The Sphere Project

Humanitäre Charta und Mindeststandards in der humanitären Hilfe

2011 EDITION

The Sphere Project

Humanitäre Charta und Mindeststandards in der humanitären Hilfe

Herausgeber:

The Sphere Project

Copyright@The Sphere Project 2011

Email: info@sphereproject.org

Internet: www.sphereproject.org

Das Sphere Project wurde im Jahr 1997 von einer Gruppe von NRO und der Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung mit dem Ziel initiiert, allgemein gültige Standards in zentralen Bereichen der humanitären Hilfe zu entwickeln: das Sphere-Handbuch. Ziel des Handbuchs ist die Verbesserung der Qualität der humanitären Hilfe in Katastrophen- und Konfliktsituationen sowie der Rechenschaftslegung des humanitären Systems gegenüber den von einer Katastrophe betroffenen Menschen. 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 Darstellung der Ansichten einer einzelnen Organisation betrachtet werden.

Erste Probeauflage 1998

Erste finale Auflage 2000

Zweite Auflage 2004

Dritte Auflage 2011

ISBN 978-3-88579-473-8

Ein Belegexemplar befindet sich bei der Landesbibliothek Bonn und der Bundesbibliothek Leipzig.

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Material ist urheberrechtlich geschützt, kann aber ohne Gebühren für Bildungszwecke vervielfältigt werden, jedoch nicht für den Weiterverkauf. Eine formelle Genehmigung ist für alle Anwendungen erforderlich, wird aber normalerweise sofort gewährt. Für das Vervielfältigen für andere Zwecke oder zur Wiederverwendung in anderen Veröffentlichungen oder für die Übersetzung oder Anpassung, muss eine vorherige schriftliche Genehmigung des Copyright-Inhabers eingeholt werden, eine Gebühr kann anfallen.

Die Übersetzung und der Druck des Sphere Handbuchs wurden vom Auswärtigen Amt finanziert.

Koordinierung deutsche Übersetzung: Aktion Deutschland Hilf e.V. (Katrin Boshoff)

Übersetzung: TransProjekt GmbH

Fachlektorat: Institute for International Law of Peace and Armed Conflict (IFHV), Ruhr-Universität Bochum

Satz, Layout und Druck: Köllen Druck + Verlag GmbH

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

Print kompensiert Id-Nr. 119187 www.bvdm-online.de

Vorwort

Diese neueste Ausgabe des Sphere-Handbuchs: Humanitäre Charta und Mindeststandards in der humanitären Hilfe ist das Produkt einer breit angelegten Zusammenarbeit verschiedener Organisationen.

In der humanitären Charta und den Mindeststandards drückt sich die Entschlossenheit der Organisationen aus, sowohl die Effektivität ihrer Hilfe als auch die Rechenschaftslegung gegenüber den jeweiligen Interessengruppen zu verbessern und zu einem praktischen Rahmen für die Rechenschaftslegung beizutragen.

Natürlich können die humanitäre Charta und die Mindeststandards weder das Eintreten humanitärer Krisen noch menschliches Leid verhindern. Sie bieten jedoch eine Möglichkeit, die humanitäre Hilfe mit dem Ziel zu verbessern, die von einer Katastrophe betroffenen Menschen nachhaltig zu unterstützen.

Nach ihren Anfängen als Initiative einer Gruppe humanitärer Nichtregierungsorganisationen und der Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung am Ende der 1990er-Jahre werden die Sphere-Standards heute als die De-facto-Standards der humanitären Hilfe im 21. Jahrhundert angewandt.

Daher möchten wir all jenen, die dieses Handbuch möglich gemacht haben, unseren Dank aussprechen.

Ton van Zutphen
Vorstandsvorsitzender von Sphere

John Damerell
Projektmanager

Danksagung

Die Überarbeitung des Sphere-Handbuchs erfolgte im Rahmen eines umfassenden Kooperations- und Konsultationsprozesses, in den eine Vielzahl von Menschen rund um den Globus eingebunden war – zu viele, um alle namentlich zu nennen. Das Sphere Project möchte sich für die Beiträge und die Bereitschaft der Organisationen und einzelnen Personen, sich an dem Projekt zu beteiligen, bedanken.

Der Prozess der Handbuchüberarbeitung wurde durch eine Gruppe von Kontaktpersonen für die fachlichen Kapitel und die Querschnittsthemen geleitet und im Falle von neuen Fragestellungen von Experten aus dem Sektor unterstützt, die je nach Umfang der anfallenden Aufgaben entweder von den humanitären Organisationen abgestellt oder direkt eingestellt wurden. Die Überarbeitung der Elemente, die für das gesamte Handbuch eine Bedeutung haben, als auch der Elemente, die eine erhebliche Neuarbeit mit sich brachten, wurde von Berater begleitet. Sofern nicht anderweitig vermerkt, fungierten die nachstehend aufgeführten Personen als Berater.

Humanitäre Charta: James Darcy, Mary Picard, Jim Bishop (InterAction), Clare Smith (CARE International) und Yvonne Klynman (IFRC)

Grundsätze zum Schutz: Ed Schenkenberg van Mierop (ICVA) und Claudine Haenni Dale

Grundstandards: Peta Sandison und Sara Davidson

Fachliche Kapitel

- **Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung:** Nega Bazezew Legesse (Oxfam GB)
- **Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung:**
  - **Ernährung:** Susan Thurstans (Save the Children UK)
  - **Nahrungsmittelsicherheit und Existenzgrundlagen:** Devrig Velley (Action contre la Faim)
  - **Nahrungsmittelhilfe:** Paul Turnbull (Welternährungsprogramm) und Walter Middleton (World Vision International)
- **Notunterkünfte, Ansiedlung und Non-Food-Items:** Graham Saunders (IFRC)
- **Gesundheitsmaßnahmen:** Mesfin Teklu (World Vision International)

Querschnittsthemen

- **Kinder:** Monica Blomström und Mari Mörth (beide Save the Children, Schweden)
- **Ältere Menschen:** Jo Wells (HelpAge International)
- **Menschen mit Behinderungen:** Maria Kett (Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre)
- **Gender:** Siobhán Foran (IASC, GenCap-Projekt)
- **Psychosoziale Fragen:** Mark van Ommeren (Weltgesundheitsorganisation) und Mike Wessells (Columbia University)
- **HIV und AIDS:** Paul Spiegel (UNHCR)
- **Umwelt, Klimawandel und Katastrophenrisikoreduzierung:** Anita van Breda (WWF) und Nigel Timmins (Christian Aid)

Sphere-Begleitstandards

- **Bildung:** Jennifer Hofmann und Tzvetomira Laub (beide INEE)
- **Nutzvieh:** Cathy Watson (LEGS)
- **Wirtschaftliche Erholung:** Tracy Gerstle und Laura Meissner (beide SEEP Network)

Experten

- **Frühe Wiederherstellungsphase:** Maria Olga Gonzalez (UNDP/BCPR)
- **Lagerkoordination und Lagerverwaltung:** Gillian Dunn (IRC)
- **Gestaltung von Bargeldtransfer-Programmen:** Nupur Kukrety (Netzwerk Cash Learning Partnership)

Daneben wurde eine Reihe von Personen im Hinblick auf die zivil-militärische Schnittstelle, Konfliktsensibilität und das städtische Umfeld zu Rate gezogen.

Zur Unterstützung der Arbeit der Kontaktpersonen wurden **Arbeitsgruppen** und **Referenzgruppen** eingerichtet; Das Sphere Project würdigt den Beitrag all dieser Personen, verzichtet aber auf die Nennung der einzelnen Namen. Auf der Website von Sphere kann jedoch eine komplette Auflistung aller Mitglieder der Arbeits- und Referenzgruppen eingesehen werden: www.sphereproject.org.

Redakteure: Phil Greaney, Sue Pfiffner, David Wilson.

Moderation des Überarbeitungsworkshops: Raja Jarrah

Spezialistin für Monitoring und Evaluierung: Claudia Schneider, SKAT

Sphere-Vorstand *(Stand: 31. Dezember 2010)*

Action by Churches Together (ACT) Alliance (John Nduna) * Agency Coordinating Body for Afghan Relief (ACBAR) (Laurent Saillard) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Manuela Roßbach) * CARE International (Olivier Braunsteffer) * CARITAS Internationalis (Jan Weuts) * The International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Ed Schenkenberg van Mierop) * International Rescue Committee (IRC) (Gillian Dunn) * InterAction (Linda Poteat) * Intermón Oxfam (Elena Sgorbati) * Die Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften (IFRK) (Simon Eccleshall) * Der Lutherische Weltbund (LWB) (Rudelmar Bueno de Faria) * Policy Action Group on Emergency Response (PAGER) (Mia Vukojevic) * Plan International (Unni Krishnan) * Save the Children Alliance (Annie Foster) * Sphere India (N.M. Prusty) * Die Heilsarmee (Raelton Gibbs) * World Vision International (Ton van Zutphen).

Förderer

Neben den Beiträgen der oben aufgeführten Organisationen im Vorstand wurden die Finanzmittel für den Prozess der Handbuchüberarbeitung bereitgestellt durch:

Die Australian Agency for International Development (AusAID) * Das Amt für humanitäre Hilfe der Europäischen Kommission (ECHO) * Das deutsche Auswärtige Amt * Das spanische Ministerium für auswärtige Angelegenheiten * Die Schweizer Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) * Das Department for International Development (DFID) des Vereinigten Königreichs * Das Bureau of Refugees and Migration des Außenministeriums der Vereinigten Staaten (US-PRM) * Die United States Agency for International Development / Office of Foreign Disaster Assistance (US-OFDA).

Das Mitarbeiterteam des Sphere Project

Projektmanager: John Damerell
Bildungs- und Lernmanagement: Verónica Foubert
Werbungs- und Materialmanagement: Aninia Nadig
Schulungs- und Förderunterstützung: Cécilia Furtade
Verwaltung und Finanzen: Lydia Beauquis

In verschiedenen Prozessphasen der Handbuchüberarbeitung erhielt das Team zusätzliche Unterstützung von Alison Joyner, Hani Eskandar und Laura Lopez.

Sphere Handbuch Koordinatorin Deutschland: Katrin Boshoff (Aktion Deutschland Hilft)

Inhalt

Vorwort iii

Danksagung iv

Über Sphere 3

Die humanitäre Charta 21

Grundsätze zum Schutz 29

Die Grundstandards 55

Mindeststandards im Bereich Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung 91

Mindeststandards im Bereich Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung 157

Mindeststandards im Bereich Notunterkünfte, Ansiedlung und Non-Food Items 275

Mindeststandards im Bereich Gesundheitsmaßnahmen 331

Anhänge 409

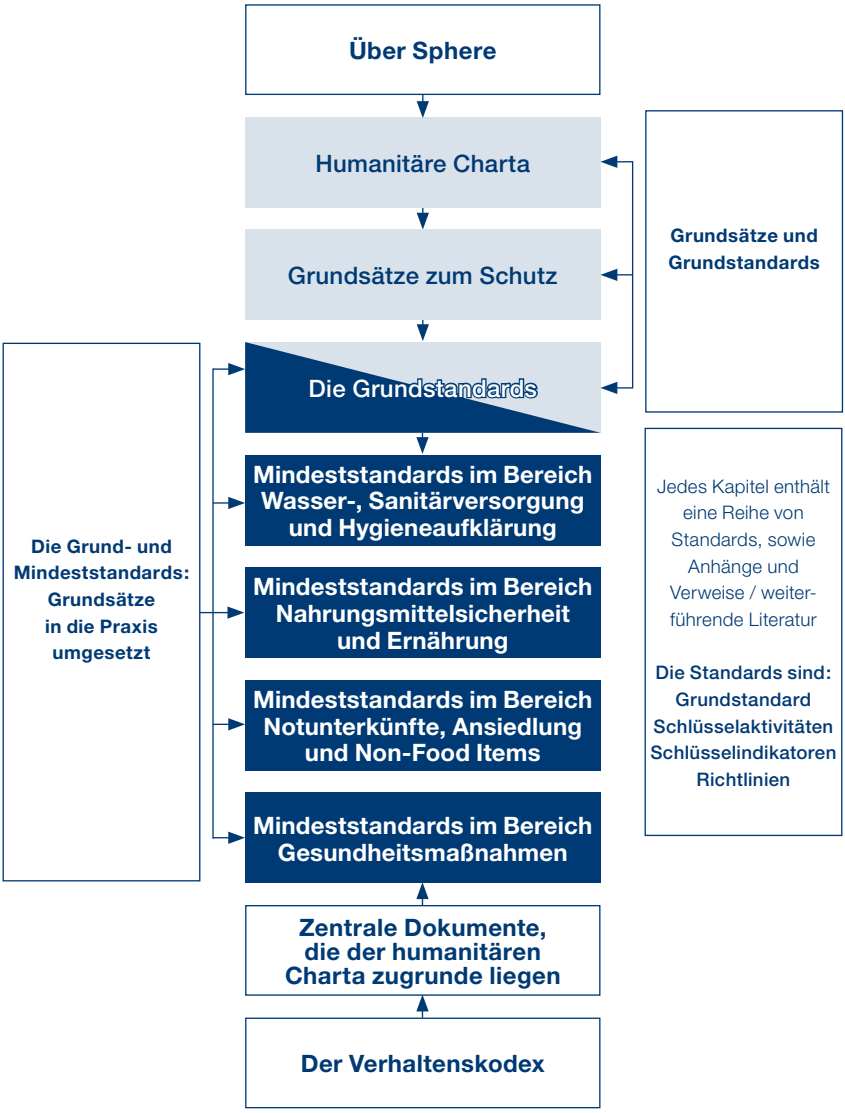
Anhang 1: Zentrale Dokumente, die der humanitären Charta zugrunde liegen 410

Anhang 2: Der Verhaltenskodex der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung und der Nichtregierungsorganisationen (NRO) in der Katastrophenhilfe 423

Anhang 3: Abkürzungen und Akronyme 432

Index 437

Strukur des Handbuchs



Über Sphere

Über Sphere

Das Sphere Project und das entsprechende Handbuch sind für die Einführung der Aspekte Qualität und Rechenschaftspflicht (quality and accountability) in die humanitäre Hilfe bekannt. Wo liegen jedoch die Ursprünge des Sphere Project? Welche Philosophie und welcher Ansatz werden verfolgt? Wie und warum wurde das vorliegende Handbuch konzipiert? Welchen Platz nimmt es im breiteren Kontext der humanitären Hilfe ein? Und für wen und welche Situationen wurde das Handbuch zusammengestellt? In diesem Kapitel sollen einige dieser zentralen Fragen beantwortet werden. Ferner soll die Struktur des Handbuchs dargelegt und erläutert werden, wie Sie oder Ihre Organisation die Inhalte in der Praxis umsetzen und die Sphere-Mindeststandards erfüllen können.

Die Philosophie des Sphere Project: Das Recht auf ein Leben in Würde

Das Sphere Project – oder „Sphere“ – wurde im Jahr 1997 von einer Gruppe humanitärer Nichtregierungsorganisationen (NGO) und der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung initiiert. Dabei verfolgten sie das Ziel, die Qualität ihrer Tätigkeit im Rahmen der Katastrophenhilfe zu verbessern und Rechenschaft über ihre Aktivitäten abzulegen bzw. zur Rechenschaft gezogen zu werden. Die Philosophie von Sphere basiert auf **zwei Grundüberzeugungen:** erstens, dass die von einer Katastrophe oder einem Konflikt Betroffenen ein Recht auf ein Leben in Würde und daher ein Recht auf Hilfe haben, und zweitens, dass alle nur möglichen Schritte unternommen werden sollten, um menschliches Leid infolge einer Katastrophe oder eines Konflikts zu lindern.

Im Bestreben, diesen beiden Grundüberzeugungen Nachdruck zu verleihen und nach ihnen zu handeln, formulierte das Sphere Project eine humanitäre Charta und legte eine Reihe von **Mindeststandards** für zentrale lebensrettende Sektoren fest, die nun in den vier fachlichen Kapiteln des Handbuchs behandelt werden: Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung; Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung; Notunterkünfte, Ansiedlung und Non-Food-Items; und Gesundheitsmaßnahmen. Die **Grundstandards** sind Prozess-Standards, die für alle fachlichen Kapitel gelten.

Die Mindeststandards sind evidenzbasiert und stehen für einen sektorweiten Konsens über bewährte Verfahren (best practice) in der humanitären Hilfe. Die Schlüsselaktivitäten, die Schlüsselindikatoren und die Richtlinien (die im nachstehenden Abschnitt „Zur Anwendung der Standards“ beschrieben werden) begleiten jeden Standard und bieten Orientierung, wie diese zu erreichen sind.

Die Mindeststandards beschreiben Bedingungen, die im Rahmen jedes humanitären Einsatzes zu erfüllen sind, damit die von der Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen unter stabilen Bedingungen und in Würde überleben und sich erholen können. Die **Einbeziehung der betroffenen Bevölkerungsgruppen** in den Abstimmungsprozess steht im Zentrum der Philosophie von Sphere. Folglich war das Sphere Project eine der ersten Initiativen, die sich mit den Aspekten **Qualität und Rechenschaftspflicht** (Q&A) befasst haben.

Die humanitäre Charta und die Mindeststandards werden zusammen als **Handbuch** veröffentlicht, dessen neueste Auflage nunmehr vorliegt. Das Sphere-Handbuch ist für Planung, Umsetzung, Monitoring und Evaluierung im Rahmen eines humanitären Einsatzes konzipiert. Es ist zudem ein wirksames Lobby-Instrument für Verhandlungen mit Behörden über den humanitären Raum (humanitarian space) und die Bereitstellung von Ressourcen. Darüber hinaus ist es hilfreich im Bereich der Katastrophenvorsorge und Notfallplanung, zumal die Standards von den Zuwendungsgebern zunehmend in die Berichtsanforderungen aufgenommen werden.

Da die Verantwortung für das Handbuch nicht bei einer Organisation allein liegt, genießt es im humanitären Bereich insgesamt hohe Akzeptanz. Es umfasst die mittlerweile bekanntesten und international weithin anerkannten Standards für die humanitäre Hilfe und wird organisationsübergreifend als Kommunikations- und Koordinierungsinstrument eingesetzt.

Das Handbuch wurde im Jahr 2000 zum ersten Mal veröffentlicht; Überarbeitungen wurden 2003 und erneut 2009–2010 vorgenommen. Jeder Überarbeitungsprozess war mit sektorweiten Abstimmungen verbunden, in welche ein breites Spektrum an Behörden, Organisationen und Personen, unter anderem Regierungen und Organisationen der Vereinten Nationen (UN), einbezogen wurden.

Hauptadressat des Sphere-Handbuchs sind die Praktiker, die in Planung, Management oder Durchführung humanitärer Einsätze involviert sind. Dazu zählen die Mitarbeiter und freiwilligen Helfer von lokalen, nationalen und internationalen humanitären Organisationen. Auch im Kontext von Mittelbeschaffung und Projektvorschlägen werden die Mindeststandards häufig herangezogen.

Andere Akteure, etwa staatliche und kommunale Behörden, das Militär oder der private Sektor, werden ebenfalls aufgefordert, das Sphere-Handbuch einzusetzen. Es kann als Orientierungshilfe für die eigenen Aktivitäten hilfreich sein, den Nutzern aber auch helfen, die Standards der humanitären Organisationen, mit denen sie interagieren, zu verstehen. .

Das Handbuch: Ein Ausdruck der Werte von Sphere

Die Struktur des Handbuchs reflektiert das Ziel von Sphere, die humanitäre Hilfe fest in einen rechtebasierten und partizipativen Ansatz einzubinden.

Humanitäre Charta, Grundsätze zum Schutz und Grundstandards

Die humanitäre Charta, die Grundsätze zum Schutz und die Grundstandards sind Ausdruck des rechtebasierten und auf die Menschen ausgerichteten Ansatzes von Sphere für die humanitäre Hilfe. Sie legen den Schwerpunkt auf die Bedeutung der Einbeziehung der betroffenen Bevölkerung und der lokalen und nationalen Behörden in alle Phasen der Hilfsmaßnahme.

Die **humanitäre Charta** ist (in Verbindung mit einer deskriptiven Liste zentraler rechtlicher und politischer Dokumente in Anhang 1, Seite 410) das Kernstück des Handbuchs. Sie bildet den ethischen und rechtlichen Hintergrund für die Grundsätze zum Schutz sowie die Grund- und Mindeststandards und schafft damit die Voraussetzungen für deren korrekte Auslegung und Umsetzung. Sie legt etablierte gesetzliche Rechte und Pflichten dar und ist Ausdruck der gemeinsamen Überzeugungen und Verpflichtungen der humanitären Organisationen, die in einer Reihe **gemeinsamer Grundsätze, Rechte und Pflichten** zusammengefasst werden. Diese basieren auf dem Grundsatz der Menschlichkeit und dem humanitären Imperativ und umfassen das Recht auf ein Leben in Würde, das Recht auf humanitäre Hilfe und das Recht auf Schutz und Sicherheit. Die Charta unterstreicht ferner die Bedeutung der **Rechenschaftspflicht einer Hilfsorganisation gegenüber den betroffenen Gemeinden.** Die Grund- und Mindeststandards sind Ausdruck dessen, was diese Grundsätze und Verpflichtungen in der Praxis bedeuten.

In der humanitären Charta wird erläutert, warum sowohl Hilfe als auch Schutz die Grundpfeiler eines jeden humanitären Einsatzes sind. Um den Aspekt des Schutzes weiter auszuarbeiten, umfasst das Handbuch eine Reihe von **Grundsätzen zum Schutz**, die mehrere der in der Charta aufgeführten Rechtsgrundsätze und Rechte in Strategien und Aktivitäten umsetzen, an welchen sich die Praxis der humanitären Hilfe aus einer Schutz-Perspektive heraus orientieren sollte. Schutz ist ein zentraler Bestandteil humanitärer Maßnahmen, und die Grundsätze zum Schutz verweisen darauf, dass die Verantwortung aller humanitären Organisationen darin liegt sicherzustellen, dass sich ihre Aktivitäten auf die ernsteren Bedrohungen richten, mit welchen die betroffenen Menschen in Zeiten von Konflikten oder Katastrophen gemeinhin konfrontiert sind.

Alle humanitären Organisationen sollten gewährleisten, dass ihre Aktivitäten den betroffenen Menschen keinen weiteren Schaden zufügen (Grundsatz 1 zum Schutz), dass ihre Aktivitäten insbesondere den am stärksten betroffenen, gefährdeten und anfälligen Menschen zugute kommen (Grundsatz 2 zum Schutz), dass sie zum Schutz der betroffenen Menschen vor Gewalt und anderen Menschenrechtsverletzungen beitragen (Grundsatz 3 zum Schutz) und dass sie den betroffenen Menschen helfen, die Folgen von Missbrauch zu überwinden (Grundsatz 4 zum Schutz). Die Rollen und Verantwortlichkeiten der humanitären Organisationen im Bereich Schutz sind generell der gesetzlichen Verantwortung des Staates oder anderer einschlägiger Behörden untergeordnet. Ein Aspekt von Schutz besteht häufig darin, diese Behörden an ihre Verantwortung zu gemahnen.

Die **Grundstandards** stellen die erste Kategorie von Mindeststandards dar und dienen als Grundlage für alle weiteren Standards. Sie beschreiben, welche grundlegende Bedeutung die Wahl der Prozesse und Ansätze im Laufe eines humanitären Einsatzes für eine wirksame Hilfe hat. Der Fokus auf die Leistungsfähigkeit und aktive Beteiligung der von einer Katastrophe oder einem Konflikt Betroffenen, eine umfassende Analyse und das Verständnis des Bedarfs und des Kontextes, eine effektive Koordinierung zwischen den Organisationen, die Verpflichtung zur kontinuierlichen Verbesserung der Leistung und eine angemessene Qualifikation und Unterstützung der Helfer sind für das Erreichen der fachlichen Standards von wesentlicher Bedeutung.

Die Grundsätze zum Schutz und die Grundstandards werden gemeinsam an den Anfang des Handbuchs gestellt, damit sie nicht in jedem fachlichen Kapitel wiederholt werden müssen. Sie liegen der gesamten humanitären Arbeit zugrunde und **sind im Zusammenhang mit den fachlichen Kapiteln anzuwenden**. Sie sind für das Erreichen der fachlichen Standards in einem Bewusstsein für Qualität und Rechenschaftspflicht gegenüber den betroffenen Bevölkerungsgruppen von entscheidender Bedeutung.

Die Grund- und Mindeststandards in den vier fachlichen Kapiteln

Die Grund- und Mindeststandards betreffen Ansätze für die Programmgestaltung und vier Kategorien von lebensrettenden Aktivitäten: Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung; Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung; Notunterkünfte, Ansiedlung und Non-Food-Items; und Gesundheitsmaßnahmen.

Zur Anwendung der Standards

Die Grund- und Mindeststandards folgen einem spezifischen Format. Sie basieren auf einer allgemeinen, universellen Aussage – dem Mindeststandard –, auf die eine Reihe von Schlüsselaktivitäten, Schlüsselindikatoren und Richtlinien folgt.

Zunächst wird der **Mindeststandard** formuliert. Jeder Standard leitet sich von dem Grundsatz ab, dass die von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen ein Recht auf ein Leben in Würde haben. Es handelt sich um qualitative Standards, mit welchen das im Rahmen der Katastrophenhilfe zu erreichende Niveau festgelegt wird. Sie gelten universell und sind recht allgemein gehalten, damit sie in allen Katastrophensituationen anwendbar sind.

Danach werden praktisch orientierte **Schlüsselaktivitäten** für das Erreichen des Mindeststandards vorgeschlagen. Einige der Aktivitäten sind möglicherweise nicht in jedem Kontext anwendbar; daher sind in der Praxis die relevanten Aktivitäten auszuwählen sowie alternative Aktivitäten zu entwickeln, damit der Standard erfüllt werden kann.

Darauf folgt eine Reihe von **Schlüsselindikatoren**, die als „Signale“ anzeigen, ob ein Standard erreicht wurde. Sie bieten eine Möglichkeit, die Prozesse und Ergebnisse der Schlüsselaktivitäten zu messen und zu vermitteln. Zu beachten ist, dass sich die Schlüsselindikatoren nicht auf die jeweilige Schlüsselaktivität, sondern auf den Mindeststandard beziehen.

