung: Kinderlähmung ist im Expanded Programme on Immunization (EPI) der WHO enthalten, und mit der Impfung sollte nach den ersten Phasen einer Krise wieder begonnen werden. Veranlassen Sie eine Massenimpfung, sobald ein Fall von Kinderlähmung festgestellt wird.

Cholera: Es sollte klare Behandlungs- und Ausbruchsprotokolle geben, die über alle Sektoren hinweg koordiniert werden. Setzen Sie Choleraimpfstoffe laut WHO-Rahmenwerk ein und ergänzen Sie die bestehenden Strategien zur Kontrolle von Cholera.

Hepatitis A und E: Diese Erkrankungen stellen insbesondere in Flüchtlingslagern ein erhebliches Risiko dar. Verhindern und kontrollieren Sie Ausbrüche mithilfe von besseren Sanitäreinrichtungen, Hygienemaßnahmen und Zugang zu sicherem Wasser.

Masern: ⊕ *Siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.2.1 für Kindergesundheit: Durch Impfung vermeidbare Kinderkrankheiten.*

Keuchhusten oder Diphtherie: Wenn Menschen vertrieben werden, kommt es häufig zu einem Ausbruch von Keuchhusten. Aufgrund von Bedenken hinsichtlich des Risikos älterer Empfänger des Ganzzell-Impfstoffs für Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus (DPT) sollten Sie bei Impfkampagnen in Verbindung mit einem Keuchhustenausbruch vorsichtig sein. Nutzen Sie einen Krankheitsausbruch, um Lücken in der routinemäßigen Immunisierung zu schließen. Das Fallmanagement umfasst die Antibiotikabehandlung von Fällen sowie eine frühe prophylaktische Behandlung in Haushalten mit Säuglingen oder Schwangeren. Diphterieausbrüche kommen weniger häufig vor, stellen aber

Copyright

in dicht besiedelten Räumen mit einer geringen Diphterieimmunität weiterhin eine Gefahr dar. In Lagern sind Massenimpfkampagnen für Diphterie mit drei separaten Impfdosen keine Seltenheit. Das Fallmanagement umfasst die Verabreichung von Antitoxinen sowie Antibiotika.

Letalitätsraten: Die akzeptable Letalitätsrate für bestimmte Krankheiten variiert je nach Kontext und bestehender Immunität. Versuchen Sie, die Letalitätsraten so weit wie möglich zu senken. Eine hohe Letalitätsrate kann auf fehlenden Zugang zu einer geeigneten Gesundheitsversorgung, ein verspätetes Eingreifen und Fallmanagement, eine erhebliche Komorbidität in der Bevölkerung oder eine schlechte Gesundheitsversorgung hinweisen. Kontrollieren Sie die Letalitätsrate häufig und ergreifen Sie unverzüglich Korrekturmaßnahmen, wenn diese höher als erwartet ist.

Versorgung von Kindern: Betrachten Sie Kinder während eines Krankheitsausbruchs als eigene Gruppe, wenn Sie Programme konzipieren und implementieren. Koordinieren Sie Ihre Bemühungen mit dem Gesundheitssektor und dem Sektor für Kinderschutz und nehmen Sie entsprechende Überweisungen vor. Gehen Sie auf die Risiken einer Trennung der Kinder von ihren Eltern ein. Die Risiken können sich aus der Morbidität und Mortalität der Eltern oder aus dem Programmdesign ergeben. Versuchen Sie, die Trennung von Familien zu vermeiden und holen Sie die Zustimmung der Eltern oder Kinder für die Behandlung ein. Ergreifen Sie Maßnahmen, um die Ausbildungseinrichtungen geöffnet zu lassen und bedenken Sie die nötigen Kontrollmaßnahmen und die Gesundheitsbildung.

2.2 Kindergesundheit

In Krisenzeiten sind Kinder verstärkt Infektionen, Krankheiten oder sonstigen Gefahren für Gesundheit und Leben ausgesetzt. Einerseits haben sich die Lebensbedingungen verschlechtert, andererseits sind aber auch die Immunisierungsprogramme unterbrochen. Für unbegleitete und getrennte Kinder ist dieses Risiko noch höher.

Daher sind konzertierte Maßnahmen für Kinder erforderlich. Diese konzentrieren sich anfangs auf eine lebensrettende Versorgung, müssen jedoch letztendlich das Leiden verringern sowie das Wachstum und die Entwicklung fördern. Die Programme sollten die Hauptursachen von Morbidität und Mortalität angehen. Global handelt es sich bei diesen Risiken um akute Atemwegsinfektionen, Durchfall, Masern, Malaria, Unterernährung und neonatale Ursachen für Morbidität und Mortalität.

Standard für Kindergesundheit 2.2.1: Durch Impfung vermeidbare Kinderkrankheiten

Kinder im Alter von 6 Monaten bis 15 Jahren besitzen Immunität gegen Erkrankungen und haben in Krisen Zugang zu routinemäßigen Leistungen im Rahmen des Erweiterten Impfprogramms (Expanded Programme on Immunization (EPI) der WHO).

Schlüsselaktivitäten

1. Bestimmen Sie, ob Impfungen erforderlich sind und wie im Krisenfall vorzugehen ist.

Copyright

- Dies sollte auf einer Risikobeurteilung (etwa Bevölkerung, Jahreszeit), der Machbarkeit einer Kampagne (darunter die Notwendigkeit mehrerer Dosen und deren Verfügbarkeit) und dem Kontext (wie etwa Sicherheit, konkurrierende Bedürfnisse) basieren. Es sollte sich dabei um einen laufenden Prozess im Rahmen des Krisenverlaufs handeln ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.1.1 für Infektionskrankheiten: Prävention.*

2 Falls die Masern-Durchimpfungsrate bei unter 90 Prozent liegt oder unbekannt ist: Bei Kindern im Alter von 6 Monaten bis 15 Jahren eine Massenimpfkampagne gegen Masern durchführen,

- die von einer Verabreichung von Vitamin A bei Kindern im Alter von 6–59 Monaten begleitet wird.
- Stellen Sie sicher, dass alle im Alter von 6–9 Monaten geimpften Säuglinge eine weitere Dosis Masernimpfstoff erhalten, wenn sie das Alter von 9 Monaten erreichen.

3 Nehmen Sie das EPI der WHO so rasch wie möglich wieder auf.

- Wenden Sie sich an primäre Gesundheitseinrichtungen oder mobile Teams bzw. für öffentliche Informationsarbeit zuständige Stellen, damit diese den nationalen Immunisierungsplan für durch Impfung vermeidbare Krankheiten an mindestens 20 Tagen im Monat anbieten.

4 Überprüfen Sie den Impfstatus von Kindern, die in Gesundheitseinrichtungen oder mobile Kliniken kommen, und verabreichen Sie die eventuell fehlenden Impfungen.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Kinder zwischen 6 Monaten und 15 Jahren, die im Rahmen einer Masernimpfkampagne eine Masernimpfung erhalten haben

- >95 Prozent

Prozentsatz der Kinder zwischen 6 und 59 Monaten, die im Rahmen einer Masernimpfkampagne eine angemessene Dosis Vitamin A erhalten haben

- >95 Prozent

Prozentsatz der Kinder im Alter von 12 Monaten, die drei Dosen DPT erhalten haben

- >90 Prozent

Prozentsatz der primären Gesundheitseinrichtungen, die an mindestens 20 Tagen im Monat grundlegende EPI-Leistungen anbieten

Leitlinien

Impfungen: Impfungen sind enorm wichtig, um in akuten Krisen eine übermäßige Mortalität zu verhindern. Die nationalen Richtlinien decken möglicherweise keine Notfälle oder Menschen ab, die Landesgrenzen überschritten haben. Deshalb sollten Sie unverzüglich feststellen, welche Impfstoffe erforderlich sind, und einen Implementierungsplan erstellen, der auch die Beschaffungsprozesse abdeckt ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.1.1 für Infektionskrankheiten: Prävention* für Informationen zur Risikobeurteilung und Impfentscheidungen sowie *Standard 1.3 für Gesundheitssysteme: Unentbehrliche Arzneimittel und Medizinprodukte* zur Beschaffung und Lagerung von Impfstoffen.

Copyright

Masernimpfung: Die Immunisierung gegen Masern ist in Krisenzeiten eine enorm wichtige Gesundheitsmaßnahme.

- *Abdeckung:* Überprüfen Sie die Abdeckungsdaten für vertriebene und aufnehmende Bevölkerungsgruppen, um festzustellen, ob die Abdeckung durch eine routinemäßige Masernimpfung oder eine Masernimpfkampagne in den vergangenen drei Jahren mehr als 90 Prozent betragen hat. Führen Sie eine Masernimpfkampagne durch, wenn die Abdeckung unter 90 Prozent liegt, unbekannt oder zweifelhaft ist. Verabreichen Sie gleichzeitig Vitamin A. Sorgen Sie dafür, dass mindestens 95 Prozent der Neuzugänge in einer Siedlung im Alter von 6 Monaten bis 15 Jahren geimpft sind.
- *Altersklassen:* Es ist möglich, dass einige ältere Kinder bei Routineimpfungen und Masernkampagnen nicht berücksichtigt wurden und auch nicht an Masern erkrankt sind. Diese Kinder sind weiterhin durch Masern gefährdet und können eine Infektionsquelle für Säuglinge und Kleinkinder darstellen, die einem erhöhten Sterberisiko durch die Krankheit ausgesetzt sind. Daher sollte bis zum Alter von 15 Jahren geimpft werden. Falls dies nicht möglich ist, sollten Kinder zwischen 6 und 59 Monaten vorrangig geimpft werden.
- *Auffrischungsimpfungen:* Alle Kinder zwischen 9 Monaten und 15 Jahren sollten im Rahmen von standardisierten nationalen Immunisierungsprogrammen zwei Dosen Masernimpfstoff erhalten. Kinder zwischen 6 und 9 Monaten, die eine Masernimpfung (etwa bei Notfallkampagnen) erhalten haben, sollten im empfohlenen Alter weitere zwei Dosen laut nationalem Impfplan (in Gegenden mit hohem Risiko normalerweise im Alter von 9 bzw. 15 Monaten) erhalten.

Kinderlähmung: Ziehen Sie Kinderlähmungsimpfkampagnen in Erwägung, wenn es Fälle von Kinderlähmung gibt oder die Programme zur Ausrottung von Kinderlähmung gefährdet sind. Siehe dazu die Definition in *Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making* ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.1.1 für Infektionskrankheiten: Prävention*.

Nationales EPI-Programm: Führen Sie das EPI-Programm umgehend wieder ein, um Kinder vor Masern, Diphterie und Keuchhusten zu schützen und die Gefahr von Atemwegsinfektionen zu verringern. Nationale EPI-Programme benötigen möglicherweise ergänzende Impfungen ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.1.4 für Infektionskrankheiten: Vorbereitung und Reaktion auf Krankheitsausbrüche*.

Impfstoffsicherheit: Stellen Sie stets die Sicherheit der Impfstoffe sicher. Befolgen Sie die Herstellerhinweise zur Lagerung und Kühlung ⊕ *siehe Standard 1.3 für Gesundheitssysteme: Unentbehrliche Arzneimittel und Medizinprodukte*.

Einwilligung nach Aufklärung: Holen Sie zur Verabreichung der Impfung eine Einwilligung nach Aufklärung von den Eltern oder dem Vormund ein. Dazu müssen diese die Risiken und möglichen Nebenwirkungen verstehen.

Copyright

Standard für Kindergesundheit 2.2.2: Behandlung von Erkrankungen bei Neugeborenen und Kindern

Kinder haben Zugang zu einer priorisierten Gesundheitsversorgung, die auf die wichtigsten Ursachen von Morbidität und Mortalität bei Neugeborenen und Kindern ausgerichtet ist.

Schlüsselaktivitäten

1 Bieten Sie eine angemessene Gesundheitsversorgung auf unterschiedlichen Ebenen (Einrichtungen, mobile Kliniken oder Gemeindeprogramme).

- Beziehen Sie sich bei der grundlegenden Betreuung von Neugeborenen auf die Richtlinien „Newborn Health in Humanitarian Settings“ ⊕ *siehe Quellen*.
- Erwägen Sie die Einsetzung des „Integrated Community Case Management (iCCM)“ und „Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)“.

2 Implementieren Sie ein standardisiertes System zur Beurteilung und Triage in allen Einrichtungen, die sich um die Behandlung von kranken Neugeborenen und Kindern kümmern.

- Sorgen Sie dafür, dass Kinder mit Anzeichen einer Gefährdung (die nicht trinken oder gestillt werden können, alles erbrechen, Krämpfe haben und lethargisch oder nicht bei Bewusstsein sind) sofort behandelt werden.
- Fügen Sie eine Beurteilung von Traumata und chemischen Vergiftungen hinzu, falls es im jeweiligen Kontext ein erhöhtes Risiko dafür gibt.

3 Stellen Sie unentbehrliche Arzneimittel in einer angemessenen Dosierung und Rezeptur zur Verfügung, um gängige Kinderkrankheiten auf allen Ebenen der Betreuung behandeln zu können.

4 Kontrollieren Sie die Kinder in Bezug auf Wachstum und Ernährungszustand.

- Überweisen Sie alle unterernährten Kinder an Ernährungsstellen.
- Bieten Sie für Kinder mit einer schweren, akuten Unterernährung mit Komplikationen eine einrichtungsbasierte Behandlung.

5 Erstellen Sie ein angemessenes Fallmanagementprotokoll zur Behandlung von Kinderkrankheiten und durch Impfung vermeidbare Krankheiten, wie etwa Diphterie und Keuchhusten, wenn ein hohes Ausbruchsrisiko vorliegt.

- Verwenden Sie nach Möglichkeit bereits bestehende Protokolle.

6 Konzipieren Sie Informationen zur Gesundheitsbildung, um Familien zu ermutigen, gesunde Verhaltensweisen zu praktizieren und Präventivmaßnahmen zum Schutz vor Krankheiten zu ergreifen.

- Fördern Sie Maßnahmen wie etwa ausschließliches Stillen, Säuglingsernährung, Händewaschen sowie das Warmhalten von Kleinkindern und unterstützen Sie die frühkindliche Entwicklung.

7 Konzipieren Sie Informationen zur Gesundheitsbildung, um die Menschen zu ermutigen, bei Erkrankungen wie Fieber, Husten oder Durchfall von Kindern und Neugeborenen frühzeitig Hilfe zu holen.

Copyright

- Ergreifen Sie Maßnahmen, um auch Kinder zu erreichen, die keinen Erwachsenen oder Elternteil haben, der sich um sie kümmert.

8 Identifizieren Sie Kinder mit einer Behinderung oder Entwicklungsverzögerung.

- Bieten Sie Beratung und überweisen Sie die Betroffenen an Behandlungsstellen oder Rehabilitationszentren.

Schlüsselindikatoren

Rohe Mortalitätsrate von Kindern unter 5 Jahren

- Weniger als 2 Todesfälle pro 10.000 pro Tag ⊕ *siehe Anlage 3: Formeln zur Berechnung der wichtigsten Gesundheitsindikatoren*

Effektive und zeitgerechte Malariabehandlung für alle Kinder unter 5 Jahren mit Malaria

- Innerhalb von 24 Stunden nach Auftreten der ersten Symptome
- Ausnahme: Kinder unter 5 Jahren, die an schwerer, akuter Unterernährung leiden

Zeitgerechte Gabe von oralen Rehydrationssalzen und Zink für alle Kinder unter 5 Jahren, die an Durchfall leiden

- Innerhalb von 24 Stunden nach Auftreten der ersten Symptome

Angemessene und zeitgerechte Behandlung aller Kinder unter 5 Jahren mit einer Lungenentzündung

- Innerhalb von 24 Stunden nach Auftreten der ersten Symptome

Leitlinien

Grundlegende Betreuung von Neugeborenen: Versorgen Sie alle Neugeborenen bei der Geburt mit fachlicher Pflege, vorzugsweise in einer Gesundheitseinrichtung ⊕ *siehe die Richtlinien* „Integrated Management of Pregnancy and Childbirth" (IMPAC) und „Newborn Health in Humanitarian Settings". Unabhängig davon, ob die Geburt mit fachlicher Betreuung erfolgt oder nicht, umfasst die grundlegende Betreuung von Neugeborenen folgende Aspekte:

- Warmhalten (warten Sie mit dem Bad und halten Sie das Baby durch Hautkontakt trocken und warm)
- Infektionsprävention (fördern Sie eine saubere Geburt, Händewaschen, saubere Nabelpflege und die Behandlung von Haut und Augen)
- Unterstützung beim Füttern (sofortiges und ausschließliches Stillen, Zufuhr von Erstmilch)
- Monitoring (Beurteilung in Bezug auf Anzeichen von Infektionen oder Symptomen, die eine Überweisung erforderlich machen können)
- Postnatale Betreuung (zuhause oder nahe des Wohnorts in der ersten Lebenswoche, wobei die ersten 24 Stunden für einen Besuch zur postnatalen Betreuung am wichtigsten sind; drei Heimbesuche in der ersten Lebenswoche sind erstrebenswert)

Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) konzentriert sich auf die Behandlung von Kindern unter 5 Jahren auf der Ebene der Primärversorgung. Nach der Einführung des IMCI nehmen Sie klinische Richtlinien in Standardprotokolle auf und schulen Sie die Gesundheitsexperten entsprechend.

Integrated Community Case Management (iCCM) dient der zeitgerechten und effektiven Behandlung von Malaria, Lungenentzündung und Durchfall bei Personen mit

Copyright

beschränktem Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, insbesondere bei Kindern unter 5 Jahren.

Behandlung von Durchfall: Behandeln Sie Kinder, die an Durchfall leiden, mit oralen Rehydrationssalzen mit niedriger Osmolalität sowie der Gabe von Zink. Zink verkürzt die Dauer des Durchfalls, während die Rehydrationssalze eine Dehydrierung verhindern. Ermutigen Sie die für die Pflege zuständigen Personen, in dieser Phase mit dem Stillen fortzufahren oder dies zu intensivieren und die Kinder danach verstärkt zu füttern.

Behandlung von Lungenentzündung: Wenn Kinder an Husten leiden, kontrollieren Sie, ob diese schnell atmen oder Schwierigkeiten beim Atmen haben und sich die Brust zusammenzieht. Wenn ja, behandeln Sie dies mit einem entsprechenden oralen Antibiotikum. Überweisen Sie Kinder, die gefährdet zu sein scheinen oder eine schwere Lungenentzündung haben, an eine Einrichtung, in der sie mit Priorität behandelt werden.

Die Definition einer schnellen Atmung variiert je nach Alter:

Geburt–2 Monate: >60/Min.	12 Monate: >50/Min.
1–5 Jahre: >40/Min.	5 Jahre: >20/Min.

HIV: In Gegenden, in denen die HIV-Durchseuchung mehr als 1 Prozent beträgt: Testen Sie alle Kinder mit einer schweren, akuten Unterernährung. Mütter und Betreuungspersonal von HIV-gefährdeten Kleinkindern benötigen eine angepasste Unterstützung und Beratung ⊕ *siehe Standards für Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung*.

Füttern von getrennten Kindern: Veranlassen Sie für getrennte oder unbegleitete Kinder ein überwachtes Füttern.

Bedenken hinsichtlich des Kinderschutzes: Verwenden Sie routinemäßige Gesundheitsdienste, um eine Vernachlässigung der Kinder, Missbrauch oder Ausbeutung festzustellen. Überweisen Sie derlei Fälle an Kinderschutzeinrichtungen. Integrieren Sie identifikations- und geschlechtsspezifische Fallmanagementverfahren in die routinemäßigen Gesundheitsdienste für Mütter und Kleinkinder, Kinder und Jugendliche.

Ernährungsbedingte Überweisungen: ⊕ *Siehe Standard 3 für Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung: Mikronährstoffmangel* und *Standard 2.2 für Management von Mangelernährung: Schwere akute Unterernährung*.

Häusliche Luftverschmutzung: Erwägen Sie die Bereitstellung alternativer Kochherde, um Rauch und Dämpfe und die damit einhergehenden Atemwegserkrankungen zu verringern ⊕ *siehe Standard 3 für Notunterkünfte und Ansiedlung: Wohnraum* und *Standard 4: Haushaltsgegenstände*.

Vergiftungen: ⊕ *Siehe Anlage 4.*

2.3 Sexuelle und Reproduktionsgesundheit

Ab dem Beginn einer Krise muss eine kritische, lebensrettende Behandlung für sexuelle und Reproduktionsgesundheit gegeben sein. Implementieren Sie so rasch wie möglich umfassende Leistungen.

Diese kritischen Leistungen sind Teil einer integrierten Gesundheitsmaßnahme, die durch den Einsatz von Kits für Reproduktionsgesundheit unterstützt werden ⊕ *siehe Standard 1.3 für Gesundheitssysteme: Unentbehrliche Arzneimittel und Medizinprodukte*.

Copyright

Eine umfassende sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung erfordert eine Verbesserung bestehender Leistungen, eine Erweiterung um bislang fehlende Leistungen und eine Verbesserung von deren Qualität. Für die Umsetzung ist es sehr wichtig, die Architektur des Gesundheitssystems zu verstehen ⊕ *siehe Standard 1.1 bis 1.5 für Gesundheitssysteme*.

Alle Personen, auch jene in einem humanitären Umfeld, haben das Recht auf sexuelle und Reproduktionsgesundheit. Die sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung muss den kulturellen Hintergrund und die religiösen Ansichten der Gemeinschaft respektieren und gleichzeitig universell anerkannte internationale Menschenrechtsstandards erfüllen. Achten Sie insbesondere auf die Bedürfnisse von Jugendlichen, älteren Menschen, Menschen mit Behinderungen und gefährdeten Bevölkerungsgruppen – ungeachtet ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität.

Notfälle erhöhen die Gefahr von sexueller Gewalt wie etwa durch Ausbeutung und Missbrauch. Im Sinne einer Prävention und angemessenen Reaktionen sollten alle Akteure in enger Abstimmung mit dem Schutzsektor zusammenarbeiten. Tragen Sie die Informationen auf sichere und ethische Art und Weise zusammen. Geben Sie Daten nur laut den vereinbarten Protokollen weiter ⊕ *siehe Grundsätze zum Schutz* und *Standard 1.5 für Gesundheitssysteme: Gesundheitsinformationen*.

Standard 2.3.1 für sexuelle und Reproduktionsgesundheit: Reproduktive Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsversorgung bei Müttern und Neugeborenen

Die Menschen haben Zugang zu Gesundheitsversorgung und Familienplanung, was eine übermäßige Mortalität und Morbidität der Mütter und Neugeborenen verhindert.

Schlüsselaktivitäten

1. Sorgen Sie jederzeit für saubere und sichere Geburten, eine grundlegende Betreuung von Neugeborenen und die Verfügbarkeit von Geburtshilfe und Neugeborenenbetreuung in Krisenzeiten.
   - Etablieren Sie ein jederzeit funktionierendes Überweisungssystem mit Kommunikation und Transport von der Gemeinde in die Gesundheitseinrichtung oder das Krankenhaus.
2. Stellen Sie allen augenscheinlich schwangeren Frauen eine Materialsammlung für eine saubere Geburt zur Verfügung, wenn der Zugang zu fachlichen Anbietern von Gesundheitsleistungen oder Gesundheitseinrichtungen nicht garantiert werden kann.
3. Sprechen Sie mit der Gemeinde, um die lokalen Präferenzen, Praktiken und Ansichten bezüglich Verhütung besser verstehen zu lernen.
   - Führen Sie mit Männern und Frauen, Jungen und Mädchen im Jugendalter separate und private Gespräche.
4. Stellen Sie eine Reihe von langwirkenden reversiblen und kurzzeitig wirkenden Verhütungsmethoden je nach Bedarf in einem privaten und vertraulichen Rahmen in den Gesundheitseinrichtungen bereit.
   - Bieten Sie Beratungsgespräche, bei denen fundierte Entscheidungen und die Effektivität der Methoden im Vordergrund stehen.

Copyright

Schlüsselindikatoren

Für Geburtshilfe und die Betreuung von Neugeborenen gibt es in Notfällen jederzeit fachmännische Betreuung.

- Grundlegende Geburtshilfe und Betreuung von Neugeborenen in Notfällen: mindestens 5 Einrichtungen pro 500.000 Personen
- Umfassende Geburtshilfe und Betreuung von Neugeborenen in Notfällen: mindestens 1 Einrichtung pro 500.000 Personen

Prozentsatz von Geburten, die von ausgebildetem Personal begleitet werden

- Mindestziel: 80 Prozent

Überweisungssystem für Geburtshilfe und die Betreuung von Neugeborenen in Notfällen

- Verfügbarkeit rund um die Uhr: 24 Stunden am Tag, 7 Tage pro Woche

Prozentsatz von Geburten in Gesundheitseinrichtungen durch Kaiserschnitt

- Ziel: 5–15 Prozent

Alle primären Gesundheitszentren melden innerhalb von 3–6 Monaten nach Beginn der Krise die Verfügbarkeit von mindestens vier Verhütungsmethoden.

Leitlinien

Geburtshilfe und Betreuung von Neugeborenen in Notfällen: Rund 4 Prozent jeder Bevölkerung sind schwangere Frauen, und rund 15 Prozent davon erleben in der Schwangerschaft oder bei der Geburt unvorhergesehene Komplikationen, die eine geburtshilfliche Notversorgung erforderlich machen. Rund 5–15 Prozent der Geburten erfordern einen operativen Eingriff wie etwa einen Kaiserschnitt. Weltweit benötigen 9–15 Prozent der Neugeborenen eine lebensrettende Notfallbetreuung. Rund 5–10 Prozent der Neugeborenen zeigen zum Zeitpunkt der Geburt keine Spontanatmung und benötigen eine Stimulation, und die Hälfte davon muss reanimiert werden. Die Hauptgründe für die nicht einsetzende Atmung sind Frühgeburt und akute Zwischenfälle bei der Geburt, die zu einer schweren Asphyxie führen ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.2.2 für Kindergesundheit: Behandlung von Erkrankungen bei Neugeborenen und Kindern.*

Die grundlegende Geburtshilfe und die Betreuung von Neugeborenen in Notfällen umfassen parenterale Antibiotika, uterotonische Medikamente (parenterales Oxytocin, Misoprostol), parenterale antikonvulsive Medikamente (Magnesiumsulfat), die Entfernung von Empfängnisverhütungsprodukten mithilfe geeigneter Geräte, die manuelle Entfernung der Plazenta, assistierte vaginale Geburt (Vakuumentbindung) und die Wiederbelebung von Mutter und Neugeborenem.

Die umfassende Geburtshilfe und die Betreuung von Neugeborenen in Notfällen beinhaltet alle oben genannten Punkte sowie die Operation unter Vollnarkose (Kaiserschnitt, Laparotomie) und rationale und sichere Bluttransfusionen mit standardmäßigen Sicherheitsvorkehrungen. Die Behandlung nach einem Abort ist ein lebensrettender Eingriff, der Teil der Notfallgeburtshilfe und -neugeborenenbetreuung ist und Todesfälle und Leiden in Folge der Komplikationen einer Fehlgeburt (Spontanabort) sowie unsichere Schwangerschaftsabbrüche verringern soll. Die Behandlung umfasst die Behandlung von Blutungen (möglicherweise durch einen chirurgischen Eingriff) und Sepsis sowie die Verabreichung einer Tetanusprophylaxe.

Copyright

Es ist überaus wichtig, dass sowohl die grundlegende als auch die umfassende Notfallgeburtshilfe und -neugeborenenbetreuung jederzeit verfügbar sind.

Das Überweisungssystem sollte sicherstellen, dass Frauen oder Neugeborene die Möglichkeit haben, zu einer primären Gesundheitseinrichtung mit grundlegender Notfallgeburtshilfe und -neugeborenenbetreuung und zu einem Krankenhaus mit einer umfassenden Notfallgeburtshilfe und -neugeborenenbetreuung zu gelangen.

Familienplanung: Sprechen Sie mit unterschiedlichen Gruppen in der Gemeinde, um die Präferenzen und kulturellen Einstellungen besser verstehen zu lernen. Achten Sie darauf, dass die Gemeindemitglieder darüber Bescheid wissen, wo und wie sie Zugang zu Verhütung erhalten. Geben Sie die Informationen in mehreren Formaten und Sprachen weiter, um möglichst viele Personen zu erreichen. Greifen Sie auf Führungspersönlichkeiten in der Gemeinde zurück, um Informationen weiterzugeben.

Die Verhütungsberatung sollte von geschulten Kräften durchgeführt werden, die die Präferenzen, Kultur und den Kontext der jeweiligen Personen verstehen. In der Beratung sollten die Aspekte Vertraulichkeit und Datenschutz, freiwillige Entscheidung und Einwilligung nach Aufklärung, die Effektivität medizinischer und nicht-medizinischer Methoden, mögliche Nebenwirkungen, Management und Follow-up sowie bei Bedarf Hinweise zur Entfernung berücksichtigt werden.

Eine Reihe von Verhütungsarten sollte sofort verfügbar sein, um die zu erwartende Nachfrage abzudecken. Die Hilfeleistenden sollten in der Entfernung langwirkender, reversibler Verhütungsmittel geschult sein.

Sonstige Leistungen: Veranlassen Sie so rasch wie möglich die Betreuung der Mütter und Neugeborenen. Dies sollte die prä- und postnatale Betreuung einschließen.

Koordination mit anderen Sektoren: Koordinieren Sie Ihre Bemühungen mit dem Ernährungssektor, um sicherzustellen, dass schwangere und stillende Frauen etwa für gezielte Nährstoffergänzung gegebenenfalls an Ernährungsstellen überwiesen werden ⊕ *siehe Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Standard 2.1 und 2.2 für das Management von Mangelernährung.*

Standard 2.3.2 für sexuelle und Reproduktionsgesundheit: Sexuelle Gewalt und klinische Vergewaltigungsaufarbeitung

Die Menschen haben Zugang zu einer sicheren Gesundheitsversorgung, die auf die Bedürfnisse der Überlebenden sexueller Gewalt eingeht.

Schlüsselaktivitäten

1. Ermitteln Sie eine federführende Organisation für die Koordination eines sektorübergreifenden Zugangs, um die Gefahr sexueller Gewalt zu verringern, Überweisungen sicherzustellen und den Überlebenden eine ganzheitliche Unterstützung zu bieten.
   - Koordinieren Sie Ihre Bemühungen mit anderen Sektoren, um Prävention und Maßnahmen zu intensivieren.
2. Informieren Sie die Gemeinschaft über die verfügbaren Leistungen und die Wichtigkeit, nach sexueller Gewalt sofort medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Copyright

- Bieten Sie so rasch wie möglich nach der Exposition eine HIV-Prophylaxe (innerhalb von 72 Stunden).
- Bieten Sie innerhalb von 120 Stunden eine Notfallverhütung.

3 Richten Sie für die Überlebenden sexueller Gewalt sichere Räumlichkeiten in den Gesundheitseinrichtungen ein, wo Sie diese klinisch betreuen bzw. an andere Stellen überweisen.

- Verwenden Sie klare Protokolle und eine Liste der Patientenrechte und machen Sie diese bekannt.
- Schulen Sie die Gesundheitsmitarbeitenden hinsichtlich einer unterstützenden Kommunikation, der Wahrung der Vertraulichkeit und dem Schutz der Informationen und Daten von Überlebenden.

4 Bieten Sie den Überlebenden sexueller Gewalt klinische Betreuung und Überweisungen an andere hilfreiche Stellen.

- Gewährleisten Sie Überweisungsmechanismen für lebensbedrohliche, komplizierte oder schwerwiegende Zustände.
- Implementieren Sie Überweisungsmechanismen zwischen Gesundheitsversorgung, juristischem Sektor, Schutzbereich, Sicherheitsbereich, psychosozialen Leistungen und Gemeindeleistungen.

Schlüsselindikatoren

Alle Gesundheitseinrichtungen verfügen auf der Basis von nationalen oder internationalen Protokollen über ausgebildete Mitarbeitende, ausreichende Verbrauchsmaterialien und Geräte für das klinische Management der Leistungen für Überlebende von Vergewaltigungen

Alle Überlebenden von sexueller Gewalt geben an, eine sichere und vertrauliche Gesundheitsversorgung erhalten zu haben

Alle infrage kommenden Überlebenden von sexueller Gewalt erhalten:

- Innerhalb von 72 Stunden nach einem Vorfall oder der Exposition eine Prophylaxe
- Innerhalb von 120 Stunden nach einem Vorfall oder der Exposition eine Notfallverhütung

Leitlinien

Die ***Prävention von sexueller Gewalt und Vergewaltigung*** erfordert Maßnahmen über alle Sektoren hinweg ⊕ *siehe WASH-Standard 2.1 für Wasserversorgung* ⊕ *siehe WASH-Standard 3.2 für die Fäkalentsorgung* ⊕ *siehe Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Standard 6.3 für Nahrungsmittelhilfe* und *Standard 7.2 für Existenzgrundlagen; Standard 2 und 3 für Notunterkünfte und Ansiedlung* ⊕ *siehe Grundsatz zum Schutz 1* und *Core Humanitarian Standard Verpflichtung 4 und 8* ⊕ *siehe Standard 1.1 bis 1.3 für Gesundheitssysteme* für weitere Informationen über die sichere Gestaltung von Gesundheitseinrichtungen und die sichere Betreuung.

Die klinische Betreuung, darunter psychische Gesundheit und die Überweisung von Überlebenden, muss in allen Primärversorgungseinrichtungen und allen mobilen Teams gegeben sein ⊕ *siehe Standard 1.2 für Gesundheitssysteme* und *Standard 2.5 für grundlegende Gesundheitsversorgung*. Dazu ist es notwendig, dass sich erfahrene Mitarbeitende einfühlsam, zeitgerecht und vertraulich um die Behandlung und Beratung aller Kinder, Erwachsenen und älteren Personen zu folgenden Themen kümmern:

Copyright

- Notfallverhütung
- Schwangerschaftstests, Informationen zu Schwangerschaftsoptionen und Überweisungen für einen sicheren Schwangerschaftsabbruch im vollen Umfang des Gesetzes
- präsumptive Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten
- Prophylaxe nach der Exposition, um eine HIV-Übertragung zu vermeiden ⊕ *siehe Gesundheitsstandard 2.3.3: HIV*
- Prävention von Hepatitis B
- Behandlung von Wunden und Vorbeugung vor Tetanus
- Überweisung an andere Dienste, wie etwa andere Gesundheitseinrichtungen, psychologische, rechtliche und soziale Beratung.

Sorgen Sie unter den Gesundheitsmitarbeitenden für eine ausgewogene Verteilung der Geschlechter, wobei diese in der Lage sein müssen, sich in der lokalen Sprache und der Sprache der Patienten zu verständigen. Coachen Sie weibliche und männliche Begleitpersonen und Dolmetscher dahingehend, dass diese unvoreingenommen und ohne Diskriminierung agieren. Schulen Sie die Gesundheitsmitarbeitenden in Bezug auf die klinische Betreuung von Überlebenden sexueller Gewalt und konzentrieren Sie sich dabei auf eine unterstützende Kommunikation, Anamnese und Untersuchung, Behandlung und Beratung. Bieten Sie je nach Machbarkeit und Bedarf Schulungen über das medizinisch-rechtliche System und die Sammlung forensischer Nachweise.

Kinder als Opfer von sexueller Gewalt: Kinder sollten von Gesundheitsmitarbeitenden betreut werden, die in Bezug auf den Umgang mit vergewaltigten Kindern geschult sind. Geben Sie den Kindern die Möglichkeit, sich das Geschlecht des betreuenden Gesundheitsmitarbeitenden auszusuchen. Beziehen Sie bei allen Fällen umgehend spezialisierte Schutzbeauftragte mit ein.

Einbeziehung der Gemeinde: Arbeiten Sie mit den Patienten und der Gemeinschaft zusammen, um den Zugang zur Betreuung und deren Akzeptanz zu fördern und im Zuge einer Krise Präventionsprogramme bereitzustellen. Sorgen Sie für vertrauliche Feedbackmechanismen sowie ein rasches Feedback. Beziehen Sie Männer, Frauen, Mädchen und Jungen im Jugendalter, Risikogruppen wie etwa Menschen mit Behinderungen und LGBTQI-Gruppen ein.

Rechtliches Rahmenwerk: Berücksichtigen Sie das nationale medizinisch-rechtliche System und die relevanten Gesetze zu sexueller Gewalt. Informieren Sie Überlebende über die Rechtsnormen, die zur Meldung verpflichten, und über die die Vertraulichkeit der von den Patienten gegenüber Gesundheitsdienstleistern bekannt gegebenen Informationen beschränken könnten. Dies kann ihre Entscheidung zur weiteren Inanspruchnahme der Betreuung beeinflussen, muss jedoch respektiert werden

In vielen Ländern ist ein Schwangerschaftsabbruch unter gewissen Umständen wie etwa einer Vergewaltigung legal. Wenn dies der Fall ist, sollte der Zugang dazu bzw. eine entsprechende Überweisung ohne Diskriminierung erfolgen.

Obwohl es von grundlegender Wichtigkeit ist, auf sexuelle Gewalt einzugehen, sind Formen von geschlechtsspezifischer Gewalt, wie etwa Gewalt durch Intimpartner, Kinder- und Zwangsheirat sowie die Verstümmelung weiblicher Genitalien, während einer humanitären Krise nicht nur verbreitet, sondern können in manchen Szenarien während einer Krise noch zunehmen und erhebliche, spezielle gesundheitliche Auswirkungen (physischer, sexueller oder psychischer Natur) auf die Betroffenen haben, die besondere Maßnahmen erfordern. Sonstige internationale Richtlinien erkennen in immer höherem Maß nicht nur sexuelle Gewalt, sondern auch diese anderen Formen geschlechtsspezifischer Gewalt und deren

Copyright

gesundheitliche Auswirkungen an ⊕ *siehe IASC Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action*.

Standard 2.3.3 für sexuelle und Reproduktionsgesundheit: HIV

Die Menschen haben Zugang zu einer Gesundheitsversorgung, die die Übertragung von HIV verhindert und die HIV-bedingte Morbidität und Mortalität verringert.

Schlüsselaktivitäten

1. Implementieren und befolgen Sie Standardvorsichtsmaßnahmen und -verfahren für die sichere und rationale Verwendung von Bluttransfusionen.
2. Bieten Sie allen, die bereits eine antiretrovirale Therapie erhalten, diese auch weiterhin an, so etwa Frauen, um die Übertragung von Krankheiten von der Mutter auf das Kind zu verhindern.
   - Suchen Sie aktiv Personen mit einer HIV-Infektion auf, um deren Behandlung fortzuführen.
3. Stellen Sie Kondome mit Gleitmittel für Männer und, sofern bereits von der Bevölkerung verwendet, auch Frauenkondome bereit.
   - Arbeiten Sie mit Führungspersönlichkeiten und der betroffenen Bevölkerung zusammen, um die lokalen Verwendungspraktiken zu verstehen, die Akzeptanz zu verbessern und sicherzustellen, dass die Verteilung von Kondomen kulturell angemessen ist.
4. Bieten Sie Tests für Schwangere an, wenn die HIV-Rate mehr als 1 Prozent beträgt.
5. Veranlassen Sie so rasch wie möglich eine Postexpositionsprophylaxe, jedoch innerhalb von 72 Stunden für Überlebende von sexueller Gewalt und berufsbedingter Exposition.
6. Stellen Sie eine Cotrimoxazolprophylaxe für opportunistische Infektionen für folgende Personengruppen bereit:
   a. Patienten mit HIV
   b. Kinder von mit HIV infizierten Müttern im Alter von vier bis sechs Wochen, wobei diese fortgesetzt werden sollte, bis eine HIV-Infektion ausgeschlossen ist
7. Sorgen Sie dafür, dass primäre Gesundheitseinrichtungen über antimikrobielle Medikamente verfügen, und bieten Sie Patienten mit Symptomen sexuell übertragbarer Krankheiten eine Syndrombehandlung.

Schlüsselindikatoren

Alle Bluttransfusionen sind gescreent und frei von durch Transfusion übertragbaren Infektionen einschließlich HIV

Copyright

Prozentsatz von Personen, die zuvor eine antiretrovirale Therapie (ART) erhalten haben und weiterhin eine ART erhalten

- 90 Prozent

Prozentsatz von Frauen, die sich an Gesundheitseinrichtungen wenden und auf HIV getestet werden, wenn die HIV-Rate mehr als 1 Prozent beträgt

- 90 Prozent

Prozentsatz von Personen, die möglicherweise HIV ausgesetzt waren und sich an Gesundheitseinrichtungen wenden und innerhalb von 72 Stunden nach der Exposition eine Postexpositionsprophylaxe erhalten

- 100 Prozent

Prozentsatz von Kindern, die HIV ausgesetzt sind und im Alter zwischen vier und sechs Wochen Cotrimoxazol erhalten

- 95 Prozent

Leitlinien

Die oben genannten Schlüsselaktivitäten sollten in allen humanitären Krisen ungeachtet der lokalen HIV-Epidemiologie zur Anwendung kommen.

Beziehen Sie die betroffene Bevölkerung und die wichtigsten Bevölkerungsgruppen (Gesundheitsmitarbeitende, Führungspersönlichkeiten, Frauen, LGBQTI-Personen, Menschen mit Behinderungen) in die Bereitstellung von HIV-Betreuungsleistungen ein und sorgen Sie dafür, dass diese wissen, wo sie antiretrovirale Medikamente erhalten. Wenn es bereits einen Kontakt zu Menschen mit HIV gibt: Sprechen Sie mit ihnen und binden Sie diese in die Entwicklung und Bereitstellung des Programms ein.

Eine von der Gemeinde gesteuerte Verteilung von Kondomen innerhalb von Peer-Gruppen ist hilfreich. Sensible Bevölkerungsgruppen und Jugendliche wissen häufig, wo sich ihre Peers treffen, und Freiwillige können die Verteilung an die Peers übernehmen. Klären Sie sensible Bevölkerungsgruppen mit kulturell angemessenen Botschaften über die korrekte Verwendung von Kondomen und deren Entsorgung auf. Stellen Sie Kondome für die Gemeinschaften, Mitarbeitende von Hilfsorganisationen, uniformierte Mitarbeitende, LKW-Fahrer von Hilfslieferungen und andere Personengruppen zur Verfügung.

Bluttransfusion: ⊕ *Siehe Standards 1.1 und 1.3 für Gesundheitssysteme.*

Die ***Betreuung und Behandlung nach Exposition*** sollte Beratung ebenso beinhalten wie eine HIV-Expositionsrisikobeurteilung, Einwilligung nach Aufklärung, Beurteilung der Quelle und die Bereitstellung von antiretroviralen Medikamenten. Verabreichen Sie Personen mit bereits bekannter HIV-Diagnose keine Postexpositionsprophylaxe. Obwohl vor Beginn der Postexpositionsprophylaxe eine Beratung sowie Untersuchung empfohlen werden, sollten Sie den Beginn der Prophylaxe nicht verzögern, wenn diese nicht machbar sind ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.3.2 für sexuelle und Reproduktionsgesundheit: Sexuelle Gewalt und klinische Vergewaltigungsaufarbeitung.*

Umfassende HIV-relevante Aktivitäten in Krisen: Implementieren Sie sobald wie möglich die folgenden Aktivitäten:

Hinweis: Caritas Internationalis und deren Mitglieder unterstützen die Verwendung oder Verteilung jeglicher Form künstlicher Geburtenkontrolle nicht.

Copyright

HIV-Bewusstsein: Bieten Sie der Öffentlichkeit, insbesondere Gruppen mit erhöhtem Risiko, einfach zugängliche Informationen über die Vermeidung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten.

HIV-Prävention: Bieten Sie Gruppen mit hohem Risikopotential Leistungen zur Schadensminderung, wie etwa steriles Spritzbesteck und eine Opioidsubstitutionsbehandlung für Personen, die sich Drogen spritzen, wenn es solche Leistungen bereits gab ⊕ *siehe Standard 2.5 für grundlegende Gesundheitsversorgung: Psychische Gesundheitsversorgung.*

HIV-Beratung und -Test: Bieten Sie Beratungsleistungen und Tests in Verbindung mit der Einleitung von antiretroviralen Therapien an bzw. nehmen Sie diese wieder auf. Vorrangige Gruppen für HIV-Tests sind Schwangere und deren Partner, Kinder mit schwerer, akuter Unterernährung, bei denen die HIV-Rate mehr als 1 Prozent beträgt, und andere Risikogruppen.

Stigma und Diskriminierung: Es muss unbedingt sichergestellt werden, dass die Strategien und Programme das Stigma nicht verstärken. Versuchen Sie, das Stigma und die Diskriminierung in Gegenden mit einem bekannt hohen Stigmaindex und diskriminierenden Verhaltensweisen aktiv zu verringern.

Antiretrovirale Therapie: Weiten Sie die antiretrovirale Therapie so rasch wie möglich auf alle aus, die diese benötigen, und bieten Sie diese nicht nur für jene, die diese schon zuvor erhalten haben.

Prävention der Mutter-Kind-Übertragung: Testen Sie Schwangere und deren Partner und sorgen Sie für eine frühzeitige HIV-Diagnose der Säuglinge. Bieten Sie Frauen, deren HIV-Infektion bereits bekannt ist oder die gerade erst positiv auf HIV getestet wurden, eine antiretrovirale Therapie. Überweisen Sie Säuglinge, die positiv auf HIV getestet wurden, an pädiatrische HIV-Einrichtungen. Bieten Sie insbesondere Frauen mit HIV Säuglingsernährungshinweise sowie Unterstützung zum Verbleiben in der Behandlung und der regelmäßigen Einnahme der Medikamente ⊕ *siehe Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung – Standard 4.1 und 4.2 für Säuglings- und Kleinkindernährung.*.

Leistungen für HIV/TB-Koinfektionen: Sorgen Sie bei allen Personen mit HIV für ein TB-Screening und eine Überweisung. Bieten Sie Personen, die zuvor in einem Behandlungsprogramm waren, eine TB-Behandlung ⊕ *siehe Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.1.3 für Infektionskrankheiten: Diagnose und Fallmanagement.* Korrelieren Sie Tests auf TB und HIV in Umfeldern mit hoher Prävalenz und integrieren Sie eine TB-Infektionskontrolle in die Gesundheitsversorgung.

2.4 Behandlung von Verletzungen und Traumata

In Krisen sind hohe Morbiditäts- und Mortalitätsraten auf Verletzungen zurückzuführen. Die steigende Nachfrage nach Traumabehandlung kann rasch die Kapazitäten der lokalen Gesundheitseinrichtungen übersteigen. Um die Auswirkungen von Verletzungen und die Gefahr des Zusammenbruchs des Gesundheitssystems zu verringern, sollten Sie neben grundlegenden Notfallbehandlungen, einer sicheren operativen und Rehabilitationsbetreuung auch ein systematisches Triagesystem und ein Massenanfallmanagement anbieten. Dieser Abschnitt behandelt den Umgang des Gesundheitssystems mit körperlichen Verletzungen. Konkrete Hinweise zum Umgang mit Vergiftungen, psychischer Gesundheit und sexueller Gewalt werden an anderer Stelle behandelt ⊕ *siehe Anlage 4: Vergiftungen und Grundlegende Gesundheitsversorgung – Standard 2.5 für Psychische Gesundheit und Standard 2.3.2 für Sexuelle und Reproduktionsgesundheit.*

Copyright

Standard 2.4 für die Behandlung von Verletzungen und Traumata: Behandlung von Verletzungen und Traumata

Die Menschen haben während Krisen Zugang zu einer sicheren und effektiven Traumabehandlung, um vermeidbare Mortalität, Morbidität, Leiden und Behinderungen zu vermeiden.

Schlüsselaktivitäten

1 Bieten Sie für alle Patienten Traumabehandlungen auf allen Ebenen an.

- Implementieren Sie rasch sichere Überweisungssysteme zwischen Einrichtungen und von den betroffenen Gemeinden an die Einrichtungen.
- Richten Sie mobile Kliniken oder Feldkrankenhäuser ein, wenn die Bevölkerung keinen Zugang zu stationären Einrichtungen hat.

2 Sorgen Sie dafür, dass die Gesundheitsmitarbeitenden die nötigen Kompetenzen und Kenntnisse zur Behandlung von Verletzungen aufweisen.

- Schließen Sie alle Ebenen ein – von den Ersthelfenden bis zu jenen, die für Chirurgie und Anästhesie verantwortlich sind.

3 Implementieren oder intensivieren Sie standardisierte Protokolle für ein Triagesystem und die Behandlung von Verletzungen und Traumata.

- Sehen Sie auch Überweisungssysteme für den Schutz von Kindern, Überlebende von sexueller Gewalt und jene vor, die psychische und psychosoziale Unterstützung benötigen.

4 Bieten Sie eine Tetanusprophylaxe für alle, die verletzungsgefährdet sind, für Personen mit offenen Wunden und jene, die an Rettungs- und Säuberungsoperationen beteiligt sind.

5 Gewährleisten Sie für alle Einrichtungen, die Traumata und Verletzungen behandeln, darunter auch Feldkrankenhäuser, Mindeststandards für Sicherheit und Leitung.

6 Stellen Sie den zeitgerechten Zugang zu Rehabilitationseinrichtungen, vorrangigen Hilfsmitteln und Mobilitätshilfen für verletzte Patienten sicher.

- Überprüfen Sie, ob Hilfsmittel wie Rollstühle und Krücken oder sonstige Mobilitätshilfen vor Ort repariert werden können.

7 Sorgen Sie für den zeitgerechten Zugang zu Leistungen für psychische Gesundheit und psychosozialer Unterstützung.

8 Implementieren oder erweitern Sie Gesundheitsinformationssysteme, um Daten über Verletzungen und Traumata zu berücksichtigen.

- Priorisieren Sie grundlegende klinische Unterlagen wie etwa Krankenakten für alle Traumapatienten.
- Verwenden Sie Standarddefinitionen, um Verletzungen in die Datensätze des Gesundheitsinformationssystems aufzunehmen.

Copyright

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz von Gesundheitseinrichtungen mit einem Katastrophenplan, einschließlich Massenanfallmanagement, der regelmäßig überprüft und geprobt wird

Prozentsatz von Gesundheitseinrichtungen mit Protokollen für akut Verletzte, einschließlich formaler Triagesysteme

Prozentsatz von Gesundheitseinrichtungen mit Personal, das grundlegende Schulungen für den Umgang mit akut Verletzten erhalten hat

Prozentsatz von Gesundheitseinrichtungen, die Qualitätsverbesserungsmaßnahmen zur Senkung von Morbidität und Mortalität gemäß der verfügbaren Daten implementieren

Leitlinien

Schulung und Kompetenzentwicklung für die Behandlung von Verletzungen und Traumata sollten folgende Punkte beinhalten:

- Massenanfallmanagement für jene, die Maßnahmen ergreifen und koordinieren
- grundlegende Erste Hilfe
- standardisierte Triagesysteme im Feld und in Gesundheitseinrichtungen
- Früherkennung, Wiederbelebung, Wundmanagement, Schmerzkontrolle und zeitnahe psychosoziale Unterstützung.

Standardisierte Protokolle sollten vorliegen oder erarbeitet werden und folgende Punkte abdecken:

- akuitätsabhängige Triage-Klassifizierung für Routinesituationen und Stoßzeiten einschließlich Beurteilung, Priorisierung, grundlegender Wiederbelebungsmaßnahmen und Kriterien für Notfallüberweisungen
- Notfallerstversorgung am Zugangspunkt
- Überweisungen für Notfallbehandlung und fortführende Behandlung einschließlich Operationen, postoperativer Betreuung und Rehabilitation.

Mindeststandards in Bezug auf Sicherheit und Qualität: Selbst wenn eine Traumabehandlung infolge eines akuten Ereignisses oder eines anhaltenden Konflikts erfolgt, müssen Mindeststandards eingehalten werden. Folgende Bereiche sollten berücksichtigt werden:

- sichere und rationale Verwendung von Arzneimitteln, Geräten und Blutprodukten, einschließlich Lieferkette
- Infektionsprävention und -kontrolle
- ausreichende Stromversorgung für Beleuchtung, Kommunikation und den Betrieb unentbehrlicher medizinischer Geräte wie etwa Notfallwiederbelebungsmaschinen und Sterilisationsautoklaven
- Management medizinischer Abfälle.

Gemeindebasierte Erste Hilfe: Die zeitgerechte und angemessene Erste Hilfe durch Laien kann Leben retten, wenn diese auf sichere und systematische Weise erfolgt. Alle Ersthelfenden sollten dabei einen strukturieren Ansatz verfolgen. Grundlegende Schulungen für das Wundmanagement, wie etwa Reinigung und Verband, sind unerlässlich.

Beziehen Sie die Erste Hilfe auf Haushalts- und Gemeindeebene ein und bieten Sie Hilfestellungen darüber, wann und wo medizinische Hilfe aufgesucht werden muss. Erhöhen Sie das Bewusstsein bezüglich kontextspezifischer Risiken eine instabile Infrastruktur oder das Verletzungsrisiko im Zuge von Rettungsversuchen.

Copyright

Triage bezeichnet den Prozess, bei dem die Patienten entsprechend des Schweregrades ihrer Verletzungen und ihres Behandlungsbedarfs klassifiziert werden. Damit wird festgestellt, wer am meisten von einer sofortigen medizinischen Behandlung profitieren würde. Es gibt mehrere Triagesysteme. Ein weitverbreitetes System stützt sich auf fünf Farben: Rot bezeichnet Patienten mit höchster Priorität, Gelb solche mit mittlerer Priorität, Grün solche mit niedriger Priorität, Blau Patienten, die die technischen Möglichkeiten der Einrichtung übersteigen oder eine Palliativversorgung benötigen, und Grau die Verstorbenen.

Professionelle Notfallerstbetreuung: Alle Gesundheitsmitarbeitenden auf höherer Ebene, wie etwa Ärzte, sollten bezüglich des systematischen Zugangs zu akut erkrankten und verletzten Personen ausgebildet sein ⊕ *siehe ABCDE approach in the IFRC International First Aid and Resuscitation Guidelines*. Erste Wiederbelebungsmaßnahmen und lebensrettende Eingriffe, wie etwa die Verabreichung von Flüssigkeit und Antibiotika, Blutstillung und Behandlung eines Pneumothorax, können in vielen Situationen durchgeführt werden, bevor der Patient an besser geeignete Stellen überwiesen wird.

Anästhesie, Traumabehandlung und Operationen: Notfallbehandlungen, Operationen und Rehabilitationsmaßnahmen sollten nur von Organisationen mit entsprechender Erfahrung durchgeführt werden. Die Anbieter sollten im Rahmen ihres beruflichen Spektrums und mit angemessenen Ressourcen zur Unterstützung ihrer Tätigkeiten agieren. Ungeeignete oder inadäquate Maßnahmen können mehr Schaden anrichten, als wenn man gar nichts tut. Bei Operationen ohne angemessene prä- und postoperative Betreuung und laufende Rehabilitation können die funktionalen Kapazitäten des Patienten möglicherweise nicht mehr wiederhergestellt werden.

Feldkrankenhäuser: Es kann notwendig sein, temporäre Feldkrankenhäuser zu nutzen. Dies gilt insbesondere in akuten Krisen und sollte mit dem Gesundheitsministerium oder leitenden Organisationen oder anderen Akteuren im Gesundheitssektor koordiniert werden. Die Standards und die Sicherheit der Betreuung sollten entsprechend nationalen und internationalen Standards erfolgen ⊕ *siehe Quellen* für weitere Informationen.

Rehabilitation und soziale Reintegration: Eine frühzeitige Rehabilitation kann die Überlebenschancen verbessern, den Erfolg der medizinischen und operativen Eingriffe optimieren und die Lebensqualität der verletzten Überlebenden verbessern. Medizinische Teams mit stationären Einrichtungen müssen in der Lage sein, eine frühzeitige Rehabilitation zu bieten. Kartieren Sie die bestehenden Rehabilitationsmöglichkeiten und Überweisungswege und seien Sie sich der Zusammenhänge zwischen bestehenden Sozialhilfesystemen und Geldtransfers bewusst. Stellen Sie eine Verbindung zu den lokalen Rehabilitationszentren oder gemeindebasierten Rehabilitationsorganisationen für die laufende Betreuung her.

Bedenken Sie vor der Entlassung die laufenden Bedürfnisse von Trauma- und Verletzungspatienten, einschließlich jener mit einer bereits bestehenden Behinderung. Sorgen Sie für eine Nachkontrolle in medizinischer Hinsicht und in Bezug auf die Rehabilitation, die Aufklärung der Patienten und Betreuungspersonen, grundlegende Hilfsmittel (wie Krücken oder Rollstühle), Unterstützung der psychischen Gesundheit und psychosoziale Unterstützung sowie den Zugang zu anderen grundlegenden Leistungen. Definieren Sie multidisziplinäre Betreuungspläne und -teams inklusive Spezialisten für physische Rehabilitation und qualifiziertes Personal für psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung. Die Maßnahmen hinsichtlich der psychischen Gesundheit und psychosozialen Unterstützung für Personen mit lebensverändernden Verletzungen sollten bereits während ihres stationären Aufenthalts beginnen. Verknüpfungspunkte zu laufenden Hilfsleistungen sind unverzichtbar ⊕ *siehe Standard 2.5 für grundlegende Gesundheitsversorgung: Psychische Gesundheitsversorgung*.

Copyright

Spezielle Hinweise zum Management – Schmerzmanagement: Ein gutes Schmerzmanagement verringert nach einer Verletzung die Gefahr einer Lungenentzündung und einer tiefen Venenthrombose und hilft dem Patienten, mit der Physiotherapie zu beginnen. Es verringert die physiologische Stressreaktion, die kardiovaskuläre Morbidität und den psychologischen Stress. Akute Schmerzen infolge von Traumata sollten entsprechend der umgekehrten WHO-Schmerzleiter behandelt werden. Neuropathische Schmerzen infolge von Nervenverletzungen können von Beginn an vorliegen und sollten entsprechend behandelt werden ⊕ *siehe Standard 1.3 für Gesundheitssysteme: Unentbehrliche Arzneimittel und Medizinprodukte* und *Standard 2.7 für grundlegende Gesundheitsversorgung: Palliativmedizin* ⊕ *siehe WHO-Schmerzleiter*.

Spezielle Hinweise zum Management – Wundmanagement: In den meisten Krisen wenden sich die Patienten erst mehr als sechs Stunden nach der Verletzung an medizinische Einrichtungen. Eine spätere Inanspruchnahme erhöht das Risiko einer Wundinfektion und der dadurch bedingten Mortalität erheblich. Gesundheitsmitarbeitende müssen die Protokolle für die Wundversorgung (einschließlich Verbrennungen) kennen und Infektionen vermeiden und behandeln. Dies gilt gleichermaßen für akut Verletzte als auch für Patienten, die erst zu einem späteren Zeitpunkt medizinische Hilfe suchen. Diese Protokolle umfassen die Bereitstellung angemessener Antibiotika, die operative Entfernung von Fremdmaterial und abgestorbenem Gewebe sowie Verbände.

Tetanus: Bei plötzlich eintretenden Naturkatastrophen kann das Tetanusrisiko relativ hoch sein. Verabreichen Sie Personen mit offenen Wunden Tetanus-Toxoid-haltige Impfstoffe (DT oder Td – Diphtherie- und Tetanusimpfungen – oder DPT, je nach Alter und Impfanamnese). Personen mit schmutzigen oder stark kontaminierten Wunden sollten zudem eine Dosis Tetanusimmunglobulin erhalten, falls sie nicht gegen Tetanus geimpft sind.

2.5 Psychische Gesundheit

Probleme mit der psychischen Gesundheit und psychosoziale Probleme kommen bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern in allen humanitären Situationen häufig vor. Die extremen Stressfaktoren der Krise bedeuten für die Betroffenen ein erhöhtes Risiko sozialer, verhaltensbezogener, psychologischer und psychiatrischer Probleme. Die psychische und psychosoziale Unterstützung umfasst Maßnahmen, die mehrere Sektoren betreffen. Dieser Standard konzentriert sich auf Maßnahmen durch Akteure im Gesundheitssektor ⊕ *siehe* Core Humanitarian Standard und Grundsätze zum Schutz für weitere Informationen über sektorenübergreifende psychosoziale Interventionen.