Die **Richtlinien** umfassen schließlich die im jeweiligen Kontext zu berücksichtigenden Punkte im Hinblick auf das Erreichen der Schlüsselaktivitäten und Schlüsselindikatoren. Sie sind eine Orientierungshilfe bei der Bewältigung praktischer Schwierigkeiten und bieten Richtwerte oder Empfehlungen zu den prioritären Themen wie auch zu Querschnittsthemen. Zudem behandeln Sie kritische Fragen im Hinblick auf die Standards, Aktivitäten oder Indikatoren und bieten eine Beschreibung von Zwangslagen, Kontroversen oder aktuell bestehenden Wissenslücken. Allerdings stellen Sie stellen **keine** Anleitung dar, **wie** eine bestimmte Aktivität auszuführen ist.

In einer kurzen **Einführung zu jedem Kapitel** werden die wichtigsten Aspekte aufgeführt, die jeweils von Bedeutung sind. Die fachlichen Kapitel zu den Mindeststandards enthalten ferner Anhänge, die unter anderem Checklisten, Formeln, Tabellen und Beispiele für Berichtsformulare umfassen. Jedes Kapitel endet mit Quellenangaben und Empfehlungen für weiterführende Literatur. Auf der Website von Sphere steht zu jedem Kapitel des Handbuchs ein detailliertes Glossar zur Verfügung (www.sphereproject.org).

Alle Kapitel stehen miteinander in Wechselbeziehung. Häufig sind die in einem Sektor beschriebenen Standards in Verbindung mit Standards zu erfüllen, die in anderen Sektoren erläutert werden. Folglich enthält das Handbuch zahlreiche Querverweise.

Die Erfüllung der Sphere-Mindeststandards

Das Sphere-Handbuch ist ein freiwilliger Kodex und ein Instrument der Selbstregulierung in Bezug auf Qualität und Rechenschaftslegung, das heißt, das Sphere Project unterhält keinen Mechanismus, um die Einhaltung der Standards zu überprüfen. Es gibt weder einen „Beitritt“ zu Sphere noch eine Sphere-Mitgliedschaft oder einen Zulassungsprozess. Das Handbuch soll von einem möglichst breiten Spektrum an Organisationen genutzt werden, weshalb sich das Sphere Project bewusst dagegen entschieden hat, das Handbuch normativ zu gestalten und Regelkonformität einzufordern.

Das Handbuch bietet keine praktischen Leitlinien dazu, wie bestimmte Leistungen bereitgestellt werden sollen (in den Schlüsselaktivitäten werden Aktivitäten für die Erfüllung eines Standards vorgeschlagen, ohne jedoch eine bestimmte Vorgehensweise vorzugeben). Es wird vielmehr erläutert, **welche Voraussetzungen gegeben sein müssen**, um der betroffenen Bevölkerung ein Leben in Würde zu ermöglichen. Daher hat jede durchführende Organisation selbst ein System zu wählen, mit dem sichergestellt wird, dass die Sphere-Mindeststandards erfüllt werden. Einige Organisationen verlassen sich dabei ganz auf interne Mechanismen, während sich andere für eine gegenseitige Prüfung (Peer Review) entschieden haben. Zudem setzen einige Organisationsnetzwerke Sphere für die Evaluierung ihrer gemeinsamen Hilfsmaßnahmen in besonderen Notfallsituationen ein.

Eine Ausrichtung an Sphere bedeutet nicht, dass alle Standards und Indikatoren erreicht werden. In welchem Maße die Organisationen die Standards erfüllen können, hängt von einer Reihe von Faktoren ab, die zum Teil außerhalb ihres Einflussbereiches liegen. Manchmal ist es durch Schwierigkeiten beim Zugang zur betroffenen Bevölkerung, mangelnde Zusammenarbeit seitens der Behörden oder eine sehr unsichere Lage unmöglich, den Standards zu entsprechen.

Falls die allgemeinen Lebensbedingungen der betroffenen Bevölkerung bereits vor der Katastrophe bedeutend hinter den Mindeststandards zurücklagen, kann es sein, dass die Organisationen über keine ausreichenden Ressourcen verfügen, um die Standards zu erfüllen. In solchen Situationen kann es wichtiger sein, der gesamten betroffenen Bevölkerung grundlegende Einrichtungen bereitzustellen, als die Mindeststandards nur für einen Teil der Bevölkerung zu erreichen.

Zuweilen liegen die Mindeststandards über den normalen, alltäglichen Lebensbedingungen der benachbarten Bevölkerungsgruppen. Die Einhaltung der Standards für die von der Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen bleibt unabdingbar. Solche Situationen können jedoch auch auf Handlungsbedarf

bei der Unterstützung der benachbarten Bevölkerungsgruppen und die Notwendigkeit eines Dialogs mit den Führern der Gemeinden hindeuten. Was angemessen und machbar ist, hängt vom Kontext ab.

In den Fällen, in welchen die Standards nicht erfüllt werden können, sollten die humanitären Organisationen:

- in ihren Berichten (Beurteilung, Evaluierung usw.) die Diskrepanz zwischen den relevanten Sphere-Indikatoren und den in der Praxis erreichten Indikatoren beschreiben,
- die Gründe hierfür erklären und erläutern, was geändert werden muss,
- die negativen Auswirkungen auf die betroffene Bevölkerung beurteilen,
- geeignete Abhilfemaßnahmen ergreifen, um den durch diese Auswirkungen verursachten Schaden möglichst gering zu halten.

Wenn die Organisationen die vorstehenden Maßnahmen ergreifen, machen sie deutlich, dass sie hinter der Philosophie von Sphere und den Mindeststandards stehen, selbst wenn sie nicht in der Lage sind, diese entsprechend dem Handbuch zu gewährleisten.

Die Verortung von Sphere im Rahmen der humanitären Hilfe

Das Sphere-Handbuch wurde für die Anwendung im Zuge der humanitären Hilfe in einer Vielzahl von Situationen konzipiert, unter anderem in Naturkatastrophen, Konflikten, langsam oder plötzlich eintretenden Notlagen, im ländlichen und städtischen Umfeld und in komplexen politischen Notfallsituationen in allen Ländern. Der Begriff „Katastrophe“ schließt diese Situationen ein; gegebenenfalls wird auch der Begriff „Konflikt“ verwendet. „Bevölkerung“ bezieht sich auf einzelne Personen, Familien, Gemeinden und umfassendere Gruppen. Folglich verwenden wir im gesamten Handbuch üblicherweise den Begriff „von einer Katastrophe betroffene Bevölkerung“.

Der Zeitrahmen für die Nutzung des Handbuchs

Die Sphere-Mindeststandards konzentrieren sich auf die Dauer des **humanitären Einsatzes** und betreffen Aktivitäten zur Befriedigung dringend lebensnotwendiger Bedürfnisse der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen. Diese Phase kann von wenigen Tage oder Wochen bis zu mehreren Monaten oder gar Jahren dauern, insbesondere in einem Kontext mit länger anhaltender

Unsicherheit und Vertreibung. Daher ist es nicht möglich, einen bestimmten Zeitrahmen anzugeben, in welchem die Sphere-Standards zweckmäßig sind.

Das Handbuch ist jedoch durchaus im breiteren Kontext der **humanitären Hilfe** zu verorten, die über die Leistung sofortiger Hilfe hinausgeht und ein Spektrum von Aktivitäten abdeckt, das mit der Katastrophenvorsorge beginnt, die Hilfsmaßnahme umfasst und sich schließlich auch auf die frühe Wiederherstellungsphase erstreckt. Als Referenzinstrument ist das Handbuch sowohl für die Phase der Katastrophenvorsorge als auch die frühe Wiederherstellungsphase hilfreich, d. h. die Phasen, welche die humanitäre Hilfe konzeptionell ‚einrahmen', in der Praxis jedoch gleichzeitig berücksichtigt werden müssen.

Katastrophenvorsorge erfordert, dass die Akteure – Regierungen, humanitäre Organisationen, lokale zivilgesellschaftliche Organisationen, Gemeinden und einzelne Menschen – über die Fähigkeiten, Beziehungen und Kenntnisse verfügen, sich für eine Katastrophe oder einen Konflikt zu wappnen und effektiv zu reagieren. Vor und während einer Hilfsmaßnahme sollten die Akteure Maßnahmen ergreifen, die geeignet sind, ihre Vorbereitung zu verbessern und das Risiko für die Zukunft zu mindern. Sie sollten vorbereitet sein, um in einer künftigen Katastrophe wenigstens die Sphere-Mindeststandards sicherstellen zu können.

Frühe Wiederherstellung (early recovery) bezeichnet den Prozess nach der Katastrophenhilfe, der in die langfristige Wiederherstellung übergeht und am effektivsten abläuft, wenn er bereits ganz am Anfang des humanitären Einsatzes berücksichtigt und unterstützt wird. Da die Phase der frühen Wiederherstellung von grundlegender Bedeutung ist, enthält das gesamte Handbuch entsprechende Verweise.

Entwicklungen im humanitären Bereich und deren Bedeutung für Sphere

In den vergangenen Jahren trat im humanitären Bereich und anderen relevanten Sektoren eine Reihe von Entwicklungen ein, die zu Veränderungen der Art von Katastrophen und Konflikten sowie der humanitären Arbeit geführt haben. Bei der Überarbeitung des Handbuchs wurden die folgenden Entwicklungen berücksichtigt:

- ein zunehmender konzeptioneller und operativer Fokus auf lokale und nationale Hilfsmaßnahmen in dem Bewusstsein, dass eine Abstimmung mit den **betroffenen Bevölkerungsgruppen** zu erfolgen hat und die Reaktionsfähigkeiten des von der Krise betroffenen Staates und der nationalen Organisationen und Institutionen gestärkt werden müssen

- eine proaktivere **Rechenschaftslegung** bei humanitären Einsätzen, insbesondere eine Rechenschaftslegung gegenüber den betroffenen Bevölkerungsgruppen, aber auch eine proaktivere Koordinierung, unter anderem im Rahmen des humanitären Reformprozesses (Cluster-Ansatz) unter der Federführung des Inter-Agency Standing Committee (IASC)
- ein verstärkter Fokus auf Themen und Maßnahmen im Bereich **Schutz**
- ein zunehmendes Bewusstsein für potenziell massive erzwungene Migration aufgrund von **Katastrophen, die durch den Klimawandel verursacht werden**, und dafür, dass Umweltzerstörung die Gefährdung und Anfälligkeit erhöht
- die Erkenntnis, dass die **armen städtischen Bevölkerungsgruppen** schnell wachsen und dass sie mit spezifischen Gefährdungen und Anfälligkeiten konfrontiert sind, insbesondere im Zusammenhang mit der Geldwirtschaft, dem sozialen Zusammenhalt und dem physischen Umfeld
- neue Hilfsansätze, etwa **Bargeld- und Gutscheintransfers** und lokale Beschaffung, die an die Stelle von sachlichen Hilfen treten
- ein erhöhtes Bewusstsein für **Katastrophenrisikoreduzierung (disater risk reduction)**, sowohl als Sektor wie auch als Ansatz
- eine verstärktes Engagement des **Militärs** in der humanitären Hilfe, also von Akteuren, die nicht primär dem humanitären Imperativ verpflichtet sind, sodass die Entwicklung spezieller Leitlinien und Koordinierungsstrategien für den zivil-militärischen Dialog zur humanitären Hilfe erforderlich ist
- eine verstärkte Einbeziehung des **privaten Sektors** in die humanitäre Hilfe, was vergleichbare Leitlinien und Strategien wie für den zivil-militärischen Dialog erfordert.

Das Sphere Project bezieht diese Entwicklungen nach Bedarf in das Handbuch ein – insbesondere die **neu auftretenden Fragen** zu Bargeldtransfers, der frühen Wiederherstellung und der zivil–militärischen Beziehungen.

Verständnis des Kontextes im Rahmen der humanitären Hilfe

Ein effektiver humanitärer Einsatz muss auf einer umfassenden kontextspezifischen Diagnose (Beurteilung, Monitoring und Evaluierung) basieren, damit **die Bedürfnisse, Gefährdungen, Anfälligkeiten und Fähigkeiten der Menschen im jeweiligen Kontext** analysiert werden können.

Das Handbuch ist im Wesentlichen als Instrument konzipiert, um die unterschiedlichen Kontexte zu erkennen und die Hilfsprogramme entsprechend anzu-

passen: Es bietet den Praktikern eine Orientierungshilfe für ihre Überlegungen, wie ein allgemein anwendbarer Standard in einer konkreten Situation oder einem konkreten Kontext zu erreichen ist, wobei der Fokus vor allem auf den besonderen Gefährdungen, Anfälligkeiten und Fähigkeiten liegt.

Innerhalb der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerung haben nicht alle Menschen gleichermaßen Kontrolle über Ressourcen und Macht. Aufgrund ihrer ethnischen Herkunft, ihrer Religionszugehörigkeit oder politischen Überzeugungen sind die Menschen daher in unterschiedlicher Weise betroffen. Durch Vertreibung können einige Menschen, die unter normalen Bedingungen keiner Gefahr ausgesetzt wären, besonders anfällig sein. Es kommt vor, dass Frauen, Kindern, älteren Menschen, Menschen mit Behinderung oder HIV-Infizierten lebensnotwendige Hilfe verweigert wird oder dass sie aufgrund physischer, kultureller bzw. sozialer Barrieren kein Mitspracherecht erhalten. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Behandlung dieser Menschen als eine lange Liste „besonders gefährdeter Gruppen“ zu fragmentierten und ineffektiven Interventionen führen kann, die sich überlagernde Gefährdungen und die zeitlich veränderliche Art der Gefährdungen außer Acht lassen, selbst wenn es sich um eine ganz bestimmte Krise handelt.

Im Rahmen der Hilfs- und Wiederherstellungsbemühungen müssen auch künftige Risiken und Gefährdungen berücksichtigt werden, damit der Wiederaufbau der Gemeinden zu sichereren Strukturen führt (build back safer) und so die Widerstandsfähigkeit der Gemeinden gestärkt wird. In vielen Teilen der Welt hat der Klimawandel schon heute Einfluss auf die Risikomuster; das traditionelle Wissen über Risiken, Gefährdungen, Anfälligkeiten und Kapazitäten muss mit Beurteilungen der künftigen Klimarisiken kombiniert werden.

Um jeder einzelnen Katastrophensituation und den besonderen Gefährdungen, Anfälligkeiten und Fähigkeiten der betroffenen Bevölkerung gerecht zu werden, behandelt das Handbuch eine Reihe von **Querschnittsthemen**. Die Themen in Bezug auf **Kinder, Gender, ältere Menschen, HIV und AIDS, Menschen mit Behinderung** und **psychosoziale Unterstützung** befassen sich mit den Gefährdungen und Anfälligkeiten von Einzelnen und Untergruppen. **Katastrophenrisikoreduzierung (disaster risk reduction)** (einschließlich **Klimawandel**) und **Umwelt** betreffen Gefährdungen, die sich auf die gesamte betroffene Bevölkerung auswirken. Am Ende dieser Einführung wird jedes dieser Themen detaillierter dargestellt.

Verweise auf andere humanitäre Standards

Um das Sphere-Handbuch in einem einzigen Band überschaubarer Größe vorlegen zu können, wird der Fokus auf die vier primären Sektoren der humanitären Hilfe beibehalten. Viele verwandte Sektoren, die zu einer effektiven huma-

nitären Hilfe gehören, haben ihre eigenen Standards entwickelt. Einige dieser Standards sind in einer Reihe von **Sphere-Begleitstandards** enthalten, die separat veröffentlicht wurden, aber mit der gleichen methodischen Genauigkeit wie Sphere zusammengestellt wurden und den gleichen Abstimmungsprozess durchliefen – in den Mindeststandards des Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) im Bereich Bildung: Vorsorge, Hilfe, Wiederherstellung, den Mindeststandards des Small Enterprise Education and Promotion (SEEP) Network zur wirtschaftlichen Erholung nach einer Krise und den Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS).

Bildung kann in Notfallsituationen sowohl lebenserhaltend als auch lebensrettend wirken. Sofern Bildung in einem sicheren Umfeld vermittelt wird, bietet sie ein Gefühl von Normalität, psychosoziale Unterstützung und Schutz vor Ausbeutung und Verletzung. Sie kann auch genutzt werden, um Informationen über Sicherheit, Alltagskompetenz und lebenswichtige Gesundheits- und Hygienefragen zu vermitteln. Die INEE-Mindeststandards im Bereich Bildung: Vorsorge, Hilfe, Wiederherstellung wurden im Jahr 2004 veröffentlicht und 2010 aktualisiert; seit 2008 sind sie Begleitstandards von Sphere. Sie bieten einen Rahmen, um entscheidende Verbindungen zwischen den Bereichen Bildung und Gesundheit, Wasser-, Sanitärversorgung und Hygiene, Ernährung, Notunterkünfte und Schutz zu gewährleisten und Sicherheit, Qualität und Rechenschaftslegung im Hinblick auf Bildungsvoraussetzungen und Hilfe zu verbessern.

Die Mindeststandards des SEEP Network zur wirtschaftlichen Erholung nach einer Krise betreffen die Entwicklung von Kleinunternehmen, die Livestock Emergency Guidelines and Standards das Halten von Nutzvieh. Wir gehen davon aus, dass diese beiden Kategorien von Mindeststandards im Jahr 2011 zu Sphere-Begleitstandards werden.

Wenn die Begleitstandards zusammen mit diesem Handbuch angewandt werden, verbessern sie die Qualität der Hilfe, die den von einer Katastrophe oder einem Konflikt betroffenen Menschen geleistet wird. Die relevanten Leitlinien aus den INEE-, SEEP- und LEGS-Standards wurden in das Handbuch integriert und durch Querverweise kenntlich gemacht.

Verschiedene Organisationen, Bündnisse und Netzwerke haben weitere Standards und Kodexe eingeführt, um besondere operative Bedürfnisse zu erfüllen, etwa bezüglich der Mandate bestimmter Organisationen, fachlicher Expertise oder eines wahrgenommenen Defizits an Leitlinien. Wo dies relevant ist, wird in den fachlichen Kapiteln dieses Handbuchs auf diese weiteren Standards verwiesen.

Das Sphere Project ist Teil einer Gruppe von Initiativen innerhalb des humanitären Bereichs, die sich mit **Qualität und Rechenschaftspflicht** befassen; diese unterhalten eine enge Arbeitsbeziehung mit dem Emergency Capacity Building (ECB) Project, das The Good Enough Guide entwickelt hat, und der Humanitarian Accountability Partnership (HAP), die sich mit ihrem ‚Humanitarian Accountability and Quality Management Standard' mit Fragen der Einhaltung von Standards beschäftigt. Weitere Initiativen im Bereich Qualität und Rechenschaftspflicht, mit welchen Sphere regelmäßig kooperiert, sind People In Aid, Groupe URD (Urgence, Réhabilitation, Développement), Coordination Sud und Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP).

Weitere Ressourcen

Das vorliegende Handbuch ist das primäre und meistgenutzte Instrument des Sphere Project. Es ist über der Sphere-Website (www.sphereproject.org) auch in elektronischer Form abrufbar; auf der Website finden Sie zudem aktuelle Nachrichten sowie Informationen über die verfügbaren Versionen und weiteres Material.

Zum Handbuch, das in zahlreichen Sprachen veröffentlicht wurde, liegen verschiedene Schulungs- und Werbematerialien vor. Auf der Basis der Erfahrungen in der praktischen Arbeit werden diese häufig an lokale Kontexte angepasst. Dies verdeutlicht die Resonanz der Sphere-Nutzergemeinschaft, einem teils informellen, lose verknüpften und stetig wachsenden Netzwerk von Fachleuten, die den Geist von Sphere lebendig erhalten. Das Sphere Project gründet auf der Notwendigkeit, die humanitäre Hilfe mit dem Ziel zu verbessern, die Rechte der von einer Katastrophe oder einem Konflikt betroffenen Menschen zu wahren, ihre Bedürfnisse zu befriedigen und ihnen Rechenschaft abzulegen. Seit seinen Anfängen konnte das Sphere Project große Fortschritte erzielen. Fortschritte sind jedoch nicht allein durch ein Handbuch zu erreichen, sondern nur durch Sie!

Überblick über die Querschnittsthemen

Die Querschnittsthemen in diesem Handbuch konzentrieren sich auf besondere Problembereiche in der Katastrophenhilfe und befassen sich mit Fragen, die die Gefährdungen und Anfälligkeiten einzelner Menschen, von Gruppen oder der Allgemeinheit betreffen. In diesem Abschnitt wird jedes Thema detaillierter vorgestellt.

Kinder: Es sind besondere Maßnahmen zu ergreifen, um sicherzustellen, dass alle Kinder vor Schaden bewahrt werden und gerechten Zugang zu grundlegenden Leistungen erhalten. Da Kinder oft einen beträchtlichen Teil der betroffenen Bevölkerung repräsentieren, ist es entscheidend, dass ihre Meinungen und Erfahrungen nicht nur während der Notfallbeurteilungen und Planung eruiert werden, sondern auch die humanitäre Leistungserbringung und deren Überwachung und Evaluierung beeinflussen. Kinder und Jugendliche sind in bestimmten Situationen anfällig für die schädlichen Auswirkungen von Gefährdungen wie Mangelernährung, Ausbeutung, Entführung und Rekrutierung für bewaffnete Gruppen und Kampfverbände, sexuelle Gewalt und mangelnde Möglichkeiten der Beteiligung an der Entscheidungsfindung. Im Sinne des Übereinkommens über die Rechte des Kindes bezeichnet ‚Kind' einen Menschen, der das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Diese Definition kann je nach dem kulturellen und sozialen Kontext variieren. Es sollte gründlich analysiert werden, wie die betroffene Bevölkerung Kinder definiert, um sicherzustellen, dass kein Kind oder Jugendlicher von der humanitären Hilfe ausgeschlossen wird.

Katastrophenrisikoreduzierung (disaster risk reduction) wird definiert als Konzept und Praxis der Reduzierung von Katastrophenrisiken durch systematische Anstrengungen im Hinblick auf Analyse und Management der ursächlichen Faktoren von Katastrophen, unter anderem durch eine reduzierte Gefahrenexposition, eine verminderte Gefährdung und Anfälligkeit von Menschen und Eigentum, den umsichtigen Umgang mit Land und Umwelt sowie eine verbesserte Vorbereitung auf mögliche (Natur-)Katastrophen wie Stürme, Überschwemmungen, Dürren und der Anstieg des Meeresspiegels. Da es sich hierbei allem Anschein nach um immer stärker veränderliche und schwerwiegende Phänomene handelt, werden sie zunehmend auf den weltweiten **Klimawandel** zurückgeführt.

Umwelt wird verstanden als die physischen, chemischen und biologischen Elemente und Prozesse, die das Leben und die Existenzgrundlagen der von einer Katastrophe betroffenen und lokalen Bevölkerungsgruppen beeinflussen. Sie stellt die natürlichen Ressourcen bereit, von welchen die Menschen leben, und

trägt zur Lebensqualität bei. Schutz und Management der Umwelt sind erforderlich, wenn ihre wichtigsten Funktionen aufrechterhalten werden sollen. Die Mindeststandards thematisieren die Notwendigkeit, Übernutzung, Verschmutzung und Zerstörung der Umweltbedingungen zu verhindern, zielen auf eine Sicherung der lebenserhaltenden Funktionen der Umwelt sowie die Reduzierung von Risiken und Gefährdungen ab und befürworten die Einführung von Mechanismen, die die Anpassungsfähigkeit der natürlichen Systeme zwecks Selbsterholung fördern.

Gender bezieht sich auf die Tatsache, dass die Menschen je nach ihrem Geschlecht bestimmte Situationen unterschiedlich erfahren. Mit **Geschlecht** werden die biologischen Attribute von Frauen und Männern bezeichnet, die natürlich, durch die Geburt festgelegt und daher im Allgemeinen unveränderlich und universell sind.

Die Gleichberechtigung von Frauen und Männern ist in den Menschenrechtsdokumenten, auf welchen die humanitäre Charta basiert, eindeutig festgeschrieben. Frauen und Männer haben den gleichen Anspruch auf humanitäre Hilfe und Schutz, auf Wahrung der Menschenwürde, auf Anerkennung ihrer menschlichen Fähigkeiten, einschließlich der Fähigkeit, eine Wahl zu treffen, auf die gleichen Chancen, nach dieser Wahl zu handeln, und auf das gleiche Maß an Macht zur Gestaltung des Ergebnisses ihrer Handlungen. Humanitäre Einsätze sind effektiver, wenn sie auf einem Verständnis der unterschiedlichen Bedürfnisse, Gefährdungen, Anfälligkeiten, Interessen, Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien von Frauen und Männern, Mädchen und Jungen aller Altersgruppen und der unterschiedlichen Auswirkungen einer Katastrophe oder eines Konflikts auf diese basieren. Eine Gender-Analyse ermöglicht es, diese Unterschiede sowie die Ungleichheiten bei den Rollen und der Arbeitsbelastung von Frauen und Männern, beim Zugang zu Ressourcen und der Kontrolle über diese, bei der Entscheidungsmacht und den Möglichkeiten der Kompetenzentwicklung aufzuzeigen. Genderfragen berühren weitere Querschnittsthemen. Die humanitären Ziele Verhältnismäßigkeit und Unparteilichkeit bedeuten, dass auf Fairness zwischen Frauen und Männern zu achten ist und Gleichheit im Ergebnis gewährleistet werden muss. Historisch betrachtet wurde die Beachtung der Geschlechterbeziehungen von der Notwendigkeit diktiert, die Bedürfnisse und Umstände von Frauen und Mädchen zu berücksichtigen, da Frauen und Mädchen typischerweise stärker benachteiligt werden als Männer und Jungen. Die humanitäre Gemeinschaft erkennt jedoch zusehends, dass es auch wichtig ist zu verstehen, mit welchen spezifischen Problemen Männer und Jungen in Krisensituationen konfrontiert sind.