Standard 2.5 für psychische Gesundheit: Psychische Gesundheitsversorgung

Menschen jedes Alters haben Zugang zu einer Gesundheitsversorgung, die die psychischen Gesundheitsprobleme und das damit einhergehende beeinträchtigte Funktionieren adressiert.

Schlüsselaktivitäten

1 Koordinieren Sie Unterstützung für psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung über die Sektoren hinweg.

- Richten Sie eine sektorübergreifende Arbeitsgruppe für psychische und psychosoziale Probleme ein. Diese kann der gemeinsamen Leitung durch eine Gesundheitsorganisation und eine humanitäre Schutzorganisation unterstehen.

Copyright

2 Erstellen Sie Programme auf Basis der identifizierten Bedürfnisse und Ressourcen.

- Analysieren Sie die bestehenden Systeme für psychische Gesundheit, die Kompetenz der Mitarbeitenden sowie sonstige Ressourcen oder Leistungen.
- Führen Sie Bedarfsermittlungen durch und bedenken Sie dabei, dass psychische Gesundheitsprobleme möglicherweise bereits vorhanden waren, durch die Krise ausgelöst wurden oder beides.

3 Arbeiten Sie mit Gemeindemitgliedern, einschließlich Randgruppen, zusammen, um die Selbsthilfefähigkeit und soziale Unterstützung in der Gemeinschaften zu verbessern.

- Fördern Sie den Dialog in der Gemeinschaften darüber, wie man Probleme gemeinschaftlich angehen kann, und nutzen Sie das Know-how, die Erfahrung und Ressourcen der Gemeinde.
- Fördern Sie die Wiederaufnahme bereits bestehender Unterstützungsmechanismen wie etwa Gruppen für Frauen, Jugendliche oder Menschen mit HIV, oder behalten Sie diese bei.

4 Erklären Sie dem Personal und den Freiwilligen, wie sie psychologische Erste Hilfe leisten können.

- Wenden Sie die Grundsätze der psychologischen Ersten Hilfe an, um akuten Stress nach kürzlich erlebten, möglicherweise traumatischen Ereignissen zu behandeln.

5 Stellen Sie in jeder Gesundheitseinrichtung eine grundlegende klinische Betreuung für psychische Gesundheit zur Verfügung.

- Organisieren Sie kurze Schulungen und leiten Sie die allgemeinen Gesundheitsmitarbeitenden dazu an, vorrangige psychische Gesundheitsprobleme zu beurteilen und zu managen.
- Organisieren Sie einen Überweisungsmechanismus zwischen den Experten für psychische Gesundheit, allgemeinen Anbietern von Gesundheitsleistungen, gemeindebasierter Unterstützung und sonstigen Leistungen.

6 Bieten Sie nach Möglichkeit psychologische Interventionen für Personen, die durch anhaltendes Leid beeinträchtigt sind.

- Schulen und überwachen Sie nach Möglichkeit Personen, die keine Fachkräfte sind.

7 Schützen Sie das Recht von Personen mit schweren psychischen Problemen in der Gemeinschaft, in den Krankenhäusern und Einrichtungen.

- Besuchen Sie psychiatrische Krankenhäuser und Wohnheime für Menschen mit schweren psychischen Problemen regelmäßig und möglichst früh nach Auftreten der Krise.
- Gehen Sie Vernachlässigung und Missbrauch in Einrichtungen nach und organisieren Sie eine entsprechende Betreuung.

8 Verringern Sie jeglichen Schaden in Folge von Alkohol- und Drogenmissbrauch.

- Schulen Sie die Mitarbeitenden hinsichtlich Erkennung und Kurzintervention, Schadensminimierung und Management von Entzug und Intoxikation.

9 Ergreifen Sie Maßnahmen, um um ein nachhaltiges System für psychische Gesundheit zu entwickeln, sowohl für die Planung der frühen Wiederherstellungsphase also auch für anhaltende Krisen.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz von sekundären Gesundheitsleistungen durch geschulte und beaufsichtigte Mitarbeitende für die Behandlung von psychischen Gesundheitsproblemen

Copyright

Prozentsatz von primären Gesundheitsleistungen durch geschulte und beaufsichtigte Mitarbeitende für die Behandlung von psychischen Gesundheitsproblemen

Anzahl von Personen, die an Selbsthilfeprogrammen und Aktivitäten zur sozialen Unterstützung in der Gemeinde teilnehmen

Prozentsatz von Nutzern von Gesundheitsleistungen, die wegen psychischer Gesundheitsprobleme behandelt werden

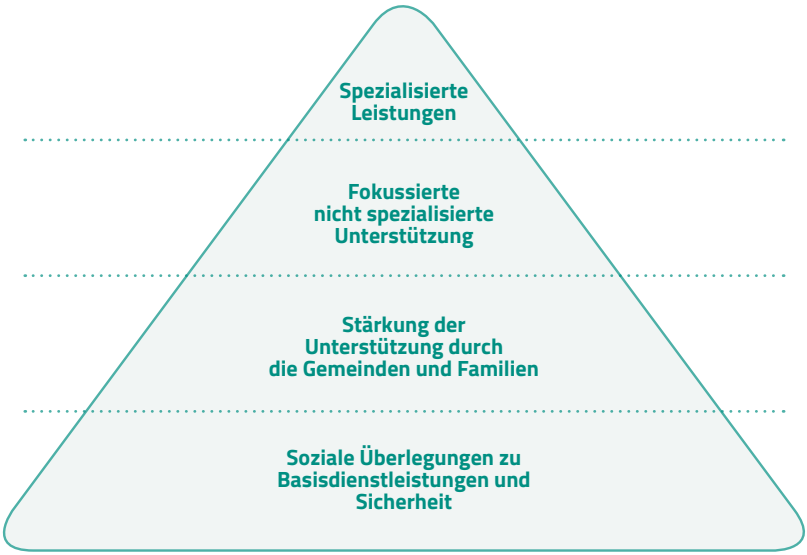
Prozentsatz von Personen, die wegen psychischer Gesundheitsprobleme behandelt wurden und über ein besseres Funktionieren und eine Verringerung der Symptome berichten

Anzahl von Tagen, an denen grundlegende psychotrope Medikamente in den vergangenen 30 Tagen nicht verfügbar waren

- Weniger als vier Tage

Leitlinien

Unterstützung auf mehreren Ebenen: Krisen wirken sich auf die Menschen auf unterschiedliche Weise aus. Somit sind unterschiedliche Arten von Unterstützung erforderlich. Grundlegend für die Organisation der psychischen sowie psychosozialen Unterstützung ist, wie in der nachstehenden Abbildung gezeigt, die Entwicklung eines mehrstufigen Systems sich ergänzender Leistungen, die unterschiedliche Bedürfnisse erfüllen. Diese Pyramide veranschaulicht, wie sich die unterschiedlichen Maßnahmen ergänzen. Alle Stufen der Pyramide sind wichtig und sollten im Idealfall gleichzeitig implementiert werden.



Pyramide der mehrschichtigen Leistungen und Unterstützung (Abbildung 10)

Quelle: IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2010)

Copyright

Beurteilung: Die Rate an psychischen Erkrankungen ist in jeder Krise signifikant. Für die Einleitung von Leistungen sind keine Prävalenzstudien erforderlich. Verfolgen Sie einen raschen, partizipatorischen Ansatz und integrieren Sie die psychische Gesundheit nach Möglichkeit in andere Beurteilungen. Beschränken Sie die Untersuchung nicht auf ein klinisches Problem.

Selbsthilfe und Unterstützung in der Gemeinschaft: Binden Sie Gemeinde-Gesundheitspfleger, Führungspersönlichkeiten und Freiwillige ein, um die Gemeindemitglieder, darunter auch marginalisierte Personen, verstärkt zur Selbsthilfe und sozialen Unterstützung anzuhalten. So könnte etwa ein sicherer Raum und somit die Voraussetzung für einen Dialog in der Gemeinde geschaffen werden.

Psychologische Erste Hilfe: Psychologische Erste Hilfe muss für Personen verfügbar sein, die möglicherweise traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren, wie etwa physischer oder sexueller Gewalt, die Gräueltaten mitansehen mussten und erhebliche Verletzungen davontrugen. Dies ist keine klinische Intervention. Es ist vielmehr eine grundlegende, menschliche und unterstützende Reaktion auf das Leid. Es gilt, den Betroffenen gut zuzuhören, ihre grundlegenden Bedürfnisse zu ermitteln und deren Erfüllung sicherzustellen, zu sozialer Unterstützung zu ermutigen und sie vor weiterem Schaden zu bewahren. Es ist eine nicht-intrusive Hilfe, die die Menschen nicht drängt, über ihre Nöte zu sprechen. Nach einer kurzen Einweisung können Führungspersönlichkeiten der Gemeinschaft, Gesundheitsmitarbeitende und sonstige an der humanitären Hilfe beteiligte Personen psychologische Erste Hilfe für Menschen in Not leisten. Obwohl eine psychologische Erste Hilfe allgemein verfügbar sein sollte, ist es empfehlenswert, dass sich die psychische und psychosoziale Unterstützung insgesamt nicht alleine darauf beschränkt.

Psychologisches Debriefing in Einzelsitzungen fördert die Seelenhygiene, indem die Menschen ermutigt werden, kurz aber systematisch über ihre Eindrücke, Gedanken und emotionalen Reaktionen während einer kürzlich erlebten belastenden Situation zu sprechen. Dies ist im besten Fall ineffektiv und sollte nicht verwendet werden.

Sonstige psychologische Interventionen: Nicht spezialisierte Gesundheitsmitarbeitende können psychologische Interventionen bei Depression, Ängsten und posttraumatischen Belastungsstörungen erbringen, wenn sie gut geschult sind, kontrolliert und unterstützt werden. Dies umfasst eine kognitive Verhaltenstherapie oder interpersonelle Therapie.

Klinische psychische Gesundheitsversorgung: Informieren Sie alle Gesundheitsmitarbeitenden und Freiwilligen kurz über die verfügbare psychische Gesundheitsversorgung. Schulen Sie die Anbieter von Gesundheitsleistungen entsprechend evidenzbasierter Protokolle wie etwa mhGAP. Stellen Sie allgemeinen Gesundheitseinrichtungen nach Möglichkeit eine zusätzliche Kraft für psychische Gesundheit wie etwa eine Psychiatriekrankenschwester zur Seite. Sorgen Sie dafür, dass es für die Gespräche Räumlichkeiten mit Privatsphäre gibt ⊕ *siehe mhGAP Humanitarian Intervention Guide*.

Die häufigsten Krankheitsbilder, die Gesundheitsdienste in Zeiten der Not beobachten, sind Psychosen, Depression und das neurologische Krankheitsbild der Epilepsie. Die psychische Gesundheit von Müttern ist ganz besonders wichtig, da diese möglicherweise die Betreuung der Kinder gefährden kann.

Integrieren Sie Kategorien psychischer Gesundheit in das Gesundheitsinformationssystem ⊕ *siehe Anlage 2: HMIS-Musterformular*.

Grundlegende psychotrope Medikamente: Organisieren Sie eine unterbrechungsfreie Versorgung mit unentbehrlichen psychotropen Medikamenten mit mindestens einem aus jeder therapeutischen Kategorie (Antipsychotikum, Antidepressivum, Anxiolytikum, Antiepileptikum und Medikamente zur Linderung der Nebenwirkungen

Copyright

von Antipsychotika) ⊕ *siehe das Interagency Emergency Health Kit hinsichtlich der Vorschläge für psychotrope Medikamente* und *Standard 1.3 für Gesundheitssysteme: Unentbehrliche Arzneimittel und Medizinprodukte*.

Schutz der Rechte von Menschen mit geistiger Behinderung: In humanitären Krisen sind Menschen mit schweren geistigen Behinderungen extrem gefährdet, Menschenrechtsverletzungen wie etwa Missbrauch, Vernachlässigung, Aussetzung zu erleiden und keinen Zugang zu Unterkunft, Lebensmitteln oder medizinischer Versorgung zu haben. Bestimmen Sie mindestens eine Stelle, die sich um die Bedürfnisse von Menschen in Einrichtungen kümmert.

Übergang zum Leben nach der Krise: Humanitäre Krisen erhöhen die langfristigen Folgen vieler psychischer Erkrankungen. Daher ist es wichtig, im betroffenen Gebiet für eine langfristig intensivierte Betreuung zu sorgen. Dazu gehört die Stärkung der bestehenden nationalen Systeme für psychische Gesundheit und die verstärkte Inklusion von Randgruppen (einschließlich Flüchtlingen) in diese Systeme. Demo-Projekte mit kurzfristiger Notfallfinanzierung können den Wirksamkeitsnachweis erbringen und eine Dynamik schaffen, um weitere Unterstützung und finanzielle Mittel für die Entwicklung des Systems für psychische Gesundheit zu bekommen.

2.6 Nicht übertragbare Krankheiten

Die Notwendigkeit, sich in humanitären Krisen auf nicht übertragbare Krankheiten zu konzentrieren, spiegelt die weltweit höhere Lebenserwartung in Verbindung mit gesundheitlichen Risikofaktoren wie Tabakkonsum und ungesunder Ernährung wider. Rund 80 Prozent der Todesfälle durch nicht übertragbare Krankheiten werden in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen verzeichnet, und Krisen verschärfen diese Situation zusätzlich.

Innerhalb einer durchschnittlichen erwachsenen Bevölkerung von 10.000 Personen gibt es wahrscheinlich 1.500–3.000 Menschen mit Bluthochdruck, 500–2.000 mit Diabetes und 3–8 akute Herzinfarkte im Laufe von 90 Tagen.

Die Krankheiten variieren, häufig sind jedoch Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (einschließlich Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, chronische Nierenerkrankung), chronische Lungenkrankheiten (wie Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankung) sowie Krebs.

Die Erstreaktion sollte auf die Behandlung der akuten Komplikationen abzielen und eine Behandlungsunterbrechung vermeiden; danach sollten umfassendere Programme zur Anwendung kommen.

Psychische Gesundheit und Palliativmedizin werden konkret thematisiert in ⊕ *Standard 2.5 für grundlegende Gesundheitsversorgung: Psychische Gesundheitsversorgung* und *2.7: Palliativmedizin*.

Standard 2.6 für nicht übertragbare Krankheiten: Behandlung von nicht übertragbaren Krankheiten

Die Menschen haben Zugang zu Präventivprogrammen, Diagnosen und grundlegenden Therapien für akute Komplikationen und ein langfristiges Management von nicht übertragbaren Krankheiten.

Copyright

Schlüsselaktivitäten

1 Identifizieren Sie die Gesundheitsanforderungen bezüglich nicht übertragbarer Krankheiten und analysieren Sie die Verfügbarkeit der Leistungen vor der Krise.

- Identifizieren Sie Gruppen mit vorrangigen Bedürfnissen, einschließlich jener, die durch lebensbedrohliche Komplikationen wie insulinbedingtem Diabetes oder schwerem Asthma gefährdet sind.

2 Implementieren Sie ein Stufenprogramm auf der Basis von lebensrettenden Prioritäten und Linderung von Leiden.

- Sorgen Sie dafür, dass Patienten, die laut Diagnose durch lebensbedrohliche Komplikationen gefährdet sind (etwa schwere Asthmaanfälle, diabetische Ketoazidose) entsprechend behandelt werden. Wenn keine ausreichende Behandlung verfügbar ist, bieten Sie palliative und unterstützende Pflege an.
- Vermeiden Sie die plötzliche Unterbrechung der Behandlung von Patienten, die bereits vor der Krise eine Diagnose erhalten haben.

3 Beziehen Sie eine Behandlung von nicht übertragbaren Krankheiten auf allen Ebenen in das Gesundheitssystem ein.

- Richten Sie ein Überweisungssystem ein, um akute Komplikationen und komplexe Fälle in der Sekundär- und Tertiärversorgung zu behandeln, bzw. überweisen Sie die jeweiligen Patienten an palliative und unterstützende Pflege.
- Bei Bedarf überweisen Sie Patienten zwecks Behandlung von Ernährungs- oder Nahrungsmittelsicherheitsproblemen.

4 Richten Sie nationale Vorsorgeprogramme für nicht übertragbare Krankheiten ein.

- Sehen Sie unentbehrliche Arzneimittel und Verbrauchsmaterialien in den bereitgestellten oder Notfallgütern vor.
- Versorgen Sie einzelne Patienten mit einer Reserve an Medikamenten und mit Anweisungen darüber, wo sie im Fall einer Krise Notfallbetreuung erhalten.

Schlüsselindikatoren

Prozentsatz der Primärversorgungseinrichtungen, die eine Behandlung von vorrangigen nicht übertragbaren Krankheiten anbieten

Anzahl der Tage, an denen unentbehrliche Arzneimittel für nicht übertragbare Krankheit in den letzten 30 Tagen nicht verfügbar waren

- Weniger als vier Tage

Anzahl der Tage, an denen unentbehrliche Geräte für nicht übertragbare Krankheiten in den vergangenen 30 Tagen nicht verfügbar waren (oder nicht funktionierten)

- Weniger als vier Tage

Alle Gesundheitsmitarbeitenden, die nicht übertragbare Krankheiten behandeln, wurden in Bezug auf nicht übertragbare Krankheiten geschult.

Leitlinien

Bedarfs- und Risikobeurteilung zur Identifizierung vorrangiger nicht übertragbarer Krankheiten: Planen Sie je nach Kontext und Phase des Notfalls. Dazu können die Überprüfung von Datensätzen ebenso zählen wie die Verwendung von Daten vor der Krise, die Durchführung von Umfragen in Haushalten oder epidemiologische Beurteilungen mit einer Querschnittserhebung. Erfassen Sie die Daten zu Prävalenz

Copyright

und Inzidenz nicht übertragbarer Krankheiten und identifizieren Sie lebensbedrohliche Bedürfnisse oder extrem symptomatische Probleme.

Analysieren Sie die Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Leistungen vor der Krise, insbesondere für komplexe Fälle wie Krebs oder chronische Nierenerkrankungen, um die Erwartungen und Kapazitäten des Gesundheitssystems im jeweiligen Kontext zu beurteilen. Das mittel- bis langfristige Ziel ist die Unterstützung und Wiederaufnahme dieser Leistungen.

Komplexe Behandlungsanforderungen: Sorgen Sie nach Möglichkeit für Kontinuität bei der Betreuung der Patienten mit komplexen Anforderungen wie etwa Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie. Stellen Sie klare und leicht zugängliche Informationen über die Überweisungswege bereit. Überweisen Sie je nach Verfügbarkeit an Stellen, die palliative Betreuung bieten ⊕ *siehe Standard 2.7 für grundlegende Gesundheitsversorgung: Palliativmedizin*.

Integration der Behandlung von nicht übertragbaren Krankheiten in das Gesundheitssystem: Bieten Sie eine grundlegende Behandlung von nicht übertragbaren Krankheiten in der primären Gesundheitsversorgung entsprechend den nationalen Standards oder entsprechend internationalen Notfallrichtlinien, falls es keine nationalen Standards gibt.

Arbeiten Sie mit den Gemeinden zusammen, um die Früherkennungsrate und die Überweisungen zu verbessern. Beziehen Sie Gemeinde-Gesundheitspfleger in die Primärversorgungseinrichtungen ein und involvieren Sie Führungspersönlichkeiten der Gemeinde, traditionelle Heiler sowie den Privatsektor. Durch öffentliche Informationsarbeit können isolierte Bevölkerungsgruppen in Bezug auf nicht übertragbare Krankheiten betreut werden.

Adaptieren Sie das bestehende Gesundheitsinformationssystem für die jeweilige Krise oder entwickeln Sie ein neues System, um das Monitoring der wichtigsten nicht übertragbaren Krankheiten abzudecken: Bluthochdruck, Diabetes, Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, ischämische Herzkrankheit und Epilepsie ⊕ *siehe Standard 1.5 für Gesundheitssysteme: Gesundheitsinformationen* und *Anlage 2*.

Arzneimittel und Medizinprodukte: Überprüfen Sie die nationale Liste unentbehrlicher Arzneimittel und Medizinprodukte, einschließlich Technologien und wichtiger Labortests für das Management von nicht übertragbaren Krankheiten. Konzentrieren Sie sich dabei auf die primäre Gesundheitsversorgung ⊕ *siehe Standard 1.3 für Gesundheitssysteme: Unentbehrliche Arzneimittel und Medizinprodukte*. Setzen Sie sich gegebenenfalls für die Aufnahme wichtiger unentbehrlicher Arzneimittel und Medizinprodukte entsprechend internationalen Richtlinien und Notfallrichtlinien für nicht übertragbare Krankheiten ein. Ermöglichen Sie auf den entsprechenden Betreuungsebenen den Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln und Medizinprodukten. Kits für nicht übertragbare Krankheiten können in Verbindung mit Interagency Emergency Health Kits in den frühen Phasen einer Krise eingesetzt werden, um die Verfügbarkeit von unentbehrlichen Arzneimitteln und Medizinprodukten zu verbessern. Verwenden Sie diese Kits nicht für die langfristige Bereitstellung von Verbrauchsmaterialien.

Schulung: Schulen Sie die klinischen Mitarbeitenden aller Ebenen im Fallmanagement von nicht übertragbaren Krankheiten und alle Mitarbeitenden im Management von vorrangigen nicht übertragbaren Krankheiten, darunter Standardarbeitsanweisungen für Überweisungen ⊕ *siehe Standard 1.2 für Gesundheitssysteme: Gesundheitspersonal*.

Gesundheitsförderung und -bildung: Stellen Sie Informationen über Leistungen für nicht übertragbare Krankheiten sowie den Zugang dazu zur Verfügung. Die Informationen sollten für alle zugänglich sein, auch für ältere Personen und Menschen mit Behinderungen, um gesunde Verhaltensweisen zu fördern, die Risikofaktoren

Copyright

zu verringern und die Selbstfürsorge und Einhaltung der Behandlung zu verbessern. Gesunde Verhaltensweisen können eine regelmäßige körperliche Betätigung wie auch die Verringerung des Alkohol- oder Tabakkonsums sein. Arbeiten Sie mit unterschiedlichen Gruppen in der Gemeinde zusammen, um entsprechende Botschaften und Verteilungsstrategien zu entwickeln, damit diese altersgerecht, geschlechtsspezifisch und kulturell angemessen sind. Adaptieren Sie Präventions- und Kontrollstrategien je nach Kontext und berücksichtigen Sie dabei Beschränkungen wie etwa eine eingeschränkte Lebensmittelversorgung oder Überfüllung.

Präventions- und Vorbereitungspläne: Nehmen Sie die Behandlung von nicht übertragbaren Krankheiten in die nationalen Katastrophen- und Notfallpläne auf und sorgen Sie dafür, dass sich diese auf die unterschiedlichen Arten von Gesundheitseinrichtungen beziehen (z. B. kleine Gesundheitseinrichtungen oder große Krankenhäuser mit Dialyseeinheiten). Gesundheitszentren in einem instabilen oder katastrophengefährdeten Kontext sollten auf die Erbringung von Leistungen bei nicht übertragbaren Krankheiten vorbereitet sein.

Erstellen Sie ein Verzeichnis der Patienten mit komplexen Krankheitsbildern und kritischen Bedürfnissen und erarbeiten Sie standardisierte Arbeitsanweisungen für deren Überweisung im Krisenfall.

2.7 Palliativmedizin

Palliativmedizin ist die Prävention und Linderung von Leiden und Not, die mit der Sterbebegleitung einhergeht. Dazu gehören die Identifizierung, Beurteilung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen physischen, psychosozialen und seelischen Bedürfnissen. Integrieren Sie physiologische, psychologische und seelische Hilfe ganz nach Patienten- oder Familienwunsch und beziehen Sie Hilfssysteme ein, die die Patienten, Familien und Betreuungspersonen unterstützen. Diese Sterbebegleitung sollte unabhängig von der Ursache erfolgen.

Standard 2.7 für Palliativmedizin: Palliativmedizin

Die Menschen haben Zugang zu Palliativmedizin und Sterbebegleitung, damit Schmerzen und Leid verringert, das Wohl, die Würde und Lebensqualität der Patienten optimiert und die Angehörigen unterstützt werden.

Schlüsselaktivitäten

1. Definieren Sie Richtlinien und Verfahren, um eine konsequente palliative Pflege zu unterstützen.
   - Berücksichtigen Sie nationale oder internationale Richtlinien zur Schmerz- und Symptomkontrolle in den Gesundheitseinrichtungen.
   - Erarbeiten Sie Triage-Richtlinien je nach medizinischem Zustand des Patienten, seiner Prognose und der Verfügbarkeit von Ressourcen.
2. Entwickeln Sie einen Betreuungsplan und stellen Sie Patienten, die im Sterben liegen, eine palliative Pflege zur Verfügung.
   - Sorgen Sie in akuten Notfällen zumindest für Schmerzlinderung und einen würdevollen Tod.

Copyright

- Hinterfragen Sie, ob Patient und Familie die Situation verstehen, und erkundigen Sie sich nach deren Anliegen, Werten und kulturellen Überzeugungen.

3 Integrieren Sie die Palliativmedizin in alle Ebenen des Gesundheitssystems.

- Implementieren Sie solide Überweisungsnetzwerke, um eine kontinuierliche Unterstützung und Pflege zu gewährleisten.
- Priorisieren Sie das gemeindebasierte Management einschließlich der Heimpflege.

4 Schulen Sie die für die palliative Pflege zuständigen Gesundheitsmitarbeitenden auch in der Schmerz- und Symptomkontrolle, Unterstützung der psychischen Gesundheit sowie der psychosozialen Unterstützung.

- Halten Sie sich an die nationalen Standards oder, falls es keine gibt, an internationale Standards.

5 Stellen Sie grundlegende medizinische Verbrauchsmaterialien und Geräte bereit.

- Sorgen Sie für einen Lagerbestand an Palliativmedikamenten und entsprechenden Medizinprodukten wie etwa Inkontinenzeinlagen und Katheter in den Gesundheitseinrichtungen.
- Seien Sie sich der Bestimmungen für kontrollierte Medikamente bewusst, die die Verfügbarkeit unentbehrlicher Arzneimittel verzögern können.

6 Arbeiten Sie mit lokalen Systemen und Netzwerken bei der Unterstützung der Patienten, Betreuungspersonen und Angehörigen in der Gemeinde und zuhause zusammen.

- Bieten Sie Verbrauchsmaterialien für die Heimpflege, wie etwa Inkontinenzeinlagen, Katheter und Verbandsmaterial.

Schlüsselindikatoren

Anzahl der Tage, an denen grundlegende Medikamente für die Palliativmedizin in den vergangenen 30 Tagen nicht verfügbar waren

- Weniger als vier Tage

Prozentsatz der Mitarbeitenden, die in jedem Gesundheitszentrum, Krankenhaus, in jeder mobilen Klinik und jedem Feldkrankenhaus Schulungen in grundlegender Schmerz- und Symptomkontrolle oder Palliativmedizin erhalten haben

Prozentsatz der vom Gesundheitssystem als bedürftig identifizierten Patienten, die Sterbebegleitung erhalten haben

Leitlinien

Die humanitären Gesundheitsakteure sollten sich der lokalen Art und Weise der medizinischen Entscheidungsfindung und der lokalen Werte in Bezug auf Krankheit, Leiden, Sterben und Tod bewusst sein und diese respektieren. Die Linderung von Leid ist wichtig, und sterbende Patienten sollten eine auf ihren Komfort ausgerichtete Pflege erhalten, ganz gleich, ob ihre Erkrankung auf tödliche Verletzungen, Infektionskrankheiten oder eine andere Ursache zurückzuführen ist.

Erarbeitung eines Pflegeplans: Identifizieren Sie die relevanten Patienten und respektieren Sie deren Recht auf fundierte Entscheidungen über ihre Pflege. Informieren Sie diese unvoreingenommen und berücksichtigen Sie deren Bedürfnisse und Erwartungen. Der Pflegeplan sollte auf der Grundlage der Präferenzen des jeweiligen

Copyright

Patienten vereinbart werden. Bieten Sie Zugang zu Unterstützung für psychische Gesundheit sowie psychosoziale Unterstützung.

Verfügbarkeit von Medikamenten: Manche Palliativmedikamente wie etwa Schmerzmittel sind in den grundlegenden und ergänzenden Modulen des Interagency Emergency Health Kit und in der Liste der unentbehrlichen Arzneimittel enthalten. Interagency Emergency Health Kits (IEHK) sind in den frühen Phasen einer Krise hilfreich, aber nicht für länger anhaltende Situationen geeignet, in denen nachhaltigere Systeme etabliert werden sollten ⊕ *siehe Standard 1.3 für Gesundheitssysteme: Unentbehrliche Arzneimittel und Medizinprodukte* und *Quellen und weiterführende Literatur*.

Unterstützung durch familiäre, gemeinschaftliche und soziale Strukturen: Koordinieren Sie Ihre Bemühungen mit anderen Sektoren, um einen Überweisungsweg für Patienten und deren Angehörige zu vereinbaren und eine integrierte Unterstützung anzubieten. Dazu gehören der Zugang zu nationalen Sozial- und Wohlfahrtssystemen oder -organisationen, die Unterstützung bezüglich Unterkunft, Hygiene und Dignity Kits, Geldtransfers, Unterstützung für psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung sowie juristische Unterstützung bieten, damit die grundlegenden täglichen Bedürfnisse erfüllt werden.

Koordinieren Sie sich mit den relevanten Sektoren, um getrennte Familien aufzufinden, damit die Patienten mit ihren Angehörigen sprechen können.

Arbeiten Sie mit den bestehenden Netzwerken der Gemeindebetreuung zusammen, die häufig geschulte Mitarbeitende für Heimpflege und psychosoziale Betreuung in der Gemeinde haben, um die Patienten und Angehörigen zusätzlich zu unterstützen und bei Bedarf häusliche Pflegeleistungen (etwa für Menschen mit HIV) zu erbringen.

Seelische Unterstützung: Jegliche Unterstützung sollte auf dem Wunsch des Patienten oder der Angehörigen basieren. Arbeiten Sie mit lokalen Seelsorgern zusammen, um Anbieter für seelische Hilfe zu finden, die den Glauben oder die Überzeugungen des Patienten teilen. Diese Anbieter können eine Ressource für die Patienten ebenso wie für die Betreuungspersonen und die Akteure im humanitären Sektor sein.

Die lokalen Seelsorger sollten sich an den Grundsätzen der psychosozialen Unterstützung für Patienten mit schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen orientieren.

Implementieren Sie für alle Patienten, Betreuungspersonen oder Angehörige, die dies verlangen, zuverlässige Mechanismen für bilaterale Überweisungen zwischen dem Gesundheitssystem und den geistlichen Führern.

Gewährleisten Sie die Unterstützung sicherer und würdevoller Beerdigungspraktiken in Zusammenarbeit mit der lokalen Gemeinde entsprechend den nationalen oder internationalen Richtlinien ⊕ *siehe Standard 1.1 für Gesundheitssysteme: Erbringung von Gesundheitsleistungen*.

Copyright

Anlage 1
Checkliste zur Bedarfsermittlung von Gesundheitsleistungen

Vorbereitung

- Beschaffen Sie die verfügbaren Informationen über die von der Krise betroffene Bevölkerung.
- Beschaffen Sie verfügbare Landkarten, Luftaufnahmen oder Satellitenbilder sowie Daten von geografischen Informationssystemen der betroffenen Region.
- Beschaffen Sie demografische, administrative und gesundheitsspezifische Daten.

Sicherheit und Zugang

- Stellen Sie fest, ob anhaltende natürliche oder vom Menschen hervorgerufene Gefahren vorliegen.
- Bringen Sie allgemeine Sicherheitslage, unter anderem die Präsenz von bewaffneten Streitkräften, in Erfahrung.
- Stellen Sie fest, in welcher Weise humanitäre Hilfsorganisationen Zugang zu der von der Katastrophe betroffenen Bevölkerung haben.

Demografische Daten und soziale Struktur

- Ermitteln Sie die Größe der von der Krise betroffenen Bevölkerung und schlüsseln Sie die Bevölkerungsdaten nach Alter, Geschlecht und Behinderung auf.
- Identifizieren Sie Gruppen mit einem erhöhten Risiko, wie etwa Frauen, Kinder, ältere Personen, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit HIV oder Randgruppen.
- Ermitteln Sie die durchschnittliche Haushaltsgröße und schätzen Sie die Anzahl der Haushalte, die von Frauen und Kindern geführt werden.
- Informieren Sie sich über die bestehende soziale Struktur und die geltenden geschlechtsspezifischen Normen, darunter Autoritätspositionen und/oder einflussreiche Personen in der Gemeinde und im Haushalt.

Hintergrundinformationen zur Gesundheit

- Identifizieren Sie bereits vor dem Notfall bestehende Gesundheitsprobleme im von der Krise betroffenen Gebiet.
- Identifizieren Sie vorab bestehende Gesundheitsprobleme im Herkunftsland von Flüchtlingen (bei Binnenvertriebenen: Herkunftsregion).
- Identifizieren Sie bestehende Gesundheitsrisiken wie etwa potenzielle Epidemien.
- Identifizieren Sie vorab bestehende und bestehende Barrieren für die Gesundheitsversorgung, soziale Normen und Ansichten, darunter positive und schädliche Praktiken.
- Identifizieren Sie die bisher für die Gesundheitsversorgung zuständigen Einrichtungen.
- Analysieren Sie die unterschiedlichen Funktionsbereiche des Gesundheitssystems und deren Leistung ⊕ *siehe Standard 1.1 bis 1.5 für Gesundheitssysteme*.

Copyright

Mortalitätsrate

- Berechnen Sie die rohe Mortalitätsrate.
- Berechnen Sie die altersspezifische Mortalitätsrate (z. B. für Kinder unter 5 Jahren).
- Berechnen Sie die ursachenspezifische Mortalitätsrate.
- Berechnen Sie die proportionale Mortalitätsrate.

Morbiditätsrate

- Ermitteln Sie die Inzidenzrate der wichtigsten Krankheiten mit Bedeutung für die öffentliche Gesundheit.
- Ermitteln Sie nach Möglichkeit die alters- und geschlechtsspezifischen Inzidenzrate der wichtigsten Krankheiten.

Verfügbare Ressourcen

- Ermitteln Sie die Kapazität des Gesundheitsministeriums des von der Krise betroffenen Landes.
- Ermitteln Sie den Status der nationalen Gesundheitseinrichtungen, einschließlich deren Gesamtzahl nach Art der bereitgestellten Behandlung, dem physischen Status und dem Zugang.
- Ermitteln Sie die Anzahl und Kompetenzen der verfügbaren Gesundheitsmitarbeiter.
- Ermitteln Sie das verfügbare Gesundheitsbudget und den Finanzierungsmechanismus.
- Ermitteln Sie die Kapazität und das Funktionieren bestehender öffentlicher Gesundheitsprogramme wie etwa des erweiterten Impfprogramms.
- Ermitteln Sie die Verfügbarkeit von standardisierten Protokollen, unentbehrlichen Arzneimitteln, Medizinprodukten und Geräten sowie Logistiksystemen.
- Ermitteln Sie den Status bestehender Überweisungssysteme.
- Ermitteln Sie den Umfang der IPC-Standards in Gesundheitseinrichtungen.
- Ermitteln Sie den Status des bestehenden Gesundheitsinformationssystems.

Daten anderer relevanter Sektoren

- Ernährungsstatus
- Umwelt- und WASH-Bedingungen
- Nahrung und Nahrungsmittelsicherheit
- Unterkünfte – Qualität der Unterkünfte
- Bildung – Gesundheits- und Hygieneaufklärung.

Copyright

Anlage 2
Musterformulare für die wöchentliche Berichterstattung in der Gesundheitsüberwachung

2.1 Formular zur Überwachung der Mortalität (Aggregatprotokoll)*

Standort: .....
Datum von Montag: ..... bis Sonntag: .....
Gesamtpopulation zu Beginn dieser Woche: .....
Geburten in dieser Woche: ..... Todesfälle in dieser Woche: .....
Neuzugänge in dieser Woche (sofern anwendbar): .....
Abgänge in dieser Woche: .....
Gesamtpopulation zum Ende der Woche: .....
Gesamtpopulation unter 5 Jahren: .....

	<5 Jahren		≥5 Jahren		Gesamt
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	
Unmittelbare Ursache					
Akute Infektion der unteren Atemwege					
Cholera (Verdacht)					
Durchfall – blutig					
Durchfall – wässrig					
Verletzung – nicht unfallbedingt					
Malaria					
Müttersterbefall – direkt					
Masern					
Meningitis (Verdacht)					
Neonatal (0–28 Tage)					
Sonstige					
Unbekannt					
Gesamt nach Alter und Geschlecht					
Zugrundeliegende Ursache					
AIDS (Verdacht)					
Mangelernährung					
Müttersterbefall – indirekt					
Nicht übertragbare Krankheiten (bitte angeben)					
Sonstige					
Gesamt nach Alter und Geschlecht					

** Dieses Formular wird verwendet, wenn eine Vielzahl von Todesfällen vorliegt und daher aus Zeitgründen keine detaillierteren Informationen zu den einzelnen Todesfällen erfasst werden können.*

– Sonstige Todesursachen können je nach Kontext und epidemiologischem Muster ergänzt werden.

– Das Alter kann je nach Machbarkeit weiter aufgegliedert werden, z. B. 0–11 Monate, 1–4 Jahre, 5–14 Jahre, 15–49 Jahre, 50–59 Jahre, 60–69 Jahre, 70–79 Jahre, >80 Jahre.–

– Die Todesfälle sollten nicht nur von den Gesundheitseinrichtungen gemeldet werden, sondern auch Meldungen von lokalen und religiösen Führern, Gemeindearbeitern, Frauengruppen und Überweisungskrankenhäusern enthalten.

– Nach Möglichkeit sollten die Falldefinitionen auf der Rückseite dieses Formulars vermerkt werden.

Copyright

2.2 Formular zur Überwachung der Mortalität (Einzelprotokolle)*

Standort: .....
Datum von Montag: ..... bis Sonntag: .....
Gesamtpopulation zu Beginn dieser Woche: .....
Geburten in dieser Woche: ..... Todesfälle in dieser Woche: .....
Neuzugänge in dieser Woche (sofern anwendbar): .....
Abgänge in dieser Woche: .....
Gesamtpopulation zum Ende der Woche: .....
Gesamtpopulation unter 5 Jahren: .....

			Direkte Todesursache													Zugrundeliegende Ursachen						
Nr.	Geschlecht (m, w)	Alter (Tage = T, Monate = M, Jahre = J)	Akute Infektion der unteren Atemwege	Cholera (Verdacht)	Durchfall – blutig	Durchfall – wässrig	Verletzung – nicht unfallbedingt	Malaria	Müttersterbefall – direkt	Masern	Meningitis (Verdacht)	Neonatal (0–28 Tage)	Nicht übertragbare Krankheiten (bitte angeben)	Sonstige (bitte angeben)	Unbekannt	AIDS (Verdacht)	Mangelernährung	Müttersterbefall – indirekt	Sonstige (bitte angeben)	Datum (TT.MM.JJ)	Genaue Ortsangabe (z. B. Blocknummer)	Im Krankenhaus oder zu Hause verstorben
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						

** Dieses Formular wird verwendet, wenn es genügend Zeit zum Aufzeichnen der Daten zu den einzelnen Todesfällen gibt; es ermöglicht eine Analyse nach Alter, Ort und Nutzungsrate der Einrichtungen.*

– Die Häufigkeit der Meldung (d. h. täglich oder wöchentlich) hängt von der Anzahl der Todesfälle ab.
– Sonstige Todesursachen können je nach Situation hinzugefügt werden.
– Todesfälle sollten nicht nur von örtlichen Gesundheitseinrichtungen gemeldet werden, sondern auch von örtlichen Verantwortlichen und Seelsorgern, Gemeindearbeitern, Frauengruppen und überweisenden Krankenhäusern.
– Nach Möglichkeit sollten die Falldefinitionen auf der Rückseite dieses Formulars vermerkt werden.
– Das Alter kann je nach Machbarkeit weiter aufgegliedert werden, z. B. 0–11 Monate, 1–4 Jahre, 5–14 Jahre, 15–49 Jahre, 50–59 Jahre, >60 Jahre.

Copyright

2.3 Musterformular zur EWAR-Frühmeldung

Dieses Formular wird in der Akutphase der Krise verwendet, wenn das Risiko öffentlicher Gesundheitsbedrohungen, wie etwa Traumata, Vergiftungen oder ein Ausbruch epidemiegefährdeter Krankheiten, sehr hoch ist.

Datum von Montag: ..... bis Sonntag: .....
Stadt/Dorf/Siedlung/Lager: .....
Provinz: ..... Bezirk: .....
Unterbezirk: ..... Name des Standorts: .....
▪ Stationär ▪ Ambulant ▪ Gesundheitszentrum ▪ Mobile Klinik
Unterstützende Hilfsorganisation(en): .....
Meldende Stelle & Kontaktnummer: .....
Gesamtpopulation: ..... Gesamtpopulation unter 5 Jahren: .....

A. WÖCHENTLICHE AGGREGIERTE DATEN

Neue Fälle von:	Morbidität		Mortalität		Gesamt
	<5 Jahren	Über 5 Jahren	<5 Jahren	Über 5 Jahren	
AUFNAHMEN GESAMT					
TODESFÄLLE GESAMT					
Akute Atemwegsinfektion					
Akuter wässriger Durchfall					
Akuter blutiger Durchfall					
Malaria – Verdacht/bestätigter Fall					
Masern					
Meningitis – Verdacht					
Akutes hämorrhagisches Fieber					
Akutes Gelbfieber					
Akute schlaffe Lähmung					
Tetanus					
Sonstiges Fieber >38,5 °C					
Traumata					
Chemische Vergiftung					
Sonstige					
Gesamt					

– Es sind mehrere Diagnosen möglich; die wichtigste sollte vermerkt werden. *Jeder Fall sollte nur einmal gezählt werden.*
– *Berücksichtigen Sie nur Fälle (oder Todesfälle), die während der protokollierten Woche eingetreten sind.*
– *Tragen Sie „0" (null) ein, wenn in dieser Woche kein Fall oder Todesfall für eines der in der Liste angegebenen Syndrome eingetreten ist.*
– *Todesfälle sollten unter Mortalität und NICHT unter Morbidität erfasst werden.*
– *Die Falldefinitionen für jede beobachtete Erkrankung sollten auf der Rückseite dieses Formulars vermerkt werden.*
– *Die Morbiditätsursachen können je nach Epidemiologie und Risikobeurteilung der Erkrankung ergänzt oder weggelassen werden.*
– *Der Zweck der EWAR-Überwachung besteht in der frühzeitigen Erkennung von Problemen der öffentlichen Gesundheit, die sofortiger Maßnahmen bedürfen.*
– *Daten zu Zuständen wie Unterernährung sollten über Umfragen (Verbreitung) und nicht über Überwachung (Auftreten) erfasst werden.*

B. AUSBRUCHSWARNUNG

Sobald ein Verdacht auf eine der folgenden Erkrankungen vorliegt, melden Sie diesen bitte per SMS oder Telefon…….. oder E-Mail …….. mit möglichst vielen Angaben zu Zeit, Ort und Anzahl der Fällen und Todesfälle: Cholera, Shigellose, Masern, Kinderlähmung, Typhus, Tetanus, Hepatitis A oder E, Denguefieber, Meningitis, Diphtherie, Keuchhusten, hämorrhagisches Fieber, Traumata und chemische Vergiftungen. Diese Liste von Erkrankungen variiert je nach Erkrankungsepidemiologie des jeweiligen Landes.

Copyright

2.4 Beispiel eines Meldeformulares im Rahmen eines Gesundheitsmanagement-Informationssystems (HMIS)

Standort: .....
Datum von Montag: ..... bis Sonntag: .....
Gesamtpopulation zu Beginn dieser Woche/dieses Monats: .....
Geburten in dieser Woche/diesem Monat: .....
Todesfälle in dieser Woche/diesem Monat: .....
Neuzugänge in dieser Woche/diesem Monat (sofern anwendbar): .....
Abgänge in dieser Woche/diesem Monat: .....
Gesamtpopulation am Ende dieser Woche/dieses Monats: .....
Gesamtpopulation unter 5 Jahren: .....

Morbidität	Unter 5 Jahren (neue Fälle)		Über 5 Jahren (neue Fälle)		Gesamt		Rezidivfälle	
Diagnose	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Neue Fälle	Gesamt
Akute Atemwegsinfektion								
Akuter wässriger Durchfall								
Akuter blutiger Durchfall								
Malaria – Verdacht/ bestätigter Fall								
Masern								
Meningitis – Verdacht								
Akutes hämorrhagisches Fieber								
Akutes Gelbfieber								
Akute schlaffe Lähmung								
Tetanus								
Sonstiges Fieber >38,5 °C								
HIV/AIDS								
Augenerkrankungen								
Hauterkrankungen								
Akute Unterernährung								
Sexuell übertragbare Krankheiten								
Genitalulzera								
Ausfluss aus der Harnröhre bei Männern								
Vaginalausfluss								
Beckenentzündung								
Bindehautentzündung bei Neugeborenen								
Angeborene Syphilis								

Copyright

Morbidität	Unter 5 Jahren (neue Fälle)			Über 5 Jahren (neue Fälle)			Gesamt		Rezidivfälle	
Diagnose	Männ-lich	Weib-lich	Gesamt	Männ-lich	Weib-lich	Gesamt	Neue Fälle	Gesamt
Nicht übertragbare Krankheiten								
Bluthochdruck								
Ischämische Herzkrankheit								
Diabetes								
Asthma								
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung								
Epilepsie								
Sonstige nicht übertragbare Krankheit								
Psychische Gesundheit								
Alkohol- oder sonstiger Substanzmissbrauch								
Geistige Behinderung und Entwicklungsstörungen								
Psychotische Störung (einschließlich bipolarer Störung)								
Demenz oder Delirium								
Mittelschwere–schwere emotionale Störung/ Depression								
Medizinisch unerklärte somatische Beschwerden								
Selbstverletzung (einschließlich Selbstmordversuch)								
Sonstige psychologische Beschwerden								
Verletzungen								
Erhebliche Verletzung von Kopf/Wirbelsäule								
Erhebliche Verletzung des Oberkörpers								
Erhebliche Verletzung der Extremitäten								
Mittelschwere Verletzung								
Geringfügige Verletzung								
Gesamt								

Das Alter kann je nach Machbarkeit weiter aufgegliedert werden, z. B. 0–11 Monate, 1–4 Jahre, 5–14 Jahre, 15–49 Jahre, 50–59 Jahre, >60 Jahre.

Copyright

Anlage 3
Formeln zur Berechnung der wichtigsten Gesundheitsindikatoren

Rohe Mortalitätsrate (CMR)

Definition: Die Sterbeziffer in der gesamten Bevölkerung, d. h. bei Frauen und Männern jeglichen Alters.

Formel:

$$\frac{\text{Gesamtanzahl der Todesfälle im beobachteten Zeitraum}}{\text{Gefährdete Bevölkerung zur Mitte des beobachteten Zeitraums x Anzahl der Tage in dem Zeitraum}} \times \text{10.000 Personen} = \text{Todesfälle/10.000 Personen/Tag}$$

Mortalitätsrate von Kindern unter 5 Jahren (U5MR)

Definition: Die Sterbeziffer bei Kindern unter 5 Jahren in der Bevölkerung.

Formel:

$$\frac{\text{Gesamtanzahl der Todesfälle von Kindern unter 5 Jahren im beobachteten Zeitraum}}{\text{Gesamtanzahl der Kinder unter 5 Jahren x Anzahl der Tagen in dem Zeitraum}} \times \text{10.000 Personen} = \text{Todesfälle/10.000 Kinder unter 5 Jahren/Tag}$$

Inzidenzrate

Definition: Die Anzahl von Neuerkrankungen, die in einem bestimmten Zeitraum bei einer gefährdeten Bevölkerungsgruppe auftreten.

Formel:

$$\frac{\text{Anzahl der neu aufgetretenen Fälle einer bestimmten Erkrankung im beobachteten Zeitraum}}{\text{Bevölkerung mit einem Erkrankungsrisiko x Anzahl der Monate in diesem Zeitraum}} \times \text{1.000 Personen} = \text{Neu aufgetrete Fälle einer bestimmten Erkrankung/1.000 Personen/Monat}$$

Copyright

Letalitätsrate

Definition: Die Anzahl von Personen, die an einer Krankheit sterben, dividiert durch die Anzahl der Personen, die diese Krankheit haben.

Formel:

$$\frac{\text{Anzahl von Personen, die im beobachteten Zeitraum an der Krankheit sterben}}{\text{Menschen, die diese Krankheit in dem Zeitraum haben}} \times 100 = x\%$$

Nutzungsgrad von Gesundheitseinrichtungen

Definition: Die Anzahl der ambulanten Besuche pro Person pro Jahr. Unterscheiden Sie nach Möglichkeit zwischen neuen und alten Besuchen. **Neue** Besuche sollten zur Berechnung dieser Rate herangezogen werden. Es ist jedoch häufig schwierig, zwischen neuen und alten Besuchen zu unterscheiden. Daher werden sie während einer Krise oft als Gesamtbesuche zusammengefasst.

Formel:

$$\frac{\text{Gesamtanzahl von Besuchen in einer Woche}}{\text{Gesamtpopulation}} \times \text{52 Wochen} = \text{Besuche/Person/Jahr}$$

Anzahl der Konsultationen pro Arzt pro Tag

Definition: Durchschnittliche Anzahl der Gesamtkonsultationen (neue und Rezidivfälle) pro Arzt pro Tag.

Formel:

$$\frac{\text{Gesamtanzahl von Konsultationen in einer Woche}}{\text{Anzahl von VZÄ-Ärzten* in der Gesundheitseinrichtung}} \div \text{Anzahl von Tagen, an denen die Gesundheitseinrichtung pro Woche geöffnet hat}$$

**VZÄ (Vollzeitäquivalent) bezieht sich auf die äquivalente Anzahl von Ärzten, die in einer Gesundheitseinrichtung tätig sind.*
Wenn es etwa sechs Ärzte in der Ambulanz gibt, zwei davon aber nur halbtags arbeiten, ergibt sich die Anzahl der VZÄ-Ärzte folgendermaßen: 4 Vollzeitkräfte + 2 Teilzeitkräfte = 5 VZÄ-Ärzte.

Copyright

Anlage 4
Vergiftungen

Zu Vergiftungen kann es kommen, wenn Personen über Mund, Nase, Haut, Augen, Ohren oder durch Einnahme toxischen Chemikalien ausgesetzt sind. Kinder sind dabei gefährdeter, da sie schneller atmen, eine größere Angriffsfläche in Relation zur Körpermasse und durchlässigere Haut haben und sich näher zum Boden befinden. Eine toxische Exposition kann die Entwicklung von Kindern beeinträchtigen und so etwa ein verzögertes Wachstum und schlechtere Ernährung und somit Krankheiten oder den Tod zur Folge haben.

Erstreaktion
Wenn beim Eintreffen des Patienten in der Gesundheitseinrichtung bekannt ist, dass dieser Chemikalien ausgesetzt war oder Anzeichen und Symptome dafür aufweist:

- Ergreifen Sie Vorsichtsmaßnahmen für das Gesundheitspersonal, die unter anderem das Tragen einer entsprechenden persönlichen Schutzausrüstung vorsehen.
- Führen Sie eine Triage der Patienten durch.
- Ergreifen Sie lebensrettende Maßnahmen.
- Sorgen Sie für eine Dekontamination (indem Sie beispielsweise die Kleidung des Patienten entfernen oder die betroffenen Stellen mit Seifenwasser ausspülen) – im Idealfall außerhalb der Gesundheitseinrichtung, um eine weitere Exposition zu verhindern.
- Beachten Sie die Protokolle zur weiteren Behandlung wie etwa unterstützende Behandlungen.

Behandlungsprotokolle
Diese können von Land zu Land variieren. Generell ist es notwendig, ein Gegenmittel zu verabreichen und eine unterstützende Behandlung einzuleiten (wie etwa für die Atmung).

Die nachstehende Tabelle zeigt die Symptome einer chemischen Belastung und häufig angewendete Gegenmittel.

Symptome für den Kontakt mit toxischen Chemikalien und Behandlungsmöglichkeiten

Klasse der toxischen Chemikalie	Häufige Hinweise auf einen Kontakt	Gegenmittel (Landesrichtlinien können variieren)
Nervenkampfstoffe wie Sarin, Tabun oder VX	Stecknadelgroße Pupillen, verschwommenes Sehen, Kopfschmerzen, übermäßige Schleimbildung, Engegefühl in der Brust und Atmungsprobleme, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Muskelzuckungen, Anfälle, Bewusstlosigkeit.	Atropin Oxime (Pralidoxim, Obidoxim) Benzodiazepine (für Anfälle)

Copyright

Klasse der toxischen Chemikalie	Häufige Hinweise auf einen Kontakt	Gegenmittel (Landesrichtlinien können variieren)
Hautkampfstoffe wie Senfgas	Tränende Augen, Augenirritation, Bindehautentzündung, Hornhautschädigung, gerötete, schmerzhafte Haut und Blasenbildung, Atemnot.	Unterstützende Behandlung +/- Natriumthiosulfat z. B. Augenbenetzung, topisches Antibiotikum, Waschen der Haut, Bronchodilatoren. Bei schweren Fällen Einsatz von Natriumthiosulfat.
Zyanid	Schnappen nach Luft, Erstickung, Anfälle, Verwirrung, Übelkeit.	Amylnitrit (Erste Hilfe) Natriumthiosulfat und Natriumnitrit oder 4 DMAP *oder* Hydroxocobalamin *oder* Dicobaltedetat
Handlungsunfähig machende Substanzen wie BZ	Trockenheitsgefühl im Mund und auf der Haut, Tachykardie, verändertes Bewusstsein, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Hyperthermie, Koordinationsstörung, erweiterte Pupillen.	Physostigmin
Tränengas und Stoffe zur Krawallbekämpfung	Brennendes Gefühl auf den Schleimhäuten, Tränenfluss, Speichelfluss, laufende Nase, Engegefühl in der Brust, Kopfschmerzen, Übelkeit.	Hauptsächlich unterstützende Behandlung
Chlor	Rote Augen und Tränenfluss, Irritation von Nase und Rachen, Husten, Erstickungsgefühl, Kurzatmigkeit, Keuchen, Heiserkeit, Lungenödem.	N-Acetylcystein (NAC)
Thallium (Rattengift)	Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, Anfälle, Delirium, Depression, Verlust von Kopf- und Körperbehaarung, schmerzhafte periphere Neuropathie und distale motorische Schwäche, Ataxie, neurokognitive Defizite.	Preussischblau
Blei	Appetitlosigkeit, Erbrechen, Verstopfung, Unterleibsschmerzen, Blässe, Unaufmerksamkeit, Schwäche, periphere Parese.	Chelation
Organophosphate (einschließlich mancher Insektizide und Nervengas)	Speichelfluss, Tränenfluss, Urinieren, Stuhlentleerung, Magenkrämpfe, Erbrechen.	Atropin Oxime (Pralidoxim, Obidoxim)

Abgeändert von WHO, Environmental Health in Emergencies guidance.

Copyright

Quellen und weiterführende Literatur

Gesundheits- und Menschenrechte

The Right to Health: Fact Sheet No.31. OHCHR and WHO, 2008. http://www.ohchr.org

Zivil-militärische Koordination

Civil Military Coordination during Humanitarian Health Action. Global Health Cluster, 2011. www.who.int

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UN OCHA, 2014. http://www.unocha.org

Schutz und humanitäres Völkerrecht

Ambulance and pre-hospital services in risk situations. ICRC, 2013. www.icrc.org

Common Ethical principles of health care in times of armed conflict and other emergencies. ICRC, Geneva, 2015. https://www.icrc.org

Ensuring the preparedness and security of health care facilities in armed conflict and other emergencies. ICRC, 2015. www.icrc.org

Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health. World Health Organization, 2013. http://www.who.int

Health Care in Danger: The responsibilities of health care personnel working in armed conflicts and other emergencies. ICRC, 2012. www.icrc.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24 Shelter and Child Protection. Child Protection Working Group (now the Alliance for Child Protection in Humanitarian Action), 2012. https://resourcecentre.savethechildren.net

Monitoring and Reporting Mechanism (MRM) on Grave Violations Against Children in situations of Armed Conflict. UN and UNICEF, 2014. http://www.mrmtools.org

Koordination

Health Cluster Guide. Global Health Cluster, 2009. http://www.who.int

Reference module for cluster coordination at the country level. IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

Gesundheit in Notfällen

Blanchet, K. et al *Evidence on public health interventions in humanitarian crises.* The Lancet, 2017. http://www.thelancet.com

Classification and Minimum Standards for foreign medical teams in sudden onset disasters. WHO, 2013. http://www.who.int

Copyright

Ensuring Access to Health Care Operational Guidance on Refugee Protection and Solutions in Urban Areas. UNHCR, 2011. http://www.unhcr.org

Public Health Guide in Emergencies. The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent, 2008. http://pdf.usaid.gov

Refugee Health: An approach to emergency situations. Médecins Sans Frontières, 1997. http://refbooks.msf.org

Spiegel et. al. *Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks.* The Lancet, 2010. http://www.thelancet.com

Klinische Richtlinien

Clinical Guidelines – Diagnosis and Treatment Manual. MSF, 2016. http://refbooks.msf.org

Gesundheitssysteme

Analysing Disrupted Health Sectors. A Modular Manual. WHO, 2009. http://www.who.int

Elston et al. *Impact of the Ebola outbreak on health systems and population health in Sierra Leone.* Journal of Public Health, 2015. https://academic.oup.com

Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO, 2007. http://www.who.int

The Health System Assessment Approach: A How to Manual 2.0. USAID, 2012. www.hfgproject.org

Parpia et al. *Effects of Response to 2014–2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV/AIDS and Tuberculosis West Africa. Emerging Infection Diseases Vol 22.* CDC, 2016. https://wwwnc.cdc.gov

Recovery Toolkit: Supporting countries to achieve health service resilience. WHO, 2016. http://www.who.int

Toolkit assessing health system capacity to manage large influx of refugees, asylum-seekers and migrants. WHO/UNHCR/IOM, 2016. http://www.euro.who.int

Sicherheit

Comprehensive Safe Hospital Framework. WHO, 2015. http://www.who.int

Patient Safety: Making Health Safer. WHO, 2017. http://www.who.int

Infektionsprävention und -kontrolle

Essential environmental health standards in health care. WHO,2008. http://www.who.int

Essential Water and Sanitation Requirements for Health Structures. MSF, 2009. http://oops.msf.org

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. CDC, 2007 updated 2017. https://www.cdc.gov

Guidance for the selection and use of Personal Protective Equipment (PPE) in healthcare settings. CDC, 2004. https://www.cdc.gov

Copyright

Guidelines for safe disposal of unwanted pharmaceuticals in and after emergencies. WHO, 1999. http://apps.who.int

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility level. WHO, 2016. http://www.who.int

Management of Dead Bodies after Disasters: A field Manual for First Responders, Second Edition. ICRC, IFRC, 2016. www.icrc.org

Safe management of wastes for health-care activities, Second edition. WHO, 2014. http://www.who.int

Gesundheitspersonal

Classifying health workers: mapping occupations to the international standards. WHO. http://www.who.int

Global strategy on human resources for health. Workforce 2030. WHO, 2016. http://www.who.int

Human resources for Health Information System, Minimum Data Set for Health Workforce Registry. WHO, 2015. http://www.who.int

Health workforce requirement for universal health coverage and the SDGs. WHO, 2016. http://www.who.int

International Standard Classification of Occupation: Structure, group definitions and correspondence tables. ILO, 2012. http://www.ilo.org

WISN Workload indicators of staffing need, user's manual. WHO, 2010. http://www.who.int

Working together for health. World Health Report 2006. WHO 2006. http://www.who.int