HIV und AIDS: Es ist wichtig, die HIV-Prävalenz in einem spezifischen humanitären Kontext zu kennen, um die Gefährdungen und Risiken zu verstehen und eine effektive Hilfsmaßnahme planen zu können. Neben den am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen (d. h. Männer, die Sexualkontakte mit anderen Männern haben, injizierende Drogenkonsumenten und Sexarbeiter/-innen), für die oft besondere Maßnahmen zum Schutz vor Vernachlässigung, Diskriminierung und Gewalt erforderlich sind, weisen einige Kontexte weitere besonders gefährdete Gruppen auf, etwa Flüchtlinge, Migranten, Jugendliche und alleinerziehende Mütter. Massenvertreibung kann aufgrund der Trennung von Familienmitgliedern und des Aufbrechens des Zusammenhalts in der Gemeinschaft sowie der sozialen und sexuellen Normen zu erhöhter HIV-Gefährdung führen. Es ist möglich, dass Frauen und Kinder von bewaffneten Gruppen ausgebeutet werden und aufgrund von sexueller Gewalt besonders HIV-gefährdet sind. In humanitären Notfallsituationen haben die Menschen möglicherweise keinen Zugang mehr zu HIV-Interventionen, etwa Präventionsprogrammen, und es kann zu einem Abbruch von anti-retroviralen Therapien (ART), Tuberkulose-Behandlungen und der Prävention und Behandlung anderer opportunistischer Infektionen kommen.

HIV-Infizierte sind häufig von Diskriminierung und Stigmatisierung betroffen; daher muss strikt auf Vertraulichkeit geachtet und bei Bedarf Schutz bereitgestellt werden. Durch die sektorbezogenen Aktivitäten dieses Handbuchs sollte für geeignete HIV-Interventionen je nach Prävalenz und Kontext gesorgt sein, sodass die HIV-Gefährdung der Menschen nicht weiter erhöht wird.

Ältere Menschen: Als ältere Männer und Frauen gelten nach den Vereinten Nationen Menschen im Alter von über 60 Jahren; die Definition von „älter“ kann jedoch je nach Kontext variieren. Ältere Menschen gehören in den Entwicklungsländern oft zu den Ärmsten; sie repräsentieren einen großen und weiter wachsenden Teil der am stärksten gefährdeten und anfälligen Mitglieder der von einer Katastrophe oder einem Konflikt betroffenen Bevölkerungsgruppen (so ist z. B. die Gruppe der über 80-Jährigen die am schnellsten wachsende Altersgruppe der Welt); dennoch werden sie im Rahmen des Katastrophen- oder Konfliktmanagements häufig vernachlässigt. Isolation und körperliche Schwäche sind signifikante Faktoren, die die Gefährdung älterer Menschen in Katastrophen- oder Konfliktsituationen verschärfen; als weitere Faktoren sind ein Wegbrechen der Existenzsicherungsstrategien und Unterstützungsstrukturen der Familien und Gemeinden, chronische Gesundheits- und Mobilitätsprobleme und eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit zu nennen. Es sollten besondere Anstrengungen unternommen werden, um ans Haus gefesselte ältere Menschen und von älteren Menschen geführte Haushalte zu identifizieren

und zu erreichen. Ältere Menschen können ferner einen wichtigen Beitrag zum Überleben und zur Rehabilitation leisten. Sie spielen eine entscheidende Rolle als Betreuungspersonen für Kinder, beim Management von Ressourcen und der Generierung von Einkommen; zudem verfügen sie über Kenntnisse und Erfahrungen in Bezug auf die Bewältigungsstrategien der Gemeinde und unterstützen die Bewahrung der kulturellen und sozialen Identität.

Menschen mit Behinderungen: Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorgani-sation (WHO) leben zwischen 7 und 10 Prozent der Weltbevölkerung – einschließlich Kindern und älterer Menschen – mit einer Behinderung. Katastrophen und Konflikte können eine erhöhte Inzidenz von Beeinträchtigungen und daraus folgenden Behinderungen nach sich ziehen. Das UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, oder Behindertenrechtskonvention (UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities CRPD) definiert Behinderung als ein sich ständig weiterentwickelndes Konzept, das daraus resultiert, dass Menschen mit Beeinträchtigungen (die körperlicher, sensorischer, geistiger oder psychosozialer Art sein können) auf sozialen und umweltbedingte Barrieren stoßen, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilnahme am gesellschaftlichen Leben hindern. Es liegt daher an diesen Barrieren, dass Menschen mit Behinderungen daran gehindert werden, in vollem Umfang und sinnvoll an allgemeinen humanitären Hilfsprogrammen teilzunehmen oder von diesen zu profitieren. In der neuen CRPD werden die Sicherheit und der Schutz von Behinderten in Konflikt- und Notfallsituationen ausdrücklich genannt (CRPD, Artikel 11).

Menschen mit Behinderungen sind in Katastrophensituationen unverhältnismäßigen Risiken ausgesetzt und werden häufig von Hilfs- und Rehabilitationsprozessen ausgeschlossen. Durch diesen Ausschluss wird es für sie noch schwieriger, normale Unterstützungsleistungen in Katastrophensituationen wirksam zu nutzen oder an ihnen teilzunehmen. Vor allem ist zu beachten, dass Menschen mit Behinderungen eine sehr gemischte Gruppe bilden, die Kinder und ältere Menschen umfasst und deren Bedürfnissen nicht mit einem ‚Einheitsansatz' zu begegnen ist. Bei humanitären Maßnahmen müssen daher die besonderen Fähigkeiten, Kompetenzen, Ressourcen und Kenntnisse der Menschen mit Beeinträchtigungen unterschiedlichen Typs und Ausmaßes berücksichtigt werden. Es ist zudem wichtig, sich vor Augen zu halten, dass Menschen mit Behinderungen die gleichen grundlegenden Bedürfnisse haben wie die anderen Mitglieder ihrer Gemeinde. Daneben haben einige von ihnen möglicherweise besondere Bedürfnisse, z. B. Ersatz von Hilfen oder Geräten und Zugang zu Rehabilitationsleistungen. Ferner ist darauf zu achten, dass Maßnahmen mit Behinderten als Zielgruppe nicht dazu führen, dass diese von ihrer Familie oder

den Netzwerken der Gemeinde getrennt werden. Wenn die Rechte von behinderten Menschen im Rahmen humanitärer Einsätze nicht berücksichtigt werden, verspielt man eine enorme Chance, die Gemeinden für alle Menschen wiederaufzubauen. Es ist daher von wesentlicher Bedeutung, Menschen mit Behinderungen in alle Aspekte der Hilfe und Wiederherstellung einzubeziehen. Hierfür sind sowohl allgemeine als auch gezielte Hilfsmaßnahmen erforderlich.

Psychosoziale Unterstützung: Einige der wichtigsten Ursachen von Gefährdung, Anfälligkeit und Leiden in Katastrophensituationen sind auf die komplexen emotionalen, sozialen, physischen und spirituellen Auswirkungen von Katastrophen zurückzuführen. Viele dieser Reaktionen sind normal und können mit der Zeit überwunden werden. Es ist immens wichtig, lokal angemessene psychiatrische und psychosoziale Unterstützung zu organisieren, durch die die Selbsthilfe und die Bewältigungs- und Widerstandsfähigkeit der betroffenen Menschen unterstützt wird. Eine humanitäre Maßnahme wird gestärkt, wenn die betroffenen Menschen sobald wie möglich in die Planung und Durchführung der Katastrophenhilfe eingebunden werden. In jedem Sektor der humanitären Hilfe bringt die Art der Hilfeleistung psychosoziale Auswirkungen mit sich, die die betroffenen Menschen entweder unterstützen oder ihnen schaden. Die Hilfeleistung sollte in einer mitfühlenden Weise erfolgen, welche die Würde wahrt, die Selbstwirksamkeit durch sinnvolle Beteiligung verbessert, die Bedeutung der religiösen und kulturellen Praktiken respektiert und die Fähigkeit der Gemeinschaft stärkt, ihr Wohlergehen ganzheitlich zu unterstützen.

Quellen

UN-Übereinkommen über die Rechte des Kindes:
www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen:
www.un.org/disabilities/

WHO zum Thema Behinderungen: www.who.int/disabilities/en/

Die humanitäre Charta

Die humanitäre Charta bildet den ethischen und rechtlichen Hintergrund für die Grundsätze zum Schutz (protection principles) und die Grund- und Mindeststandards, die in diesem Handbuch enthalten sind. Sie legt einerseits etablierte gesetzliche Rechte und Pflichten dar und ist andererseits Ausdruck einer gemeinsamen Überzeugung.

Im Hinblick auf die gesetzlichen Rechte und Pflichten fasst sie die zentralen Rechtsgrundsätze zusammen, die für das Wohlergehen der von einer Katastrophe oder einem Konflikt betroffenen Menschen am bedeutendsten sind. Hinsichtlich der gemeinsamen Überzeugung versucht sie, einen Konsens zwischen den humanitären Organisationen darüber abzubilden, welchen Grundsätzen die Hilfe im Rahmen einer Katastrophe oder eines Konflikts entsprechen sollte. Dies schließt die Rollen und Verantwortlichkeiten der verschiedenen beteiligten Akteure ein.

Sie bildet die Grundlage für das Engagement der humanitären Organisationen, die sich zu Sphere bekennen, und eine Aufforderung an alle an humanitären Einsätzen Beteiligten, sich ebenfalls nach diesen Grundsätzen zu richten.

Die humanitäre Charta

Unsere Überzeugungen

1. Die humanitäre Charta ist Ausdruck unserer gemeinsamen Überzeugung als humanitäre Organisationen, dass alle von einer Katastrophe oder einem Konflikt betroffenen Menschen ein Recht auf Schutz und Hilfe haben, damit die grundlegenden Bedingungen für ein Leben in Würde sichergestellt sind. Wir sind davon überzeugt, dass die in dieser humanitären Charta dargelegten Grundsätze allgemein für alle von einer Katastrophe oder einem Konflikt betroffenen Menschen an gleich welchem Ort sowie für all diejenigen gelten, die ihnen helfen oder für ihre Sicherheit sorgen wollen. Diese Grundsätze werden im Völkerrecht reflektiert, leiten ihre Kraft jedoch letztlich von dem fundamentalen moralischen Grundsatz der **Menschlichkeit** (humanity) ab: dass alle Menschen frei und gleich an Würde und Rechten geboren sind. Auf der Basis dieses Grundsatzes bekräftigen wir den Primat des **humanitären Imperativs**: Es sollten Maßnahmen zur Verhinderung oder Linderung menschlichen Leids infolge von Katastrophen oder Konflikten ergriffen werden, und dieser Grundsatz sollte durch nichts außer Kraft gesetzt werden.

Als lokale, nationale und internationale humanitäre Organisationen verpflichten wir uns, in unseren Bemühungen, den Betroffenen zu helfen und sie zu schützen, die Grundsätze in dieser Charta zu fördern und zu befolgen und die Mindeststandards zu erfüllen. Wir laden alle an humanitären Aktivitäten Beteiligten, unter anderem die Akteure des staatlichen und des privaten Sektors, ein, die im Folgenden niederge-

legten gemeinsamen Grundsätze als Bekundung einer gemeinsamen humanitären Überzeugung anzunehmen.

Unsere Rolle

2. Wir sind uns bewusst, dass die grundlegenden Bedürfnisse der von einer Katastrophe oder einem Konflikt betroffenen Menschen zuerst durch deren eigene Bemühungen und durch die Unterstützung der Gemeinde und der lokalen Institutionen befriedigt werden. Wir erkennen die primäre Rolle und Verantwortung des betroffenen Staates an, den Betroffenen zügig Hilfe zu leisten, den Schutz und die Sicherheit der Menschen zu gewährleisten und sie bei ihrer Regeneration zu unterstützen. Wir sind davon überzeugt, dass eine Kombination behördlicher und freiwilliger Maßnahmen für eine effiziente Prävention und Hilfe entscheidend ist, und in diesem Zusammenhang spielen die nationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Gesellschaften und andere zivilgesellschaftlichen Akteure eine wesentliche Rolle bei der Unterstützung der öffentlichen Behörden. Für den Fall einer unzureichenden nationalen Kapazität bestätigen wir die Rolle der breiteren internationalen Gemeinschaft einschließlich Geberländer und regionalen Organisationen bei der Unterstützung der Staaten im Hinblick auf die Erfüllung ihrer Verantwortlichkeiten. Wir erkennen die Sonderrollen der Organisationen der Vereinten Nationen (UN mandated agencies) und des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz (International Comittee of the Red Cross, ICRC) an und unterstützen diese.

3. Als humanitäre Organisationen definieren wir unsere Rolle im Verhältnis zu den Bedürfnissen und Fähigkeiten der betroffenen Bevölkerungsgruppen und den Verantwortlichkeiten ihrer Regierungen oder Kontrollmächte. Unsere Rolle bei der Leistung von Hilfe trägt der Tatsache Rechnung, dass die primär für die Hilfe Verantwortlichen nicht immer in vollem Umfang in der Lage oder bereit sind, diese Rolle selbst zu übernehmen. Sofern dies mit der Erfüllung des humanitären Imperativs und der anderen in dieser Charta dargelegten Grundsätze vereinbar ist, unterstützen wir soweit wie möglich die Bemühungen der entsprechenden Behörden, die Betroffenen zu schützen und zu unterstützen. Wir rufen alle staatlichen und nicht staatlichen Akteure auf, die unparteiische, unabhängige und unvoreingenommene Rolle der humanitären Organisationen 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.

Gemeinsame Grundsätze, Rechte und Pflichten

4. Wir bieten unsere Leistungen als humanitäre Organisationen auf der Basis des Grundsatzes der Menschlichkeit 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 auf Hilfe, die in den Bestimmungen des humanitären Völkerrechts, der Menschenrechtsnormen und des Flüchtlingsrechts zum Ausdruck kommen. Für die Zwecke dieser Charta fassen wir diese Rechte wie folgt zusammen:

- ***das Recht auf ein Leben in Würde***
- ***das Recht auf humanitäre Hilfe***
- ***das Recht auf Schutz und Sicherheit.***

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

5. **Das Recht auf ein Leben in Würde** ist in den Bestimmungen des Völkerrechts niedergelegt, insbesondere in den Menschenrechtsnormen betreffend das Recht auf Leben, auf einen angemessenen Lebensstandard und auf Freiheit 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 beinhaltet auch die Pflicht, die Bereitstellung von lebensrettender Hilfe nicht zu be- oder verhindern. Würde umfasst mehr als nur körperliche Unversehrtheit; sie verlangt Respekt für die gesamte Person, unter anderem für die Werte und Überzeugungen der Menschen und betroffenen Gemeinschaften, und die Achtung ihrer Menschenrechte einschließlich Freiheit, Gewissens- und Religionsfreiheit.

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, Unterkünften und die Voraussetzungen für eine gute Gesundheit, die im Völkerrecht ausdrücklich garantiert sind. Die Grund- und Mindeststandards von Sphere reflektieren diese Rechte und geben ihnen praktischen Ausdruck, insbesondere in Bezug auf die Bereitstellung von Hilfe für die von einer Katastrophe oder einem Konflikt Betroffenen. Falls die staatlichen oder nicht staatlichen Akteure diese Hilfe nicht selbst leisten, sind wir der Meinung, dass sie anderen die Hilfeleistung erlauben müssen. Jede Hilfe muss entsprechend dem Grundsatz der **Unparteilichkeit** (impartiality) geleistet werden, der erfordert, dass die Hilfe ausschließlich auf Bedarfsbasis und im Verhältnis zum Bedarf bereitgestellt wird. Dies reflektiert den allgemeineren Grundsatz der **Nichtdiskriminierung**: dass niemand aufgrund seines Status diskriminiert werden sollte, was Alter, Geschlecht, Rasse, Hautfarbe, ethnische Zugehörigkeit, sexuelle Orientierung, Sprache, Religion, Behinderung, Gesundheitszustand, politische oder andere Überzeugungen, nationale oder soziale Herkunft umfasst.

7. Das **Recht auf Schutz und Sicherheit** ist verankert in den Bestimmungen des Völkerrechts, in Resolutionen der Vereinten Nationen und anderer zwischenstaatlicher Organisationen sowie in der hoheitlichen Verantwortung der Staaten, alle Menschen in 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. Es ist gesetzlich anerkannt, dass einige Menschen aufgrund ihres Status, z. B. durch Alter, Geschlecht oder Rasse, besonders anfällig für Missbrauch und negative Diskriminierung sind und daher möglicherweise spezieller Schutz- und Hilfsmaßnahmen bedürfen. Soweit ein Staat nicht über die Kapazität verfügt, die Bevölkerung unter diesen Umständen zu schützen, sind wir der Meinung, dass er entsprechende internationale Hilfe anfordern muss.

Die Rechtsnormen betreffend den Schutz von Zivilpersonen und Vertriebenen bedarf hier besonderer Aufmerksamkeit:

(i) Während eines **bewaffneten Konflikts** im Sinne des humanitären Völkerrechts gelten besondere Rechtsvorschriften bezüglich Schutz und Hilfe für die nicht am Konflikt beteiligten 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 gegen die Zivilbevölkerung gerichteten Angriffen und Repressalien und insbesondere die Bedeutung des Grundsatzes 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** beim Angriff; die Pflicht, keine Waffen einzusetzen, die willkürlich töten oder verletzten oder unnötige Leiden verursachen; und die Pflicht, unparteiische humanitäre Hilfsaktionen zu erlauben. Viel des vermeidbaren Leids, das Zivilisten in bewaffneten Konflikten zugefügt wird, rührt aus der Nichtbeachtung dieser Grundsätze her.

(ii) Das **Recht auf Asyl oder Zuflucht** ist für den Schutz von Menschen, die von Verfolgung oder Gewalt bedroht sind, weiterhin unverzichtbar. Die von einer Katastrophe oder einem Konflikt betroffenen Menschen sind häufig gezwungen, auf der Suche nach Sicherheit und Deckung ihres Existenzbedarfs 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 internationaler und regionaler Verträge enthalten grundlegende Schutzklauseln für Menschen, die von dem Staat, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen oder in welchem sie ihren Wohnsitz haben, keinen Schutz erhalten und daher

gezwungen sind, in einem anderen Land Schutz zu suchen. Hierbei kommt dem Grundsatz der **Nichtzurückweisung** die größte Bedeutung zu, also dem Prinzip, dass niemand in ein Land zurückgeschickt werden darf, in welchem sein Leben, seine Freiheit oder physische Sicherheit bedroht wären oder in dem er voraussichtlich mit Folter oder anderer grausamer, unmenschlicher oder entwürdigender Behandlung oder Bestrafung zu rechnen hätte. Dieser Grundsatz lässt sich auch auf Binnenvertriebene ausdehnen, was in den internationalen Menschenrechtsnormen reflektiert wird und in den Leitgrundsätzen betreffend Binnenvertreibungen (Guiding Principles on Internal Displacement) von 1998 und entsprechenden regionalen und nationalen Gesetzen weiter ausgearbeitet ist.

Unsere Verpflichtungen

8. Wir bieten unsere Leistungen in der Überzeugung an, dass die betroffene Bevölkerung im Zentrum des humanitären Einsatzes steht, und sind uns bewusst, dass deren aktive Beteiligung überaus wichtig ist, damit die Hilfe in einer Weise geleistet werden kann, dass die Bedürfnisse der Betroffenen, unter anderem der besonders gefährdeten oder anfälligen und sozial ausgegrenzten Menschen, befriedigt werden. Wir sind bestrebt, die lokalen Bemühungen zu unterstützen, für Katastrophen und die Folgen von Konflikten Prävention, Vorsorge und Reaktion sicherzustellen und die Fähigkeiten der lokalen Akteure auf allen Ebenen zu stärken.

9. Wir sind uns bewusst, dass die Versuche, humanitäre Hilfe zu leisten, manchmal unbeabsichtigte nachteilige Wirkungen nach sich ziehen. In Zusammenarbeit mit den betroffenen Gemeinden und Behörden sind wir bemüht, negative Auswirkungen der humanitären Einsätze auf die lokalen Gemeinden oder auf die Umwelt möglichst gering zu halten. Im Hinblick auf bewaffnete Konflikte erkennen wir an, dass die Art der Bereitstellung humanitärer Hilfe dazu führen kann, dass Zivilpersonen stärker durch Angriffe bedroht sind oder dass eine oder mehrere der am Konflikt beteiligten Parteien zuweilen einen unbeabsichtigten Vorteil erlangen. Soweit dies mit den oben aufgeführten Grundsätzen vereinbar ist, setzen wir uns dafür ein, 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, die 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) enthalten sind.

11. Die Grund- und Mindeststandards von Sphere konkretisieren die gemeinsamen Grundsätze dieser Charta; sie basieren auf dem Verständnis der Hilfsorganisationen

hinsichtlich der grundlegenden Mindestanforderungen für ein Leben in Würde und auf ihren Erfahrungen bei der Leistung humanitärer Hilfe. Obwohl die Erfüllung der Standards von einer ganzen Reihe von Faktoren abhängt, die zu einem großen Teil nicht unserer Kontrolle unterliegen, verpflichten wir uns, uns konsequent für deren Erreichen einzusetzen, und erwarten, entsprechend zur Rechenschaft gezogen zu werden. Wir laden alle Parteien, unter anderem die Regierungen der betroffenen Staaten und der Geberländer, die internationalen Organisationen, die privaten und nicht staatlichen Akteure, ein, die Grund- und Mindeststandards von Sphere als anerkannte Normen zu übernehmen.

12. Durch Einhaltung der Grund- und Mindeststandards verpflichten wir uns, alles nur Mögliche zu tun, um sicherzustellen, dass die von Katastrophen oder Konflikten betroffenen Menschen wenigstens Zugang zu den Mindestvoraussetzungen für ein Leben in Würde und Sicherheit haben, unter anderem zu angemessener Wasser- und Sanitärversorgung, Nahrung, Ernährung, Notunterkünften und Gesundheitsversorgung. Daher werden wir uns weiterhin dafür einsetzen, dass die Staaten und sonstigen Parteien ihren moralischen und gesetzlichen Verpflichtungen gegenüber den betroffenen Bevölkerungsgruppen nachkommen. Wir verpflichten uns unsererseits, unsere Einsätze effektiver, adäquater und verantwortlicher zu gestalten, und zwar durch solide Beurteilung und Beobachtung des sich verändernden lokalen Kontextes, durch Transparenz der Informationen und der Entscheidungsfindung und durch effektivere Koordinierung und Zusammenarbeit mit den weiteren relevanten Akteuren auf allen Ebenen, wie dies in den Grund- und Mindeststandards festgehalten wird. Insbesondere verpflichten wir uns, mit den betroffenen Bevölkerungsgruppen zusammenzuarbeiten und deren aktive Beteiligung an der Hilfsmaßnahme in den Vordergrund zu stellen. Wir sind uns bewusst, dass unsere grundlegende Rechenschaftspflicht den Menschen gilt, die wir unterstützen wollen.

Grundsätze zum Schutz

Zum Aufbau dieses Kapitels

Humanitäre Einsätze bestehen aus zwei wichtigen Grundpfeilern: Schutz und Hilfe. Während sich der Großteil dieses Handbuchs, insbesondere in den fachlichen Kapiteln, mit dem Bereich Hilfe beschäftigt, konzentriert sich dieses Kapitel auf den Schutz. Es baut auf der humanitären Charta auf und befasst sich mit der Frage, wie die humanitären Organisationen zum Schutz der Menschen, die von Gewalt oder Nötigung bedroht sind, beitragen können. Allgemeiner formuliert geht es darum, welche Rolle den Hilfsorganisationen dabei zukommt, die Achtung und Durchsetzung der in der Charta niedergelegten Rechte, einschließlich des Zugangs zu Hilfe, zu gewährleisten.

Das Kapitel ist in zwei Abschnitte gegliedert:

- Eine **Einführung**, in der die allgemeinen Verantwortlichkeiten aller an der humanitären Hilfe Beteiligten im Hinblick auf den Schutz der betroffenen Bevölkerung und die Achtung ihrer Rechte dargelegt sind.
- Vier **Grundsätze zum Schutz**, die allen humanitären Einsätzen zugrunde liegen und die grundlegenden Schutzaspekte im Kontext der humanitären Hilfe umfassen. Sie werden von Richtlinien begleitet, welche die Rolle der humanitären Organisationen im Bereich Schutz noch weiter ausarbeiten. Die Literaturangaben verweisen auf weitere Standards und Materialien zu spezielleren Aspekten des Bereichs Schutz.

Inhalt

Einführung 33

Grundsätze zum Schutz 38

Quellen und weiterführende Literatur 50

Humanitäre Charta
Grundsätze zum Schutz
Grundsatz 1
Vermeidung der weiteren Gefährdung der Betroffenen durch den humanitären Einsatz
Grundsatz 2
Den Zugang der Menschen zu unparteiischer Hilfe sicherstellen
Grundsatz 3
Die Menschen vor physischem und psychischem Schaden grund von Gewalt oder Nötigung schützen
Grundsatz 4
Die Menschen bei der Geltendmachung ihrer Rechte, beim Zugang zu verfügbaren Rechtsmitteln und der Überwindung der Folgen von Missbrauch unterstützen
Quellen und weiterführende Literatur

Einführung

Schutz und humanitäre Hilfe

Schutz umfasst die Sicherheit, die Würde und die Rechte der von einer Katastrophe oder einem bewaffneten Konflikt betroffenen Menschen. Die humanitäre Charta fasst einige der grundlegendsten Rechte zusammen, die in der humanitären Hilfe zum Tragen kommen. Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Art und Weise, wie diese Rechte aus einer Schutz-Perspektive die Basis für die humanitäre Praxis bilden sollten. Insbesondere geht es um die Frage, wie die Hilfsorganisationen weiteren Schaden von der betroffenen Bevölkerung abwenden können, und wie sie den Menschen helfen können, ein höheres Maß an Sicherheit zu erreichen.

Zentrale humanitäre Schutzbelange stellen in diesem Kontext die Freiheit von Gewalt und Nötigung verschiedenster Art und die Freiheit von vorsätzlichem Entzug der Mittel für ein Überleben in Würde dar.