Medikamente

Emergency Reproductive Health Kit. UNFPA, 2011. https://www.unfpa.org

Guidelines of Medicine Donations. WHO, 2010. http://www.who.int

Interagency Emergency Health Kit. WHO, 2017. http://www.who.int

Model Formulary for children. WHO, 2010. http://apps.who.int

Model List of Essential Medicines 20th List. WHO, 2017. http://www.who.int

Non-Communicable Diseases Kit. WHO, 2016. http://www.who.int

Revised Cholera Kits. WHO, 2015. http://www.who.int

The Interagency Emergency Health Kit 2017: Medicines and Medical Devices for 10 000 People for Approximately Three Months. WHO. 2017. https://www.who.int

Medizinprodukte einschließlich Hilfsmittel

Core Medical Equipment. WHO, 2011. http://www.who.int

Decommissioning Medical Equipment and Devices. WHO http://www.who.int

Global Atlas of Medical Devices. WHO, 2017. http://www.who.int

Guidelines on the provision of Manual Wheelchairs in less resourced settings. World Health Organization, 2008. http://www.who.int

Copyright

Medical Device technical series: Medical device regulations, medical devices by health care facilities, needs assessment for medical devices, procurement process resource guide, medical device donations, medical equipment maintenance programme overview. WHO, 2011. http://www.who.int

Priority Assistive Products List. The GATE Initiative, WHO and USAID, 2016. http://www.who.int

Kontrollierte Medikamente

Access to Controlled Medications Programme, WHO Briefing Note. WHO, 2012. http://www.who.int

Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes. International Narcotics Control Board and WHO, 2010. http://www.incb.org

Availability of narcotic drugs and psychotropic substances in emergency situations, INCD report, pages 36–37. International Narcotics Control Board, 2014. www.incb.org

Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances. Guidance for availability and accessibility of controlled medicines. WHO, 2011. http://www.who.int

Blutprodukte

Blood safety and availability. WHO, 2017. http://www.who.int

Guidelines on management of blood and blood components as essential medicines, Annex 3. WHO, 2017. http://apps.who.int

Universal Access to Safe Blood Transfusion. WHO, 2008. http://www.who.int

Gesundheitsfinanzierung

Cash-based Interventions for Health Programmes in Refugee Settings: A Review. UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org

Cash for Health: Key Learnings from a cash for health intervention in Jordan. UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org

Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. WHO, 2014. http://apps.who.int

Removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Global Health Cluster and WHO, 2011. http://www.who.int

Gesundheitsinformationen

IASC Guidelines: Common Operating Datasets in Disaster Preparedness and Response. IASC, 2011 https://interagencystandingcommittee.org

Global Reference List of 100 Core Health Indicators. WHO, 2015. http://www.who.int

Standards for Public Health Information Services in Activated Health Clusters and Other Humanitarian Health Coordination Mechanisms. Global Health Cluster, 2017. www.humanitarianresponse.info

Copyright

Beurteilung von gesundheitlichen Bedürfnissen und Priorisierung von Gesundheitsdiensten

Assessment Toolkit: Practical steps for the assessment of health and humanitarian crises. MSF, 2013. http://evaluation.msf.org

Global Health Observatory Data Repository: Crude birth and death rate by country. World Health Organization, 2017. http://apps.who.int

Rapid Risk Assessments of Acute Public Health Events. WHO, 2012. http://www.who.int

SARA Service Availability and Readiness Assessment Survey. WHO/USAID, 2015. http://www.who.int

Prävention von Infektionskrankheiten

Integrated Vector Management in Humanitarian Emergencies Toolkit. MENTOR Initiative and WHO, 2016. http://thementorinitiative.org

Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making. WHO, 2017. http://www.who.int

Infektionskrankheiten (bestimmte Krankheiten)

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control: New Edition. WHO, 2009. http://www.who.int

Guidelines for the control for shigellosis. WHO, 2005. http://www.who.int

Interim Guidance Document on Cholera surveillance. Global Task Force on Cholera Control and WHO, 2017. http://www.who.int

Liddle, K. et al. *TB Treatment in a Chronic Complex Emergency: Treatment Outcomes and Experiences in Somalia.* Trans R Soc Trop Med Hyg, NCBI, 2013. www.ncbi.nlm.nih.gov

Managing Meningitis Epidemics in Africa. WHO, 2015. http://apps.who.int

Management of a measles epidemic. MSF, 2014. http://refbooks.msf.org

Meningitis Outbreak Response in Sub-Saharan Africa. WHO, 2014. http://www.who.int

Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. WHO, 2011. http://apps.who.int

Erkennung von Krankheitsausbrüchen und frühzeitige Reaktion

Early detection, assessment and response to acute public health events, Implementation of Early Warning and Response with a focus on Event-Based Surveillance. WHO, 2014. http://www.who.int

Early warning, alert and response (EWAR) a key area for countries preparedness for Health Emergencies. WHO, 2018. http://apps.who.int

Weekly Epidemiological Record. WHO. http://www.who.int

Outbreak Surveillance and Response in Humanitarian Crises, WHO guidelines for EWARN implementation. WHO, 2012. http://www.who.int

Copyright

Vorbereitung und Reaktion auf Krankheitsausbrüche

Communicable disease control in emergencies, A field Manual. WHO, 2005. http://www.who.int

Epidemic Preparedness and Response in Refugee Camp Settings, Guidance for Public health officers. UNHCR, 2011. http://www.unhcr.org

Outbreak Communication Planning Guideline. WHO, 2008. http://www.who.int

Gesundheit von Kindern und Neugeborenen

IMCI Chart Booklet. WHO, 2014. http://www.who.int

Integrated Community Case Management in Acute and Protracted Emergencies: case study for South Sudan. IRC and UNICEF, 2017. https://www.rescue.org

Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide Interim Version. IAWG RH in Crises, 2016. http://iawg.net

Overview and Latest update on iCCM: Potential for Benefit to Malaria Programs. UNICEF and WHO, 2015. www.unicef.org

Polio vaccines: WHO position Paper Weekly epidemiological record. WHO, 2016. http://www.who.int

Updates on HIV and infant feeding. UNICEF, WHO, 2016. http://www.who.int

Sexuelle und Reproduktionsgesundheit

Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings. UNFPA and Save the Children, 2009. http://iawg.net

Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations, 5th Edition. UNFPA/IAWG, 2011. http://iawg.net

Inter-agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings. IWAG on Reproductive Health in Crises and WHO, 2018. http://iawg.net

Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use. WHO, 2015. http://who.int

Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations: A distance learning module. IWAG and Women's Refugee Commission. 2011. http://iawg.net

Selected practice recommendations for contraceptive use, Third Edition. WHO, 2016. http://www.who.int

Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems. WHO, 2015. http://www.who.int

Sexuelle Gewalt und klinische Vergewaltigungsaufarbeitung

Clinical Care for Sexual Assault Survivors. International Rescue Committee, 2014. http://iawg.net

Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings. IRC and UNICEF, 2012. https://www.unicef.org

Copyright

Clinical Management of Rape Survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, Revised Edition, pp.44–47. WHO, UN Population Fund, and UNHCR, 2004. www.who.int

Clinical Management of Rape Survivors: E-Learning. WHO 2009. http://apps.who.int

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action, Reducing Risk, promoting resilience and aiding recovery. Inter-Agency Standing Committee, 2015. https://gbvguidelines.org

Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence. WHO, 2003. http://www.who.int

HIV

Consolidated Guidelines on the Use or ART Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach – Second edition. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. UNAIDS and IASC, 2010. http://www.unaids.org

Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrant and crisis-affected populations in Sub Saharan Africa. UNHCR, 2014. http://www.unhcr.org

Guidelines for management of sexually transmitted infections. WHO, 2003. www.emro.who.int

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. WHO, 2014. http://www.who.int

HIV prevention in emergencies. UNFPA, 2014. http://www.unfpa.org

PMTCT in Humanitarian Settings Inter-Agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Emergencies Part II: Implementation Guide. Inter-Agency Task Team, 2015. http://iawg.net

WHO policy on collaborative TB/HIV activities Guidelines for national programmes and other stakeholders. WHO, 2012. http://www.who.int

Behandlung von Verletzungen und Traumata

American Heart Association Guidelines for CPR & ECC. American Heart Association, 2015 and 2017. https://eccguidelines.heart.org

Anaesthesia Handbook, Annex 3: ICRC Pain Management. Reversed WHO pain management ladder. ICRC, 2017. https://shop.icrc.org

Child Protection in Humanitarian Action Review: Dangers and injuries. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2016. https://resourcecentre.savethechildren.net

Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Disasters. WHO, 2013. http://www.who.int

Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation. WHO, 2016. http://apps.who.int

Copyright

eCBHFA Framework Community Based Health and First Aid. ICRC, 2017. http://ifrc-ecbhfa.org

EMT minimum data set for reporting by emergency medical teams. WHO, 2016. https://extranet.who.int

Guidelines for trauma quality improvement programmes. World Health Organization, 2009. http://apps.who.int

International First Aid and Resuscitation Guidelines. IFRC, 2016. www.ifrc.org

Interagency initiative comprising a set of integrated triage tools for routine, surge and prehospital triage allowing smooth transition between routine and surge conditions. WHO and ICRC. http://www.who.int

Recommended Disaster Core Competencies for Hospital Personnel. California Department of Public Health, 2011. http://cdphready.org

Technical Meeting for Global Consensus on Triage. WHO and ICRC, 2017. https://www.humanitarianresponse.info

The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. European resuscitation council, 2015. https://cprguidelines.eu

The WHO Trauma Care Checklist. WHO, 2016. http://www.who.int

von Schreeb, J. et al. *Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan.* Prehospital Disaster Med, NCBI, 2008. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

War Surgery, Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence. International Committee of the Red Cross, 2010. https://www.icrc.org

Psychische Gesundheit

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org

A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. https://reliefweb.int

Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings. WHO and UNHCR, 2012. http://www.who.int

Building back better: sustainable mental health care after emergencies. WHO, 2013. http://www.who.int

Facilitate community self-help and social support (action sheet 5.2) in guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007. https://interagencystandingcommittee.org

Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression. WHO, 2016. http://www.who.int

Inter-Agency Referral Form and Guidance Note for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. https://interagencystandingcommittee.org

Copyright

mhGAP Humanitarian Intervention Guide: Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Settings. WHO and UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org

Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. WHO, 2016. http://www.who.int

Psychological First Aid: Guide for Field Workers. WHO, War Trauma Foundation and World Vision International, 2011. http://www.who.int

Psychological First Aid Training Manual for Child Practitioners. Save the Children, 2013. https://resourcecentre.savethechildren.net

Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings in Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know. IASC, 2010. http://www.who.int

Nicht übertragbare Krankheiten

Disaster Risk Management for Health: Non-Communicable Diseases Fact Sheet 2011. WHO, 2011. http://www.who.int

Jobanputra, K. Boulle, P. Roberts, B. Perel, P. *Three Steps to Improve Management of Noncommunicable Diseases in Humanitarian Crises.* PLOS Medicine, 2016. http://journals.plos.org

Lozano et al. *Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.* The Lancet, 2012. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

NCD Global Monitoring Framework. WHO, 2013. http://www.who.int

NCDs in Emergencies – UN Interagency Task Force on NCDs. WHO, 2016. http://www.who.int

Slama, S. et al. *Care of Non-Communicable Diseases in Emergencies.* The Lancet, 2016. http://www.thelancet.com

WHO Package of Essential Non-Communicable Disease Interventions, Tools for implementing WHO PEN. WHO, 2009. http://www.who.int

Palliativmedizin

Caring for Volunteers Training Manual. Psychosocial Centre IFRC, 2015. http://pscentre.org

Disaster Spiritual Care Handbook. Disaster Services, American Red Cross, 2012. https://interagencystandingcommittee.org

Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. WHO, 2016. http://apps.who.int

IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. IASC, 2007. http://www.who.int

IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care. International Association for Hospice and Palliative Care, 2007. https://hospicecare.com

Copyright

Matzo, M. et al. *Palliative Care Considerations in Mass Casualty Events with Scarce Resources.* Biosecurity and Bioterrorism, NCBI, 2009.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Powell, R. A. Schwartz, L. Nouvet, E. Sutton, B. et al. *Palliative care in humanitarian crises: always something to offer.* The Lancet, 2017. http://www.thelancet.com

Palliative Care, Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. WHO, 2007. http://www.who.int

Silove, D. *The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings.* War Trauma Foundation, 2013.
https://www.interventionjournal.com

Nouvet, E. Chan, E. Schwartz, L. J. *Looking good but doing harm? Perceptions of short-term medical missions in Nicaragua.* Global public health, NCBI, 2016.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov

19th WHO Model List of Essential Medicines chapter 2 2, Medicines for pain and palliative care. WHO, 2015. http://www.who.int

Vergiftungen

Initial Clinical management of patients exposed to chemical weapons. WHO, 2015. http://www.who.int

Weiterführende Literatur

Weitere Literaturhinweise finden Sie unter
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Copyright

Copyright

Weiterführende Literatur

Zivil–militärische Koordination

UN-CMCoord Field Handbook. UN OCHA, 2015. https://www.unocha.org/legacy/what-we-do/coordination-tools/UN-CMCoord/publications

Koordination

Global Health Cluster. http://www.who.int/health-cluster/en/

Gesundheitssysteme

Approach to Health Systems Strengthening. UNICEF, 2016. https://www.unicef.org/health/strengthening-health-systems

Health System Strengthening, from diagnosis to Planning. Action Contre Le Faim, 2017. https://www.actionagainsthunger.org/publication/2017/03/health-system-strengthening-diagnosis-planning

Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. WHO, 2010. http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/

Newbrander et al. *Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states.* NCBI, Disasters, 2011. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21913929

Strategizing national health in the 21st century: a handbook. WHO, 2017. http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/

van Olmen, J. et al. *Health Systems Frameworks in their Political Context: Framing Divergent Agendas.* BMC Public Health, 2012. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-774

Sicherheit

Diagnostic Errors: Education and Training, Electronic Tools, Human Factors, Medication Error, Multi-morbidity, Transitions of care. WHO, 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252410/9789241511636-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hospital Safety Index Guide for Evaluators, 2nd ed. WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/handle/10665/258966

Technical Series on Safer Primary Care: Patient engagement: Administrative errors. WHO, 2016. http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/

Medikamente

Management of Drugs at Health Centre Level, Training Manual. WHO, 2004. http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js7919e/

Copyright

Medizinprodukte einschließlich Hilfsmittel

Global Model Regulatory Framework for Medical Devices including in vitro diagnostic medical devices. WHO, 2017. http://www.who.int/medical_devices/publications/global_model_regulatory_framework_meddev/en/

List of Prequalified in vitro diagnostic products. WHO, 2011. http://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/PQ_list/en/

Kontrollierte Medikamente

Model Guidelines for the International Provision of Controlled Medicines for Emergency Medical Care. International Narcotics Control Board, 1996. www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/medical_care/Guidelines_emergency_Medical_care_WHO_PSA.pdf

Gesundheitsfinanzierung

Doocy et al. *Cash-based approaches in humanitarian emergencies, a systematic review.* International Initiative for Impact Evaluation, 2016. https://www.3ieimpact.org/evidence-hub/systematic-review-repository/cash-based-approaches-humanitarian-emergencies-systematic

Wenjuan Wang et al. *The impact of health insurance on maternal health care utilization: evidence from Ghana, Indonesia and Rwanda.* Health Policy and Planning, NCBI, 2017. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28365754

Gesundheitsinformationen

Checchi et al. *Public Health Information in Crisis-Affected populations. A review of methods and their use for advocacy and action.* The Lancet, 2017. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30702-X/abstract

Creating a master health facility list. WHO, 2013. http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_CreatingMFL_draft.pdf

Thierin, M. *Health Information in Emergencies.* WHO Bulletin, 2005. http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/584.pdf

Beurteilung von gesundheitlichen Bedürfnissen und Priorisierung von Gesundheitsdiensten

Checchi, F. et al. *Public health in crisis-affected population. A practical guide for decision makers, Network Paper 61.* Humanitarian Practice Network, December 2007. https://odihpn.org/resources/public-health-in-crisis-affected-populations-a-practical-guide-for-decision-makers/

Prioritising Health Services in humanitarian crises. Health and Education Research Team, 2014. http://www.heart-resources.org/2014/03/prioritising-health-activities-in-humanitarian-crises/

Waldman, R. J. *Prioritising health care in complex emergencies.* The Lancet, 2001. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04568-2/fulltext?_eventId=login

World Health Statistics, 2016: Monitoring for the SDGs. WHO, 2016. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

Copyright

Prävention von Infektionskrankheiten

Vaccination in Humanitarian Emergencies, Implementation Guide. WHO, 2017.
http://www.who.int/immunization/documents/general/who_ivb_17.13/en/

Erkennung von Krankheitsausbrüchen und frühzeitige Reaktion

Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties. WHO, 2013.
http://www.who.int/ihr/publications/checklist/en/

Integrated Disease Surveillance and Response Community Based Surveillance Training Manual. WHO, 2015. http://www.afro.who.int/publications/integrated-diseases-surveillance-and-response-african-region-community-based

Vorbereitung und Reaktion auf Krankheitsausbrüche

Key messages for social mobilization and community engagement in intense transmission areas, Ebola. WHO, 2014. http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/social-mobilization-guidance/en/

Gesundheit von Kindern und Neugeborenen

Disaster Preparedness Advisory Council, Ensuring the Health of Children in Disasters. Pediatrics. 2015.
http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/10/13/peds.2015-3112

Hoddinott, J. Kinsey, B. *Child growth in the time of drought.* Oxford Bulletin of Economics and Statistics. 2001.
https://are.berkeley.edu/courses/ARE251/2004/papers/Hoddinott_Kinsey.pdf

Including children with disabilities in humanitarian action, Health Booklet. UNICEF, 2017.
http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html

Revised WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities, evidence summaries. WHO, 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137319/1/9789241507813_eng.pdf

Behandlung von Verletzungen und Traumata

Emergency Trauma Care. World Health Organization, 2017.
http://www.who.int/emergencycare/gaci/activities/en/

EMT initiative. WHO, 2017. https://extranet.who.int/emt/

Global guidelines for the prevention of surgical site infection. WHO, 2016.
http://www.who.int/gpsc/ssi-prevention-guidelines/en/

Implementation Manual Surgical Safety Checklist, First Edition. WHO, World Alliance for Patient Safety, 2008
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/

Joshi, G. P. et al. *Defining new directions for more effective management of surgical pain in the United States: highlights of the inaugural Surgical Pain Congress™.* The American Surgeon, NCBI, 2014. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666860

Copyright

Malchow, R. J. et al. *The evolution of pain management in the critically ill trauma patient: Emerging concepts from the global war on terrorism.* Critical Care Medicine, NCBI, 2008. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18594262

Providing Care for an Influx of Wounded. MSF, 2008. http://oops.msf.org/OCBLog/content/OOPSLOGV3/LOGISTICS/operational-tools/Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf/Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf

Psychische Gesundheit

Toolkit for the Integration of Mental Health into General Healthcare in Humanitarian Settings. International Medical Corps, 2018. http://www.mhinnovation.net/collaborations/IMC-Mental-Health-Integration_Toolkit

Nicht übertragbare Krankheiten

Action Plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases 2008/2013. WHO, 2009.
http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/

Demaio, A. Jamieson, J. Horn, R. de Courten, M. Tellier, S. *Non-Communicable Diseases in Emergencies: A Call to Action.* PLOS Currents Disasters, 2013. http://currents.plos.org/disasters/article/non-communicable-diseases-in-emergencies-a-call-to-action/

Global Status Report on Non-communicable diseases. WHO, 2010.
http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

The Management of cardiovascular disease, diabetes, asthma and chronic obstructive pulmonary disease in Emergency and Humanitarian Settings. WHO, 2008.

Palliativmedizin

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/inter-agency-faith

Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response. Institute of Medicine. 2012. https://www.nap.edu/catalog/13351/crisis-standards-of-care-a-systems-framework-for-catastrophic-disaster

Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care: training manual. WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/196326/9789241549349_eng.pdf?sequence=1

Faith Leader Toolkit. Coalition for Compassionate Care in California, 2017.
https://coalitionccc.org/tools-resources/faith-leaders-toolkit/

Knaul, F. Farmer, P. E. et al. *Report of the Lancet Commission on Global Access to Palliative Care & Pain Control.* The Lancet, 2017.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29032993

Copyright

Vergiftungen

Chemical Hazards Compendium. UK Government, 2013.
https://www.gov.uk/government/collections/chemical-hazards-compendium

Emergency preparedness and Response, Fact Sheets on Specific Chemical Agents. Center for Disease control and prevention, 2013.
https://emergency.cdc.gov/chemical/factsheets.asp

Guidelines for the Identification and Management of Lead Exposure in Pregnant and Lactating Women. CDC, 2010.
https://www.cdc.gov/nceh/lead/publications/leadandpregnancy2010.pdf

The Public Health Management of Chemical Incidents, WHO Manual. WHO, 2009.
http://www.who.int/entity/environmental_health_emergencies/publications/Manual_Chemical_Incidents/en/index.html

Copyright

Copyright

A Anhänge

Copyright

Copyright

Inhalt

Anhang 1: Rechtliche Grundlage von Sphere 374

Anhang 2: Der Verhaltenskodex der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung und der Nichtregierungsorganisationen (NRO) in der Katastrophenhilfe 385

Anhang 3: Abkürzungen und Akronyme 393

Copyright

Anhang 1
Rechtliche Grundlage von Sphere

In der Humanitären Charta werden die gemeinsamen Überzeugungen und Grundsätze im Hinblick auf humanitäre Einsätze und die Verantwortlichkeiten in Katastrophen- oder Konfliktsituationen dargelegt, und es wird darauf verwiesen, dass diese im Völkerrecht verankert sind. Die folgende kommentierte Liste zentraler Dokumente umfasst die wichtigsten internationalen Rechtsinstrumente in Bezug auf internationale Menschenrechtsnormen, das humanitäre Völkerrecht (IHL), das Flüchtlingsrecht und humanitäre Einsätze. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit in Bezug auf regionale Gesetze und Entwicklungen. Weitere Ressourcen und Web-Links zu einer Reihe von Leitlinien, Grundsätzen, Standards und Rahmen, die die Umsetzung unterstützen, sind auf der Website von Sphere zu finden: www.spherestandards.org. Nur Dokumente, die einer Erläuterung bedürfen, neuere Ergänzungen sind oder bestimmte Passagen zu Katastrophen- und Konfliktsituationen enthalten, sind kommentiert.

Das Sphere-Handbuch spricht konkrete Bereiche des internationalen Rechtsrahmens an. Dazu gehören unter anderem das Recht auf persönliche Sicherheit und Würde, das Recht auf Nicht-Diskriminierung und die Rechte auf Wasser- und Sanitärversorgung, Unterkunft, Nahrungssicherheit und Ernährung sowie Gesundheitsversorgung. Manche dieser Rechte sind explizit in bestimmten internationalen Übereinkommen niedergelegt, sie alle aber sind Bestandteil der allgemeinen Menschenrechtsinstrumente zu bürgerlichen und politischen Rechten oder zu wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten.

Dieser Anhang verweist auf Dokumente in fünf Themenbereichen:

1. **Menschenrechte, Schutz und Gefährdung**
2. **Bewaffnete Konflikte und humanitäre Hilfe**
3. **Flüchtlinge und Binnenvertriebene**
4. **Katastrophen und humanitäre Hilfe**
5. **Humanitäre Strategierahmen, Leitlinien und Prinzipien zu Menschenrechten, Schutz und Gefährdung in Bezug auf Katastrophenvorsorge und -intervention**
   nur online unter www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Damit der Status jedes Dokuments innerhalb dieser Themenbereiche deutlich wird, sind sie in zwei Kategorien eingeteilt: a) Völkerrechtliche Verträge und Gewohnheitsrecht oder b) UN- und weitere förmlich verabschiedete zwischenstaatliche Leitlinien und Grundsätze.

Copyright

1. Internationale Instrumente zu Menschenrechten, Schutz und Gefährdung

Die folgenden Dokumente betreffen in erster Linie die Menschenrechte, die durch allgemeine Verträge und Erklärungen anerkannt sind. Es wurden auch einige zentrale Dokumente in Bezug auf Alter (Kinder und ältere Menschen), Geschlecht und Behinderung aufgenommen, da diese Aspekte in Katastrophen oder Konflikten zu den häufigsten Ursachen von Vulnerabilität zählen.

1.1 Völkerrechtliche Verträge und Gewohnheitsrecht zu Menschenrechten, Schutz und Gefährdung

Menschenrechtsabkommen gelten für Staaten, die dem entsprechenden Vertrag beigetreten sind. Darüber hinaus gibt es das Gewohnheitsrecht (z. B. das Verbot von Folter), das für alle Staaten gilt. Menschenrechtsnormen gelten jederzeit, wobei zwei Ausnahmen möglich sind:

- Einige wenige bürgerliche und politische Rechte können gemäß Artikel 4 des Internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte außer Kraft gesetzt werden, wenn ein nationaler Notstand ausgerufen wird („Außerkraftsetzung").
- In bewaffneten Konflikten, die offiziell anerkannt wurden, gilt im Falle eines Widerspruchs zu den Menschenrechtsnormen das IHL vorrangig.

1.1.1 Allgemeine Menschenrechte

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR), 1948, verabschiedet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution 217/A-(III) vom 10. Dezember 1948. www.un.org. Deutsche Fassung:
https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf

> **Anmerkung:** Die AEMR, die im Jahr 1948 von der UN-Generalversammlung verkündet wurde, legte zum ersten Mal allgemein zu schützende, grundlegende Menschenrechte fest. Die AEMR ist kein rechtlich bindender Vertrag, gilt jedoch heute als Bestandteil des Völkergewohnheitsrechts. Im ersten Satz der Präambel wird das Konzept der „angeborenen Würde" des Menschen als Fundament der Menschenrechte eingeführt, und im ersten Artikel heißt es: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren".

Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR auch UN-Zivilpakt oder UNO-Pakt II), 1966, verabschiedet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution 2200A (XXI) vom 16. Dezember 1966, in Kraft getreten am 23. März 1976. www.ohchr.org. Deutsche Übersetzung: BGBl. 1973 II, 1533: www.bgbl.de

Zweites Fakultativprotokoll zum Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR) über die Abschaffung der Todesstrafe, 1989, verabschiedet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution 44/128 vom 15. Dezember 1989, in Kraft getreten am 11. Juli 1989. www.ohchr.org. Deutsche Übersetzung: BGBl. 1992 II 390: www.bgbl.de

> **Anmerkung:** Die Vertragsstaaten des ICCPR haben die Rechte aller in ihrem Gebiet befindlichen und ihrer Herrschaftsgewalt unterstehenden Personen zu

Copyright

achten und zu garantieren sowie das Recht der „Völker" auf Selbstbestimmung und die Gleichberechtigung von Mann und Frau anzuerkennen. Einige Rechte (durch Stern* gekennzeichnet) dürfen niemals außer Kraft gesetzt werden, nicht einmal im äußersten nationalen Notfall.

ICCPR-Rechte: Recht auf Leben*; keine Folter oder sonstige grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung*; keine Sklaverei*; keine willkürliche Festnahme oder Haft; Menschlichkeit und Würde in der Haft; keine Inhaftierung aufgrund der Nichterfüllung einer vertraglichen Verpflichtung*; Bewegungsfreiheit und freie Wohnsitzwahl; keine unrechtmäßige Ausweisung von Ausländern; Gleichheit vor dem Gesetz, fairer Prozess und Unschuldsvermutung in Strafverfahren; Nichtrückwirkung von Strafrechtsnormen*; Anerkennung ebenbürtiger Rechtsfähigkeit überall*; Privatleben; Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit*; Meinungsfreiheit, freie Meinungsäußerung und friedliche Versammlung; Vereinigungsfreiheit; Recht auf Eheschließung und Familienleben; Schutz von Kindern; Wahlrecht und Recht auf Mitgestaltung der öffentlichen Angelegenheiten; Recht von Minderheiten, ihr kulturelles Leben zu pflegen, ihre eigene Religion zu bekennen und auszuüben oder sich ihrer eigenen Sprache zu bedienen*.

Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR), 1966 verabschiedet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution 2200A (XXI) vom 16. Dezember 1966, in Kraft getreten am 3. Januar 1976.
www.ohchr.org. Deutsche Übersetzung: BGBl. 1973 II 1569: www.bgbl.de

Anmerkung: Die Vertragsstaaten stimmen überein, unter Ausschöpfung aller ihrer Möglichkeiten „Maßnahmen zu treffen, um nach und nach (...) die volle Verwirklichung der in diesem Pakt anerkannten Rechte zu erreichen", die Mann und Frau gleichermaßen zugute kommen müssen.

ICESCR-Rechte: Recht auf Arbeit; auf gerechte Entlohnung; Recht, einer Gewerkschaft beizutreten; Recht auf Sozialversicherung/Versicherung; Recht auf Familienleben einschließlich Schutz von Müttern nach der Entbindung und Schutz von Kindern vor Ausbeutung; Recht auf angemessenen Lebensstandard einschließlich Ernährung, Bekleidung und Unterbringung; Recht auf körperliche und geistige Gesundheit; Recht auf Bildung, auf Teilnahme am kulturellen Leben und Teilhabe an den Errungenschaften des wissenschaftlichen und kulturellen Fortschritts.