Diese Belange führen zu **vier fundamentalen Grundsätzen zum Schutz**, an welchen sich alle humanitären Einsätze orientieren sollten:

1. Vermeidung der weiteren Gefährdung der Betroffenen durch den humanitären Einsatz.
2. Den Zugang der Menschen zu unparteiischer Hilfe sicherstellen – entsprechend ihrem Bedarf und ohne Diskriminierung.
3. Die Menschen vor physischem und psychischem Schaden aufgrund von Gewalt und Nötigung schützen.
4. Die Menschen bei der Geltendmachung ihrer Rechte, beim Zugang zu verfügbaren Rechtsmitteln und der Überwindung der Folgen von Missbrauch unterstützen.

Im Kontext eines humanitären Einsatzes reflektieren diese vier Grundsätze die ernsteren Bedrohungen, mit welchen die Menschen in Zeiten von Konflikten oder Katastrophen gewöhnlich konfrontiert sind. Die Richtlinien befassen sich mit den entsprechenden Verantwortlichkeiten und Möglichkeiten der Hilfsorganisationen sowie mit besonderen Schutzbedürfnissen.

Die vier Grundsätze zum Schutz ergeben sich aus der Zusammenfassung der Rechte, die in der humanitären Charta dargelegt sind: dem Recht auf ein Leben in Würde, dem Recht auf humanitäre Hilfe und dem Recht auf Schutz und Sicherheit.

Zu den einzelnen Grundsätzen zum Schutz

Die folgenden kurzen Hinweise dienen als Orientierungshilfe für die Auslegung der Grundsätze zum Schutz:

Grundsatz 1 (Vermeidung weiteren Schadens) bezieht sich auf die Schutzprobleme, die durch einen humanitären Einsatz verursacht oder verschärft werden können. Wie in der Charta dargelegt, müssen die am humanitären Einsatz Beteiligten alle zumutbaren Anstrengungen unternehmen, um zu vermeiden, dass die von einer Katastrophe oder einem bewaffneten Konflikt betroffenen Menschen weiteren Schaden erleiden, zum Beispiel durch Errichtung von Siedlungen für Vertriebene in unsicheren Gebieten.

Grundsatz 2 (Sicherstellung des Zugangs zu unparteiischer Hilfe) betrifft die Verantwortung sicherzustellen, dass die humanitäre Hilfe allen Bedürftigen zugänglich ist, insbesondere den Menschen, die am stärksten gefährdet oder anfällig sind oder aus politischen oder anderen Gründen ausgegrenzt werden. Die Verweigerung des Zugangs zur erforderlichen Hilfe stellt ein großes Problem im Bereich Schutz dar. Dies kann auch die Verweigerung des sicheren Zugangs der humanitären Organisationen zum Zweck der Hilfeleistung umfassen (ist jedoch nicht hierauf beschränkt).

Grundsatz 3 (Schutz der Menschen vor Gewalt) befasst sich mit dem Schutz vor Gewalt sowie dem Schutz davor, gegen seinen Willen zu Handlungen gezwungen oder veranlasst zu werden, etwa zu Waffen zu greifen, gewaltsam von einem Ort vertrieben zu werden, daran gehindert zu werden, einen Ort zu verlassen, oder in entwürdigender Weise behandelt oder bestraft zu werden. Er befasst sich mit der Verhinderung oder Verminderung physischen und psychischen Schadens, worunter insbesondere die Verbreitung von Angst und die vorsätzliche Erzeugung von Terror oder Panik fallen.

Grundsatz 4 (Hilfeleistung bei Rechtsansprüchen, dem Zugang zu Rechtsmitteln und der Überwindung der Folgen von Missbrauch) bezieht sich auf die Rolle der humanitären Organisationen im Hinblick auf die Hilfestellung für betroffene Menschen bei der Geltendmachung ihrer Ansprüche und dem Zugang zu Rechtsmitteln, etwa rechtliche Wiedergutmachung, Entschädigung oder Rückgabe von Eigentum. Es geht zudem darum, den Menschen zu helfen, die Folgen von Vergewaltigung zu überwinden und sich generell von den Folgen von Missbrauch – physisch und psychisch, sozial und wirtschaftlich – zu erholen.

Zusammen mit den Richtlinien beschreiben die vier Grundsätze zum Schutz, was die humanitären Organisationen tun können und sollten, um die von einer Katastrophe betroffene Bevölkerung zu schützen. Es ist jedoch wichtig festzuhalten, dass

die Rollen und Verantwortlichkeiten der Hilfsorganisationen in diesem Kontext generell sekundärer Art sind. Wie in der Charta ausgeführt, müssen diese Rollen im Verhältnis zur primären Pflicht des Staates oder anderer zuständiger Behörden betrachtet werden, z. B. von Konfliktparteien, die ein Gebiet kontrollieren oder besetzt haben. Diese Behörden sind formell und gesetzlich für das Wohlergehen der Menschen in ihrem Gebiet oder unter ihrer Kontrolle und ganz allgemein für die Sicherheit der Zivilbevölkerung in bewaffneten Konflikten verantwortlich.

Letztlich sind es diese Behörden, die über die Mittel verfügen, die Sicherheit der betroffenen Bevölkerung durch Maßnahmen oder Auflagen sicherzustellen. Eine zentrale Aufgabe der Hilfsorganisationen kann darin bestehen, die Behörden dazu anzuspornen, ihrer Verantwortung nachzukommen, und für den Fall, dass die Behörden dies nicht tun, die Menschen bei der Bewältigung der Folgen zu unterstützen.

Umsetzung der Grundsätze zum Schutz in die Praxis

Um die Standards dieses Handbuchs zu erfüllen, sollten sich **alle** humanitären Organisationen an den Grundsätzen zum Schutz orientieren, selbst wenn sie über kein direktes Schutzmandat und keine spezielle Expertise im Bereich Schutz verfügen.

Allerdings sollen diese Grundsätze nicht als „absolute“ Grundsätze verstanden werden: Es liegt auf der Hand, dass das Maß, in welchem die Hilfsorganisationen in der Lage sind, sie zu erfüllen, durch die Umstände eingeschränkt werden kann. Insbesondere die Aspekte von Grundsatz 3 liegen möglicherweise nicht im Rahmen der Möglichkeiten einer Hilfsorganisation. Dennoch sind die Grundsätze Ausdruck allgemeiner humanitärer Anliegen, an welchen sich die Maßnahmen zu jeder Zeit orientieren sollten.

Eine Reihe humanitärer Organisationen hat Schutzmandate oder spezielle Rollen hinsichtlich besonders gefährdeter oder anfälliger Gruppen inne. Mehrere dieser Hilfsorganisationen führen Schutzaktivitäten als eigenständige Programme oder Projekte oder im Rahmen von Maßnahmen des Clusters bzw. des Sektors „Schutz“ mit speziell dafür vorgesehenen Ressourcen und Fachpersonal durch. Der globale Cluster „Schutz“ umfasst im Jahr 2011 Koordinierungsstrukturen mit Schwerpunkten in den folgenden besonderen Problembereichen:

- Schutz von Kindern
- geschlechtsspezifische Gewalt
- Wohnen, Land und Eigentum

- Minenräumung
- Rechtsstaatlichkeit und Justiz.

Diese Liste veranschaulicht einige der besonderen Schutzbereiche. Die Liste ist jedoch nicht erschöpfend, und man sollte sich vor Augen halten, dass es zahlreiche weitere spezifische Schutzbelange gibt.

Für eine Reihe dieser und anderer Schutzthemen (etwa den Schutz von Zivilisten und Binnenvertriebenen oder den Schutz bei Naturkatastrophen) wurden spezielle Standards und Leitlinien im Rahmen anderer Initiativen neben Sphere entwickelt. Diese sind am Ende dieses Kapitels im Abschnitt "Quellen und weiterführende Literatur" aufgeführt. Diese Standards sollen durch das vorliegende Kapitel ergänzt werden.

Verschiedene Formen von Schutzaktivitäten

Die vier Grundsätze zum Schutz gelten ebenso für spezifische Schutzaktivitäten wie für allgemeine humanitäre Maßnahmen, obwohl sich die Aktivitäten unterscheiden können. Die schutzspezifischen Aktivitäten aller humanitären Organisationen können weitgehend nach den folgenden drei Formen von Aktivitäten klassifiziert werden, die voneinander abhängig sind und gleichzeitig durchgeführt werden können:

- ***Prävention:*** **Die Verhinderung von physischen Bedrohungen oder Rechtsverletzungen** oder die Verringerung der Exposition oder Gefährdung durch bzw. Anfälligkeit für derartige Bedrohungen und Verletzungen. Zur Prävention im Bereich Schutz gehören auch Bemühungen zur Förderung eines Umfeldes, das zur Achtung der Rechte von Frauen, Männern, Mädchen und Jungen aller Altersgruppen gemäß dem Völkerrecht beiträgt.

- ***Reaktion:*** **Beendigung anhaltender Verletzungen** durch Reaktion auf Fälle von Gewalt und anderen Rechtsverletzungen.

- ***Wiedergutmachung:*** **Ergreifen von Abhilfemaßnahmen** für andauernde oder frühere Verletzungen durch Wiedergutmachung und Rehabilitierung, durch Gesundheitsversorgung, psychosoziale Unterstützung, Rechtshilfe oder sonstige Dienstleistungen und Unterstützung sowie Hilfeleistung für die betroffene Bevölkerung beim Zugang zu verfügbaren Rechtsmitteln und bei der Geltendmachung ihrer Rechte.

Öffentliche oder private Lobbyarbeit ist ein gemeinsames Element, das diese drei Formen von Aktivitäten verbindet. Die Bedrohungen für die betroffene Bevölkerung

ergeben sich aus bewussten Entscheidungen, Handlungen oder Vorgehensweisen, und viele der entsprechenden Schutzmaßnahmen sind ein Versuch, diese Verhaltens- und Vorgehensweisen zu verändern. Lobbyarbeit durch humanitäre Organisationen und andere Stellen, etwa Menschenrechtsorganisationen, ist bei den Bemühungen zur Beeinflussung derartiger Veränderungen von entscheidender Bedeutung. Die humanitären Organisationen können sich in einem Spannungsverhältnis zwischen dem „Anprangern“ (speaking out) von Verletzungen und der Notwendigkeit der Beibehaltung einer operativen Präsenz befinden, und dieses Spannungsverhältnis gibt meist vor, ob und wie sie Lobbyarbeit zu einem bestimmten Thema betreiben können.

Wenn Lobbyarbeit eingesetzt wird, hängt ihr Erfolg im Allgemeinen vom Zugang zu stichhaltigen Beweisen, einer Analyse der Interessengruppen und einer gründlichen Kontextanalyse ab. Sie ist daher mit dem Beurteilungsstandard in den Grundstandards gekoppelt (siehe Grundstandard 3, Seite 69). Wie die nachstehenden Richtlinien verdeutlichen, kann die Nutzung von Beweisen wie Zeugenaussagen, die die Identifizierung der Informationsquelle ermöglichen, hochsensibel sein, da sie eine Gefährdung für die Menschen darstellen kann. Daher sollten diese Informationen mit größter Sorgfalt behandelt werden (siehe Grundsatz 1 zum Schutz, Richtlinie 8, Seite 40).

Grundsätze zum Schutz

Grundsatz 1 zum Schutz: Vermeidung der weiteren Gefährdung der Betroffenen durch den humanitären Einsatz

Die am humanitären Einsatz Beteiligten ergreifen Maßnahmen, um jegliche negativen Auswirkungen ihrer Intervention, insbesondere das Risiko, dass die Menschen erhöhter Gefahr oder einer Verletzung ihrer Rechte ausgesetzt werden, zu verhindern oder auf ein Minimalmaß zu begrenzen.

Dieser Grundsatz umfasst die folgenden Elemente:

- Durch die Form der humanitären Hilfe und das Umfeld, in welchem sie geleistet wird, werden die Menschen keinen weiteren physischen Gefahren, keiner Gewalt oder sonstigem Rechtsmissbrauch ausgesetzt.
- Die Hilfs- und Schutzbemühungen unterminieren nicht die Fähigkeit der betroffenen Bevölkerung, sich selbst zu schützen.
- Der Umgang der humanitären Organisationen mit sensiblen Informationen gefährdet nicht die Sicherheit der Informanten oder der Personen, die durch die Informationen identifiziert werden können.

Richtlinien

Beurteilung des Kontextes und Abwägung der Folgen des humanitären Einsatzes für die Sicherheit und das Wohlergehen der von der Katastrophe betroffenen Bevölkerung

1. ***Jede Beteiligung*** an Rechtsverletzungen ist zu vermeiden. Es kann sehr schwierig sein, bestimmte Entscheidungen zu treffen, zum Beispiel, ob man Menschen helfen soll, die gegen ihren Willen in Lagern festgehalten werden. Solche Entscheidungen müssen von Fall zu Fall getroffen werden, sollten jedoch angesichts der sich verändernden Umstände unbedingt im Laufe der Zeit überprüft werden.

2. ***Checkliste:*** Bei der Analyse der Aktivitäten sollte regelmäßig der folgende, nicht erschöpfende Fragenkatalog berücksichtigt werden, der sowohl im Hinblick auf die gesamte humanitäre Maßnahme als auch bestimmte Aktivitäten als Checkliste dienen kann:

   - Welche Vorteile zieht die betroffene Bevölkerung aus unseren Aktivitäten?
   - Welche unbeabsichtigten negativen Folgen können sich durch unsere Aktivitäten für die Sicherheit der Menschen ergeben, und wie können wir diese Folgen vermeiden oder möglichst gering halten?
   - Werden bei den Aktivitäten mögliche Bedrohungen für den Schutz der betroffenen Bevölkerung berücksichtigt? Könnten sie die Eigenbemühungen der Menschen, sich zu schützen, unterminieren?
   - Diskriminieren die Aktivitäten eine Gruppe oder könnten sie entsprechend wahrgenommen werden? Schützen die Aktivitäten die Rechte von Menschen, die seit längerem marginalisiert oder diskriminiert werden?
   - Wie wirken sich der Schutz und die Förderung der Rechte dieser Gruppen auf die Beziehungen in und außerhalb der Gemeinde aus?
   - Könnten die Aktivitäten bestehende Differenzen in der Gemeinde oder zwischen benachbarten Gemeinden verschärfen?
   - Könnten die Aktivitäten unbeabsichtigterweise bewaffneten Gruppen oder anderen Akteuren Macht verleihen oder deren Position stärken?
   - Könnten die Aktivitäten kriminell ausgebeutet werden?

3. ***Es sollte eine Abstimmung mit unterschiedlichen Segmenten*** der betroffenen Bevölkerung – oder mit Organisationen ihres Vertrauens – erfolgen, wenn die positiven und potenziellen negativen Folgen der Hilfsmaßnahme insgesamt und von spezifischen Aktivitäten beurteilt werden.

4. ***Die Form der Hilfeleistung*** kann dazu führen, dass die Menschen in Bezug auf Übergriffe stärker gefährdet werden. So können etwa wertvolle Güter wie Essensrationen Plünderungen anheim fallen, wodurch die Empfänger einem Risiko von Gewalt und Raub ausgesetzt werden. Falls dies ein wesentliches Risiko darstellt, sollten alternative Formen der Hilfe (z. B. Bereitstellung gekochter Nahrung in Küchen oder Ernährungszentren) in Erwägung gezogen werden. Die betroffenen Gemeinden sollten nach der von ihnen bevorzugten Form der Hilfe befragt werden.

5. ***Das Umfeld, in welchem die Hilfe bereitgestellt wird***, sollte für die betreffenden Menschen so sicher wie möglich sein. Bedürftige Menschen sollten nicht gezwungen sein, in oder durch gefährliche Gebiete zu reisen, um Zugang zur Hilfe zu erhalten. Falls Lager oder andere Siedlungen eingerichtet werden, sollten diese für die Bewohner so sicher wie möglich und fern von Gebieten angelegt werden, in welchen Angriffe oder sonstige Gefahren zu erwarten sind.

Selbstschutz der betroffenen Bevölkerungsgruppen

6. ***Es sollte ein Verständnis für die Mittel***, mit welchen die Menschen sich selbst, ihre Familien und Gemeinden zu schützen versuchen, entwickelt werden. Selbsthilfe-Initiativen von Gemeinden sollten unterstützt werden (siehe Grundsatz 3 zum Schutz, Richtlinien 13-14, Seite 46). Die Arten der Interventionen von humanitären Organisationen sollten die Fähigkeit der Menschen, sich selbst und andere zu schützen – unter anderem durch Abwanderung in sicherere Gebiete und Vermeidung des Kontakts mit bewaffneten Gruppen – nicht beeinträchtigen.

7. ***Existenzbedarf:*** Die Menschen sollten bei der Suche nach sicheren Optionen für die Deckung ihres Existenzbedarfs unterstützt werden. Dazu können beispielsweise die Bereitstellung von Gütern wie Wasser, Brennholz oder sonstigen Brennstoffen für das Kochen zählen, die zur Deckung des täglichen Bedarfs der Menschen beitragen, ohne dass gefährliche und anstrengende Reisen unternommen werden müssen, welche vermutlich für ältere Menschen, Frauen, Kinder und Menschen mit Behinderung ein besonderes Problem darstellen.

Umgang mit sensiblen Informationen

8. ***Schutzbezogene Daten*** können sensibler Natur sein. Die humanitären Organisationen sollten eindeutige Leitlinien und Verfahren festlegen, an welchen sich ihre Mitarbeiter orientieren können, falls sie Zeuge von Verletzungen werden oder von diesen erfahren, sowie in Bezug auf die Vertraulichkeit der entsprechenden Informationen. Die Mitarbeiter sollten instruiert werden, wie sie bezeugte Vorfälle oder Anschuldigungen korrekt zu melden haben.

9. ***Weitergabe sensibler Informationen:*** Es ist zu überlegen, ob die Informationen über Missbrauch an geeignete Akteure mit dem relevanten Schutzmandat weitergegeben werden sollten. Diese Akteure halten sich möglicherweise in anderen Gebieten als demjenigen auf, aus dem die Informationen stammen.

10. ***Es sollte eine Richtlinie für die Weitergabe sensibler Informationen*** vorgehalten werden, die auch Meldungen über Vorfälle oder eine Trendanalyse umfassen sollte. Sie sollte Vorgaben für den Umgang mit sensiblen Informationen und die Umstände enthalten, unter welchen diese weitergegeben werden können. Für die Nutzung dieser Informationen sollten die Hilfsorganisationen soweit wie möglich die Zustimmung der betroffenen Personen einholen. Jede Informationsweitergabe sollte derart erfolgen, dass der Informant oder die genannte/n Person/en nicht gefährdet werden.

11. ***Informationen zu bestimmten Missbrauchsfällen und Rechtsverletzungen*** sollten nur erhoben werden, wenn deren Zweckbestimmung klar ist und der erforderliche Detaillierungsgrad gemäß der Zweckbestimmung definiert ist. Diese Informationen zum Schutz sollten von Hilfsorganisationen mit einem Schutzmandat oder den erforderlichen Fähigkeiten, Kompetenzen, Systemen und Protokollen erhoben werden. Die Informationen dürfen nur erhoben werden, wenn eine Einwilligung nach Aufklärung eingeholt wurde. Die Einwilligung der entsprechenden Person ist auf jeden Fall erforderlich, wenn die Informationen an Dritte weitergegeben werden sollen

12. ***Die mögliche Reaktion der Regierung*** oder anderer einschlägiger Behörden auf die Erhebung und Nutzung von Informationen über Missbrauch sollte beurteilt werden. Dabei ist eventuell die Notwendigkeit, den Einsatz fortzuführen, gegen die Notwendigkeit der Informationsnutzung abzuwägen. Die Entscheidung verschiedener humanitärer Organisationen in dieser Frage kann durchaus unterschiedlich ausfallen.

Grundsatz 2 zum Schutz: Den Zugang der Menschen zu unparteiischer Hilfe sicherstellen – entsprechend ihrem Bedarf und ohne Diskriminierung

Die Menschen haben entsprechend ihrem Bedarf und ohne negative Diskriminierung Zugang zur humanitären Hilfe. Den bedürftigen Menschen wird die Hilfe nicht vorenthalten, und die humanitären Organisationen erhalten den für die Erfüllung der Sphere-Standards erforderlichen Zugang.

Dieser Grundsatz umfasst die folgenden Elemente:

- Es ist sicherzustellen, dass alle Teile der betroffenen Bevölkerung Zugang zur humanitären Hilfe haben.
- Wenn Teilen der Bevölkerung vorsätzlich Existenzmittel vorenthalten werden, sollte dies auf der Grundlage des geltenden Rechts und der in der humanitären Charta beschriebenen allgemeinen humanitären Grundsätze stets angefochten werden.
- Die betroffenen Menschen erhalten die Unterstützung auf Bedarfsbasis und werden nicht aus anderen Gründen diskriminiert

Richtlinien

Aufrechterhaltung des Zugangs

1. ***Falls die betroffene Bevölkerung nicht in der Lage ist, ihre grundlegenden Bedürfnisse zu befriedigen***, und die zuständigen Behörden die erforderliche Hilfe nicht selbst bereitstellen können, sollten Letztere unparteiischen humanitären Organisationen den entsprechenden Zugang nicht verweigern. Eine solche Verweigerung kann einen Verstoß gegen das Völkerrecht darstellen, insbesondere im Kontext eines bewaffneten Konflikts.

2. ***Überwachung des Zugangs:*** Der Zugang der betroffenen Bevölkerung, insbesondere der am stärksten gefährdeten und anfälligen Menschen, zur humanitären Hilfe sollte sorgfältig überwacht werden.

3. ***Der Zugang zur humanitären Hilfe und Bewegungsfreiheit*** stehen in enger Beziehung (siehe Grundsatz 3 zum Schutz, Richtlinien 7-9, Seite 45). Bei der Überwachung des Zugangs sollten Hindernisse, etwa Kontrollpunkte, Blockaden oder das Vorhandensein von Landminen, berücksichtigt werden. Im Kontext eines bewaffneten Konflikts können die Konfliktparteien Kontrollpunkte einrichten. Diese Barrieren sollten jedoch nicht bestimmte Kategorien betroffener Menschen diskriminieren oder den Zugang der Menschen zur humanitären Hilfe unverhältnismäßig behindern. Es sollten besondere Maßnahmen ergriffen werden, um den gleichberechtigten Zugang der betroffenen Menschen in abgelegenen oder unzugänglichen Regionen sicherzustellen.

4. ***Es sollten besondere Maßnahmen zur Vereinfachung des Zugangs besonders gefährdeter und anfälliger Gruppen*** vorgesehen werden, wobei der Kontext, die sozialen und kulturellen Bedingungen und die typischen Verhaltensweisen der Gemeinden zu berücksichtigen sind. Zu diesen Maßnahmen zählen etwa die Einrichtung sicherer Räume für Menschen, die Opfer eines Missbrauchs wie Vergewaltigung oder Menschenhandel wurden, oder die Bereitstellung von Mitteln, die Menschen mit Behinderung den Zugang erleichtern. Im Rahmen derartiger Maßnahmen sollte eine Stigmatisierung dieser Gruppen vermieden werden (siehe Grundstandard 3, Richtlinien 5-6, Seite 44-45).

Maßnahmen bei Verweigerung der Hilfe oder des Zugangs zum Existenzbedarf

5. **Das Recht auf humanitäre Hilfe:** Wie in der humanitären Charta dargelegt, hat die betroffene Bevölkerung ein Recht auf humanitäre Hilfe. Dieses Recht leitet sich aus einer Reihe von Rechtsnormen und -vorschriften ab, die Teil des Völkerrechts sind. Insbesondere enthält das humanitäre Völkerrecht eine Reihe relevanter Bestimmungen zum Zugang zu Hilfe und zum „Schutz

von für die Zivilbevölkerung lebensnotwendigen Objekten“ (Zusatzprotokolle von 1977 zu den Genfer Abkommen von 1949). Die humanitären Organisationen können Maßnahmen ergreifen, um den Respekt gegenüber den relevanten Gesetzen zu fördern (siehe auch Grundsatz 3 zum Schutz, Richtlinien 3-4, Seite 44).

Sicherstellung von Gleichbehandlung

6. ***Unparteilichkeit:*** Die humanitären Organisationen sollten die Menschen, denen sie helfen wollen, allein auf Basis ihres Bedarfs priorisieren und Hilfe in Relation zum Bedarf leisten. Dies entspricht dem Grundsatz der Unparteilichkeit, der im Verhaltenskodex der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung und der Nichtregierungsorganisationen in der Katastrophenhilfe bekräftigt wird (siehe Anhang 2, Seite 423, sowie die Humanitäre Charta, Seite 21). Die humanitären Organisationen sollten ihren Fokus nicht allein auf eine bestimmte Gruppe (z. B. Vertriebene in Lagern) richten, falls sie dadurch einen anderen Teil der betroffenen Bevölkerung benachteiligen.

7. ***Die betroffenen Menschen brauchen keinen besonderen Rechtsstatus,*** um humanitäre Hilfe und Schutz zu erhalten.

Grundsatz 3 zum Schutz: Die Menschen vor physischem und psychischem Schaden aufgrund von Gewalt und Nötigung schützen

Die Menschen genießen Schutz vor Gewalt, Schutz davor, gegen ihren Willen zu Handlungen gezwungen oder veranlasst zu werden, und Schutz vor der Angst vor derartigem Missbrauch.

Dieser Grundsatz umfasst die folgenden Elemente:

- Es sollten alle angemessenen Schritte unternommen werden, um sicherzustellen, dass die betroffene Bevölkerung keinen gewaltsamen Angriffen ausgesetzt ist, wobei entweder die Quelle der Bedrohung zu beseitigen ist oder die Menschen bei der Vermeidung der Bedrohung zu unterstützen sind.
- Es sollten alle angemessenen Schritte unternommen werden, um sicherzustellen, dass die betroffene Bevölkerung keiner Nötigung ausgesetzt ist, d. h. nicht gezwungen oder veranlasst wird, in einer Weise gegen ihren Willen zu handeln, dass sie Schaden erleidet oder ihre Rechte verletzt werden (zum Beispiel ihre Bewegungsfreiheit).

- Die betroffene Bevölkerung sollte in ihren Eigenbemühungen unterstützt werden, ihre Sicherheit zu bewahren oder zu erlangen und ihre Würde wiederherzustellen, unter anderem durch Selbsthilfe-Mechanismen der Gemeinden

Richtlinien

Schutz vor Gewalt und Nötigung

1. ***Die Verantwortung für den Schutz der Menschen*** vor Lebensbedrohungen und für deren Sicherheit liegt in erster Linie bei den Regierungen und anderen zuständigen Behörden (siehe Humanitäre Charta, Seite 21). In Zeiten bewaffneter Konflikte müssen die Konfliktparteien die Zivilbevölkerung und die Personen, die ihre Waffen niedergelegt haben, schützen. Bei der Analyse des Kontextes im Hinblick auf die Risiken und Bedrohungen für die Bevölkerung sollten die humanitären Organisationen ermitteln, wer die rechtliche Verantwortung trägt bzw. wer effektiv in der Lage ist, Schutz zu bieten.

2. ***Hilfe bei der Minimierung sonstiger Bedrohungen:*** Dies umfasst die Leistung von Hilfe in einer Weise, dass die Menschen sicherer sind, ihre Eigenbemühungen zur Bewahrung ihrer Sicherheit gefördert oder (durch Lobbyarbeit oder anderweitig) Schritte unternommen werden, um die Risikoexposition der Menschen zu verringern.

3. ***Überwachung und Meldung:*** Die humanitären Organisationen sollten ihrer Verantwortung bezüglich der Überwachung und Meldung schwerer Rechtsverletzungen Rechnung tragen. Zudem sollten sie erwägen, gegenüber den einschlägigen Behörden und Akteuren Lobbyarbeit für die Rechte der betroffenen Bevölkerungsgruppen zu betreiben, indem sie diese an ihre Pflichten gemahnen. Sie können auf unterschiedliche Arten von Maßnahmen zurückgreifen, unter anderem Diplomatie, Lobbyismus und Öffentlichkeitsarbeit; dabei sind die Empfehlungen zum Umgang mit sensiblen Informationen zu beachten (siehe Grundsatz 1 zum Schutz, Seite 38).

4. ***Während eines bewaffneten Konflikts*** sollten die humanitären Organisationen die Beobachtung von Einrichtungen erwägen, die nach dem humanitären Völkerrecht unter besonderem Schutz stehen (etwa Schulen und Krankenhäuser), und jeden entsprechenden Angriff melden. Die Hilfsorganisationen sollten ferner Anstrengungen unternehmen, um das Risiko von Entführungen oder Zwangsrekrutierungen, die an diesen Orten möglich sind, zu verringern.

5. ***Falls die betroffene Bevölkerung durch Sprengstoffe bedroht ist***, sollten sich die humanitären Organisationen mit den zuständigen staatlichen Behörden und spezialisierten Hilfsorganisationen über die Entfernung von Landminen und Blindgängern abstimmen. Diese Bedrohung ist oft beson-

ders dann gegeben, wenn die Menschen nach einem bewaffneten Konflikt in ihre Heimatgebiete zurückkehren.

6. ***Beim Schutz der Menschen vor Missbrauch und Verletzungen spielen Akteure der Bereiche Politik, Gesetzesvollzug und Militär*** eine bedeutende Rolle. Letztlich finden sich die Lösungen für die zugrundeliegenden Probleme, die für die Schutzbelange oft maßgebend sind, meist im politischen Bereich. Sicherheits- und Vollzugsbehörden, etwa die Polizei und die Streitkräfte einschließlich Friedenstruppen, können und sollten bei der Gewährleistung der physischen Sicherheit gefährdeter Menschen eine wichtige Rolle übernehmen. Die Hilfsorganisationen können die relevanten Akteure auf anhaltende Verletzungen aufmerksam machen. Solche Interventionen gegenüber militärischen Kontingenten, deren Kommandeuren oder den Behörden, unter deren Kontrolle die Truppen stehen, können einen wesentlichen Schritt in Richtung Beendigung von Übergriffen durch bewaffnete Gruppen darstellen.

Bewegungsfreiheit

7. ***Die Menschen sollten nicht gezwungen werden,*** unfreiwillig an einem Ort zu bleiben oder an einen bestimmten Ort zu gehen (z. B. in ein Lager). Weiterhin sollte ihre Bewegungsfreiheit nicht grundlos eingeschränkt werden. Beschränkungen der Bewegungsfreiheit und der Wahl des Aufenthaltsorts sollten nur aus schwerwiegenden sicherheits- oder gesundheitsrelevanten Gründen erfolgen und in einem angemessenen Verhältnis zum angestrebten Ziel stehen. Die von einem Konflikt oder einer Katastrophe betroffenen Menschen haben zu jeder Zeit das Recht, Asyl zu beantragen.

8. ***Evakuierungen:*** Nur wenn angesichts ernsthafter Bedrohungen für Leben, Sicherheit und Gesundheit keine andere Möglichkeit besteht, sollten sich die humanitären Organisationen an Evakuierungen beteiligen.

9. ***Von Anreizen für die betroffene Bevölkerung, an einem gefährlichen Ort zu bleiben***, sollte abgesehen werden. Eine Rückkehr oder Wiederansiedlung sollte nicht gefördert werden, solange die Menschen keinen vollständigen Zugang zu allen Informationen über die in diesen Gebieten herrschenden Bedingungen haben.

Besondere Gefährdungen durch und Anfälligkeiten für Gewalt und Nötigung

10. ***Besonders gefährdete Menschen:*** Bei der Identifizierung der Menschen, die besonders anfällig für bestimmte Risiken und Bedrohungen sind, sollten die individuellen, sozialen und kontextuellen Faktoren berücksichtigt werden. Möglicherweise sind spezielle Maßnahmen für Personen mit besonderen Risiken erforderlich, unter anderem für Frauen, Kinder, Zwangs-

vertriebene, ältere Menschen, Behinderte und religiöse oder ethnische Minderheitengruppen.

11. ***Sicheres Umfeld für Kinder:*** Die Hilfsorganisationen sollten Kindern Zugang zu einem sicheren Umfeld verschaffen. Die Familien und Gemeinden sollten in ihren Bemühungen, die Sicherheit von Kindern zu gewährleisten, unterstützt werden.

12. ***Vor allem, wenn sie von ihrer Familie getrennt wurden*** oder sich nicht in Begleitung eines Erwachsenen befinden, können Kinder während einer Katastrophe oder eines Konflikts leichter Opfer von Missbrauch oder Ausbeutung werden. Die Hilfsorganisationen sollten alle angemessenen Schritte unternehmen, um zu verhindern, dass Kinder von Streitkräften rekrutiert werden. Falls Kinder bereits in Streitkräfte eingebunden sind, sollten sie sich um ihre sofortige Freilassung und Wiedereingliederung in die Gesellschaft bemühen.

13. ***Frauen und Mädchen können in besonderem Maße von geschlechtsspezifischer Gewalt*** bedroht sein. Bei ihrer Beteiligung am Schutz dieser Gruppen sollten die humanitären Organisationen insbesondere Maßnahmen berücksichtigen, mit welchen mögliche Risiken (unter anderem Menschenhandel, Zwangsprostitution, Vergewaltigung oder häusliche Gewalt) vermindert werden. Ferner sollten sie Standards und Instrumente zur Prävention und Ausmerzung von sexueller Ausbeutung und Missbrauch einführen. In diese unannehmbaren Praktiken können betroffene Menschen mit besonderer Gefährdung oder Anfälligkeit verstrickt sein, beispielsweise isolierte oder behinderte Frauen, die gezwungen werden, sexuelle Handlungen als Gegenleistung für humanitäre Hilfe anzubieten.

Gemeindebasierte soziale Unterstützung und Selbsthilfe

14. ***Familiäre und gemeindebasierte Mechanismen für Schutz und psychosoziale Unterstützung*** sollten gefördert werden, indem die Familien zusammengehalten werden und den Menschen vermittelt wird, wie sie verhindern können, dass Kinder von ihrer Familie getrennt werden. Ferner sollte eine geeignete Versorgung unbegleiteter Kinder sichergestellt werden, und für unbegleitete Kinder und andere Familienmitglieder sollten Prozesse für die Suche nach Familienangehörigen und die Zusammenführung organisiert werden. Wann immer dies möglich ist, sollten Familien zusammengehalten und Menschen aus einem bestimmten Dorf oder sozialen Netzwerk die Möglichkeit gegeben werden, in demselben Gebiet zu leben.

15. ***Unterstützung von Selbsthilfe-Aktivitäten der Gemeinden:*** Diese Aktivitäten umfassen zum Beispiel Frauengruppen zu Problemen geschlechtsspezifischer Gewalt, Jugendgruppen, die zwecks Unterstützung der Existenzsicherung zusammenarbeiten, Elterngruppen, die positive Interaktionen

mit Kindern und die Betreuung von Eltern mit Kleinkindern und Kindern mit besonderen Bedürfnissen unterstützen, Jugendgruppen, die Schutzinformationen zu Bedrohungen wie Landminen verbreiten, und Gemeindegruppen, die Frauen und Männern, die ihre/n Partner/in verloren haben, älteren Menschen und Personen mit Behinderungen helfen.

Grundsatz 4 zum Schutz: Die Menschen bei der Geltendmachung ihrer Rechte, beim Zugang zu verfügbaren Rechtsmitteln und der Überwindung der Folgen von Missbrauch unterstützen

Die betroffene Bevölkerung wird bei der Geltendmachung ihrer Rechte durch Information, Hilfe bei der Beschaffung von Dokumenten und der Inanspruchnahme von Rechtsmitteln unterstützt. Die Menschen werden bei der Überwindung der physischen, psychischen und sozialen Folgen von Gewalt und sonstigem Missbrauch angemessen unterstützt.

Dieser Grundsatz umfasst die folgenden Elemente:

- Die betroffenen Menschen sollten bei der Geltendmachung ihrer Rechte und dem Zugang zu Rechtsmitteln, die von der Regierung oder anderen Stellen bereitgestellt werden, unterstützt werden und Informationen über ihre Ansprüche und verfügbare Rechtsmittel erhalten.
- Die betroffenen Menschen sollten Hilfe bei der Beschaffung von Dokumenten, die sie zum Nachweis ihrer Ansprüche benötigen, erhalten.
- Die betroffenen Menschen sollten durch gemeindebasierte und sonstige psychosoziale Unterstützung bei ihrer Regenerierung unterstützt werden.

Richtlinien

Unterstützung der betroffenen Menschen bei der Geltendmachung ihrer Rechte

1. ***Die Regierung und andere einschlägige Behörden haben sicherzustellen***, dass die Rechte der betroffenen Bevölkerung geachtet und durchgesetzt werden. Die humanitären Organisationen sollten erwägen, die betroffenen Bevölkerungsgruppen durch Rechtssysteme oder sonstige Kanäle bei der Geltendmachung ihrer Rechte zu unterstützen.
2. ***Ansprüche:*** Die Hilfsorganisationen sollten die betroffenen Menschen informieren, welche Ansprüche sie sowohl im Rahmen eines bestimmten Hilfspro-

gramms als auch gemäß den Gesetzen und Vorschriften des entsprechenden Landes haben. Besondere Beachtung ist dabei der (erneuten) Begründung von Wohn-, Land- und Eigentumsrechten der Menschen zu widmen.

3. ***Information und Abstimmung:*** Die betroffene Bevölkerung sollte von den Behörden und humanitären Organisationen in einer für sie verständlichen Sprache und Art und Weise informiert werden. Sie sollte in Bezug auf Entscheidungen, die ihr Leben betreffen, in einen ernsthaften Abstimmungsprozess eingebunden werden, ohne dass zusätzliche Risiken geschaffen werden (siehe Grundstandard 1, Seite 62). Dies stellt eine Art der Hilfestellung bei der Geltendmachung ihrer Rechte dar.

Dokumente

4. ***Ausstellung von Dokumenten und von Ersatzdokumenten:*** Die humanitären Organisationen sollten die betroffene Bevölkerung bei der Ausstellung von Dokumenten – oder dem Ersatz verlorener Dokumente – unterstützen, damit diese ihre Rechte wahrnehmen kann. Im Allgemeinen haben die Menschen Rechte, auch wenn sie nicht im Besitz bestimmter Dokumente sind. Um jedoch das gesamte Spektrum an Ansprüchen geltend zu machen, ist üblicherweise eine bestimmte Art von Dokumenten oder Ausweisen erforderlich, etwa eine Geburts- oder Heiratsurkunde, ein Pass oder eine Eigentumsurkunde für ein Grundstück. Häufig ist der Zugang zu Eigentumsdokumenten nach einer Katastrophe besonders wichtig, dennoch ist in einer Reihe von Ländern Eigentum nicht unbedingt eindeutig durch Rechtstitel dokumentiert und kann daher zu einem größeren Streitpunkt werden. Die Ausstellung von Sterbeurkunden muss organisiert werden, damit den Verwandten keine unnötigen finanziellen und rechtlichen Probleme entstehen. Wenn Leichen ohne Zeremonie bestattet werden, wird gewöhnlich keine Sterbeurkunde ausgestellt, weswegen diese Praxis vermieden wird.

5. ***Rechtsverbindliche Dokumente***, die von der Regierung oder entsprechenden Behörden anerkannt werden, dürfen nicht mit Dokumenten verwechselt werden, die von den humanitären Organisationen ausgestellt werden, etwa Registrierungsdokumente, Rationskarten oder Transportgutscheine. Von Behörden ausgestellte offizielle Dokumente sollten nicht darüber entscheiden, wer berechtigt ist, Hilfe von humanitären Organisationen zu erhalten.

Zugang zu Rechtsmitteln

6. ***Menschen, deren Rechte verletzt wurden, haben ein Recht auf rechtliche und anderweitige Wiedergutmachung*** seitens der Regierung und den relevanten Behörden. Dies kann eine Entschädigung für Verluste oder die Rückgabe von Eigentum umfassen. Sie haben ferner das Recht zu

verlangen, dass die für die Verletzungen verantwortlichen Täter vor Gericht gebracht werden. Dies kann bei der Wiederherstellung von Vertrauen bei den betroffenen Bevölkerungsgruppen eine sehr wichtige Rolle spielen. Eventuell sind die humanitären Organisationen auch in der Lage, die Menschen beim Zugang zur Justiz zu unterstützen oder die entsprechenden Fälle an Hilfsorganisationen weiterzureichen, die diese Unterstützung leisten können.

7. ***Gesundheitsversorgung und Unterstützung der Rehabilitation:*** Die Menschen sollten nach Angriffen, geschlechtsspezifischer Gewalt und ähnlichen Problemen beim Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung und sonstiger Rehabilitation unterstützt werden (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 3 zur Kontrolle übertragbarer Krankheiten, Seite 366, und Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standards 1-2 zur Kindergesundheit, Seiten 372-374).

8. ***Falls Abhilfemaßnahmen*** durch Nichtregierungsstellen verfügbar sind, sollte den Menschen geholfen werden, diese Unterstützung gegebenenfalls zu identifizieren und in Anspruch zu nehmen.

Gemeindebasierte und sonstige psychosoziale Unterstützung

9. ***Positive Bewältigungsmechanismen der Gemeinden***, etwa kulturell angemessene Bestattungen, religiöse Zeremonien und Praktiken sowie unbedenkliche kulturelle und soziale Praktiken sollten unterstützt werden.

10. ***Aktivitäten für Kinder:*** Die Gemeinden sollten gegebenenfalls ermutigt werden, strukturierte, unterstützende Bildungs- und Schutzaktivitäten für Kinder zu organisieren, etwa kinderfreundliche Einrichtungen. Die Schutzmechanismen der Gemeinden sollten Selbsthilfe-Aktivitäten umfassen, die das psychosoziale Wohlbefinden fördern.

11. ***Die Organisation angemessener psychosozialer Unterstützung*** für die Überlebenden von Gewalt sollte unterstützt werden. Es sollte sichergestellt werden, dass die Überlebenden Zugang zu den sozialen Netzen und Selbsthilfe-Aktivitäten der Gemeinden haben. Der Zugang zu gemeindebasierter sozialer Unterstützung sollte durch den Zugang zu psychiatrischer Versorgung ergänzt werden.

12. ***Integriertes Unterstützungssystem:*** Die Hilfsorganisationen, die in verschiedenen Sektoren mit psychosozialer Unterstützung und psychischer Gesundheit befasst sind, sollten gemeinsam ein integriertes System zur Unterstützung der Bevölkerung aufbauen (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 1 zur psychischen Gesundheit, Seite 386).

13. ***Klinische Betreuung:*** In besonderem Maße betroffene Menschen sollten klinisch betreut und Mechanismen für deren Überweisung eingerichtet werden.

Quellen und weiterführende Literatur

Schutz allgemein: Hintergrundinformationen und Instrumente

Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia (2008), Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. www.icva.ch/doc00002448.pdf

Giossi Caverzasio, S (2001), Strengthening Protection in War – A Search for Professional Standards. Ref 0783. International Committee of the Red Cross (ICRC). Geneva.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2002), Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. Geneva. www.icva.ch/gstree.pdf

IASC (2010), Operational Guidelines and Manual for the Protection of Persons Affected by Natural Disasters.

ICRC (2008), Enhancing protection for civilians in armed conflict and other situations of violence. Geneva.
www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

ICRC (2009), Professional standards for protection work carried out by humanitarian and human rights actors in armed conflict and other situations of violence. Geneva. www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/htmlall/p0999 or www.unhcr.org/refworld/type,THEMGUIDE,,,4b39cba52,0.html

O'Callaghan, S and Pantuliano, S (2007), Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response. HPG Report 26. Overseas Development Insitute (ODI). London.

Slim, H and Bonwick, A (2005), Protection – an ALNAP guide for humanitarian agencies. ODI. London. www.alnap.org/initiatives/protection.aspx

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2009), Aide Mémoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians. New York.
www.humansecuritygateway.com/showRecord.php?RecordId=33206

Besondere Standards zum Schutz

Kinder

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

UNICEF (2007), Paris Principles and Commitments to Protect Children from Unlawful recruitment or Use by Armed Forces or Groups. Paris.
www.un.org/children/conflict/english/parisprinciples.html

UN Disarmament, Demobilization and Reintegration (UN-DDR) (2006), Integrated Disarmament, Demobilisation, and Reintegration Standards. New York.
www.unddr.org/iddrs/05/20.php and www.unddr.org/iddrs/05/30.php

Behinderungen

Handicap International (2006), Protection – Issues for People with Disabilities and Injuries.

Handicap International (2008), Toolkit on Protection of Persons with Disabilities.

Geschlechtsspezifische Gewalt

IASC (2005), Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on the Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=3

World Health Organization (WHO) (2007), Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. Geneva. www.who.int/gender/documents/violence/9789241595681/en/index.html

World Health Organization (WHO) (2007), Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. Geneva. www.who.int/gender/documents/violence/9789241595681/en/index.html

Wohn-, Land- und Eigentumsrechte

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. E/CN.4/SUB.2/RES/2005/21. “Pinheiro Principles”.

http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=11644

Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster (2010), Land and natural disasters – Guidance for Practitioners. UN Human Settlements Programme (UN-

Habitat) and Food and Agriculture Organization (FAO). Nairobi. www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2973

Global Protection Cluster, Housing, Land And Property Area of Responsibility (2009), Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery. www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/(httpInfoFiles)/430298C3C285133DC12576E7005D360D/$file/HC%20Checklist%20on%20HLP%20and%20Land%20Issues_Final2.pdf

Internal Displacement Monitoring Centre, FAO, OCHA, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, UN-Habitat and UNHCR (2007), Handbook on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. Implementing the 'Pinheiro Principles', IASC. Geneva.

www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c2.html

Binnenvertriebene

Bagshaw, S and Paul, D (2004), Protect or Neglect? Towards a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons – An Evaluation. Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division. Washington DC.

www.brookings.edu/papers/2004/1123humanrights_bagshaw.aspx

Brookings Institution – University of Bern Project of Internal Displacement (2005), Addressing Internal Displacement: A Framework for National Responsibility. Washington DC. www.brookings.edu/projects/idp/20050401_nrframework.aspx

Global Protection Cluster (2010), Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons. www.unhcr.org/refworld/docid/4790cbc02.html

IASC (2004), Implementing the Collaborative Approach to Situations of Internal Displacement – Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=10

IASC (2010), Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. www.brookings.edu/reports/2010/0305_internal_displacement.aspx

UN Economic and Social Council (1998), UN Guiding Principles on Internal Displacement. E/CN.4/1998/53/Add.2. www.idpguidingprinciples.org/ or www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/d2e008c61b70263ec125661e0036f36e?Opendocument

Psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung

IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-default

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know. www.psychosocialnetwork.net/explore/tags/mhpss/

Minenräumung

The International Mine Action Standards:

www.mineactionstandards.org/imas.htm#english

Ältere Menschen

IASC (2008), Humanitarian Action and Older Persons – An essential brief for humanitarian actors. WHO–HelpAge International. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=24

Die Grundstandards

Zum Aufbau dieses Kapitels

Bei den Grundstandards handelt es sich um wichtige Prozess-Standards, die allen Sektoren gemein sind. Sie stellen einen einheitlichen Bezugspunkt für die Vorgehensweisen dar, der allen Standards des Handbuchs als Grundlage dient. Daher sind die Grundstandards für jedes Kapitel begleitend heranzuziehen, damit die Standards des entsprechenden Kapitels erreicht werden können.

Es wurden sechs Grundstandards formuliert:

Auf die Menschen ausgerichtete humanitäre Hilfe (people-centred humanitarian response)

Koordinierung und Zusammenarbeit (coordination and collaboration)

Beurteilung (Assessment)

Gestaltung und Hilfe (design and response)

Leistung, Transparenz und Lernen (performance, transparency and learning)

Leistung der Helfer (aid worker performance)

Jeder dieser Grundstandards ist wie folgt strukturiert:

- **Der Grundstandard:** Es handelt sich um einen qualitativen Standard, mit welchem das im Rahmen der Katastrophenhilfe zu erreichende Niveau festgelegt wird.
- **Schlüsselaktivitäten:** Dies sind empfohlene Aktivitäten und Inputs, welche bei der Erfüllung der Mindeststandards hilfreich sind.
- **Schlüsselindikatoren:** Diese Indikatoren sind „Signale“, die anzeigen, ob ein Standard erreicht wurde. Sie bieten eine Möglichkeit, die Prozesse und Ergebnisse der Schlüsselaktivitäten zu messen und zu vermitteln. Dabei beziehen sie sich nicht auf die jeweilige Schlüsselaktivität, sondern auf den Mindeststandard.
- **Richtlinien:** Die Richtlinien umfassen bestimmte Punkte, die bei der Anwendung der Mindeststandards, Schlüsselaktivitäten und Schlüsselindikatoren in verschiedenen Situationen zu berücksichtigen sind. Sie sind eine Orientierungshilfe bei der Bewältigung praktischer Schwierigkeiten und bieten Benchmarks oder Empfehlungen zu den wichtigsten Themen. Sie behandeln zudem kritische Fragen im Hinblick auf die Standards, Aktivitäten oder Indikatoren und bieten eine Beschreibung von Zwangslagen, Kontroversen oder aktuell bestehenden Wissenslücken.

Die Schlüsselindikatoren der Grundstandards ermöglichen eine breite Spanne von Variationen in Bezug auf Anwendung und Kontext des Nutzers. Messbare und zeitgebundene Spezifikationen für jeden Indikator sind in hohem Maße kontext- und sektorspezifisch. Die Nutzer sollten die Schlüsselindikatoren daher in angemessener Weise an ihre besondere Situation anpassen.

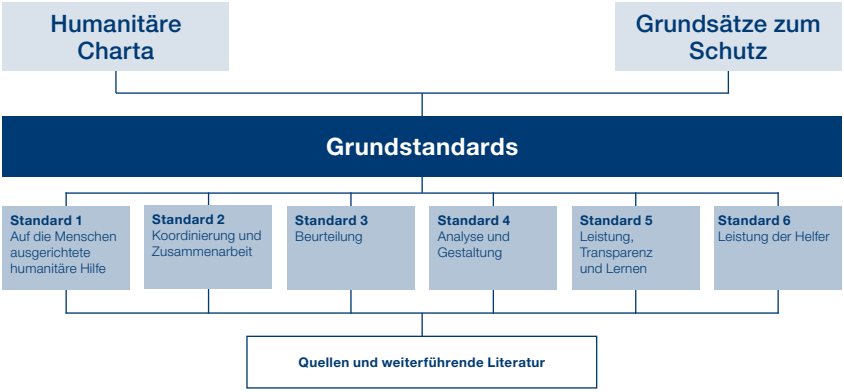
Am Ende dieses Kapitels findet sich eine Liste mit einer Auswahl von Quellen und weiterführender Literatur.

Inhalt

Einführung 59

Die Grundstandards 62

Quellen und weiterführende Literatur 85


Humanitäre Charta
Grundsätze zum Schutz
Grundstandards
Standard 1 Auf die Menschen ausgerichtete humanitäre Hilfe
Standard 2 Koordinierung und Zusammenarbeit
Standard 3 Beurteilung
Standard 4 Analyse und Gestaltung
Standard 5 Leistung, Transparenz und Lernen
Standard 6 Leistung der Helfer
Quellen und weiterführende Literatur

Einführung

Die Grundstandards beschreiben Prozesse, die für das Erreichen aller Sphere Mindeststandards von wesentlicher Bedeutung sind. Sie sind praktischer Ausdruck der Grundsätze der humanitären Charta von Sphere und von elementarer Bedeutung für die Rechte der von einem Konflikt oder einer Katastrophe betroffenen Menschen sowie für eine Hilfe, die ein Leben in Würde unterstützt. Mit den Grundstandards wird das Mindestniveau einer Hilfsmaßnahme (verdeutlicht durch die Schlüsselindikatoren) festgelegt, das von den humanitären Organisationen erreicht werden sollte – unabhängig davon, ob sie gemeinde-basiert, lokal, national oder international agieren.