Internationales Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung (ICERD – Rassendiskriminierungskonvention) 1965, verabschiedet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution 2106A (XX) vom 21. Dezember 1965, in Kraft getreten am 4. Januar 1969.
www.ohchr.org. Deutsche Übersetzung: BGBl. 1969 II 961: www.bgbl.de

Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW – Frauenrechtskonvention), 1979, verabschiedet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution 34/180 vom 18. Dezember 1979, in Kraft getreten am 3. September 1981.
www.ohchr.org. Deutsche Übersetzung: BGBl. 1985 II 647: www.bgbl.de

Copyright

Übereinkommen über die Rechte des Kindes, 1989, (CRC – Kinderrechtskonvention), verabschiedet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution 44/25 vom 20. November 1989, in Kraft getreten am 2. September 1990.
www.ohchr.org. Deutsche Übersetzung: BGBl. 1992 II 121: www.bgbl.de

Fakultativprotokoll zum Kinderrechtsübereinkommen betreffend die Beteiligung von Kindern an bewaffneten Konflikten, 2000, verabschiedet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution 54/263 vom 25. Mai 2000, in Kraft getreten am 12. Februar 2002. www.ohchr.org. Deutsche Übersetzung: BGBl. 2004 II 1354: www.bgbl.de

Fakultativprotokoll zum Kinderrechtsübereinkommen betreffend den Verkauf von Kindern, die Kinderprostitution und die Kinderpornographie, 2000, verabschiedet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution 54/263 vom 25. Mai 2000, in Kraft getreten am 18. Januar 2002.
www.ohchr.org. Deutsche Übersetzung: BGBl. 2008 II 1223: www.bgbl.de

> **Anmerkung:** Der Kinderrechtskonvention sind fast alle Staaten beigetreten. Sie fasst die grundlegenden Menschenrechte von Kindern neu und identifiziert Situationen, in denen Kinder besonderen Schutz benötigen (z. B. wenn sie von ihrer Familie getrennt wurden). Die Protokolle fordern von den Vertragsstaaten Fördermaßnahmen zu besonderen Problemen im Bereich des Kinderschutzes.

Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD – Behindertenrechtskonvention), 2006, verabschiedet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution 61/106 vom 13. Dezember 2006, in Kraft getreten am 3. Mai 2008.
www.ohchr.org. Deutsche Übersetzung: BGBl. 2008 II 1419: www.bgbl.de

> **Anmerkung:** Die Behindertenrechtskonvention unterstützt die Rechte von Menschen mit Behinderungen entsprechend allen anderen völkerrechtlichen Menschenrechtsverträgen und befasst sich im Besonderen mit der Bewusstseinsbildung im Hinblick auf Menschen mit Behinderungen, mit Gleichbehandlung und der Zugänglichkeit von Dienstleistungen und Einrichtungen. „Gefahrensituationen und humanitäre Notlagen" werden im Übrigen besonders erwähnt (Artikel 11).

1.1.2 Völkermord, Folter und anderer krimineller Missbrauch von Rechten

Übereinkommen über die Verhütung und Bestrafung des Völkermordes (CPPCG), 1948, verabschiedet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution 260 A (III) vom 9. Dezember 1948, in Kraft getreten am 12. Januar 1951.
www.ohchr.org. Deutsche Übersetzung: BGBl. 1954 II 729: www.bgbl.de

Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (CAT), 1984, verabschiedet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution 39/46 vom 10. Dezember 1984, in Kraft getreten am 26. Juni 1987.
www.ohchr.org. Deutsche Übersetzung: BGBl. 1990 II 246: www.bgbl.de

> **Anmerkung:** Diesem Übereinkommen sind sehr viele Staaten beigetreten. Auch gilt das Verbot von Folter heute generell als Teil des Völkergewohnheitsrechts. Weder ein öffentlicher Notstand, gleich welcher Art, noch Krieg dürfen als Rechtfertigung für Folter geltend gemacht werden. Die Vertragsstaaten dürfen

Copyright

eine Person nicht in einen anderen Staat ausweisen, abschieben oder an diesen ausliefern (refouler), wenn stichhaltige Gründe für die Annahme bestehen, dass sie dort Gefahr liefe, gefoltert zu werden.

Römisches Statut des Internationalen Strafgerichtshofs, 1998, verabschiedet von der Diplomatischen Konferenz in Rom am 17. Juli 1998, in Kraft getreten am 1. Juli 2002. www.icrc.org. Deutsche Übersetzung: BGBl. 2000 II 1393: www.bgbl.de

Anmerkung: In Artikel 9 („Verbrechenselemente") des Statuts, das 2002 vom Internationalen Strafgerichtshof verabschiedet wurde, werden Kriegsverbrechen, Verbrechen gegen die Menschlichkeit und Völkermord im Detail beschrieben; damit wird ein großer Teil des Völkergewohnheitsstrafrechts kodifiziert. Der Internationale Strafgerichtshof kann Fälle, die vom UN-Sicherheitsrat an ihn verwiesen werden (selbst wenn das Land der beschuldigten Person kein Vertragsstaat ist), sowie Verbrechen, die angeblich von Staatsangehörigen der Vertragsstaaten oder auf deren Gebiet begangen wurden, untersuchen und strafrechtlich verfolgen.

1.2 UN- und weitere förmlich verabschiedete zwischenstaatliche Leitlinien und Grundsätze zu Menschenrechten, Schutz und Gefährdung

Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002, 2. Weltgipfel zum Thema Altern, Madrid, 2002, anschließend an die Resolution 37/51 der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 3. Dezember 1983. www.ohchr.org

United Nations Principles for Older Persons, 1991, verabschiedet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution 46/91 vom 16. Dezember 1991. www.ohchr.org

Copyright

2. Internationale Instrumente zu bewaffneten Konflikten, humanitärem Völkerrecht und humanitärer Hilfe

2.1 Völkerrechtliche Verträge und Gewohnheitsrecht zu bewaffneten Konflikten, humanitärem Völkerrecht und humanitärer Hilfe

Im humanitären Völkerrecht (IHL) werden die Schwellen genannt, ab denen ein gewaltsamer Konflikt zu einem „bewaffneten Konflikt" wird, der dann unter diese besonderen rechtlichen Regelungen fällt. Das Internationale Komitee vom Roten Kreuz fungiert als offizieller Hüter der humanitären Völkerrechtsverträge und stellt über seine Website (www.icrc.org) umfangreiche Informationen und Ressourcen bereit, unter anderem den offiziellen Kommentar zu den Genfer Abkommen und deren Zusatzprotokollen und die Regeln der Studie über das humanitäre Völkergewohnheitsrecht.

2.1.1 Grundlegende Verträge des humanitären Völkerrechts

Die vier Genfer Abkommen von 1949

Zusatzprotokoll zu den Genfer Abkommen über den Schutz der Opfer internationaler bewaffneter Konflikte, 1977 (Protokoll I).

Zusatzprotokoll zu den Genfer Abkommen über den Schutz der Opfer nicht internationaler bewaffneter Konflikte, 1977 (Protokoll II). www.icrc.org. Deutsche Übersetzung beider Zusatzprotokolle: BGBl. 1990 II 1550: www.bgbl.de

> **Anmerkung:** Die vier Genfer Abkommen – denen alle Staaten beigetreten sind und die auch allgemein als Bestandteil des Gewohnheitsrechts anerkannt sind – befassen sich mit dem Schutz und der Behandlung der Verwundeten und Kranken der bewaffneten Kräfte zu Land (I) und zu Wasser (II), mit der Behandlung der Kriegsgefangenen (III) und dem Schutz der Zivilbevölkerung in bewaffneten Konflikten (IV). Sie gelten in erster Linie für internationale bewaffnete Konflikte; eine Ausnahme hierzu stellen die Artikel 3, die in allen Abkommen gleichlautend sind und die nicht internationale Konflikte betreffen, sowie einige andere Elemente dar, die mittlerweile als Gewohnheitsrecht für nicht internationale Konflikte akzeptiert sind. Die beiden Protokolle von 1977 brachten die Abkommen damals auf den neuesten Stand, insbesondere die Definitionen von Kombattanten und die Kodifizierung nicht internationaler Konflikte. Eine Reihe von Staaten ist den Zusatzprotokollen nicht beigetreten.

2.1.2 Völkerrechtliche Verträge zu Waffen, deren Einsatz eingeschränkt oder verboten ist, Landminen und Kulturgut

Neben dem oben dargelegten sog. Genfer Recht existiert auch ein Gesetzeskorpus, das häufig als Haager Recht zu bewaffneten Konflikten bezeichnet wird. Es umfasst das Übereinkommen zum Schutz von Kulturgut und eine Reihe von Übereinkommen zu den Arten von Waffen, deren Einsatz eingeschränkt oder verboten ist, unter anderem Gase und sonstige chemische und biologische Waffen, konventionelle Waffen, die unterschiedslos wirken oder unnötige Leiden verursachen, sowie Antipersonen-Landminen und Streumunition. www.icrc.org

Copyright

2.1.3 Gewohnheitsrecht zum humanitären Völkerrecht

Das Völkergewohnheitsrecht zum humanitären Völkerrecht wurde durch die Staaten durch ihre Stellungnahmen, Politik und Praxis als gewohnheitsrechtlich begründete Regeln anerkannt, die für alle Staaten gelten, und zwar unabhängig davon, ob sie den Verträgen des humanitären Völkerrechts beigetreten sind. Es gibt keine Liste der gewohnheitsrechtlichen Regeln; die nachstehende Studie stellt jedoch die maßgeblichste Auslegung dar.

Customary International Humanitarian Law (CIHL) Study, ICRC, Henckaerts, J-M. und Doswald-Beck, L., Cambridge University Press, Cambridge & New York, 2005. www.icrc.org

> **Anmerkung:** Die Studie deckt nahezu den gesamten Anwendungsbereich des Rechts des bewaffneten Konflikts ab. In der Studie werden 161 spezifische Regeln aufgelistet und festgestellt, ob die jeweilige Regel auf internationale bewaffnete Konflikte bzw. nicht internationale bewaffnete Konflikte anzuwenden ist. Obwohl einige Rechtswissenschaftler die Methodologie der Studie kritisieren, ist sie das Ergebnis eines auf über zehn Jahre angelegten, umfassenden Konsultations- und Forschungsprozesses und gilt daher als maßgebend für die Auslegung der gewohnheitsrechtlichen Regeln.

2.2 UN- und weitere förmlich angenommene zwischenstaatliche Grundsätze und Leitlinien zu bewaffneten Konflikten, IHL und humanitärer Hilfe

„Aide Memoire" des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen zum Schutz, 2002, aktualisierte Fassung 2003 (S/PRST/2003/27). https://undocs.org

> **Anmerkung:** Hierbei handelt es sich nicht um eine für die Staaten verbindliche Resolution, sondern um einen Leitfaden für den UN-Sicherheitsrat zur Friedenssicherung und zu akuten Konfliktsituationen. Das Dokument ist aus Konsultationen mit einer Reihe von UN-Organisationen und dem IASC hervorgegangen.

Resolutionen des UN-Sicherheitsrats betreffend sexuelle Gewalt und Frauen in bewaffneten Konflikten, insbesondere die erste dieser Resolutionen, Resolution 1325 (2000) des UN-Sicherheitsrats zu Frauen, Frieden und Sicherheit. Diese Resolution war ein Meilenstein zur Ächtung sexueller Gewalt gegen Frauen in bewaffneten Konflikten. Wichtig sind auch die Folgeresolutionen 1820 (2008), Res. 1888 (2009), Res. 1889 (2009), Res. 1960 (2010), Res. 2106 (2013) und Res. 2122 (2013). Alle Resolutionen des UN-Sicherheitsrats nach Jahr und Nummer unter www.un.org

Copyright

3. Internationale Instrumente zu Flüchtlingen und Binnenvertriebenen (IDPs)

3.1 Völkerrechtliche Verträge zu Flüchtlingen und Binnenvertriebenen

Neben dem internationalen Vertrag werden in diesem Abschnitt zwei Verträge der Afrikanischen Union (vormals Organisation der Afrikanischen Einheit oder OAU) aufgeführt, da beide richtungweisend waren.

Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge, 1951 (GFK, in der jeweils aktuellen Fassung), verabschiedet von der Bevollmächtigtenkonferenz der Vereinten Nationen zum Status der Flüchtlinge und staatenlosen Personen, Genf, 2.–25. Juli 1951, in Kraft getreten am 22. April 1954. Deutsche Übersetzung: BGBl. 1953 II 559: www.bgbl.de

Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge, 1967, von der Generalversammlung der Vereinten Nationen am 31. Januar 1967. Deutsche Übersetzung: BGBl. 1969 II 1293: www.bgbl.de

> **Anmerkung:** Als erste internationale Übereinkunft über Flüchtlinge definiert das Abkommen einen Flüchtling als eine Person, die „aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will (...) und nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen der erwähnten Befürchtungen nicht dorthin zurückkehren will."

OAU-Konvention zur Regelung bestimmter Aspekte der Flüchtlingsprobleme in Afrika, 1969, verabschiedet von der Versammlung der Staats- und Regierungschefs auf ihrer Sechsten Ordentlichen Beratung, Addis Abeba, 10. September 1969.
www.unhcr.org

> **Anmerkung:** Mit diesem Dokument wird die Definition der Konvention von 1951 angenommen und auf Menschen ausgedehnt, die gezwungen waren, ihr Land nicht nur infolge von Verfolgung zu verlassen, sondern auch aufgrund eines äußeren Angriffs, von Besatzung, Fremdherrschaft oder Ereignissen, die die öffentliche Ordnung ernsthaft stören. Mit dem Text werden auch nicht staatliche Gruppen als Verursacher von Verfolgung anerkannt, und es wird nicht gefordert, dass Flüchtlinge eine direkte Verbindung zwischen sich und der künftigen Gefahr nachweisen müssen.

Konvention der Afrikanischen Union zum Schutz und zur Unterstützung von Binnenvertriebenen in Afrika (Kampala-Konvention), 2009, verabschiedet auf einem Sondergipfel der Afrikanischen Union in Kampala, Uganda, 22. Oktober 2009, in Kraft getreten am 6. Dezember 2012.
https://au.int/en/treaties/african-union-convention-protection-and-assistance-internally-displaced-persons-africa

Copyright

Anmerkung: Dies ist die erste multilaterale Konvention zugunsten von Binnenvertriebenen.

3.2 UN- und weitere förmlich verabschiedete zwischenstaatliche Grundsätze und Leitlinien zu Flüchtlingen und Binnenvertriebenen

Leitlinien betreffend Binnenvertreibungen, 1998, anerkannt im September 2005 durch die Staats- und Regierungschefs auf dem Weltgipfel in New York mit Resolution 60/L.1 (132, UN-Dok. A/60/L.1) der Generalversammlung der Vereinten Nationen als „ein wichtiger internationaler Rahmen für den Schutz von Binnenvertriebenen". Deutsche Übersetzung unter www.ohchr.org

Anmerkung: Diese Grundsätze basieren auf dem humanitären Völkerrecht, den Menschenrechtsnormen und dem entsprechenden Flüchtlingsrecht und sollen als internationaler Standard dienen, der den Regierungen, internationalen Organisationen und allen weiteren relevanten Akteuren bei der Bereitstellung von Hilfe und Schutz für Binnenvertriebene eine Orientierungshilfe bietet.

Copyright

4. Internationale Instrumente zu Katastrophen und humanitärer Hilfe

4.1 Völkerrechtliche Verträge zu Katastrophen und humanitärer Hilfe

Übereinkommen über die Sicherheit von Personal der Vereinten Nationen und beigeordnetem Personal, 1994, verabschiedet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution 49/59 vom 9. Dezember 1994, in Kraft getreten am 15. Januar 1999. Deutsche Übersetzung: BGBl. 1997 II 230: www.bgbl.de

Fakultativprotokoll zum Übereinkommen über die Sicherheit von Personal der Vereinten Nationen und beigeordnetem Personal, 2005, verabschiedet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution A/60/42 vom 8. Dezember 2005, in Kraft getreten am 19. August 2010. Deutsche Übersetzung: BGBl. 2007 II 1306: www.bgbl.de

> **Anmerkung:** In dem Übereinkommen wird der Schutz auf UN-Einsätze zur Friedenssicherung beschränkt, sofern die UN nicht ein „außergewöhnliches Risiko" erklärt – eine praktisch nicht erfüllbare Anforderung. Im Protokoll wird dieser schwerwiegende Mangel des Übereinkommens korrigiert und der rechtliche Schutz auf alle UN-Einsätze von der Leistung humanitärer Nothilfe über die Friedenskonsolidierung bis hin zur Leistung humanitärer oder politischer Hilfe oder von Entwicklungshilfe ausgeweitet.

Übereinkommen von Tampere über die Bereitstellung von Telekommunikationsmitteln für Katastrophenschutz und Katastrophenhilfeeinsätze, 1998, genehmigt von der Regierungskonferenz über Telekommunikation im Notfall von 1998, in Kraft getreten am 8. Januar 2005. Deutsche Übersetzung unter www.admin.ch

Rahmenübereinkommen der Vereinten Nationen über Klimaänderungen (UNFCCC, Klimarahmenkonvention), 1992, vereinbart von der Konferenz der Vereinten Nationen über Umwelt und Entwicklung, Rio de Janeiro, 4.–14. Juli 1992, befürwortet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution 47/195 vom 22. Dezember 1992, in Kraft getreten am 21. März 1994. Deutsche Übersetzung unter www.unfccc.int

- **Protokoll von Kyoto zur Klimarahmenkonvention, 1997**, verabschiedet von der dritten Sitzung der Konferenz der Vertragsstaaten zur Rahmenkonvention, Kyoto, Japan, am 11. Dezember 1997, in Kraft getreten am 16. Februar 2005. Deutsche Übersetzung unter www.unfccc.int
- **Übereinkommen von Paris, 2015**, vereinbart von der 21. Sitzung der Konferenz der Vertragsstaaten zur Rahmenkonvention (COP 21), Paris, am 12. Dezember 2015, in Kraft getreten am 4. November 2016. Deutsche Übersetzung unter www.bmu.de

> **Anmerkung:** Die Klimarahmenkonvention, das Kyoto-Protokoll und das Übereinkommen von Paris sind alle Bestandteil eines einzigen Vertragsrahmens. Sie befassen sich mit der dringenden Notwendigkeit, Strategien zur Anpassung an den Klimawandel und zur Risikoreduzierung umzusetzen und die lokalen Kapazitäten und die Widerstandsfähigkeit insbesondere derjenigen Länder zu stärken, die durch Naturkatastrophen gefährdet sind. Der Schwerpunkt liegt

Copyright

auf Strategien zur Reduzierung von Katastrophen und dem Risikomanagement, insbesondere im Hinblick auf den Klimawandel.

4.2 UN- und weitere förmlich verabschiedete zwischenstaatliche Grundsätze und Leitlinien zu Katastrophen und humanitärer Hilfe

Stärkung der Koordination von humanitären Hilfseinsätzen der Vereinten Nationen, mit Anhang, Leitprinzipien, verabschiedet von der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Resolution 46/182 vom 19. Dezember 1991. www.unocha.org

> **Anmerkung:** Dies führte zur Gründung der UN-Abteilung für humanitäre Angelegenheiten, die im Jahr 1998 zum Amt der UN für die Koordinierung humanitärer Angelegenheiten (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, OCHA) wurde.

Sendai Framework für Katastrophenvorsorge 2015–2030 (Sendai Rahmenwerk). www.unisdr.org

> **Anmerkung:** Das Sendai Rahmenwerk ist das Nachfolgeinstrument des Hyogo-Rahmenaktionsplans 2005–2015: Stärkung der Widerstandsfähigkeit der Nationen und Gemeinschaften gegen Katastrophen. Verabschiedet als Erklärung bei der Dritten Weltkonferenz der Vereinten Nationen über die Verringerung des Katastrophenrisikos im Jahr 2015 und von der UN-Vollversammlung (in Resolution 69/283) gebilligt. Die Umsetzung wird unterstützt vom Büro der Vereinten Nationen für die Verringerung des Katastrophenrisikos (UNDRR). Ziel der nicht bindenden Vereinbarung mit einer Laufzeit von 15 Jahren ist es, das Katastrophenrisiko sowie den Verlust von Menschenleben, Existenzgrundlagen und Gesundheit wesentlich zu mindern.

Guidelines for the domestic facilitation and regulation of international disaster relief and initial recovery assistance (IDRL Guidelines), 2007, verabschiedet von der 30. Internationalen Konferenz vom Roten Kreuz und Roten Halbmond (die auch die Vertragsstaaten der Genfer Abkommen umfasst). www.ifrc.org

Copyright

5. Rahmen der humanitären Strategien, Leitlinien und Grundsätze zu Menschenrechten, Schutz und Gefährdung im Zusammenhang mit der Katastrophenvorsorge und -intervention

Heute steht eine breite Palette an allgemeinen und spezifischen Anleitungen für humanitäre Einsätze in Krisensituation zur Verfügung. Da diese Tools nicht mehr zwischen bewaffneten Konflikten, Flüchtlingssituationen und Katastrophenhilfe unterscheiden, ist die folgende Auswahl thematisch gegliedert: allgemeine Standards, Geschlechtergleichstellung und Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt, Kinder in Krisensituationen sowie Flüchtlinge und Binnenvertriebene (IDPs).

5.1. Sphere-Begleitstandards

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS). Alliance for Child Protection in Humanitarian Action (The Alliance), 2012. https://resourcecentre.savethechildren.net

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE), 2010. http://s3.amazonaws.com/inee-assets/resources/INEE_Minimum_Standards_Handbook_2010_English.pdf

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. https://www.livestock-emergency.net

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. https://seepnetwork.org

Humanitarian Inclusion Standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, HelpAge International, Handicap International, 2018. https://reliefweb.int

5.2. Sonstige Codes, Anleitungen und Handbücher nach Thema

5.2.1 Allgemeine Schutz- und Qualitätsstandards in der humanitären Hilfe

Verhaltenskodex der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung und der Nichtregierungsorganisationen (NRO) in der Katastrophenhilfe ⊕ *siehe Anhang 2.*

Fundamental Principles of the International Red Cross and Red Crescent Movement 1965, verabschiedet von der XX. Internationalen Rotkreuz-Konferenz 1965 in Wien. www.ifrc.org

IASC Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters. Inter-Agency Standing Committee and Brookings – Bern Project on Internal Displacement. 2011. https://www.brookings.edu

Copyright

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings 2007. UN Inter-Agency Standing Committee. www.who.int

IASC Guidelines on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action. https://interagencystandingcommittee.org

IASC Policy on Protection in Humanitarian Action 2016. UN Inter-Agency Standing Committee. https://interagencystandingcommittee.org

Principles and Good Practice of Humanitarian Donorship 2003, gebilligt von der Stockholmer Konferenz der Geberländer, UN-Agenturen, NRO und der Internationalen Rotkreuz und Rothalbmond-Bewegung und unterzeichnet von der Europäischen Kommission und 16 Staaten. www.ghdinitiative.org

Professional Standards for Protection Work. 2018. International Committee of the Red Cross (ICRC). https://shop.icrc.org

International Law and Standards Applicable in Natural Disaster Situations (IDLO Legal Manual) 2009, International Development Law Organization (IDLO). https://www.sheltercluster.org

5.2.2 Geschlechtergleichstellung und Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt

GBV Constant Companion. Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016. https://sheltercluster.org

Gender Handbook in Humanitarian Action 2006, „Women, Girls, Boys & Men, Different Needs – Equal Opportunities, a Gender Handbook for Humanitarian Action". Inter-Agency Standing Committee. http://www.unhcr.org

Gender Preparedness Camp Planning: Settlement Planning, Formal Camps, Informal Settlements Guidance. Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016. https://www.sheltercluster.org

IASC Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian. 2015. New York; UN Inter-Agency Standing Committee and Global Protection Cluster. www.gbvguidelines.org

Integrating Gender-Sensitive Disaster Risk Management into Community-Driven Development Programs. Guidance Notes on Gender and Disaster Risk Management. No. 6. World Bank. 2012. https://openknowledge.worldbank.org

Making Disaster Risk Reduction Gender-Sensitive: Policy and Practical Guidelines. Geneva; UNISDR, UNDP and IUCN. 2009. https://www.unisdr.org

Need to Know Guidance: Working with Men and Boy Survivors of Sexual and Gender-Based Violence in Forced Displacement. UNHCR. 2011. www.globalprotectioncluster.org

Need to Know Guidance: Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Persons in Forced Displacement. UNHCR. 2011. www.globalprotectioncluster.org

Predictable, Preventable: Best Practices for Addressing Interpersonal and Self-Directed Violence During and After Disasters. Geneva; IFRC, Canadian Red Cross. 2012. www.ifrc.org

Copyright

5.2.3 Kinder in Krisensituationen

Field Handbook on Unaccompanied and Separated Children. 2017. Inter-agency Working Group on Unaccompanied and Separated Children; Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. https://reliefweb.int

IASC Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action. 2012. New York; UN Inter-Agency Standing Committee and Global Protection Cluster (Child Protection Working Group). https://cpwg.net

Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. 2004. ICRC, UNHCR, UNICEF, World Vision International, Save the Children UK and the International Rescue Committee. https://www.icrc.org

5.2.4 Flüchtlinge und Binnenvertriebene

Das UNHCR (UN-Hochkommissariat für Flüchtlinge) hat ein besonderes rechtliches Mandat für den Schutz von Flüchtlingen unter der Flüchtlingskonvention und deren Protokoll. Das UNHCR bietet auf seiner Website umfangreiche Ressourcen an.
www.unhcr.org

IASC Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons (March 2010). UN Inter-Agency Standing Committee. 2010. www.unhcr.org

Copyright

Copyright

Anhang 2
Der Verhaltenskodex der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung und der Nichtregierungsorganisationen (NRO) in der Katastrophenhilfe

Von der Internationalen Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften und dem Internationalen Komitee vom Roten Kreuz gemeinsam verfasst[1]

Zielsetzung

Mit dem vorliegenden Verhaltenskodex verfolgen wir das Ziel, unsere Verhaltensstandards festzuschreiben. Dabei geht es nicht um die praktischen Details von Einsätzen, etwa die Frage, wie eine Essensration zu berechnen oder ein Flüchtlingslager einzurichten ist. Unser Anliegen ist vielmehr, die hohen Standards im Hinblick auf Unabhängigkeit, Effektivität und Wirksamkeit beizubehalten, die von den Nichtregierungsorganisationen im Bereich Katastrophenhilfe und der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung angestrebt werden. Es handelt sich um einen freiwilligen Kodex, der durch die Bereitschaft jeder ihn annehmenden Organisation, die im Kodex niedergelegten Standards zu erfüllen, durchgesetzt wird.

Im Falle eines bewaffneten Konflikts wird der vorliegende Verhaltenskodex in Übereinstimmung mit dem humanitären Völkerrecht ausgelegt und angewandt.

An dieser Stelle wird zuerst der Verhaltenskodex vorgestellt. Ihm beigefügt sind drei Anhänge, in denen das Arbeitsumfeld beschrieben wird, das wir uns von den Gastregierungen, Geberländern und zwischenstaatlichen Organisationen im Hinblick auf die Unterstützung einer effektiven Bereitstellung humanitärer Hilfe wünschen.

Definitionen

NRO: Der Begriff NRO (Nichtregierungsorganisationen) bezeichnet hier sowohl nationale als auch internationale Organisationen, die sich unabhängig von der Regierung des Landes, in dem sie gegründet wurden, gebildet haben.

HNRO: Für die Zwecke dieses Dokuments haben wir den Begriff „humanitäre Nichtregierungsorganisationen" (HNRO) geprägt, der die Komponenten der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung – das Internationale Komitee vom Roten Kreuz, die Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften und deren Nationale Gesellschaften – und die NRO im Sinne der vorstehenden Definition umfasst. Dieser Kodex bezieht sich ausdrücklich auf die HNRO, die im Bereich der Katastrophenhilfe tätig sind.

1 *Mit Unterstützung durch: Caritas Internationalis*, Catholic Relief Services*, die Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften*, International Save the Children Alliance*, den Lutherischen Weltbund*, Oxfam*, den Weltkirchenrat*, das Internationale Komitee vom Roten Kreuz (* Mitglieder des Steering Committee for Humanitarian Response).*

Copyright

ZSO: Der Begriff ZSO (zwischenstaatliche Organisationen) bezeichnet Organisationen, die von zwei oder mehr Regierungen gegründet wurden. Er umfasst daher alle Organisationen der Vereinten Nationen und regionale Organisationen.

Katastrophen: Eine Katastrophe ist ein Schadensereignis, das den Verlust von Menschenleben, großes menschliches Leid und Not sowie beträchtliche Sachschäden mit sich bringt.

Der Verhaltenskodex

Verhaltensgrundsätze der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung und der Nichtregierungsorganisationen in der Katastrophenhilfe

1. Der humanitäre Imperativ hat oberste Priorität

Das Recht, humanitäre Hilfe zu empfangen und zu leisten, ist ein fundamentaler humanitärer Grundsatz, der für alle Bürger aller Länder gelten sollte. Als Mitglieder der internationalen Gemeinschaft sind wir uns unserer Verpflichtung bewusst, humanitäre Hilfe überall dort zu leisten, wo sie gebraucht wird. Um dieser Verantwortung nachkommen zu können, ist es von grundlegender Bedeutung, dass wir ungehinderten Zugang zu den betroffenen Bevölkerungsgruppen erhalten. Hauptbeweggrund für die von uns geleistete Katastrophenhilfe ist die Linderung des Leidens der Menschen, die am wenigsten in der Lage sind, mit den durch die Katastrophe verursachten Belastungen fertig zu werden. Die von uns geleistete humanitäre Hilfe ist kein parteiischer oder politischer Akt und sollte nicht als solcher betrachtet werden.

2. Die Hilfe wird ungeachtet der ethnischen, religiösen oder nationalen Zugehörigkeit der Empfänger und ohne jede nachteilige Unterscheidung geleistet. Die Hilfsprioritäten richten sich allein nach der Bedürftigkeit

Wir leisten Katastrophenhilfe nach Möglichkeit immer auf der Grundlage einer gründlichen Beurteilung der Bedürfnisse der Katastrophenopfer und der bereits vorhandenen lokalen Kapazitäten zur Befriedigung dieser Bedürfnisse. Im Rahmen aller unserer Programme stellen wir Überlegungen zur Verhältnismäßigkeit an. Menschliches Leiden muss gelindert werden, wo immer es anzutreffen ist; Leben ist in einem Teil eines Landes ebenso wertvoll wie in einem anderen. Folglich wird dem Ausmaß des Leidens, das wir zu lindern versuchen, in unserer Hilfeleistung Rechnung getragen. Bei der Umsetzung dieses Ansatzes sind wir uns der wesentlichen Rolle bewusst, die Frauen in für Katastrophen anfälligen Gemeinschaften spielen, und wir stellen sicher, dass diese Rolle durch unsere Hilfsprogramme nicht geschwächt, sondern gestärkt wird. Die Umsetzung einer solchen universellen, unparteiischen und unabhängigen Strategie kann nur dann wirkungsvoll sein, wenn wir und unsere Partner Zugang zu den erforderlichen Ressourcen für die Bereitstellung einer gleichberechtigten Hilfe sowie gleichen Zugang zu allen Katastrophenopfern erhalten.

3. Die Hilfe wird nicht zur Unterstützung eines bestimmten politischen oder religiösen Standpunktes eingesetzt

Die humanitäre Hilfe wird nach der Bedürftigkeit der einzelnen Menschen, Familien und Gemeinschaften geleistet. Obwohl die HNRO das Recht haben, bestimmte politische oder religiöse Ansichten zu vertreten, versichern wir, dass die Hilfe unabhängig davon geleistet wird, ob die Empfänger diese Ansichten befürworten. Wir knüpfen die Zusage, Bereitstellung oder Verteilung von Hilfe nicht an die Übernahme oder Unterstützung einer bestimmten politischen oder religiösen Überzeugung.

Copyright

4. Wir sind bestrebt, uns nicht für die außenpolitischen Interessen einer Regierung instrumentalisieren zu lassen

HNRO sind Organisationen, die unabhängig von Regierungen tätig sind. Wir formulieren daher unsere eigenen Leitlinien und Umsetzungsstrategien und versuchen nicht, die Politik einer Regierung umzusetzen, es sei denn, sie stimmt mit unseren eigenen, unabhängigen Leitlinien überein. Wir erlauben weder uns noch unseren Beschäftigten wissentlich – oder durch Fahrlässigkeit –, uns für die Erhebung sensibler politischer, militärischer oder wirtschaftlicher Informationen für Regierungen oder sonstige Stellen, die nicht strikt humanitären Zwecken dienen, benutzen zu lassen, noch lassen wir uns für die außenpolitischen Interessen von Geberländern instrumentalisieren. Wir verwenden die Hilfsmittel, die wir erhalten, um den Bedürftigen zu helfen, und die Leistung der Hilfe sollte sich weder an der Notwendigkeit, überschüssige Güter von Spendern zu entsorgen, noch an den politischen Interessen eines bestimmten Spenders orientieren. Wir schätzen und fördern die freiwillige Bereitstellung von Arbeitskraft und Finanzmitteln durch engagierte Menschen zur Unterstützung unserer Arbeit und sind uns bewusst, dass uns dieses freiwillige Engagement dabei hilft, unabhängig zu handeln. Um unsere Unabhängigkeit zu wahren, sind wir bemüht, die Abhängigkeit von einer einzigen Finanzierungsquelle zu vermeiden.

5. Wir respektieren Kultur und Sitten

Wir sind bestrebt, die Kultur, die Strukturen und die Sitten der Gemeinschaften und der Länder, in denen wir tätig sind, zu respektieren.

6. Wir sind bestrebt, die Katastrophenhilfe nach den lokalen Kapazitäten auszurichten

Alle Menschen und Gemeinschaften zeichnen sich – selbst in einer Katastrophe – durch bestimmte Fähigkeiten aber auch Gefährdungen aus. Wir versuchen, diese Fähigkeiten nach Möglichkeit durch die Beschäftigung lokaler Arbeitskräfte, den Einkauf lokaler Materialien und den Handel mit lokalen Unternehmen zu stärken. Wann immer dies möglich ist, arbeiten wir bei der Planung und Durchführung mit lokalen HNRO zusammen und kooperieren gegebenenfalls mit den kommunalen Behörden. Wir räumen der angemessenen Koordinierung unserer Nothilfemaßnahmen eine hohe Priorität ein. Die Koordinierung erfolgt am besten in den betroffenen Ländern selbst durch die Personen, die am unmittelbarsten an den Hilfseinsätzen beteiligt sind, und sollte Vertreter der relevanten UN-Gremien einbeziehen.

7. Wir finden Wege, um die von den Programmen Begünstigten in das Management der Nothilfe einzubeziehen

Die Katastrophenhilfe sollte den Begünstigten niemals aufgezwungen werden. Wirksame Hilfe und dauerhafte Wiederherstellung sind am besten zu erreichen, wenn die Menschen, für die die Hilfe bestimmt ist, in die Gestaltung, das Management und die Durchführung des Hilfsprogramms eingebunden werden. Wir sind bestrebt, im Rahmen unserer Hilfs- und Wiederaufbauprogramme die volle Beteiligung der Bevölkerung zu erreichen.

8. Die Nothilfe muss darauf abzielen, die künftige Gefährdung und Anfälligkeit der Menschen durch Katastrophen zu verringern und ihre grundlegenden Bedürfnisse zu befriedigen

Alle Hilfsaktionen wirken sich entweder positiv oder negativ auf die langfristigen Entwicklungsperspektiven aus. Da uns dies bewusst ist, versuchen wir, Hilfsprogramme durchzuführen, die die Gefährdung und Anfälligkeit der Begünstigten durch künftige

Copyright

Katastrophen aktiv reduzieren und dazu beitragen, eine nachhaltige Lebensweise zu etablieren. Bei der Gestaltung und dem Management der Hilfsprogramme legen wir ein besonderes Augenmerk auf ökologische Belange. Wir sind außerdem bemüht, die negativen Auswirkungen der humanitären Hilfe möglichst gering zu halten, indem wir versuchen, eine langfristige Abhängigkeit der Begünstigten von externer Hilfe zu vermeiden.

9. Wir legen sowohl jenen, denen unsere Hilfe gilt, als auch jenen, die uns Mittel zur Verfügung stellen, Rechenschaft ab

Häufig fungieren wir als institutionelles Bindeglied in der Partnerschaft zwischen den Menschen, die helfen wollen, und denjenigen, die während einer Katastrophe Hilfe benötigen. Wir fühlen uns daher beiden Gruppen gegenüber rechenschaftspflichtig. In unseren gesamten Beziehungen mit Förderern und Hilfeempfängern sind wir um Offenheit und Transparenz bemüht. Wir erkennen die Notwendigkeit, über unsere Tätigkeit Bericht zu erstatten, sowohl im Hinblick auf den Einsatz finanzieller Mittel als auch die Effektivität der Hilfe. Wir sind uns der Verpflichtung bewusst, eine angemessene Überwachung der Verteilung von Hilfsmitteln sicherzustellen und regelmäßige Beurteilungen der Auswirkungen der Katastrophenhilfe vorzunehmen. Wir sind zudem bestrebt, offen über die Wirksamkeit unserer Arbeit und die Faktoren zu berichten, die diese Wirksamkeit entweder positiv oder negativ beeinflussen. Im Rahmen unserer Programme legen wir hohe Standards an Professionalität und Expertise an, um die Verschwendung wertvoller Ressourcen auf ein Minimalmaß zu begrenzen.

10. In unseren Maßnahmen im Bereich Information, Öffentlichkeitsarbeit und Werbung betrachten wir die Opfer von Katastrophen als Menschen mit Würde, nicht als Objekte ohne Hoffnung

Die Opfer einer Katastrophe sollten als gleichwertige Partner bei den Einsätzen stets mit Respekt behandelt werden. In unserer Öffentlichkeitsarbeit zeichnen wir ein objektives Bild der Katastrophensituationen und heben nicht nur auf die Gefährdungen, Anfälligkeiten und Ängste, sondern auch auf die Fähigkeiten und Ziele der Katastrophenopfer ab. Wir kooperieren mit den Medien, um eine bessere öffentliche Resonanz zu erzielen, lassen jedoch nicht zu, dass externe oder interne Forderungen nach Öffentlichkeit mehr Gewicht erhalten als der Grundsatz, die Nothilfe insgesamt mit dem größtmöglichen Nutzen durchzuführen. Wir vermeiden den Wettbewerb mit anderen Organisationen der Katastrophenhilfe, um Medienberichterstattung in Fällen, in denen diese Berichterstattung den Hilfsleistungen für die Begünstigten oder der Sicherheit unseres Personal oder der Begünstigten schaden könnte.

Das Arbeitsumfeld

Nachdem wir uns einseitig verpflichtet haben, den oben stehenden Kodex nach besten Kräften einzuhalten, stellen wir im Folgenden einige indikative Leitlinien im Hinblick auf das Arbeitsumfeld vor, das wir uns von den Geberländern, den Gastregierungen und den zwischenstaatlichen Organisationen – in erster Linie den Organisationen der Vereinten Nationen – im Hinblick auf die Unterstützung einer effektiven Beteiligung der HNRO an der Katastrophenhilfe wünschen würden.

Diese Leitlinien sollen eine Orientierungshilfe bieten. Sie sind weder rechtsverbindlich noch erwarten wir, dass die Regierungen und ZSO deren Annahme durch Unterzeichnung eines Dokuments bestätigen, obwohl dies ein Ziel für die Zukunft darstellen könnte. Wir legen diese Leitlinien im Geist der Offenheit und Zusammenarbeit dar, um unseren Partnern die ideale Beziehung, die wir mit ihnen anstreben, vor Augen zu führen.

Copyright

Anhang I: Empfehlungen für die Regierungen der von Katastrophen betroffenen Länder

1. Die Regierungen sollten die unabhängige, humanitäre und unparteiische Tätigkeit der HNRO anerkennen und respektieren

HNRO sind unabhängige Organisationen. Die Gastregierungen sollten diese Unabhängigkeit und Unparteilichkeit respektieren.

2. Die Gastregierungen sollten den raschen Zugang von HNRO zu den Opfern von Katastrophen erleichtern

Damit die HNRO in der Lage sind, in voller Übereinstimmung mit ihren humanitären Grundsätzen zu handeln, sollte ihnen im Hinblick auf die Leistung humanitärer Hilfe ein rascher und unparteiischer Zugang zu den Opfern der Katastrophe ermöglicht werden. Im Rahmen ihrer hoheitlichen Verantwortung haben die Gastregierungen die Pflicht, diese Hilfe nicht zu blockieren und die unparteiischen und unpolitischen Maßnahmen der HNRO zu akzeptieren. Die Gastregierungen sollten dem Hilfspersonal eine schnelle Einreise ermöglichen, insbesondere durch den Verzicht auf Transitauflagen, Ein- und Ausreisevisa bzw. Vorkehrungen für die rasche Ausstellung dieser Dokumente. Die Regierungen sollten für die Dauer der Nothilfephase Überfluggenehmigungen und Landerechte für die Flugzeuge einräumen, die internationale Hilfsgüter und Personal befördern.

3. Die Regierungen sollten während einer Katastrophe einen zügigen Strom von Hilfsgütern und Informationen unterstützen

Hilfsgüter und Ausrüstung werden in ein Land gebracht, um menschliches Leiden zu lindern, nicht um kommerziellen Nutzen oder Gewinn zu erzielen. Für diese Güter sollte normalerweise freier und unbeschränkter Transit gewährt werden, und sie sollten keinen Anforderungen in Bezug auf konsularisch legalisierte Ursprungszeugnisse oder Rechnungen, Ein- bzw. Ausfuhrgenehmigungen oder sonstigen Beschränkungen sowie keinen Einfuhrsteuern, Lande- oder Hafengebühren unterliegen.

Die vorübergehende Einfuhr der erforderlichen Hilfsausrüstung, unter anderem von Fahrzeugen, Leichtflugzeugen und Telekommunikationsanlagen, sollte von der empfangenden Gastregierung durch den vorübergehenden Verzicht auf Genehmigungs- oder Registrierungsbeschränkungen vereinfacht werden. Ebenso sollten die Regierungen von einer Beschränkung der Wiederausfuhr von Hilfsausrüstung am Ende eines Hilfseinsatzes absehen.

Zur Erleichterung der Kommunikation in Katastrophensituationen werden die Gastregierungen aufgefordert, bestimmte Funkfrequenzen festzulegen, die die Hilfsorganisationen innerhalb des Landes und international für die Katastrophenkommunikation nutzen können, und die Organisationen der Katastrophenhilfe vor der Katastrophe über diese Frequenzen zu informieren. Sie sollten das Hilfspersonal autorisieren, alle für ihre Hilfseinsätze erforderlichen Kommunikationsmittel zu nutzen.

4. Die Regierungen sollten sich bemühen, im Katastrophenfall einen koordinierten Informations- und Planungsdienst einzurichten

Die umfassende Planung und Koordinierung der Hilfsbemühungen liegt letztlich in der Verantwortung der Gastregierungen. Planung und Koordinierung können

Copyright

erheblich verbessert werden, wenn den HNRO Informationen über den Hilfsbedarf und die staatlichen Systeme für die Planung und Umsetzung der Hilfsaktionen sowie Informationen über möglicherweise zu erwartende Sicherheitsrisiken bereitgestellt werden. Die Regierungen werden aufgefordert, den HNRO diese Informationen zur Verfügung zu stellen.

Um eine effektive Koordinierung und den effizienten Einsatz der Hilfsleistungen zu erleichtern, werden die Gastregierungen dringend gebeten, vor der Katastrophe eine zentrale Anlaufstelle für die eintreffenden HNRO anzugeben, damit diese mit den nationalen Behörden in Verbindung treten können.

5. Katastrophenhilfe im Falle eines bewaffneten Konflikts

Im Falle eines bewaffneten Konflikts unterliegen die Hilfsaktionen den einschlägigen Bestimmungen des humanitären Völkerrechts.

Anhang II: Empfehlungen für Geberländer

1. Geberländer sollten die unabhängige, humanitäre und unparteiische Tätigkeit der HNRO anerkennen und respektieren

Die HNRO sind unabhängige Organisationen, deren Unabhängigkeit und Unparteilichkeit die Geberländer respektieren sollten. Die Geberländer sollten die HNRO nicht zur Unterstützung eines bestimmten politischen oder ideologischen Ziels instrumentalisieren.

2. Geberländer sollten Finanzmittel mit einer Garantie der unabhängigen Verwendung bereitstellen

Die HNRO nehmen finanzielle und materielle Hilfe seitens der Geberländer in dem gleichen Geist entgegen, wie sie diese an die Opfer von Katastrophen weitergeben – im Geist der Menschlichkeit und der Unabhängigkeit ihres Handelns. Die Durchführung von Hilfsaktionen liegt letztlich in der Verantwortung der HNRO und erfolgt entsprechend den Leitlinien dieser HNRO.

3. Geberländer sollten ihre guten Dienste darauf verwenden, die HNRO beim Zugang zu den Katastrophenopfern zu unterstützen

Die Geberländer sollten sich bewusst machen, wie wichtig die Übernahme eines gewissen Maßes an Verantwortung für den sicheren und ungehinderten Zugang des Personals der HNRO zum Ort einer Katastrophe ist. Sie sollten bereit sein, in diesem Zusammenhang bei Bedarf diplomatische Mittel gegenüber den Gastregierungen einzusetzen.

Anhang III: Empfehlungen für zwischenstaatliche Organisationen (ZSO)

1. ZSO sollten die in- und ausländischen HNRO als wichtige Partner anerkennen

HNRO sind bereit, mit den UN- und anderen ZSO zusammenzuarbeiten, um die Durchführung der Katastrophenhilfe zu verbessern. Sie tun dies in einem Geist der Partnerschaft, der die Integrität und Unabhängigkeit aller Partner respektiert. Die zwischenstaatlichen Organisationen müssen die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit der HNRO respektieren. Die UN-Organisationen sollten sich bei der Ausarbeitung von Hilfsplänen mit den HNRO abstimmen.

Copyright

2. ZSO sollten die Gastregierungen bei der Bereitstellung eines umfassenden Koordinierungsrahmens für die internationale und die lokale Katastrophenhilfe unterstützen

HNRO verfügen gewöhnlich nicht über das Mandat, einen umfassenden Koordinierungsrahmen für die Katastrophen bereitzustellen, die eine internationale Hilfe erfordern. Diese Verantwortung liegt bei den Gastregierungen und den entsprechenden Behörden der Vereinten Nationen. Diese werden dringend aufgefordert, diesen Service zeitgerecht und wirksam bereitzustellen, um den betroffenen Staat und die nationalen und internationalen Organisationen der Katastrophenhilfe zu unterstützen. Die HNRO sollten in jedem Falle alle Anstrengungen unternehmen, um eine effektive Koordinierung ihrer eigenen Leistungen zu gewährleisten.

Im Falle eines bewaffneten Konflikts unterliegen die Hilfsaktionen den einschlägigen Bestimmungen des humanitären Völkerrechts.

3. ZSO sollten den Schutz, den sie den UN-Organisationen gewähren, auf HNRO ausweiten

Falls für die ZSO Sicherheitsdienste bereitgestellt werden, sollten diese auf Verlangen auf die HNRO-Partner im Einsatz ausgeweitet werden.

4. ZSO sollten den HNRO den gleichen Zugang zu relevanten Informationen einräumen, den die UN-Organisationen erhalten

Die ZSO werden aufgefordert, alle Informationen betreffend die Durchführung effektiver Katastrophenhilfsmaßnahmen an ihre HNRO-Partner im Einsatz weiterzugeben.

Copyright

Copyright

Anhang 3
Abkürzungen und Akronyme

ART	anti-retroviral therapy	anti-retrovirale Therapie
BMI	body mass index	Body-Mass-Index
CBA	cash-based assistance	Bargeldhilfe
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	Zentren für Seuchenkontrolle und -prävention (eine US-Bundesbehörde)
CHS	Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability	Core Humanitarian Standard zu Qualität und Rechenschaftspflicht
CHW	community health worker	Gemeinde-Gesundheitspfleger
cm	centimetre	Zentimeter
CMR	crude mortality rate	rohe Mortalitätsrate
CPMS	Child Protection Minimum Standards	Kinderschutz-Mindeststandards
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities	UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen/ Behindertenrechtskonvention
DPT	diphtheria, pertussis and tetanus	Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus
EPI	Expanded Programme on Immunization	Erweitertes Impfprogramm der WHO
EWAR	Early warning alert and response	Frühwarnsysteme
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance	Technische Hilfe im Bereich Lebensmittel und Ernährung
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations	Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen
FRC	free residual chlorine	freies Restchlor
GBV	gender-based violence	geschlechtsspezifische Gewalt
HMIS	health management information system	Gesundheitsmanagement-Informationssystem
HWTSS	household-level water treatment and safe storage	Wasseraufbereitung und sichere Wasserlagerung im Haushalt
IASC	Inter-agency standing committee	Ständiger interinstitutioneller Ausschuss
iCCM	Integrated Community Case Management	integriertes Fallmanagement auf Gemeindeebene
ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights	Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte
ICRC	International Committee of the Red Cross	Internationales Komitee vom Roten Kreuz
IDP	internally displaced person	Binnenvertriebende
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies	Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmond-Gesellschaften
IHL	international humanitarian law	humanitäres Völkerrecht
IMCI	integrated management of childhood illness	Integriertes Management von Kinderkrankheiten
INEE	Inter-Agency Network for Education in Emergencies	Interinstitutionelles Netzwerk für Bildung in Notfallsituationen

Copyright

IPC	infection prevention and control	Infektionsprävention und -kontrolle
IYCF-E	infant and young child feeding in emergencies	Säuglings- und Kleinkindernährung in Notfallsituationen
km	kilometre	Kilometer
LEGS	Livestock Emergency Guidelines and Standards	Leitlinien und Standards zu Nutztieren in Notsituationen
LGBTQI	Lesbian, gay, bisexual, trans, queer, intersex	Lesbisch, Schwul, Bisexuell, Transgender, Queer, Intersexuell
LLIN	long-lasting insecticide-treated net	langwirksame insektizidimprägnierte Moskitonetze
MAM	moderate acute malnutrition	moderate akute Mangelernährung
MEAL	monitoring, evaluation, accountability and learning	Monitoring, Evaluierung, Rechenschaftspflicht und Lernen
MERS	Minimum Economic Recovery Standards	Mindeststandards der wirtschaftlichen Erholung
MISMA	Minimum Standard for Market Analysis	Mindeststandard für die Marktanalyse
MOH	ministry of health	Gesundheitsministerium
MSF	Médecins sans Frontières	Ärzte ohne Grenzen
MUAC	mid upper arm circumference	mittlerer Oberarmumfang
NCDs	non-communicable diseases	nicht übertragbare Krankheiten
NGO	non-governmental organisation	Nichtregierungsorganisation
NTU	nephelometric turbidity units	nephelometrischer Trübungswert
OAU	Organization of African Unity (now African Union)	Organisation der Afrikanischen Einheit (jetzt Afrikanische Union)
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs	Büro der Vereinten Nationen für die Koordinierung humanitärer Angelegenheiten
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights	UN-Hochkommissariat für Menschenrechte
PEP	post-exposure prophylaxis	Postexpositionsprophylaxe
PPE	personal protective equipment	persönliche Schutzausrüstung
RNI	reference nutrient intakes	Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr
SEEP	Small Enterprise Education and Promotion (Network)	Netzwerk für Schulung und Förderung kleiner Unternehmen
STIs	sexually transmitted infections	sexuell übertragbare Infektionen
TB	tuberculosis	Tuberkulose
U5CMR	under-5 crude mortality rate	Mortalitätsrate von Kindern unter fünf Jahren
UN	United Nations	Vereinte Nationen
UNFPA	United Nations Population Fund	Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UN Refugee Agency)	UN-Hochkommissariat für Flüchtlinge
UNICEF	United Nations Children's Fund	UN-Kinderhilfswerk
WASH	water supply, sanitation and hygiene promotion	Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung
WFH	weight for height	Körpergewicht zu Körpergröße
WFP	World Food Programme	Welternährungsprogramm
WHO	World Health Organization	Weltgesundheitsorganisation

Copyright

I Index

Copyright

Copyright

Index

A

Abfall. *siehe auch* Fäkalienentsorgung; *siehe auch* Feststoffabfallmanagement; *siehe auch* Marktabfälle
  Umnutzung, Recycling 272
  Schlachthof 130
  Wiederverwendung 272
Abfallentsorger 127
Abkürzungen 393
Absicherung
  Arbeit 218
  Verteilungen 207
Absicherungsmaßnahmen, Existenzgrundlagen 217
AIDS. *siehe* HIV/AIDS
Akronyme 393
Akzeptanz
  Gesundheitsmitarbeitende 304
  Nahrungsmittelsicherheit 196
Ältere Personen
  Mangelernährung 227
  Nahrungsmittelhilfe 200
  Schutz 13
  Weiterführende Literatur 47
Analyse
  der Hilfe 20
  Marktanalyse 20, 26
Anästhesie 338
anhaltende Krisen 17
Anreicherung, Nahrungsmittel 182
anthropometrische Untersuchungen 170
antiretrovirale Therapien 335
ART-Interventionen 335
ARV-Interventionen 335
Atemwegsinfektionen 318
Audit 84
Aufnahmekriterien
  Ernährungsprogramme 225, 226
  Management von Mangelernährung 175, 179
Aufnahmeregierungen 71, 389
aufnehmende Gemeinden 248
Aufschlüsselung, von Daten 12, 56, 310
Ausbeutung 61. *siehe auch* sexuelle Ausbeutung und Missbrauch
Ausbruch von Krankheiten
  Erkennung 315
  Grenzwerte 316
  Kontrolle 319
  Maßnahmen 131
  Untersuchungen 316
  Warnungen 353
  WASH 154
Ausstiegsstrategien
  allgemein 60, 61
  Nahrungsmittelsicherheit 195
Auswahl, unentbehrliche Arzneimittel 305

B

Bademöglichkeiten 109
Baumaterialien 264
Bau, Notunterkünfte 262
Bauvorschriften 264
Begleitstandards 7
Begünstigte, Beteiligung 387
Behandlung
  Malaria 124
  Mangelernährung 174
  Mikronährstoffmängel 184
  Wasser 153
  Neugeborene 326, 328
  Verletzungen durch spitze/scharfe Gegenstände 301
  Verletzungen und Traumata 335
Behandlungsbedarf, komplex 345
Behandlungsprotokoll 318
Belüftung 257
Beschaffung, unentbehrliche Arzneimittel 306
Beschwerdeführer 69
Beschwerden 67, 90
Besitz
  Definition 267
  Sicherheit 266
Betreuungspersonen, Nahrungsmittelhilfe 201
Betrug 83
Beurteilungen
  nicht übertragbare Krankheiten 344
  Notunterkunfts- und Siedlungsplanung 247
  psychische Erkrankungen 342
bewaffnete Konflikte
  gesetzliche Bestimmung 30
  Leitlinien 380
  Nothilfe 390
  Verträge und Gewohnheitsrechte 379
Bewältigungsstrategien 168
Bewertungen
  Quellen/weiterführende Literatur 86
Binnenvertriebene
  Leitlinien 382
  Verträge über 381
Blutprodukte 307
Bluttransfusionen 334
Brandschutz 252
Brennstoff 260

C

CFR. *siehe* Letalitätsraten
Checklisten
  Beurteilung der Saatgutsicherheit 221
  Ernährungsbeurteilung 223
  Existenzgrundlagen 219
  Feststoffabfallmanagement 143

Copyright

Hygieneaufklärung 139
Nahrungsmittelsicherheit 219
Vektorkontrolle 142
WASH, allgemein 139
Wasserversorgung 140
chirurgische Versorgung 338
Chlorlösungen 135
Cholera 321
CHS. *siehe* Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability (CHS)
CMR (Crude Mortality Rate, rohe Mortalitätsrate) 292, 326, 356
Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability (CHS)
allgemein 5, 52
Angemessenheit und Zweckmäßigkeit 54
Beschwerdemechanismen 67
Effektivität und Rechtzeitigkeit 56
Kommunikation, Partizipation und Feedback 63
Koordination und Komplementarität 70
Lern- und Innovationspolitik 74
lokale Kapazitäten und negative Auswirkungen 59
Mitarbeitende 76
Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung 163
Struktur 52
Verknüpfungen zum Recht auf eine rasche und angemessene Gesundheitsversorgung 294
Verknüpfungen zu Recht auf angemessene Unterkunft 244
Verknüpfungen zu Recht auf Wasser und Sanitäreinrichtungen 95

D

Daten. *siehe* Information(en)
Daten vor der Krise, Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit 167
Desinfektion, Wasser 111
Diagnostizieren
Infektionskrankheiten 317
Mikronährstoffmängel 183
Diphtherie 321
Dokumentation 44
Drainage
Abwasser 109
Regen und Flutwasser 252
durch die Aedes-Mücke übertragene Krankheiten 314
Durchfallerkrankungen 144, 318, 327
Durchführung
Geldtransfers 22
Lieferkettenmanagement 24

E

Early Warning Alert and Response (EWAR) 310, 315, 353
Einbeziehung der Gemeinde
Gesundheitsversorgung 300
Hilfe bei Epidemien 131
Mangelernährung 175
Schutzmechanismen 40, 42
sexuelle Gewalt 332
Umweltmanagement 218
Vektorkontrolle 125
WASH 92
Einrichtungen. *siehe auch* Toiletten
Inkontinenz 103
kommunal 251, 276
waschen/baden 109
Einwilligung nach Aufklärung 65
Empfängerregierungen. *siehe* Aufnahmeregierungen
Energie
Nahrungsmittelproduktion 213
Verbrauch 272
Versorgung 260
Entlassungskriterien, Management von Mangelernährung 179
Entschlammung 119
Entsorgung
Abfall 126
Exkremente 119, 141
Medikamente 306
EPI (Expanded Programme on Immunization) 322, 324
Ergänzung, Mikronährstoffe 182
Ernährung. *siehe auch* Mangelernährung; *siehe auch* Unterernährung
Bedarf 198, 231
Beurteilung 165, 169, 223
grundlegende Konzepte 160
Qualität 199
WASH 155
Ernährungsbeurteilungen 171
Erosion 272
Erste Hilfe 337, 342
Erwachsene. *siehe auch* Menschen
Mangelernährung 226
erweitertes Impfprogramm (Expanded Programme on Immunization, EPI) 322, 324
Evaluierung
Mindeststandards 10
Quellen/weiterführende Literatur 87, 2
EWAR (Early Warning Alert and Response) 310, 315, 353
Existenzgrundlagen
allgemein 211
Checkliste 219
Einkommen und Beschäftigung 215
Primärproduktion 212
Siedlungen 253, 276

F

Fäkalienentsorgung
allgemein 113, 136
Checkliste 141
Infektionen 148
Quellen/weiterführende Literatur 153
Sammlung, Abfuhr, Entsorgung und Behandlung 119
zeitlicher Ablauf 114
Zugang zu und Nutzung von Toiletten 115
fäkal-orale Übertragung, Krankheiten 144
familiäre Pflichten 218

Copyright

Familienplanung 330
F-Diagramm 144
Feedback
humanitäre Hilfe 63
Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene 66
Feldkrankenhäuser 338
Feststoffabfallmanagement
Checkliste 143
Gemeindeebene 129
Maßnahmen auf Haushalts- und persönlicher Ebene 128
Quellen/weiterführende Literatur 154
Übersicht 126
finanzielle Hilfe, Nahrungsmittelproduktion 213
Flüchtende
Feststoffabfallerzeugung 127
WASH 99
Flüchtlinge
Leitlinien A3
Verträge 381
Folter 377
Frauen, schwangere und stillende 189
Freiwillige 78