Die Grundstandards sind ferner mit anderen zentralen Initiativen im Bereich Rechenschaftspflicht (accountability) gekoppelt, welche die Kohärenz fördern und eine gemeinsame Verpflichtung zur Rechenschaftslegung unterstützen. So enthalten etwa die Benchmarks des Humanitarian Accountability Partnership-Standards (HAP) Rechenschaftspflicht und Qualitätsmanagement von 2010 und die Grundstandards komplementäre Anforderungen. Der Standard zur Leistung der Helfer entspricht dem Code of Good Practice von People In Aid. Insbesondere die Grund¬standards 1 und 5 orientieren sich an The Good Enough Guide des Emergency Capacity Building (ECB) Project, am Quality Compas der Groupe URD und dem Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP). Die Grund¬standards schließen an die grundlegenden Standards in den Mindeststandards des INEE (Inter-Agency Network for Education in Emergencies) im Bereich Bildung: Vorsorge, Hilfe, Wiederherstellung (preparedness, response, recovery) an.

Die Bedeutung der Grundstandards für alle Sektoren

Der erste Grundstandard macht deutlich, dass die Beteiligung der von einer Katastrophe betroffenen Menschen – Frauen, Männer, Mädchen und Jungen aller Altersgruppen – und ihre Leistungsfähigkeit und Strategien für ein Überleben in Würde ein wesentlicher Bestandteil der humanitären Hilfe ist. Im Grundstandard 2 geht es um die Notwendigkeit, eine Hilfsmaßnahme mit anderen Hilfsorganisationen und staatlichen Behörden, die unparteiische humanitäre Hilfe leisten, zu koordinieren und umzusetzen, damit sie effektiv ist.

Im Grundstandard 3 wird dargelegt, dass systematische Beurteilungen erforderlich sind, um die Art der Katastrophe zu verstehen, um zu identifizieren, wer in welcher Weise betroffen ist, und um die Gefährdung, Anfälligkeit und Leistungsfähigkeit der Menschen zu beurteilen. Er macht deutlich, wie entscheidend es ist, die Bedürfnisse im Verhältnis zum politischen, sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Kontext und der allgemeinen Bevölkerung zu verstehen. Hilfsorganisationen, die den Grundstandard 4 erfüllen, gestalten ihre Hilfsmaßnahme auf der Basis einer unparteiischen Ermittlung des Bedarfs und decken diesen in Abhängigkeit vom Kontext und der Fähigkeit der betroffenen Menschen und Staaten, ihren eigenen Bedarf zu decken.

Der Grundstandard 5 wird von Hilfsorganisationen erreicht, die die Effektivität, Qualität und Angemessenheit ihrer Hilfe kontinuierlich überprüfen. Die Hilfsorganisationen passen ihre Strategien entsprechend den Überwachungsinformationen und dem Feedback der von einer Katastrophe betroffenen Menschen an und geben die Informationen über ihre Leistung an andere weiter. Sie investieren Zeit in unvoreingenommene Überprüfungen und Evaluierungen und nutzen die Ergebnisse zur Verbesserung ihrer Methoden und Verfahren.

Im Grundstandard 6 kommt zum Ausdruck, dass die humanitären Organisationen gegenüber den von einer Katastrophe betroffenen Menschen verpflichtet sind, Helfer mit den entsprechenden Kenntnissen, Kompetenzen, Verhaltensweisen und Einstellungen zu beschäftigen, um die Effektivität ihrer Hilfe zu gewährleisten. Gleichermaßen sind die Hilfsorganisationen dafür verantwortlich, die Helfer durch effektives Management und Unterstützung ihres emotionalen und physischen Wohlbefindens in die Lage zu versetzen, eine zufriedenstellende Leistung zu erbringen.

Gefährdung und Anfälligkeit

Sphere legt einen Fokus auf die Befriedigung der dringenden lebensnotwendigen Bedürfnisse der Menschen, die von einer Katastrophe oder einem Konflikt betroffen sind. Die Grundstandards können jedoch auch die Katastrophenvorsorge sowie Ansätze unterstützen, mit welchen künftige Risiken, Gefährdungen und Anfälligkeiten vermindert, die Leistungsfähigkeit verbessert und eine frühzeitige Wiederherstellung (early recovery) gefördert werden. Bei derartigen Ansätzen werden die Auswirkungen der Hilfsmaßnahme auf die Umwelt und den breiteren Kontext berücksichtigt. Sie sind für die Bedürfnisse der aufnehmenden und der allgemeinen Bevölkerung überaus wichtig.

Im gesamten Handbuch bezeichnet der Begriff „gefährdet“ diejenigen Menschen, die gegenüber den Auswirkungen natürlicher oder vom Menschen verursachter Katastrophen oder Konflikte besonders anfällig sind. Diese besondere Gefährdung von Menschen durch Katastrophen entsteht durch eine Kombination physischer,

sozialer, ökologischer und politischer Faktoren. Möglicherweise werden diese Menschen aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ihres Alters, ihres Geschlechts, einer Behinderung, ihrer Klasse oder Kaste, ihrer politischen Überzeugung oder ihrer Religionszugehörigkeit von der Gesellschaft marginalisiert. Eine Kombination von Gefährdungen und die Auswirkungen eines häufig unbeständigen Kontextes tragen dazu bei, dass die Menschen aus verschiedenen Gründen und in unterschiedlicher Weise besonders gefährdet sind. Besonders gefährdete Menschen (etwa alle von einer Katastrophe Betroffenen) verfügen über unterschiedliche Fähigkeiten, mit einer Katastrophe fertig zu werden und sich zu regenerieren. Für eine Hilfsmaßnahme, die den Bedarf der Bedürftigsten deckt, ist ein fundiertes Verständnis der Fähigkeiten der besonders gefährdeten Menschen sowie der Hürden, die ihnen möglicherweise den Zugang zu humanitärer Hilfe versperren, von wesentlicher Bedeutung.

Die Grundstandards

Grundstandard 1: Auf die Menschen ausgerichtete humanitäre Hilfe (people-centred humanitarian response)

Die Leistungsfähigkeit der Menschen und ihre Strategien für ein Überleben in Würde sind ein wesentlicher Bestandteil der Gestaltung und Umsetzung der humanitären Hilfe.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Sobald wie möglich die lokale Leistungsfähigkeit durch Identifizierung von Gruppen und sozialen Netzen in der Gemeinde unterstützen und auf gemeindebasierten und Selbsthilfe-Initiativen aufbauen (siehe Richtlinie 1).
- Systematische und transparente Mechanismen einführen, durch welche die von einer Katastrophe oder einem Konflikt betroffenen Menschen regelmäßiges Feedback geben und die Programme beeinflussen können (siehe Richtlinie 2).
- In den Diskussionen mit der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerung eine ausgewogene Vertretung der besonders gefährdeten und anfälligen Menschen sicherstellen (siehe Richtlinie 3).
- Der betroffenen Bevölkerung in einem zugänglichen Format und verständlicher Sprache Informationen über die humanitäre Organisation, deren Projekt/e und die Ansprüche der Menschen bereitstellen (siehe Richtlinie 4).
- Der betroffenen Bevölkerung so früh wie möglich Zugang zu sicheren und angemessenen Räumen für Gemeindetreffen und den Informationsaustausch verschaffen (siehe Richtlinie 5).
- Die Menschen in die Lage versetzen, einfach und sicher Beschwerden über das Programm einreichen zu können, und transparente, zügige Verfahren für die Bearbeitung und für Abhilfemaßnahmen einrichten (siehe Richtlinie 6).
- Wo dies möglich ist, auf lokale Arbeitskräfte, ökologisch nachhaltige Materialien und sozial verantwortliche Unternehmen zurückgreifen, um die lokale Wirtschaft und die Wiederherstellung zu fördern.
- Die Projekte nach Möglichkeit so auslegen, dass sie hilfreiche kulturelle, spirituelle und traditionelle Praktiken, die von den Menschen vor Ort als wichtig erachtet werden, unterstützen und respektieren (siehe Richtlinie 7).

- Die Entscheidungskompetenz der von der Katastrophe betroffenen Menschen und deren Eigenverantwortung für die Programme im Zuge der Hilfsmaßnahme sukzessive stärken.

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Projektstrategien sind ausdrücklich mit gemeindebasierten Kapazitäten und Initiativen gekoppelt.
- Die von der Katastrophe betroffenen Menschen halten regelmäßige Sitzungen zur Organisation und Umsetzung der Hilfsmaßnahme ab oder beteiligen sich aktiv an diesen (siehe Richtlinien 1-2).
- Die Zahl der Selbsthilfe-Initiativen der betroffenen Gemeinschaft und der örtlichen Behörden erhöht sich während der Dauer der Hilfsmaßnahme (siehe Richtlinie 1).
- Die Hilfsorganisationen haben Beschwerden über die bereitgestellte Hilfe untersucht und gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen eingeleitet.

Richtlinien

1. ***Die lokale Leistungsfähigkeit:*** Die von einer Katastrophe betroffenen Menschen besitzen und erwerben Kompetenzen, Kenntnisse und Fähigkeiten, um mit der Katastrophe fertig zu werden und sich von ihr zu erholen. Die aktive Beteiligung an der humanitären Hilfe ist eine wesentliche Grundlage des Rechts der Menschen auf ein Leben in Würde, das in den Grundsätzen 6 und 7 des Verhaltenskodex der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung und der Nichtregierungsorganisationen in der Katastrophenhilfe (Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organisations (NGOs) in Disaster Relief) bekräftigt wird (siehe Anhang 2, Seite 423). Selbsthilfe- und gemeindebasierte Initiativen tragen durch Wiederherstellung der Würde und eines gewissen Grads an Kontrolle zum psychischen und sozialen Wohlergehen der von der Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen bei. Der Zugang zu sozialer, finanzieller, kultureller und emotionaler Unterstützung durch die Großfamilie, religiöse Netzwerke und Rituale, Freunde, Schulen und Aktivitäten in der Gemeinde hilft, die Selbstachtung und Identität einzelner Menschen und der Gemeinschaft wiederherzustellen, Gefährdungen und Anfälligkeiten zu vermindern und die Widerstandsfähigkeit zu verbessern. Die Menschen vor Ort sollten bei der Identifizierung und gegebenenfalls Reaktivierung oder Errichtung unterstützender Netzwerke und Selbsthilfegruppen unterstützt werden. Das Maß, in welchem sich die Menschen beteiligen, und die Art ihrer Beteiligung werden dadurch bestimmt, wie lange die Katastrophe zurückliegt und welche physischen, sozialen und politischen Gegebenheiten vorherrschen. Die Indika-

toren, welche die Beteiligung verdeutlichen, sollten daher nach dem jeweiligen Kontext ausgewählt werden und alle Betroffenen einbeziehen. In der Regel reagiert die Bevölkerung vor Ort zuerst auf eine Katastrophe, und selbst in der Frühphase einer Hilfsmaßnahme ist stets ein gewisser Grad an Partizipation realisierbar. Das ausdrückliche Bemühen, den Menschen bereits in einem frühen Stadium zuzuhören, sie zu befragen und einzubeziehen, sorgt später im Programm für mehr Qualität und Management durch die Gemeinschaft.

2. ***Feedback-Mechanismen*** stellen für alle Betroffenen ein Mittel der Beeinflussung der Planung und Durchführung eines Programms dar (siehe HAP-Benchmark „Partizipation"). Sie umfassen Fokusgruppen-Diskussionen, Umfragen, Interviews und Sitzungen zu „Lernerfahrungen" mit einer repräsentativen Stichprobe der betroffenen Bevölkerung (siehe Good Enough Guide von ECB zu entsprechenden Instrumenten und Richtlinien 3-4). Die betroffene Bevölkerung sollte systematisch informiert werden, wie die Hilfsorganisationen auf das Feedback reagieren und inwiefern die Ergebnisse die weitere Durchführung des Programms beeinflussen.

3. ***Repräsentative Partizipation:*** Für eine ausgewogene Partizipation ist es entscheidend, die Barrieren, mit welchen unterschiedliche Menschen hinsichtlich einer Beteiligung konfrontiert sind, zu verstehen und aus dem Weg zu räumen. Es sind Maßnahmen zu ergreifen, um die Beteiligung der Mitglieder aller Gruppen der betroffenen Menschen – Jung und Alt, Männer und Frauen – sicherzustellen. Zwecks Einbindung von Menschen, die unzulänglich vertreten, marginalisiert (z. B. durch ethnische Zugehörigkeit oder Religion) oder anderweitig „unsichtbar" sind (z. B. weil sie ihr Haus nicht verlassen können oder in einer Einrichtung leben), sollten besondere Anstrengungen unternommen werden. Die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen sollte gefördert werden, sofern dies in deren eigenem Interesse liegt. Ferner sind Maßnahmen zu ergreifen, um sicherzustellen, dass diese keinem Missbrauch ausgesetzt sind und keinen Schaden erleiden.

4. ***Informationsweitergabe:*** Die Menschen haben ein Recht auf genaue und aktuelle Informationen über die in ihrem Interesse unternommenen Aktivitäten. Die Informationen können Beunruhigungen mindern und sind eine wichtige Basis für das Verantwortungs- und Zuständigkeitsgefühl in der Gemeinschaft. Die Hilfsorganisationen sollten zumindest ihr Mandat und ihr/e Projekt/e beschreiben, die Ansprüche und Rechte der Bevölkerung darlegen und angeben, wann und wo die Hilfe zugänglich ist (siehe HAP-Benchmark „Informationsweitergabe"). Die üblichen Wege der Informationsweitergabe umfassen Anschlagtafeln, öffentliche Sitzungen, Schulen, Zeitungen und Radiosendungen. Die Informationen sollten ein fundiertes Verständnis der Situation der Menschen deutlich machen und unter Einsatz einer Vielzahl entsprechend angepasster Medien in der/den lokalen Sprache/n vermit-

telt werden, sodass sie für alle Betroffenen zugänglich sind. So sollten zum Beispiel bei Kindern und Erwachsenen, die nicht lesen können, mündliche Mitteilungen oder Bilder eingesetzt werden, und es sollte eine unkomplizierte (d. h. für 12-Jährige vor Ort verständliche) Sprache und eine große Schriftart verwendet werden, wenn Informationen für Menschen mit Sehbehinderungen gedruckt werden. Die Sitzungen sollten so organisiert werden, dass ältere Menschen oder Personen mit Hörproblemen alles hören können.

5. ***Sichere und gut zugängliche Räume:*** Es sollten öffentliche Begegnungsstätten in sicheren Bereichen eingerichtet werden, wobei sicherzustellen ist, dass diese auch für Personen mit eingeschränkter Mobilität zugänglich sind, unter anderem für Frauen, deren Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen durch kulturelle Normen eingeschränkt wird. Es sollten kinderfreundliche Räume bereitgestellt werden, in denen Kinder spielen, lernen, sich sozialisieren und entwickeln können.
6. ***Beschwerden:*** Die Menschen haben das Recht, sich bei einer Hilfsorganisation zu beschweren und entsprechende Maßnahmen zu verlangen (siehe HAP-Benchmark „Umgang mit Beschwerden“). Formelle Mechanismen für Beschwerden und Abhilfemaßnahmen sind eine wesentliche Komponente der Rechenschaftspflicht einer Hilfsorganisation gegenüber den Menschen. Sie tragen dazu bei, dass die Gemeinden wieder die Kontrolle über ihr Leben übernehmen können.
7. ***Kulturell angemessene Praktiken,*** etwa Bestattungen und religiöse Zeremonien und Praktiken, sind häufig ein wesentlicher Aspekt der Identität der Menschen, ihrer Würde und der Fähigkeit, sich von der Katastrophe zu erholen. Einige kulturell akzeptable Praktiken verletzen die Menschenrechte (z. B. Verweigerung von Bildung für Mädchen und Genitalverstümmelung an Frauen) und sollten nicht unterstützt werden.

Grundstandard 2: Koordinierung und Zusammenarbeit (coordination and collaboration)

Bei der Planung und Umsetzung der humanitären Hilfe erfolgt eine Koordinierung mit den einschlägigen Behörden, humanitären Organisationen und zivilgesellschaftlichen Organisationen, die an unparteiischen humanitären Maßnahmen beteiligt sind und sich gemeinsam um größtmögliche Effizienz, Reichweite und Effektivität bemühen.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Ab dem Beginn an allgemeinen sowie maßgeblichen sektorbezogenen Koordinierungsmaßnahmen teilnehmen (siehe Richtlinien 1–2).

- Über die Verantwortlichkeiten, die Ziele und die Koordinierungsrolle des Staates und gegebenenfalls weiterer Koordinierungsgruppen informiert sein (siehe Richtlinie 3).
- Den Koordinierungsgruppen Informationen über das Mandat, die Ziele und das Programm der Hilfsorganisation zur Verfügung stellen.
- Die Beurteilungsdaten zügig und in einem Format, das auch von anderen humanitären Organisationen leicht einsetzbar ist, an die entsprechenden Koordinierungsgruppen weitergeben (siehe Grundstandard 3, Seite 69).
- Die Programminformationen anderer humanitärer Organisationen für die Analyse, die Auswahl des Einsatzortes und die Maßnahmenpläne nutzen.
- Die Koordinierungsgruppen regelmäßig über die Fortschritte informieren und dabei größere Verzögerungen sowie Defizite oder freie Kapazitäten der Hilfsorganisation angeben (siehe Richtlinie 4).
- Mit den anderen humanitären Organisationen zusammenarbeiten, um die Lobbyarbeit zu wichtigen gemeinsamen humanitären Fragen zu verstärken.
- Auf der Basis humanitärer Grundsätze und Ziele eindeutige Richtlinien und Verfahren in Bezug auf die Kooperation der Hilfsorganisation mit nicht humanitären Akteuren festlegen (siehe Richtlinie 5).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Beurteilungsberichte und Informationen über Programmpläne und -fortschritte werden den relevanten Koordinierungsgruppen regelmäßig vorgelegt (siehe Richtlinie 4).
- Die humanitären Aktivitäten anderer Hilfsorganisationen in denselben geografischen oder sektorbezogenen Bereichen werden nicht gedoppelt.
- Die auf den Koordinierungssitzungen eingegangenen Verpflichtungen werden erfüllt und fristgerecht gemeldet.
- Im Rahmen der Hilfsmaßnahme der Hilfsorganisation werden die Kapazität und die Strategien anderer humanitärer Organisationen, zivilgesellschaftlicher Organisationen und einschlägiger Behörden berücksichtigt.

Richtlinien

1. ***Koordinierte Maßnahmen:*** Für einen ausreichenden Erfassungsgrad, die zügige Durchführung und die Qualität der Programme ist gemeinsames Handeln erforderlich. Die aktive Beteiligung an den Koordinierungsbemühungen ermöglicht es den für die Koordinierung Verantwortlichen, frühzeitig eine klare Aufteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten vorzunehmen, abzuschätzen, in welchem Maße die Bedürfnisse insgesamt befriedigt werden, Doppelarbeit zu reduzieren und Defizite beim Erfassungsgrad und der Qualität zu beheben.

Durch koordinierte Maßnahmen, frühzeitige hilfsorganisationsübergreifende Beurteilungen und Informationsweitergabe kann die Belastung der betroffenen Menschen verringert werden, indem vermieden wird, dass die betroffenen Menschen von mehreren Beurteilungsteams nach denselben Informationen gefragt werden. Zudem kann durch Zusammenarbeit und, sofern möglich, die Nutzung gemeinsamer Ressourcen und Ausrüstung die Leistungsfähigkeit von Gemeinden, deren Nachbarn, den aufnehmenden Regierungen, Spendern und humanitären Organisationen mit unterschiedlichen Mandaten und Kompetenzen optimiert werden. Die Beteiligung an den Koordinierungsmechanismen vor einer Katastrophe stellt Beziehungen her und verbessert die Koordinierung während der Hilfsmaßnahme. Sollten die Koordinierungsmechanismen den Anschein erwecken, dass sie nur für internationale Hilfsorganisationen relevant sind, kann es sein, dass sich die lokalen zivilgesellschaftlichen Organisationen und Behörden nicht daran beteiligen. Bei Sitzungen und anderen gemeinsam genutzten Informationen sollte auf die lokale/n Sprache/n zurückgegriffen werden. Die an der Hilfsmaßnahme beteiligten lokalen zivilgesellschaftlichen Akteure und Netzwerke sollten identifiziert werden. Diese und andere lokale und internationale humanitäre Organisationen sollten zur Partizipation aufgefordert werden. Das Personal, das die Hilfsorganisationen in den Koordinierungssitzungen vertritt, sollte über die entsprechenden Informationen, Kompetenzen und Befugnisse für die Mitwirkung an der Planung und Entscheidungsfindung verfügen.

2. ***Zu den gemeinsamen Koordinierungsmechanismen*** zählen Sitzungen – allgemeine (für alle Programme), sektorbezogene (z. B. Gesundheit) und sektorübergreifende (z. B. Genderfragen) – und sonstige Mechanismen für die Informationsweitergabe (z. B. Datenbanken für Beurteilungs- und Kontextinformationen). Durch Sitzungen, auf welchen verschiedene Sektoren zusammenkommen, können die Bedürfnisse der Menschen nicht nur isoliert, sondern im Ganzen berücksichtigt werden (so stehen etwa die Bedürfnisse der Menschen in den Bereichen (Not-)Unterkünfte, Wasser, Sanitärversorgung, Hygiene und psychosoziale Unterstützung miteinander in Wechselbeziehung). Zwischen den unterschiedlichen Koordinierungsmechanismen sollten relevante Informationen ausgetauscht werden, um eine integrierte Koordinierung aller Programme sicherzustellen. Im Kontext der Koordinierung wirkt sich die Qualität der Koordinierungsmechanismen in jedem Falle auf das Engagement der Hilfsorganisationen in Bezug auf die Beteiligung aus: Die für die Koordinierung Verantwortlichen haben sicherzustellen, dass die Sitzungen und die Informationen gut organisiert werden, effizient und ergebnisorientiert sind. Ist dies nicht der Fall, sollten die beteiligten Hilfsorganisationen sich für verbesserte Mechanismen einsetzen und diese dann unterstützen.

3. ***Koordinierungsrollen:*** Die Rolle der Koordinierung der humanitären Hilfe der intervenierenden Organisationen obliegt dem betroffenen Staat. Durch Unterstützung dieser Koordinierungsfunktion des Staates kommt humani-

tären Organisationen eine wichtige Rolle zu. In einigen Kontexten können jedoch auch alternative Koordinierungsmechanismen angebracht sein, beispielsweise wenn die staatlichen Behörden selbst für Missbrauch und Verletzungen verantwortlich sind, ihre Unterstützung nicht unparteiisch ist oder der Staat zwar bereit ist, die Koordinierungsrolle zu übernehmen, jedoch nicht über die entsprechende Kapazität verfügt. In diesen Fällen können die Koordinierungssitzungen von den örtlichen Behörden separat oder gemeinsam mit den Vereinten Nationen oder Nichtregierungsorganisationen geleitet werden. Die Koordinierung vieler humanitärer Notfälle großen Ausmaßes erfolgt heute normalerweise anhand des „cluster approach" mit Gruppierungen von Hilfsorganisationen, die unter einer federführenden Organisation (lead agency) in demselben Sektor zusammenarbeiten.

4. ***Die Effizienz der gemeinsamen Datennutzung*** kann gesteigert werden, wenn die Informationen benutzerfreundlich sind (klar, relevant, knapp) und weltweiten humanitären Protokollen entsprechen, die mit den Daten anderer Hilfsorganisationen technisch kompatibel sind (siehe Grundstandard 3, Seite 69). Wie häufig die Daten ausgetauscht werden, hängt von der jeweiligen Hilfsorganisation und dem Kontext ab. Damit die Daten ihre Relevanz behalten, sollte der Austausch jedoch rasch erfolgen. Sensible Informationen sollten vertraulich behandelt werden (siehe Grundstandards 3-4, Seite 69-74).

5. ***Militär- und Privatsektor:*** Der Privatsektor und das ausländische und nationale Militär sind zunehmend an Hilfseinsätzen beteiligt und haben daher Einfluss auf die Koordinierungsbemühungen. Das Militär bringt besondere Kompetenzen und Ressourcen mit, unter anderem Sicherheit, Logistik, Transport und Kommunikation. Die militärischen Tätigkeiten können jedoch den wichtigen Unterschied zwischen humanitären Zielen und militärischen oder politischen Prioritäten verwischen und künftige Sicherheitsrisiken schaffen. Jede Zusammenarbeit mit dem Militär sollte entsprechend im Einklang mit den empfohlenen Leitlinien im Dienste der humanitären Organisationen stehen und von diesen geleitet werden. Einige Hilfsorganisationen werden lediglich ein Mindestmaß an Dialog beibehalten, um operative Effizienz zu gewährleisten (z. B. grundlegende Informationsweitergabe im Rahmen des Programms), während andere umfassendere Beziehungen eingehen werden (z. B. Einsatz militärischer Ressourcen). In allen Fällen müssen sich die humanitären Organisationen eindeutig vom Militär abgrenzen, um jede tatsächliche oder angenommene Verbindung mit politischen oder militärischen Prioritäten zu vermeiden, die die Unabhängigkeit und Glaubwürdigkeit der Hilfsorganisationen, die Sicherheit und den Zugang zu den betroffenen Bevölkerungsgruppen beeinträchtigen könnte. Der Privatsektor kann den humanitären Organisationen kommerzielle Effizienz sowie komplementäre Kompetenzen und Ressourcen bringen. Zur Vermeidung von Doppelarbeit und zur Förderung einer guten humanitären Praxis ist Informationsaustausch erforderlich. Privat-humanitäre Partnerschaften müssen konsequent den humanitären Zielen zugutekommen.

Grundstandard 3: Beurteilung (Assessment)

Die vorrangigen Bedürfnisse der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerung werden durch eine systematische Beurteilung des Kontextes, der Gefahren für ein Leben in Würde und der Leistungsfähigkeit der betroffenen Menschen sowie der relevanten intervenierenden Behörden identifiziert.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen

- Informationen über die lokale humanitäre Kapazität, die betroffene und die allgemeine Bevölkerung, den Kontext und weitere vorab bestehende Faktoren vor der Katastrophe, welche die Anfälligkeit der Menschen für die Katastrophe erhöhen könnten, sammeln und nutzen (siehe Richtlinie 1).
- Sofort eine Erstbeurteilung durchführen, die auf den Informationen zur Lage vor der Katastrophe aufbaut, um durch die Katastrophe verursachte Veränderungen im Kontext zu beurteilen und neue Faktoren zu identifizieren, die eine besondere Gefährdung schaffen oder verstärken (siehe Richtlinie 2).
- Sobald wie möglich eine Schnellbeurteilung durchführen, an die sich tiefergehende Beurteilungen anschließen, wenn Zeit und Lage dies erlauben (siehe Richtlinie 3).
- Die Bevölkerungsdaten zumindest nach Geschlecht und Alter aufschlüsseln (siehe Richtlinie 4).
- Im Rahmen der Beurteilung eine umfassende Bandbreite von Menschen befragen – Frauen und Männer aller Altersgruppen, Mädchen, Jungen und sonstige besonders gefährdete oder anfällige, von der Katastrophe betroffene Menschen sowie die breitere Bevölkerung (siehe Grundstandard 1, Seite 62, und Richtlinien 5-6).
- Nach Möglichkeit an sektorübergreifenden, gemeinsamen oder hilfsorganisationsübergreifenden Beurteilungen teilnehmen.
- Informationen systematisch und unter Einsatz einer Vielzahl von Methoden erheben, mit Informationen triangulieren, die aus einer Reihe von Quellen und von mehreren Hilfsorganisationen stammen, und die Daten im Zuge der Erhebung dokumentieren (siehe Richtlinie 7).
- Die Bewältigungsfähigkeit, Kompetenzen, Ressourcen und Erholungsstrategien der betroffenen Menschen beurteilen (siehe Richtlinie 8).
- Die Maßnahmenpläne und die Kapazität des Staates beurteilen.

- Die Auswirkungen der Katastrophe auf das psychosoziale Wohlbefinden der einzelnen Menschen und der Gemeinschaft beurteilen.
- Derzeitige und potenzielle Probleme für die Sicherheit der von der Katastrophe betroffenen Bevölkerung und der Helfer beurteilen, unter anderem die Möglichkeit, dass die Hilfsmaßnahme einen Konflikt verschärft oder zu Spannungen zwischen den betroffenen und den aufnehmenden Bevölkerungsgruppen führt (siehe Richtlinie 9).
- Die Beurteilungsdaten zügig und in einem leicht zugänglichen Format an andere humanitäre Organisationen weitergeben (siehe Grundstandard 2, Seite 65 und Richtlinie 10).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die ermittelten Bedürfnisse wurden ausdrücklich mit der Leistungsfähigkeit der betroffenen Menschen und des intervenierenden Staates abgeglichen.
- Die Schnell- und detaillierten Beurteilungsberichte enthalten Einschätzungen, die für alle betroffenen Menschen, einschließlich der Mitglieder besonders gefährdeter und anfälliger Gruppen und der benachbarten Bevölkerung, repräsentativ sind.
- Die Beurteilungsberichte enthalten Daten, die zumindest nach Geschlecht und Alter aufgeschlüsselt sind.
- Die fundierten Beurteilungsberichte enthalten Informationen und Analysen der besonderen Gefährdungen und Anfälligkeiten, des Kontextes und der Leistungsfähigkeit.
- Falls Beurteilungsformate vereinbart sind und allgemein unterstützt werden, werden sie angewandt.
- Auf Schnellbeurteilungen folgen detaillierte Beurteilungen der Bevölkerungsgruppen, die für die Intervention ausgewählt wurden.

Richtlinien

1. ***Informationen zur Lage vor der Katastrophe:*** Für die Erst- und Schnellbeurteilungen ist eine von allen relevanten Akteuren gemeinsam durchgeführte Sammlung der vorhandenen Informationen von unschätzbarem Wert. Fast immer stehen zahlreiche Informationen über den Kontext (z. B. politischer, sozialer und wirtschaftlicher Bereich, Sicherheit, Konflikte und Umwelt) und die Menschen (z. B. Geschlecht, Alter, Gesundheit, Kultur, Spiritualität und Bildung) zur Verfügung. Diese Informationen sind verfügbar bei den einschlägigen nationalen Ministerien (z. B. Gesundheit und demografische Daten), akademischen oder Forschungseinrichtungen, gemeindebasierten Organisationen

sowie lokalen und internationalen humanitären Organisationen, die bereits vor der Katastrophe präsent waren. Auch Katastrophenvorsorge und Frühwarninitiativen sowie die neuen Entwicklungen in den Bereichen gemeinsames internetbasiertes Mapping, Crowd Sourcing und Mobiltelefon-Plattformen (etwa Ushahidi) haben Datenbanken mit relevanten Informationen generiert.

2. ***Die Erstbeurteilungen,*** die normalerweise in den ersten Stunden nach einer Katastrophe durchgeführt werden, können quasi gänzlich auf Informationen aus zweiter Hand und bereits vorhandenen Daten basieren. Sie sind als Grundlage für die Ermittlung des unmittelbaren Hilfsbedarfs überaus wichtig, sollten sofort durchgeführt und deren Ergebnisse weitergegeben werden.

3. ***Mehrstufige Beurteilungen:*** Bei der Beurteilung handelt es sich nicht um einen punktuellen Vorgang, sondern um einen Prozess. Die Erst- und Schnellbeurteilungen stellen die Basis für anschließende detaillierte Beurteilungen dar, die die Ergebnisse der früheren Beurteilungsergebnisse vertiefen (jedoch nicht wiederholen) sollen. Es ist zu beachten, dass wiederholte Beurteilungen sensibler Probleme im Bereich Schutz (etwa geschlechtsspezifische Gewalt) den Gemeinschaften und einzelnen Menschen mehr schaden als nützen können.

4. ***Aufschlüsselung der Daten:*** Zu Beginn ist eine detaillierte Aufschlüsselung selten möglich. Diese ist jedoch von entscheidender Bedeutung, um die unterschiedlichen Bedürfnisse und Rechte von Kindern und Erwachsenen aller Altersgruppen zu identifizieren. Sobald wie möglich sollte eine weitere Aufschlüsselung – jeweils nach Geschlecht – für die folgenden Altersgruppen erfolgen: 0-5 Jahre, 6-12 Jahre, 13-17 Jahre und dann in 10-Jahres-Altersschritten, z. B. 50-59 Jahre, 60-69 Jahre, 70-79 Jahre und 80+ Jahre. Anders als die physiologisch verwandten Altersgruppen im Kapitel „Gesundheit“ beziehen sich diese Gruppierungen auf altersbedingte Unterschiede, die mit einer Reihe von Rechten sowie sozialen und kulturellen Fragen im Zusammenhang stehen.

5. ***Repräsentative Beurteilungen:*** Die bedarfsbasierten Beurteilungen umfassen alle von der Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen. Um Menschen an schwer erreichbaren Orten zu beurteilen (z. B. Menschen, die sich nicht in einem Lager befinden, die sich in weniger gut zugänglichen geografischen Gebieten oder in Gastfamilien aufhalten) sind besondere Anstrengungen erforderlich. Dies gilt ebenfalls für Menschen mit eingeschränkter Zugänglichkeit, die jedoch häufig gefährdet sind, etwa Menschen mit Behinderung, ältere Menschen, ans Haus gefesselte Menschen, Kinder und Jugendliche, die als Kindersoldaten rekrutiert werden könnten oder geschlechtsspezifischer Gewalt ausgesetzt sind. Zu den Quellen primärer Informationen zählen direkte Beobachtung, Fokusgruppen-Diskussionen, Umfragen und Gespräche mit einem möglichst breiten Spektrum an Menschen und Gruppen (z. B. örtliche Behörden,

männliche und weibliche Führer der Gemeinschaft, ältere Männer und Frauen, Gesundheitsarbeiter, Lehrer und sonstiges pädagogisches Personal, Händler und andere humanitäre Organisationen). Für einige Menschen mag es schwierig oder gefährlich sein, offen zu sprechen. Gespräche mit Kindern sollten separat erfolgen, da diese im Beisein von Erwachsenen vermutlich nicht reden werden oder, falls sie es doch tun, sie dies gefährden kann. Frauen und Mädchen sollten in den meisten Fällen in separaten Räumen befragt werden. Helfer, die mit der Erhebung systematischer Informationen von Menschen, die missbraucht oder verletzt wurden, befasst sind, sollten über die erforderlichen Kompetenzen und Systeme verfügen, um diese Tätigkeit in sicherer und angemessener Weise auszuführen. In Konfliktgebieten können Informationen missbräuchlich verwendet werden und die Menschen weiter gefährden oder die Handlungsfähigkeit einer Hilfsorganisation beeinträchtigen. Die Informationen über eine Person dürfen nur mit deren Zustimmung an andere humanitäre oder relevante Organisationen weitergegeben werden (siehe Grundsatz 1 zum Schutz, Seite 38). Es ist in der Regel nicht möglich, alle Betroffenen sofort zu beurteilen: Falls Bereiche oder Gruppen ausgeschlossen sind, sollte das im Beurteilungsbericht eindeutig vermerkt und sollten diese sobald wie möglich wiederaufgenommen werden.

6. ***Beurteilung der Gefährdung und Anfälligkeit:*** Die Risiken, mit welchen die Menschen nach einer Katastrophe konfrontiert sind, variieren je nach Gruppe und Person. Einige Menschen können aufgrund individueller Faktoren, etwa durch ihr Alter (insbesondere sehr junge und sehr alte Menschen) oder eine Krankheit (insbesondere HIV-Infizierte und AIDS-Kranke), besonders gefährdet oder anfällig sein. Doch durch individuelle Faktoren allein erhöht sich nicht automatisch auch das Risiko. Zu beurteilen sind die sozialen und kontextuellen Faktoren, die zur Gefährdung und Anfälligkeit beitragen, etwa Diskriminierung und Marginalisierung (z. B. niedriger Status und geringe Macht von Frauen und Mädchen), soziale Isolation, Umweltzerstörung, Klimaschwankungen, Armut, fehlender Landbesitz, schlechte Regierungsführung, ethnische Zugehörigkeit, Klasse oder Kaste, Religionszugehörigkeit oder politische Überzeugung. Im Rahmen der anschließenden detaillierten Beurteilungen sollten potenzielle künftige Gefahren, etwa sich verändernde Risikomuster aufgrund von Umweltzerstörung (z. B. Bodenerosion oder Entwaldung), Klimawandel und Geologie (z. B. Wirbelstürme, Überschwemmungen, Dürren, Erdrutsche und Anstieg des Meeresspiegels), identifiziert werden.

7. ***Datenerhebung und Checklisten:*** Die Beurteilungsdaten einschließlich der Bevölkerungsbewegungen und -zahlen sollten einer Kontrollprüfung unterzogen, validiert und mit möglichst vielen Quellen abgeglichen werden. Falls sektorübergreifende Beurteilungen anfangs nicht möglich sind, sollten

Verbindungen mit anderen Beurteilungen zu anderen Einzelsektoren, zum Schutz und zu Querschnittsthemen besonders beachtet werden. Von Anfang an sollten die Datenquellen und der Grad der Aufschlüsselung vermerkt und die Mortalität und Morbidität von Kindern unter 5 Jahren dokumentiert werden. Es stehen zahlreiche Checklisten zu den Beurteilungen zur Verfügung, die auf vereinbarten humanitären Standards basieren (siehe die Checklisten in den Anhängen einiger fachlicher Kapitel). Durch die Checklisten werden die Kohärenz und Zugänglichkeit der Daten anderer Hilfsorganisationen verbessert, und es wird sichergestellt, dass alle Kernbereiche untersucht werden. Ferner reduzieren sie die organisatorische oder individuelle Voreingenommenheit. Es ist möglich, dass ein gemeinsames, hilfsorganisationsübergreifendes Beurteilungsformat vor der Katastrophe entwickelt oder während der Hilfsmaßnahme vereinbart wurde. In jedem Falle sollten im Rahmen der Beurteilungen die angesetzten Ziele und Methoden geklärt und unparteiische Informationen über die Auswirkungen der Krise auf die Betroffenen generiert werden. Es sollte eine dem Kontext angemessene Mischung quantitativer und qualitativer Methoden angewandt werden. Die Beurteilungsteams sollten soweit wie möglich aus einem Mix aus Frauen und Männern sowie Generalisten und Spezialisten bestehen, die auch Personen mit Kompetenzen in den Bereichen „Erhebung sensibler geschlechtsspezifischer Daten“ und „Kommunikation mit Kindern“ umfassen sollten. In die Teams sollten Personen aufgenommen werden, die mit der/den Sprache/n und dem Ort vertraut und in der Lage sind, in kulturell angemessener Weise mit den Menschen zu kommunizieren.

8. ***Beurteilung der Kapazitäten:*** Die Gemeinden verfügen über Fähigkeiten in Bezug auf Bewältigung und Wiederherstellung (siehe Grundstandard 1, Seite 62). Viele Bewältigungsmechanismen sind nachhaltig und nützlich, während andere sich dagegen negativ auswirken und langfristig schädliche Folgen aufweisen können, z. B. der Verkauf von Vermögenswerten oder hoher Alkoholkonsum. Im Rahmen der Beurteilungen sollten die positiven Strategien, welche die Widerstandsfähigkeit stärken, und die Gründe für negative Strategien identifiziert werden.

9. ***Beurteilung der Sicherheit:*** Im Rahmen aller Erst- und Folgebeurteilungen sollte die Sicherheit der von der Katastrophe betroffenen und der aufnehmenden Bevölkerungsgruppen beurteilt werden, wobei drohende Gewalt und alle Formen von Nötigung und gewaltsamer Einschränkung der Lebensgrundlagen oder grundlegenden Menschenrechten zu identifizieren sind (siehe Grundsatz 3 zum Schutz, Seite 43).

10. ***Weitergabe von Beurteilungen:*** Die Beurteilungsberichte enthalten Informationen, die für andere humanitäre Organisationen von hohem Wert sind, generieren Bezugsdaten und sorgen bei Entscheidungen über Hilfsmaß-

nahmen für mehr Transparenz. Unabhängig von Abweichungen bei der Gestaltung durch einzelne Hilfsorganisationen sollten die Beurteilungsberichte klar und präzise sein, die Nutzer in die Lage versetzen, vorrangige Maßnahmen zu identifizieren und eine Beschreibung der Methodik enthalten, damit nach Bedarf die Zuverlässigkeit der Daten veranschaulicht werden kann und eine vergleichende Analyse möglich ist.

Grundstandard 4: Gestaltung und Hilfe (design and response)

Die humanitäre Hilfe deckt den ermittelten Bedarf der von der Katastrophe betroffenen Bevölkerung entsprechend dem Kontext, den bestehenden Risiken und der Bewältigungs- und Wiederherstellungsfähigkeit der betroffenen Menschen und des Staates.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Das Programm aufgrund einer unparteiischen Beurteilung des Bedarfs, des Kontextes, der bestehenden Risiken und der Leistungsfähigkeit der betroffenen Bevölkerung gestalten (siehe Grundstandard 3, Seite 69).
- Das Programm im Hinblick auf die Deckung des Bedarfs gestalten, der vom Staat oder den betroffenen Menschen nicht gedeckt werden wird bzw. nicht gedeckt werden kann (siehe Richtlinie 1).
- Lebensrettende Aktivitäten, die unmittelbar nach der Katastrophe die dringenden lebensnotwendigen Grundbedürfnisse befriedigen, vorrangig planen.
- Anhand aufgeschlüsselter Beurteilungsdaten analysieren, in welcher Weise sich die Katastrophe auf unterschiedliche Personen und Bevölkerungsgruppen ausgewirkt hat, und das Programm im Hinblick auf die Befriedigung ihrer besonderen Bedürfnisse gestalten.
- Die Hilfe derart gestalten, dass besonders gefährdete und anfällige Menschen vollen Zugang zu Hilfs- und Schutzleistungen haben (siehe Richtlinie 2).
- Sicherstellen, dass Programmgestaltung und -ansatz alle Aspekte der Würde der betroffenen Einzelpersonen und Bevölkerungsgruppen berücksichtigen (siehe Grundstandard 1, Seite 62, und Richtlinie 3).
- Alle Kontextfaktoren analysieren, die die besondere Gefährdung und Anfälligkeit der Menschen erhöhen, und das Programm derart gestalten, dass diese

Gefährdung und Anfälligkeit schrittweise vermindert wird (siehe Grundstandard 3, Seite 69, und Richtlinie 4).

- Das Programm derart gestalten, dass das Risiko der Gefährdung der Menschen, der Verschärfung der Dynamik eines Konflikts oder der Schaffung von Unsicherheit oder Möglichkeiten für Ausbeutung und Missbrauch minimiert wird (siehe Richtlinie 5 und Grundsatz 1 zum Schutz, Seite 38).
- Schrittweise daran arbeiten, die Diskrepanz zwischen den festgestellten Bedingungen und den Sphere-Mindeststandards aufzuheben und die Sphere-Indikatoren zu erreichen oder zu übertreffen (siehe Richtlinie 6).
- Die Programme im Hinblick auf eine frühzeitige Wiederherstellung, Risikoreduzierung und Optimierung der Fähigkeit der betroffenen Menschen gestalten, die Wirkungen künftiger Gefahren zu verhindern, zu minimieren oder besser zu bewältigen (siehe Richtlinie 7).
- Das Programm kontinuierlich anpassen, um dessen Relevanz und Angemessenheit zu erhalten (siehe Grundstandard 5, Seite 78).
- Durch Planung von Ausstiegsstrategien und deren Vermittlung gegenüber der betroffenen Bevölkerung während der frühen Stadien der Programmdurchführung für eine nachhaltige Wiederherstellung sorgen.

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Programmgestaltung basiert auf einer Analyse der spezifischen Bedürfnisse und Risiken der unterschiedlichen Gruppen von Menschen.
- Durch die Programmgestaltung wird das Defizit zwischen den Bedürfnissen der Betroffenen und der Fähigkeit der Menschen oder des Staates, diese zu befriedigen, verringert.
- Die Programmgestaltung wird einer Überprüfung unterzogen, damit Veränderungen des Kontextes, der Risiken und der Bedürfnisse und Fähigkeiten der Menschen berücksichtigt werden.
- Die Programmgestaltung umfasst Aktivitäten zur Verringerung der Gefährdungen und Anfälligkeiten der Menschen hinsichtlich künftiger Risiken und zur Verbesserung ihrer Fähigkeit, mit diesen Risiken umzugehen und sie zu bewältigen.

Richtlinien

1. ***Unterstützung der bestehenden Leistungsfähigkeit:*** Es ist die primäre Rolle und Verantwortung des Staates, den Betroffenen zügig Unterstützung zu leisten und Schutz zu bieten (siehe Humanitäre Charta, Absatz 2, Seite 22). Falls die betroffene Bevölkerung oder der Staat nicht über ausreichende

Reaktionsfähigkeit verfügen (insbesondere im Frühstadium der Hilfsmaßnahme) oder falls der Staat oder die kontrollierenden Behörden bestimmte Gruppen von Menschen oder betroffene Gebiete aktiv diskriminieren, sollte eingegriffen werden. In jedem Falle haben sich Umfang und Art der humanitären Hilfe an der Leistungsfähigkeit und den Intentionen des Staates hinsichtlich aller Mitglieder der betroffenen Bevölkerung zu orientieren.

2. ***Zugang:*** Die Hilfe wird den Bedürftigen ohne Diskriminierung geleistet (siehe Grundsatz 2 zum Schutz, Seite 41). Der Zugang der Menschen zur Hilfe und ihre Fähigkeit, die Hilfe zu nutzen und von ihr zu profitieren, erhöht sich durch die frühzeitige Bereitstellung von Informationen und eine Gestaltung, die deren besonderen Bedürfnissen und bestimmten Erwägungen zu Kultur und Sicherheit gerecht wird (zum Beispiel sollten für ältere Menschen oder Frauen mit Kindern bei Nahrungsmittelverteilungen separate Warteschlangen vorgesehen werden). Möglichkeiten zur Verbesserung des Zugangs bieten sich zum Beispiel durch die Beteiligung von Frauen, Männern, Mädchen und Jungen aller Altersgruppen an der Gestaltung. Auch durch den Einsatz sorgfältig gestalteter Targeting-Kriterien und -Prozesse, über die allgemein informiert wird und die von der Gemeinschaft verstanden und systematisch überwacht werden, verbessert sich der Zugang. Die in den fachlichen Kapiteln beschriebenen Aktivitäten vereinfachen einen gleichberechtigten Zugang durch gut durchdachte Gestaltung, etwa die Lokalisierung von Einrichtungen in sicheren Gebieten usw.

3. ***Grundlage für ein Leben in Würde*** ist die Gewährleistung des Zugangs zu grundlegenden Dienstleistungen, Sicherheit und die Achtung der Menschenrechte (siehe Humanitäre Charta, Seite 21). Gleichermaßen hat die Art und Weise, wie die humanitäre Hilfe geleistet wird, großen Einfluss auf Würde und Wohlergehen der von einer Katastrophe betroffenen Menschen. Programmansätze, die den Eigenwert jedes Menschen achten, deren religiöse und kulturelle Identität unterstützen, die Selbsthilfe in der Gemeinschaft und positive soziale Unterstützungsnetzwerke fördern, tragen zum psychosozialen Wohlergehen bei und sind wesentlicher Bestandteil des Rechts der Menschen auf ein Leben in Würde.

4. ***Kontext und besondere Gefährdung:*** Die Anfälligkeit von Menschen gegenüber Katastrophen erhöht sich durch bestimmte Faktoren in den Bereichen Gesellschaft, Politik, Kultur, Wirtschaft, Konflikte und Umwelt. Durch Veränderungen des Kontextes können neue Gefährdungen und Anfälligkeiten entstehen (siehe Grundstandard 3, Seite 69). Besonders gefährdete und anfällige Menschen können mit einer Reihe von Faktoren gleichzeitig konfrontiert sein (zum Beispiel ältere Menschen, die ethnischen Randgruppen angehören). Das Zusammenspiel persönlicher und kontextueller Faktoren, die die Risiken erhöhen, sollte analysiert werden, und die Programmgestal-

tung sollte auf die Verminderung dieser Risiken ausgelegt sein und auf die Bedürfnisse der besonders gefährdeten und anfälligen Menschen abzielen.

5. ***Konfliktsensibilität:*** Humanitäre Hilfe kann unbeabsichtigte negative Auswirkkungen nach sich ziehen. Wertvolle Hilfsgüter können Ausbeutung und Missbrauch verstärken und zu Wettbewerb, missbräuchlicher oder widerrechtlicher Verwendung der Hilfe führen. Hunger kann als Kriegswaffe eingesetzt werden (z. B. durch vorsätzliche Entvölkerung eines Gebiets oder erzwungene Transfers von Vermögenswerten). Die Hilfe kann sich negativ auf die allgemeine Bevölkerung auswirken und ungleiche Machtverhältnisse zwischen verschiedenen Gruppen (etwa zwischen Männern und Frauen) verstärken. Durch sorgfältige Analyse und Gestaltung kann verhindert werden, dass die Hilfe Konflikte und Unsicherheit (unter anderem bei Naturkatastrophen) potenziell verstärkt. Durch die Gestaltung sollte eine gerechte Verteilung und ein unparteiisches Targeting der Hilfe sichergestellt werden. Die Sicherheit und die Würde der Menschen sind durch vertrauliche Behandlung persönlicher Informationen zu schützen. So sind HIV-Infizierte und AIDS-Kranke eventuell stigmatisiert. Den Überlebenden von Menschenrechtsverletzungen muss eine sichere und vertrauliche Unterstützung garantiert werden (siehe Grundstandard 3, Seite 69).

6. ***Das Erreichen der Sphere-Mindeststandards:*** Es hängt vom Kontext ab, in welchem Zeitraum die Mindeststandards erreicht werden können: Einflussfaktoren sind Ressourcen, Zugang, Unsicherheit und der Lebensstandard in dem betroffenen Gebiet vor einer Katastrophe. Falls die betroffene Bevölkerung einen Lebensstandard erreicht, der über demjenigen der aufnehmenden bzw. der allgemeinen Bevölkerung liegt oder deren Bedingungen sogar noch verschlechtert, kann dies zu Spannungen führen. Es sollten Strategien entwickelt werden, um die Ungleichheiten und Risiken zu minimieren, zum Beispiel durch Reduzierung der negativen Auswirkungen der Hilfsmaßnahme auf das natürliche Umfeld und die Wirtschaft allgemein und durch Lobbyarbeit zwecks Erhöhung des Lebensstandards der aufnehmenden Bevölkerung. Wann immer dies möglich ist, sollte die Reichweite der Hilfsmaßnahme erhöht werden, um auch die aufnehmende Bevölkerung zu integrieren.

7. ***Frühzeitige Wiederherstellung und Risikominderung:*** Wenn möglichst schnell Aktivitäten zur Stärkung der lokalen Leistungsfähigkeit, zum Einsatz lokaler Ressourcen und zur Wiederherstellung von Dienstleistungen, Schulwesen, Märkten und Möglichkeiten der Existenzsicherung ergriffen werden, fördert dies eine frühzeitige wirtschaftliche Erholung und die Fähigkeit der Menschen, die entsprechenden Risiken nach Beendigung der externen Unterstützung zu bewältigen (siehe Grundstandard 1, Seite 62). Die humanitäre Hilfe sollte zumindest nicht die Lebensqualität der künftigen Generationen

mindern oder beeinträchtigen und in unbeabsichtigter Weise zu künftigen Gefahren beitragen (beispielsweise durch Entwaldung und nicht nachhaltige Nutzung natürlicher Ressourcen). Sobald die unmittelbaren Lebensbedrohungen eingedämmt sind, sollten die gegenwärtigen und (vielfältigen) potenziellen künftigen Gefahren (etwa durch den Klimawandel) analysiert werden. Durch die Gestaltung sollten künftige Risiken vermindert werden. So sollten während der Hilfsmaßnahme Möglichkeiten genutzt werden, in Risikominderung zu investieren und „sicherer wiederaufzubauen" (build back safer). Dazu gehören beispielsweise der Bau erdbeben- und hurrikanresistenter Häuser, der Schutz von Feuchtgebieten, die Sturmfluten absorbieren, und die Unterstützung von politischen Entwicklungen und gemeindebasierten Initiativen in den Bereichen Frühwarnsysteme und Katastrophenvorsorge.