G

Geberländer 390
Geburtshilfe 328
gefährdete Gruppen
Hygieneaufklärung 101
Nahrungsmittelhilfe 200
Nahrungsmittelsicherheit 167, 195
Gefahren für die öffentliche Gesundheit, WASH 92
Gelbfieber 321
Geldtransfers
allgemein 9
Checkliste 22
Quellen/weiterführende Literatur 26, 86
WASH 156
Gemeinde-Gesundheitspflegende 304, 318. *siehe auch* Gesundheitsmitarbeitende
Gemeinden
Erste Hilfe 337
Feststoffabfallmanagement 129
Spannungen 214
Gemeindeunterstützung
psychische Gesundheit 342
WASH 98
gemeinsames Lernen 76
gemeinsame Verteilungen 101
gemeinsam genutzte Arbeitsmittel 265
Gemeinschaften
Beschwerdemechanismen 67
Resilienz 61
Gemeinschaftseinrichtungen 251, 276
Gemeinschaftssiedlungen
allgemein 18
Feststoffabfallmanagement 128
Vektorkontrolle 122
Gemeinschaftstoiletten 118
Gender 14, 87
Genozid, Verträge 377
geschlechtsspezifische Gewalt
allgemein 14
Leitlinien 3.F.2, A.2
Quellen/weiterführende Literatur 47, 87
Geschmack, Wasser 111
Gesundheitsindikatoren 356
Gesundheitsinformationssysteme 309
Gesundheitsmanagement-Informationssystem (Health Management Information System, HMIS) 309, 354
Gesundheitsmitarbeitende 302, 310. *siehe auch* Gemeinde-Gesundheitspflegende
Gesundheitssysteme. *siehe auch* Gesundheitsversorgung
allgemein 297
Behandlung nicht übertragbarer Krankheiten 345
Erbringung von Gesundheitsleistungen 298
Finanzierung 307
Gesundheitsmitarbeitende 302
Nahrungsmittelhilfe 200
öffentliche Gesundheitsdaten 308
unentbehrliche Arzneimittel und Medizinprodukte 305
Unterstützung und Entwicklung 293
Gesundheitsüberwachungssysteme 309
Gesundheitsversorgung. *siehe auch* Gesundheitssysteme
Abfall 136
Akzeptanz 300
Behandlung von Verletzungen und Traumata 335
besondere Überlegungen zum Schutz 295
Checkliste 349
Erbringung 298
Finanzierung 307
grundlegend 311
grundlegende Konzepte 292
Kinder 322
mit anderen Rechten verknüpft 293
nicht übertragbare Krankheiten 343
Palliativmedizin 346
psychische Gesundheit 339
sexuelle und Reproduktionsgesundheit 327
WASH 131
getrennte Kinder 327
grundlegende Leistungen 251, 276
Grundsätze zum Schutz
allgemein 5, 36
Anwendung 37
Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung 163
Verknüpfungen zu Recht auf eine rasche und angemessene Gesundheitsversorgung 294
Verknüpfungen zu Recht auf Wasser und Sanitäreinrichtungen 95
Verknüpfungen zu Rechten auf angemessene Unterkunft 244

H

Händewaschen 99, 118
Haushaltsgegenstände 258
Checkliste 276
künstliche Beleuchtung 260
Verteilung 260
Haushaltspflichten 218

Copyright

Haushaltstoiletten 118
Hepatitis 321
HIV/AIDS
  Kinder 327
  Management von Mangelernährung 180
  Nahrungsmittelhilfe 200
  Risiken für den Schutz 15
  Säuglingsernährung 191
  sexuelle und Reproduktionsgesundheit 333
HMIS (Health Management Information System, Gesundheitsmanagement-Informationssystem) 309, 354
HNRO. *siehe* humanitäre Nichtregierungsorganisationen (HNRO)
Hochrisikogruppen, Vektorkontrolle 125
HR-Systeme 56
Humanitäre Charta
  allgemein 5, 374
  allgemeine Grundsätze 29
  Überblick 28
  Verpflichtung 31
humanitäre Helfende. *siehe* Gemeinde-Gesundheitspflegende; *siehe* Gesundheitsmitarbeitende
humanitäre Hilfe
  Angemessenheit 54, 85
  auf die Menschen ausgerichtet 87
  Beschwerden 67
  Effektivität 56, 86
  Feedback 63
  Geldtransfers 22
  Kommunikation 63
  Komplementarität 70
  Koordination 70
  Leitlinien 384
  lokale Kapazitäten 59, 387
  negative Auswirkungen 59
  operatives Umfeld 16
  Partizipation 63, 65
  Politik 386
  Recht auf Erhalt 30, 386
  Rechtzeitigkeit 56, 86
  regierungsunabhängig 387
  Religion 386
  Sicherheit 39
  Streitkräfte 18, 72
  Unparteilichkeit 40, 55, 56, 386
  Verträge 383
  Zugang 40
  Zweckmäßigkeit 54
humanitäre Nichtregierungsorganisationen (HNRO)
  allgemein 389, 390
  Definition 385
humanitäre Organisationen
  Beschwerdemechanismen 68, 70
  Einschränkungen 58
  Entscheidungsfindung 59
  Innovationspolitik 74
  Lernen 74, 92
  Maßnahmen zur Vermeidung negativer Auswirkungen 62
  Monitoring 59, 85
  Wissensmanagement 76
humanitäres Völkerrecht
  Leitlinien 380
  Verträge 379
Hygiene. *siehe auch* Hygieneaufklärung
  Artikel 99
  Menstruation 102, 118, 152
  Nahrung 209
Hygieneaufklärung
  Checkliste 139
  Hygieneartikel 99
  Inkontinenz 102
  Menstruationshygiene 102
  Quellen/weiterführende Literatur 152
  Übersicht 96

I

ICCM (Integrated Community Case Management) 326
IMCI (Integrated Management of Childhood Illness) 326
IYCF-E-Beurteilung 189
Impfungen
  Kampagnen 313, 321
  Kinder 322, 324
  Säuglinge und Kleinkinder 322, 324
Infektionen. *siehe auch* Tuberkulose (TB)
  Prävention und Kontrolle (Infection Prevention and Control, IPC) 135, 155, 301
  respiratorisch 318
Infektionskrankheiten
  allgemein 311
  Diagnose und Fallmanagement 317
  Prävention 312
  Überwachung und Erkennung von Krankheitsausbrüchen sowie frühzeitige Reaktion 314
  Vorbereitung und Reaktion auf Krankheitsausbrüche 319
in Flaschen abgefülltes Wasser 109
Information(en). *siehe auch* Kommunikation
  Aufschlüsselung 12, 56, 310
  Ernährungsbeurteilung 170
  öffentliche Gesundheit 308
  persönlich 61, 62
  Sensibilität 40, 43
  Strom 389
  Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene 64
  Verteilungen 208
  Vertraulichkeit 66, 310
  Zugänglichkeit 43
Informationssysteme
  Ernährung und Nahrungsmittelsicherheit 167
  Gesundheit 309
  Gesundheitsmanagement 309, 354
Informations- und Planungsdienst im Katastrophenfall 389
Inkontinenz 102, 153
Integrated Community Case Management (ICCM) 326
Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) 326
Interessengruppen. *siehe* Aufnahmeregierungen; *siehe* humanitäre Organisationen

Copyright

Internationaler Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten 187
IPC – Infection Prevention and Control (Infektionsprävention und -kontrolle) 135, 155, 301

J

Jugendliche, Bautätigkeiten 263
juristische Unterstützung 44

K

Katastrophen
  Definition 386
  Leitlinien 384
  Verträge 383
Kaufkraft 217
Keuchhusten 321
Kinder. *siehe auch* Gesundheitsversorgung; *siehe auch* Säuglinge und Kleinkinder
  Ernährung 185
  Ernährung, künstliche 187, 190
  Fäkalien 115
  Füttern 327
  geschlechtsspezifische Gewalt 192
  Gesundheitsversorgung 322
  getrennt 327
  Impfungen 322, 324
  Krankheiten 325
  Mangelernährung 225
  Quellen/weiterführende Literatur 86
  Schutz 12, 327
  sexuelle Gewalt 332
  WASH 98
Kinderlähmung 321, 324
Kleinkinder. *siehe* Säuglinge und Kleinkinder
Klima, Wohnräume 256
Kommunikation. *siehe auch* Information(en)
  allgemein 63, 65
  Ernährungspraktiken 186
  ethisch 65, 66
  Vektorkontrolle 125
  Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene 64
  WASH 98
Komplementarität 70
Kontaminierung, Wasser 111
kontrollierte Medikamente 306
Konzept „keinen Schaden anrichten" 268
Koordination
  gemeinsame Verteilungen 101
  humanitäre Hilfe 70
  Partnerorganisationen 73
  Quellen/weiterführende Literatur 86
  sektorübergreifend 73
  zivil-militärisch 18, 72
Korruption 81, 83
Kosten der Ernährung 168
Krankheiten. *siehe auch* HIV/AIDS; *siehe auch* Ausbruch von Krankheiten; *siehe auch* Infektionen
  Cholera 321
  Diphtherie 321
  durch die Aedes-Mücke übertragen 314
  Durchfallerkrankungen 144, 318, 327
  fäkal-orale Übertragung 144
  Gelbfieber 321
  Hepatitis 321
  Keuchhusten 321
  Kinderlähmung 321, 324
  Lungenentzündung 327
  Masern 324
  Meningitis 321
  nicht übertragbar 343
  Tuberkulose 319
  übertragbar 311
  virales hämorrhagisches Fieber 321
  wasser- und sanitärassoziiert 147
krimineller Missbrauch von Rechten 377
Kultur/Bräuche 256, 387
kulturelles Eigentum 379
künstliche Beleuchtung 260
künstliche Nahrung, Säuglinge und Kleinkinder 187, 190, 203

L

Laboruntersuchungen 318
Lager. *siehe* Gemeinschaftssiedlungen
Lagerung
  Nahrung 210, 215
  unentbehrliche Arzneimittel 306
  Wasser 100, 108, 112
ländliche Gebiete 273
Landminen 47, 379
Leistungsindikatoren, Management von Mangelernährung 179
Leitlinien 7
Lernen
  humanitäre Organisationen 74, 92
  Zusammenarbeit 76
Letalitätsraten (Case Fatality Rates, CFR) 320, 322, 357
LGBTQI-Personen 15
Lieferkettenmanagement 23, 26
Lieferung. *siehe auch* Verteilung
  Nahrung 204, 208
Logistik 26
lokale Akteure, Unterstützung 16
lokale Führungspersonen 60, 61
lokale Kapazitäten 59, 387
Luftverschmutzung 327
Lungenentzündung 327

M

Malaria
  Behandlung 124
  Prävention 125, 314
Management. *siehe* Lieferkettenmanagement; *siehe* Wissensmanagement; *siehe* Fäkalienentsorgung; *siehe* Feststoffabfallmanagement; *siehe* Umgang mit Leichen; *siehe* Mangelernährung: Management; *siehe* Wundmanagement

Copyright

Mangelernährung. *siehe auch* Ernährung; *siehe auch* Unterernährung
allgemein 172
Management 172, 173, 177
Messung 225
Marktabfälle 130
Marktanalyse
Analyse der Hilfe 20
Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit 168
Quellen/weiterführende Literatur 26
marktbasierte Programme
allgemein 9, 20
Haushaltsgegenstände 260
Hygieneartikel 101
Quellen/weiterführende Literatur 26
Wasser 108
Masern 324
MEAL (Monitoring, Evaluation, Accountability and Learning; Überwachung, Evaluierung, Rechenschaftspflicht und Lernen) 10
Medikamente
grundlegend 305, 345
psychotrop 342
Verfügbarkeit 348
Medikamente, kontrollierte 306
Medizinprodukte 305, 306, 345
Mengen
Toiletten 146
Wasser 107, 135, 145
Meningitis 321
Menschen. *siehe auch* ältere Personen; *siehe auch* Kinder; *siehe auch* Menschen mit Behinderung(en); *siehe auch* Flüchtende; *siehe auch* Säuglinge und Kleinkinder
Definition 10
Rechte von, mit psychischen Erkrankungen 343
Menschen mit Behinderung(en)
Messung von Mangelernährung 227
Nahrungsmittelhilfe 200
Quellen/weiterführende Literatur 47, 86
Schutz 14
Menschenrechte
Leitlinien 378
Verträge und Gewohnheitsrechte 375
menschliche Exkremente. *siehe auch* Fäkalienentsorgung
Definition 113
Menstruationshygiene 102, 118, 152
Mikronährstoffe
Mangel 182, 191, 228
Mindeststandards 6
allgemein 31
Beurteilung und Analyse 9
Durchführung 10
MEAL 10
Programmdesign 9
Recht auf angemessene Nahrung 160
Recht, frei von Hunger zu sein 160
Strategieentwicklung 9
Verwendung im Kontext 8
Minenräumung 47
Missbrauch 61. *siehe auch* geschlechtsspezifische Gewalt; *siehe auch* Schutz; *siehe auch* sexuelle Ausbeutung und Missbrauch
Mitarbeitende
Ausbeutung und Missbrauch durch 61
Freiwillige 78
Interessenkonflikte 83
Kompetenzen 77, 79
Kompetenzentwicklung 79, 80
Richtlinien 77, 78, 79
sexuelle Ausbeutung und Missbrauch durch 62
Unterstützung für 76
Verhalten und Verhaltenskodex 70
Wohlbefinden 78, 80
Mitarbeitende einer Hilfsorganisation. *siehe* Mitarbeitende
Mittäterschaft, Verletzung von Rechten 39
Monitoring
allgemein 59
Geldtransfers 23
Lieferkettenmanagement 25
Management von Mangelernährung 176
Mindeststandards 10
Nahrungsmittellieferung 208
Nahrungsmittelproduktion 215
Nahrungsmittelverteilungen 208
Nahrungsmittelverwendung 200, 210
Quellen/weiterführende Literatur 87
Übergriffe 42
Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene 85
Zugang zu Nahrungsmitteln 199
Morbiditätsraten 350
Mortalitätsrate (CMR) 292, 326, 356
Mortalitätsraten 350. *siehe auch* EWAR (Early Warning Alert and Response); *siehe auch* Mortalitätsrate (CMR)
Mütterbetreuung 328
Muttermilchersatzprodukte 190

N

Nahrung
Hygiene 209
Lagerung 210, 215
Lieferungen 204, 208
Optionen 203
Qualität 201
Rationen 199, 206, 207
Verpackung 203
Verteilungen 204, 208
Verwendung 200, 209, 210
Zubereitung/Verarbeitung 204, 210
Zugang 199
Nahrungsergänzungsprogramme 177
Nahrungsmittelhilfe
allgemein 197
Bargeld und Gutscheine 210
Nahrungsbedarf 198
Zielgruppenbestimmung 205
Nahrungsmittelproduktion
Energie 213
finanzielle Hilfe 213
Lieferketten 214

Copyright

Monitoring 215
Preisschwankungen 213
Saisonalität 213
Strategien 212
Nahrungsmittelsicherheit
Akzeptanz 196
allgemein 193
Beurteilungen 165, 166
Checkliste 219
grundlegende Konzepte 160
mit anderen Rechten verknüpft 162
Nahrungsmittelverwendung in den Haushalten 210
nationale Akteure, Unterstützung 16
natürliche Ressourcen 272, 273
negative Auswirkungen
humanitäre Hilfe 59
Missbrauch 61
Nichtregierungsorganisationen (NRO) 385
nicht übertragbare Krankheiten 343
nicht vertriebene Haushalte 247
Notunterkünfte. *siehe* Siedlungen/Notunterkünfte
NRO (Nichtregierungsorganisationen) 385

O

Organisationen. *siehe* humanitäre Organisationen

P

Palliativmedizin 346
Partizipation
Bau von Notunterkünften 263
humanitäre Hilfe 63, 65
Partnerorganisationen 73
Patienten
Rechte 301
Rehabilitation 338
soziale Reintegration 338
unerwünschte Ereignisse 302
persönliche Schutzausrüstung (PSA) 137, 302
Planung
Feststoffabfallmanagement 129
Notunterkünfte und Siedlungen 246
Standort und Siedlung 249
Politik 386
Prävention. *siehe auch* Impfungen
HIV 335
Infektionen 135, 155, 301
Infektionskrankheiten 312
Malaria 125, 314
Mangelernährung 174
Mikronährstoffmangel 183
Risikobeurteilungen 313
Privatsektor
humanitäre Hilfe 72
Schutz der Existenzgrundlagen 218
Privatsphäre 256
professionelle Standards für Schutzmaßnahmen 45
Prognose, unentbehrliche Arzneimittel 306
Programmdesign. *siehe auch* marktbasierte Programme
Geldtransfers 22
Lieferkettenmanagement 24
Management von Mangelernährung 174, 178
Mindeststandards 9
PSA (persönliche Schutzausrüstung) 137, 302
psychische Gesundheit
psychosoziale Unterstützung 15, 180
Übersicht 339
psychologische Interventionen 342
psychosoziale Unterstützung 15, 180
psychotrope Medikamente 342

Q

Qualität
Ernährung 199
Gesundheitsmitarbeitende 304
Nahrung 201
Wasser 109, 135

R

Rationen 199, 206, 207
Rechenschaftspflicht
allgemein 388
Mindeststandards 10
Quellen/weiterführende Literatur 85
Recht auf angemessene Nahrung 160, 163
Recht auf angemessene Unterkunft
allgemein 240
Verknüpfungen zu anderen Rechten 242
Verknüpfungen zum Core Humanitarian Standard 244
Verknüpfungen zum Grundsatz zum Schutz 244
Verknüpfungen zum Völkerrecht 244
Recht auf den Erhalt humanitärer Hilfe 30, 40, 386
Recht auf die Suche nach Asyl oder Zuflucht 31
Recht auf eine rasche und angemessene Gesundheitsversorgung
Verknüpfungen zu Grundsätzen zum Schutz 294
Verknüpfungen zum Core Humanitarian Standard 294
Verknüpfungen zum Völkerrecht 294
Recht auf Leben in Würde 29
Recht auf Schutz und Sicherheit 30
Recht auf Wasser und Sanitäreinrichtungen 92
mit anderen Rechten verknüpft 94
Quellen/weiterführende Literatur 151
Verknüpfungen zu Grundsätzen zum Schutz 95
Verknüpfungen zum Core Humanitarian Standard 95
Völkerrecht 94
Rechte
Geltendmachung 43
Mittäterschaft bei Verstößen 39
Patienten 301
Wahrung 38
Recht, frei von Hunger zu sein 160
rechtliche Grundlagen, Sphere 374
rechtliches Rahmenwerk, sexuelle Gewalt 332
Rechtssysteme 44
Rechtzeitigkeit 56
Recycling, Abfall 128, 272
Regierungen. *siehe* Aufnahmeregierungen; *siehe* Geberländer

Copyright

Registrierungsverfahren, Nahrungsmittelhilfe 206
Rehabilitation, Patienten 338
Religion
humanitäre Hilfe 386
Palliativmedizin 348
Reproduktionsgesundheit. *siehe* sexuelle und Reproduktionsgesundheit
Ressourcen. *siehe auch* natürliche Ressourcen
Exkremente als 120
Management 80
Risiken
Sicherheit 214
Unterernährung 223
Vektorkontrolle 122
WASH 97
Risikobeurteilung, Prävention von Erkrankungen 313
Rückgang der Kriminalität 253
Rückkehr, vertriebene Personen 248

S

Saatgut 214, 221
Sachspenden 83
Säuglinge und Kleinkinder. *siehe auch* Säuglingsernährung
Fäkalien 115
Impfungen 322, 324
Krankheiten 325
Säuglingsernährung
ergänzend 190
HIV 191
künstlich 187
Messung von Mangelernährung 225
sektorübergreifende Unterstützung 187
Stillen 180
Überblick 185
Säuglingsnahrung 190
Schaden. *siehe auch* Konzept „keinen Schaden anrichten"
Vermeidung einer Exponierung 38
Schlachthofabfälle 130
Schlüsselaktivitäten 6
Schlüsselindikatoren 7
Schmerzkontrolle 339
schnelle Hilfe, Ernährungsbeurteilung 170
schrittweise Sicherung von Besitzverhältnissen 268
Schulen, WASH 104
Schutz
Aktivitäten 37
ältere Personen 13
HIV/AIDS-Patienten 15
Kinder 12, 3, 327
LGBTIQI-Personen 15
Mechanismen 40, 42
Menschen mit Behinderungen 14
personenbezogener Daten 61, 62
Quellen/weiterführende Literatur 47, 88
Rechte 30
WASH 152
Wohnräume 256
sexuelle Ausbeutung und Missbrauch
Beschwerdemechanismen 68, 70
durch Mitarbeitende 62
sexuelle Gewalt 330
sexuelle und Reproduktionsgesundheit
allgemein 327
HIV 333
sexuelle Gewalt 330
Sicherheit. *siehe auch* Wahrung; *siehe auch* Schutz
Behandlung von Traumata 337
Brand 252
Gesundheitseinrichtungen 301
Gesundheitsmitarbeitende 310
Haushaltsgegenstände 260
humanitäre Hilfe 39
Impfstoffe 324
öffentliche Gebäude 265
Siedlungen 240, 253
Toiletten 117
Verteilungen 101
Wasserkette 110
Wohnräume 256
Sicherheit, Recht 30
Sichtung 338
Siedlungen/Notunterkünfte
Außerbetriebnahme und Übergabe 253
Besitz 266
Betrieb und Instandhaltung 253
Brandschutz 252
Checkliste 274
Energieversorgung 260
Existenzgrundlagen 248, 253, 276
Grundflächen 251
grundlegende Leistungen und Einrichtungen 251
Haushaltsgegenstände 258
Hilfsoptionen 282
Planung 246, 249
Rückgang der Kriminalität 253
Schlüsselkonzepte 240
Sicherheit 240, 253
städtische Bereiche 241
Standortauswahl 122, 272
Standortplanung 251
technische Hilfe 262
Umsetzungsoptionen 247, 285
Umwelt 270
Wärmeversorgung 260
Wohnraum 254
Zugang 252
Siedlungsszenarien
Beschreibungen 278
Merkmale 280
nach der Krise 242
soziale Reintegration, Patienten 338
Sphere 4, 374
Sphere-Handbuch
allgemein 4
Grundlagen- und technische Kapitel 5
städtische Bereiche
Feststoffabfallmanagement 127
Gesundheitsmaßnahmen 293

Copyright

natürliche Ressourcen 273
Siedlung und Notunterkünfte 241
WASH 93
städtische Gebiete
Herausforderungen 17, 162
Standards. *siehe auch* Mindeststandards
Struktur 6
Verweise auf weitere Standards 7
Standort
Auswahl 122, 272
Planung 251
Stellvertretermessungen, Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit 168
Sterbebegleitung. *siehe* Palliativmedizin
Stillen 180, 190
Strategien. *siehe auch* Ausstiegsstrategien; *siehe auch* Übergangsstrategien; *siehe auch* Bewältigungsstrategien
Entwicklung 9
Streitkräfte 18, 72
Strom von Hilfsgütern und Informationen 389

T

TB (Tuberkulose) 319
Toiletten
Förderung 99
gemeinschaftlich 118
Haushalt 118
Mengen 146
Verwendung des Worts 113
Zugang 115
Transparenz 84
Traumata. *siehe* Behandlung von Verletzungen
Trinkwasser 99
Trümmerbeseitigung 248
Tuberkulose (TB) 319

U

Übergangsstrategien
allgemein 60
Nahrungsmittelsicherheit 195
Übertragung von Mutter zu Kind, HIV 335
Überwachung der Mortalität 351
Umgang mit Leichen 137, 302
Umsetzung
Notunterkünfte und Siedlungen 247
Umwelt
aufnehmende Bevölkerung 276
humanitäre Hilfe 19, 62
Nahrungsmittelsicherheit 167, 196
natürliche Ressourcen 81, 82
Quellen/weiterführende Literatur 87
Siedlungen/Notunterkünfte 270
Vektorkontrolle 123
unerwünschte Ereignisse 302
Universal Health Coverage 2030 308
Unparteilichkeit, humanitäre Hilfe 40, 55, 56, 386
Unterernährung. *siehe auch* Mangelernährung
Interpretation der 171
Risiken 223
Ursachen 160
vulnerable Bevölkerungsgruppen 162
Unterstützung. *siehe auch* Gemeindeunterstützung; *siehe auch* Unterstützung in der Gemeinde
juristisch 44
lokale Akteure 16
Mitarbeitende 76
nationale Akteure 16
Palliativmedizin 348
psychosozial 15
Säuglings- und Kleinkindernährung 187
Unterstützung in der Gemeinde
Strukturen 195

V

Vektorkontrolle
allgemein 121
biologische und nicht-chemische Kontrolle 123
Checkliste 142
Malariatherapie 124
Maßnahmen auf Haushalts- und persönlicher Ebene 124
nationale und internationale Protokolle 124
Quellen/weiterführende Literatur 154
Siedlungsebene 121
Umwelttechnische Maßnahmen 123
Wohnräume 257
Verantwortlichkeiten auf Organisationsebene
Angemessenheit und Zweckmäßigkeit der humanitären Hilfe 55
Beschwerden 68
Effektivität und Rechtzeitigkeit 58
Feedback 66
Information 64
Kommunikation 64
Lernpolitik 74
Mitarbeitende 77
Monitoring 85
negative Auswirkungen von humanitärer Hilfe 61
Ressourcenmanagement 81
Zusammenarbeit 72
Verbrauch
Energie 272
Verbrauchsmaterialien
Inkontinenz 103
Menstruationshygiene 103
Vergewaltigung 330
Vergiftungen 358
Verhaltenskodex
Grundprinzipien 6, 386
Überblick 385
Verletzungen, Überwachung 42
Versorgungspläne 347
Verteilung
gekochte Rationen 207
Haushaltsgegenstände 260
Informationen 208
Nahrung 204, 208
Planung 207
Punkte 207
Sicherheit während 101, 207

Copyright

Trockenrationen 206
unentbehrliche Arzneimittel 306
Vertraulichkeit 66, 310
Vertriebene 247. *siehe auch* Binnenvertriebene
vertriebene Menschen. *siehe auch* Binnenvertriebene
virales hämorrhagisches Fieber 321
Völkerrecht. *siehe auch* humanitäres Völkerrecht
Recht auf angemessene Unterkunft 244
Recht auf eine rasche und angemessene Gesundheitsversorgung 294
Recht auf Wasser und Sanitäreinrichtungen 94
Vollkorngetreide 203
vorbereitete Kits 306
Vulnerabilitäten 10, 56, 387
vulnerable Bevölkerungsgruppen
Unterernährung 162

W

Waffen, Einsatz eingeschränkt oder verboten 379
Wahrung
Rechte 38
Würde 38
Wärmeversorgung 260
Waschmöglichkeiten 109
WASH. *siehe* Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung (WASH)
Wasser
Abholung des Wassers und Wartezeiten 108
Auswahl der Quelle 106
Behälter 100, 108
Behandlung 153
Chlorlösungen 135
Desinfektion 111
Fäkalien 114
Geschmack 111
geschützte Quelle 111
Infektionen 147
in Flaschen abgefüllt/behandelt 109
Kontaminierung 111
Kontaminierung nach Auslieferung 111
Lagerung 100, 108, 112
Mengen 107, 135, 145
Messung 107
Qualität 109, 135, 153
Systeme und Infrastruktur 108
Versorgung 140
Zugang 105
Wasseraufbereitung und sichere Wasserlagerung im Haushalt (HWTSS) 112, 150
Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung (WASH)
Ansätze 94
Auswirkungen auf die Gesundheit 151
Checkliste 139
Ernährung 155
Fäkalienkontrolle 113
Feststoffabfallmanagement 126
Geldtransfers 156
Gesundheitsversorgung 131
grundlegende Konzepte 92
Hygieneaufklärung 96
Programme 151
Risiken 97
Schutz 152
Vektorkontrolle 121
Wasserversorgung 105
Wiederverwendung
Abfall 272
Feststoffabfall 128
Wissensmanagement 76
Wohn-, Land- und Grundstücksrechte 47, 2
Wohnräume 254
Wundmanagement 339
Würde
Recht auf 29
Sicherung 388
Wahrung 38

Z

Zahlungen 217
Zielgruppenbestimmung, Nahrungsmittelhilfe 205
ZSO (zwischenstaatliche Organisationen)
Definition 386
Empfehlungen 390
Zubereitung/Verarbeitung, Nahrungsmittel 210
Zugang
humanitäre Hilfe 40
juristische Unterstützung 44
Nahrung 199
Rechtssysteme 44
Siedlungen/Notunterkünfte 252
Toiletten 115
Wasser 105
Zusammenarbeit 72, 76, 189
Zwangsräumungen 268
zwischenstaatliche Organisationen (ZSO)
Definition 386
Empfehlungen 390

Copyright

Das Sphere-Handbuch stellt einen grundsatzbasierten Ansatz für Qualität und Verantwortlichkeit in der humanitären Hilfe dar. Es beinhaltet eine praktische Anwendung der Grundüberzeugung von Sphere, dass alle von einer Katastrophe oder einem Konflikt betroffenen Menschen ein Recht auf ein Leben in Würde und das Recht auf humanitäre Hilfe haben.

Die Humanitäre Charta ist der Eckpfeiler des Handbuchs und bildet gemeinsam mit dem Core Humanitarian Standard (CHS) und den Grundsätzen zum Schutz die Grundlage, die für alle Bereiche der humanitären Hilfe maßgebend ist. In den technischen Standards werden die Prioritäten für die Sicherstellung der Hilfe in den vier zentralen lebensrettenden Sektoren aufgezeigt: 1. Wasser-, Sanitärversorgung und Hygiene, 2. Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung, 3. Notunterkünfte und Siedlungen sowie 4. Gesundheit.

Die messbaren Mindeststandards beschreiben, was im Zuge der humanitären Hilfe erreicht werden muss, damit Menschen überleben und ihr Leben sowie ihre Existenzgrundlagen unter Wahrung und Förderung ihrer Selbstbestimmung und Würde wiederaufbauen können. Anhand von Schlüsselaktivitäten, Indikatoren und Leitlinien können diese Standards in unterschiedlichen Kontexten angewendet werden. Die Kapitel sind alle miteinander verbunden und untermauern sich gegenseitig.

Die Stärke des Sphere-Handbuchs liegt in seiner Universalität und praktischen Anwendbarkeit in allen Einsatzbereichen in der humanitären Hilfe. Das Sphere-Handbuch erfreut sich im Bereich der humanitären Hilfe einer großen Wertschätzung und bietet damit eine gemeinsame Sprache für die Zusammenarbeit aller Interessengruppen zur Erreichung von Qualität und Rechenschaftspflicht in humanitären Kontexten.

Sphere

Humanitarian Standards Partnership

spherestandards.org
www.facebook.com/SphereNGO
www.twitter.com/spherepro

Humanitarian Standards Partnership ist ein Gemeinschaftsprojekt von Initiativen zur Erarbeitung von Standards, um Evidenz, Expertenmeinungen und bewährte Praktiken zur Verbesserung der Qualität und Rechenschaftspflicht in der humanitären Hilfe zu nutzen.

ISBN 978-3-88579-926-9
9 783885 799269

Copyright