Grundstandard 5: Leistung, Transparenz und Lernen (performance, transparency and learning)

Die Leistung der humanitären Organisationen wird kontinuierlich überprüft, die Interessengruppen werden entsprechend informiert, und die Projekte werden in Abhängigkeit von der Leistung angepasst.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Systematische, aber einfache, zügige und partizipative Mechanismen zum Monitoring der Fortschritte im Hinblick auf alle relevanten Sphere-Standards und die vorgegebenen Grundsätze, Ergebnisse und Aktivitäten des Programms einrichten (siehe Richtlinie 1).
- Grundlegende Mechanismen zum Monitoring der Gesamtleistung der Hilfsorganisation im Hinblick auf ihre Management- und Qualitätskontrollsysteme einrichten (siehe Richtlinie 2).
- Die Ergebnisse und nach Möglichkeit die ersten Auswirkungen der humanitären Hilfe auf die betroffenen und die weiteren Bevölkerungsgruppen überwachen (siehe Richtlinie 3).
- Systematische Mechanismen zur Anpassung der Programmstrategien entsprechend den Monitoringdaten, den sich verändernden Bedürfnissen und der Entwicklung des Kontextes einrichten (siehe Richtlinie 4).
- Während der Durchführung der Hilfsmaßnahme periodisch Treffen durchführen, bei denen die Hilfsmaßnahmen reflektiert werden und gewonnene Erkenntnisse (lessons learned) geteilt werden.

- Eine abschließende Evaluierung oder eine andere Form der objektiven Erfolgskontrolle des Programms im Hinblick auf die vorgegebenen Ziele, Grundsätze und vereinbarten Mindeststandards durchführen (siehe Richtlinie 5).
- Wann immer dies möglich ist, an gemeinsamen, hilfsorganisationsübergreifenden und sonstigen kooperativen Lerninitiativen teilnehmen.
- Zentrale Monitoringergebnisse und gegebenenfalls die Ergebnisse der Evaluierung und sonstiger zentraler Lernprozesse zügig an die betroffene Bevölkerung, die relevanten Behörden und die Koordinierungsgruppen weitergeben (siehe Richtlinie 6).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Programme wurden entsprechend den Monitoring- und Erkenntnisgewinnen angepasst.
- Zu den Monitoring- und Evaluierungsquellen zählen die Einschätzungen einer repräsentativen Anzahl von Menschen, die zur Zielgruppe der Hilfsmaßnahme gehören, sowie die aufnehmende Gemeinde (sofern nicht identisch).
- Die Menschen, die zur Zielgruppe der Hilfsmaßnahme gehören, sowie einschlägige örtliche Behörden und andere humanitäre Organisationen erhalten regelmäßig genaue, aktualisierte Informationen zu den Fortschritten, soweit diese nicht vertraulich sind.
- Die Leistung in Bezug auf alle Grund- und relevanten fachlichen Mindeststandards von Sphere (und verwandte weltweite Leistungsstandards oder Leistungsstandards der jeweiligen Hilfsorganisationen) wird regelmäßig überwacht, und die wichtigsten Ergebnisse werden an zentrale Interessengruppen weitergegeben (siehe Richtlinie 9).
- Die Hilfsorganisationen führen konsequent für jede größere humanitäre Maßnahme eine objektive Evaluierung oder Lernkontrolle in Übereinstimmung mit anerkannten Standards der Evaluierungspraxis durch (siehe Richtlinie 6).

Richtlinien

1. Im Rahmen des ***Monitoring*** werden die Intentionen mit den Ergebnissen abgeglichen. Gemessen werden die Fortschritte im Hinblick auf die Projektziele und die Indikatoren und deren Auswirkungen auf Gefährdung, Anfälligkeiten und Kontext. Die Monitoringinformationen dienen als Basis für Projektprüfungen, die Überprüfung der Targeting-Kriterien und der Frage, ob die Hilfe die Zielgruppe erreicht. Die Entscheidungsträger sind durch Monitoring in der Lage, auf Feedback aus der Gemeinde zu reagieren und aufkommende Probleme und Tendenzen zu identifizieren. Außerdem

haben die Hilfsorganisationen dadurch eine Möglichkeit, Informationen bereitzustellen und zu sammeln. Im Rahmen eines effektiven Monitorings werden Methoden genutzt, die für das jeweilige Programm und den Kontext geeignet sind, die bei Bedarf qualitative und quantitative Daten kombinieren und lückenlose Aufzeichnungen vorsehen. Offenheit und Kommunikation (Transparenz) über die Überwachungsinformationen verbessern die Rechenschaftslegung gegenüber der betroffenen Bevölkerung. Ein von der Bevölkerung selbst durchgeführtes Monitoring sorgt für weitere Verbesserung der Transparenz und der Qualität sowie die Aneignung der Informationen durch die Menschen und eine bessere Identifikation mit den Hilfsleistungen. Welche Daten gesammelt und wie sie präsentiert werden, wird durch klare Informationen über den bestimmungsgemäßen Gebrauch und die Nutzer der Daten bestimmt. Die Daten sollten in einem knappen, gut zugänglichen Format aufbereitet werden, das die Weitergabe und die Entscheidungsfindung vereinfacht.

2. Die Messung der ***Leistung einer Hilfsorganisation*** beschränkt sich nicht darauf, inwieweit ihr Programm erfolgreich war. Sie betrifft die gesamte Funktionsweise der Hilfsorganisation – ihre Fortschritte im Hinblick auf Aspekte wie die Beziehungen mit anderen Organisationen, die Einhaltung einer guten humanitären Praxis (best practice), von Kodexen und Grundsätzen sowie die Effektivität und Effizienz ihres Managementsystems. Zur Beurteilung der Gesamtleistung einer Hilfsorganisation können auch Ansätze zur Qualitätssicherung genutzt werden, etwa der Quality COMPAS der Groupe URD.

3. ***Wirkungsüberwachung:*** Die Beurteilung der Auswirkungen (der weiter reichenden Wirkungen von Interventionen: kurz- bis mittelfristig, positiv oder negativ, beabsichtigt oder unbeabsichtigt) wird zunehmend als sowohl machbar als auch grundlegend für die humanitäre Hilfe betrachtet. Die Wirkungsbeurteilung ist ein wichtiger, im Entstehen begriffener Bereich. Sie verbindet bestimmte humanitäre Beiträge mit Veränderungen der Bevölkerungsgruppen und des Kontextes, die komplex sind und in Wechselbeziehung stehen. Die betroffenen Menschen können die Veränderungen in ihrem Leben am besten beurteilen. Daher muss die Ergebnis- und Wirkungsbeurteilung das Feedback der Menschen, ergebnisoffenes Zuhören und weitere partizipative qualitative wie auch quantitative Ansätze umfassen.

4. ***Erhaltung der Relevanz:*** Durch das Monitoring sollte regelmäßig kontrolliert werden, ob das Programm für die betroffenen Bevölkerungsgruppen weiterhin relevant ist. Die Ergebnisse sollten bei Bedarf zu Programmänderungen führen.

5. ***Methoden der Leistungsprüfung:*** Verschiedene Ansätze eignen sich für unterschiedliche Zwecke in Bezug auf Leistung und Lernen sowie Rechenschaftspflichten und -mechanismen. Eine Vielzahl von Methoden kann angewandt werden, unter anderem Monitoring und Evaluierung, partizipative Wirkungsbeurteilungen und Zuhörübungen, Qualitätssicherungsinstrumente, Audits sowie interne Lern- und Reflexionsübungen. Die Programmevaluierungen werden typischerweise am Ende einer Hilfsmaßnahme durchgeführt und umfassen Empfehlungen für Veränderungen der organisatorischen Verfahrensweise und der künftigen Programme. Eine Leistungsüberwachung und „Echtzeit-Evaluierung" kann auch während einer Hilfsmaßnahme durchgeführt werden, was zu sofortigen Veränderungen der Verfahrensvorschriften und Praxis führt. Die Evaluierungen werden in der Regel von unabhängigen, externen Evaluatoren durchgeführt. Interne Mitarbeiter können ein Programm jedoch ebenfalls evaluieren, sofern sie einen objektiven Ansatz wählen. Dies betrifft normalerweise Mitarbeiter der Hilfsorganisation, die nicht selbst an der Hilfsmaßnahme beteiligt waren. Die Evaluierung humanitärer Maßnahmen stützt sich auf acht Kategorien, die als die DAC-Kriterien (Development Assistance Committee, OECD-Ausschuss für Entwicklungshilfe) bekannt sind: Relevanz, Angemessenheit, Vernetzung, Kohärenz, Erfassungsgrad, Effizienz, Effektivität und Wirkung.

6. ***Sektorweite Leistung:*** Die Weitergabe von Informationen über die Fortschritte jeder Hilfsorganisation im Hinblick auf die Sphere-Mindeststandards an die Koordinierungsgruppen unterstützt das Monitoring der gesamten Hilfe und stellt eine wichtige Quelle sektorweiter Leistungsdaten dar.

Grundstandard 6: Leistung der Helfer (aid worker performance)

Die humanitären Organisationen bieten angemessene Management-, Supervisions- und psychosoziale Unterstützung, sodass die Helfer die Kenntnisse, Kompetenzen, Verhaltensweisen und Einstellungen besitzen, die sie für die Planung und Umsetzung wirksamer humanitärer Maßnahmen mit Menschlichkeit und Respekt benötigen.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Den Managern ausreichende Führungsschulungen bereitstellen und sie mit den zentralen Leitlinien und Ressourcen für effektives Management vertraut machen (siehe Richtlinie 1).

- Systematische, faire und transparente Rekrutierungsverfahren einrichten, um das Interesse möglichst vieler geeigneter Bewerber zu wecken (siehe Richtlinie 2).
- Teams rekrutieren, die im Hinblick auf Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter und sozialen Hintergrund ausgewogen sind, damit die Diversität des Teams die lokale Kultur und den Kontext widerspiegelt.
- Den Helfern (Mitarbeiter, freiwillige Helfer und Berater, sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene) rechtzeitig ausreichende Einführungen, Instruktionen, klare Berichtslinien und aktualisierte Stellenbeschreibungen bieten, damit sie ihre Verantwortlichkeiten, Arbeitsziele, die organisatorischen Werte, die zentralen Leitlinien und den lokalen Kontext verstehen.
- Sicherheits- und Evaluierungsrichtlinien sowie Gesundheits- und Sicherheitsleitlinien einführen und für die Einweisung der Helfer nutzen, bevor diese ihre Tätigkeit bei der Hilfsorganisation aufnehmen.
- Sicherstellen, dass die Helfer Zugang zu medizinischer Versorgung und psychosozialer Unterstützung haben.
- Kodexe für persönliche Verhaltensrichtlinien der Helfer einführen, die die von einer Katastrophe betroffenen Menschen vor sexuellem Missbrauch, Korruption, Ausbeutung und anderen Menschenrechtsverletzungen schützen. Die Kodexe sollten auch den von der Katastrophe betroffenen Menschen bereitgestellt werden (siehe Richtlinie 3).
- Eine Kultur des Respekts gegenüber der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerung fördern (siehe Richtlinie 4).
- Beschwerdeverfahren einrichten und geeignete Disziplinarmaßnahmen gegen Helfer einleiten, die den Verhaltenskodex der jeweiligen Hilfsorganisationen erwiesenermaßen verletzt haben.
- Regelmäßige Beurteilungen der Mitarbeiter und freiwilligen Helfer durchführen und Feedback zur Leistung in Bezug auf Arbeitsziele, Kenntnisse, Kompetenzen, Verhaltensweisen und Einstellungen geben.
- Die Helfer bei der Bewältigung ihrer Arbeitslast unterstützen und Stress auf ein Minimalmaß begrenzen (siehe Richtlinie 5).
- Die Mitarbeiter und die Manager in die Lage versetzen, gemeinsam Chancen für kontinuierliches Lernen und Entwicklung zu identifizieren (siehe Richtlinie 6).
- Helfern, die außergewöhnlich erschütternde Ereignisse erlebt oder mit angesehen haben, entsprechende Unterstützung bereitstellen (siehe Richtlinie 7).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Überprüfungen der Leistung von Mitarbeitern und freiwilligen Helfern lassen auf ein ausreichendes Niveau in Bezug auf ihre Kenntnisse, Kompetenzen, Verhaltensweisen und Einstellungen und die in ihren Stellenbeschreibungen enthaltenen Verantwortlichkeiten schließen.
- Gegen Helfer, die einen Verhaltenskodex verletzen, der Korruption und missbräuchliches Verhalten untersagt, werden formelle disziplinarische Maßnahmen eingeleitet.
- Die Grundsätze des Code of Good Practice von People In Aid oder vergleichbare Inhalte finden in den Richtlinien und in der Praxis der Hilfsorganisation ihren Niederschlag.
- Die Inzidenz von Erkrankungen, Verletzungen und stressbedingten Gesundheitsproblemen von Helfern bleibt im Laufe der Hilfsmaßnahme stabil oder nimmt ab.

Richtlinien

1. ***Gute Managementpraxis:*** Die Mitarbeiterführungssysteme variieren je nach Hilfsorganisation und Kontext. Die Manager und Supervisoren sollten jedoch mit dem Code of Good Practice von People In Aid vertraut sein, der Richt- und Leitlinien für Planung, Rekrutierung, Management, Lernen und Entwicklung, den Übergang zum Vertragsende und – bei internationalen Hilfsorganisationen – den Auslandseinsatz umfasst.
2. ***Die Rekrutierungsverfahren*** sollten offen und für alle Mitarbeiter und Bewerber verständlich sein. Diese Transparenz umfasst die Entwicklung und Weitergabe jeweils aktueller, relevanter Stellenbeschreibungen für jede Position und ist für die Bildung vielschichtiger, kompetenter Teams von wesentlicher Bedeutung. Die Angemessenheit und Diversität der bestehenden Teams kann nach Bedarf durch Neurekrutierung optimiert werden. Eine schnelle Personalexpansion kann zur Rekrutierung unerfahrener Teammitglieder führen, die durch erfahrene Mitarbeiter unterstützt werden sollten.
3. ***Die Kontrolle der Helfer*** über das Management und die Zuweisung wertvoller Güter verleiht ihnen gegenüber der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerung eine Machtposition. Diese Macht über Menschen, die von Hilfe abhängig sind und deren soziale Schutznetze beeinträchtigt oder zerstört wurden, kann zu Korruption und Missbrauch führen. Frauen, Kinder und Behinderte werden häufig in sexuelle Missbrauchssituationen gezwungen. Als Gegenleistung für humanitäre Hilfe oder Schutz dürfen niemals sexuelle Handlungen verlangt werden. Im Zusammenhang mit der humanitären Hilfe sollte sich niemand (weder Helfer noch Mitarbeiter des militärischen,

staatlichen oder privaten Sektors) an Missbrauch, Korruption oder sexueller Ausbeutung beteiligen. Verboten sind außerdem Zwangsarbeit von Kindern oder Erwachsenen, illegaler Drogenkonsum sowie Handel mit Hilfsgütern und -leistungen durch Personen, die an Verteilungen von Hilfsgütern mitwirken.

4. ***Die Helfer sollten die Werte und Würde*** der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerung respektieren und Verhaltensweisen (z. B. unangemessene Kleidung) vermeiden, die für diese kulturell nicht akzeptabel sind.

5. ***Helfer haben häufig lange Arbeitszeiten*** und arbeiten unter riskanten und belastenden Bedingungen. Die Sorgfaltspflicht einer Hilfsorganisation gegenüber ihren Mitarbeitern umfasst Maßnahmen zur Förderung von deren Wohlbefinden und zur Prävention von langfristiger Erschöpfung, Verletzungen oder Krankheiten. Die Manager müssen die Helfer mit den Risiken vertraut machen und sie vor unnötigen Bedrohungen ihrer physischen und psychischen Gesundheit schützen, zum Beispiel durch effektives Sicherheitsmanagement, ausreichende Ruhe und Erholung, aktive Unterstützung im Hinblick auf angemessene Arbeitszeiten und Zugang zu psychologischer Unterstützung. Die Manager können die Sorgfaltspflicht fördern, indem sie mit gutem Beispiel vorangehen und sich auch selbst danach richten. Die Helfer müssen zudem persönlich Verantwortung für die Sicherung ihres Wohlergehens übernehmen.

6. ***In der Frühphase einer Katastrophe*** ist eine Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter eventuell nur eingeschränkt möglich. Im Laufe der Zeit sollten die Manager durch Leistungsprüfungen und Feedback der Mitarbeiter Lern- und Entwicklungsbereiche identifizieren und unterstützen. Auch die Katastrophenvorsorge bietet die Möglichkeit, Kompetenzen im Bereich humanitäre Hilfe zu identifizieren und zu entwickeln.

7. ***Psychologische Erste Hilfe*** sollte Helfern, die außergewöhnlich erschütternde Ereignisse erlebt oder mit angesehen haben, sofort bereitgestellt werden (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 1 zur psychischen Gesundheit, Seite 386, und Quellen und weiterführende Literatur). Psychologisches Debriefing ist nicht effektiv und sollte nicht angeboten werden.

Quellen und weiterführende Literatur

Quellen zu diesem Kapitel

Auf die Menschen ausgerichtete humanitäre Hilfe (people-centred humanitarian response)

Emergency Capacity Building (ECB) Project (2007), Impact Measurement and Accountability in Emergencies: The Good Enough Guide. Oxfam Publishing. Oxford. www.oxfam.org.uk/publications

Human Accountability Partnership (HAP) International (forthcoming), Standard in Accountability and Quality Management. Geneva. www.hapinternational.org/projects/standard/hap_2010_standard.aspx

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.

Koordinierung und Zusammenarbeit (coordination and collaboration)

Global Humanitarian Platform (2007), Global Humanitarian Principles of Partnership. A Statement of Commitment Endorsed by the Global Humanitarian Platform. Geneva. www.globalhumanitarianplatform.org/pop.html

IASC (2008), Guidance Note on using the Cluster Approach to Strengthen Humanitarian Response. Geneva.

IASC, Global Cluster Approach: http://oneresponse.info/GlobalClusters/Pages/default.aspx

IASC and United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2008), Civil-Military Guidelines and Reference for Complex Emergencies. New York. http://ochaonline.un.org/cmcs/guidelines

OCHA (2007), Guidelines on the Use of Foreign Military and Civil Defence Assets In Disaster Relief – “Oslo Guidelines”. Rev. 1.1. Geneva. http://ochaonline.un.org/cmcs

Beurteilung (Assessment)

IASC (2003), Initial Rapid Assessment (IRA) Guidance Notes for Country Level. Geneva. www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page ?/clusters%20page ?s ?/health%20cluster/RT/IRA_Guidance_Country%20Level_field_test.doc

IASC (forthcoming), Needs Assessment Task Force (NATF) Operational Guidance for Needs Assessments.

Ushahidi mobile phone-based information gathering and sharing: www.ushahidi.com

Gestaltung und Hilfe (design and response)

Conflict Sensitivity Consortium: www.conflictsensitivity.org/

Early Recovery Tools and Guidance: http://oneresponse.info/GlobalClusters/Early%20Recovery/Pages/Tools%20and%20Guidance.aspx

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities (The Gender Handbook in Humanitarian Action). Geneva. http://oneresponse.info/crosscutting/gender/Pages/Gender.aspx

Provention Consortium (2007), Vulnerability and Capacity Analysis Guidance Note 9. Geneva. www.proventionconsortium.org/themes/default/pdfs/tools_for_mainstreaming_GN9.pdf

United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) (2005), Hyogo Framework for Action 2005–2015: Building the resilience of nations and communities to disasters. Geneva. www.unisdr.org/eng/hfa/docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf

Leistung, Transparenz und Lernen (performance, transparency and learning)

Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2009), 8th Review of Humanitarian Action. Overseas Development Institute (ODI). London. www.alnap.org/initiatives/current/rha/8.aspx

Collaborative Learning Projects (2007), The Listening Project (LISTEN). Cambridge, Mass. www.cdainc.com/cdawww/pdf/other/cda_listening_project_description_Pdf.pdf

Groupe URD (2009), Quality Compas. www.compasqualite.org/en/index/index.php

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (1999), Guidance for Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies. Paris. www.oecd.org/dac

Leistung der Helfer (aid worker performance)

People In Aid (2003), The People In Aid Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel. London. http://peopleinaid.org

World Health Organization, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), Psychological First Aid Guide. Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/

Weiterführende Literatur

Beurteilung und Hilfe

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) and World Food Programme (WFP) (2008), Joint Assessment Mission Guidelines. 2nd Edition. Rome. www.unhcr.org/45f81d2f2.html

Kinder

Action for the rights of children (ARC) (2009), www.arc-online.org/using/index.html

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) and The Sphere Project (2009), Integrating Quality Education within Emergency Response for Humanitarian Accountability: The Sphere–INEE Companionship. Geneva.

Behinderung

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response. www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf

Women's Commission for Refugee Women and Children (2008), Disabilities among Refugees and Conflict-affected Populations: A Resource Kit for Fieldworkers.New York. www.womensrefugeecommission.org/docs/disab_res_kit.pdf

Umwelt

Joint United Nations Environment Programme and OCHA Environment Unit: www.reliefweb.int/ochaunep

Kelly, C (2005), Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International. London.

UNHCR and CARE International (2005), Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-related Operations: Toolkit for practitioners and managers to help assess, monitor and evaluate environmental circumstances, using mainly participatory approaches. Geneva. www.unhcr.org/4a97d1039.html

UNHCR and International Union for the Conservation of Nature (2005), UNHCR Environmental Guidelines. Geneva. www.unhcr.org/3b03b2a04.html

Genderfragen

Gender and Disaster Network: http://gdnonline.org
WFP (2009), WFP Gender Policy. www.wfp.org/content/wfp-gender-policy

HIV/AIDS

IASC (2010), Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc/page ?loader.aspx?page ?=content-products-products&sel=9

Ältere Menschen

HelpAge International: www.helpage.org

IASC (2008), Humanitarian Action and Older Persons – an essential brief for humanitarian actors. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&sel=24

ODI (2005), Network paper 53: Assisting and protecting older people in emergencies. London. www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=357&title=protecting-assisting-older-people-emergencies

Leistung, Monitoring und Evaluierung

ALNAP Annual Review (2003), Humanitarian Action: Improving Monitoring to Enhance Accountability and Learning. London. www.alnap.org

ALNAP (2009), Real Time Evaluations of Humanitarian Action (Pilot Version). London. www.alnap.org

Catley, A et al (2008), Participatory Impact Assessment. Feinstein International Center, Tufts University.

https://wikis.uit.tufts.edu/confluence/display/FIC/Participatory+Impact+Assessment

Groupe URD (2009), Quality COMPAS Companion Book.
www.compasqualite.org/en/index/index.php

OECD (1999), Guidance for the Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies. Paris. www.oecd.org/dac

Further information on evaluation (including training modules) and approaches to learning can be found on ALNAP: www.alnap.org

Targeting

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2003), World Disasters Report 2003 – Chapter 1: Humanitarian ethics in disaster and war. www.ifrc.org/publicat/wdr2003/chapter1.asp

UNISDR (2001), Countering Disasters, Targeting Vulnerability. Geneva. www.unisdr.org/eng/public_aware/world_camp/2001/pdf/Kit_1_Countering_Disasters_Targeting_Vulnerability.pdf

Mindeststandards im Bereich Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung

Zum Aufbau dieses Kapitels

Dieses Kapitel ist in sieben Hauptabschnitte gegliedert:

Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung (WASH)

Hygieneaufklärung

Wasserversorgung

Fäkalienentsorgung

Vektorkontrolle

Abfallmanagement

Entwässerung

Die Grundsätze zum Schutz und die Grundstandards sind in Übereinstimmung mit diesem Kapitel anzuwenden.

Die Mindeststandards sind in erster Linie als Grundlage für die humanitäre Hilfe im Katastrophenfall intendiert, können allerdings auch im Zuge der Katastrophenvorsorge und beim Übergang zu Wiederherstellungsaktivitäten berücksichtigt werden.

Jeder Abschnitt umfasst die folgenden Elemente:

- **Die Mindeststandards:** Hierbei handelt es sich um qualitative Standards, mit welchen Mindestanforderungen für die humanitäre Hilfe hinsichtlich dem Bereich Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung formuliert werden.
- **Schlüsselaktivitäten:** Dies sind empfohlene Aktivitäten und Inputs, welche bei der Erfüllung der Mindeststandards hilfreich sind.
- **Schlüsselindikatoren:** Diese Indikatoren sind „Signale“, die anzeigen, ob ein Standard erreicht wurde. Sie bieten eine Möglichkeit, die Prozesse und Ergebnisse der Schlüsselaktivitäten zu messen und zu kommunizieren. Dabei beziehen sie sich nicht auf die jeweilige Schlüsselaktivität, sondern auf den Mindeststandard.
- **Richtlinien:** Diese Richtlinien lenken die Aufmerksamkeit auf bestimmte Punkte, die bei der Anwendung der Mindeststandards, Schlüsselaktivitäten und Schlüsselindikatoren in verschiedenen Situationen zu berücksichtigen sind. Sie sind eine Orientierungshilfe bei der Bewältigung praktischer Schwierigkeiten und bieten Benchmarks oder Empfehlungen zu den wichtigsten Themen. Zudem behandeln sie kritische Fragen im Hinblick auf die Standards, Aktivitäten oder Indikatoren und bieten eine Beschreibung von Zwangslagen, Kontroversen oder aktuell bestehenden Wissenslücken.

Falls die angegebenen Schlüsselindikatoren und -aktivitäten nicht erreicht werden können, sollten die daraus folgenden negativen Auswirkungen auf die betroffene Bevölkerung abgeschätzt und entsprechende Abhilfemaßnahmen eingeleitet werden.

Eine Checkliste zur Bedarfsermittlung ist in Anhang 1 enthalten, Empfehlungen werden in den Anhängen 2-6 gegeben, und eine Auswahl von Quellen und weiterführender Literatur verweist auf Informationsquellen zu spezifischen und allgemeinen Themen im Zusammenhang mit diesem Kapitel.

Inhalt

Einführung 96

1. Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung (WASH) 101

2. Hygieneaufklärung 104

3. Wasserversorgung 110

4. Fäkalienentsorgung 120

5. Vektorkontrolle 127

6. Abfallmanagement 134

7. Entwässerung 139

Anhang 1: Checkliste für die Erstbedarfsermittlung zur Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung 142

Anhang 2: Mindestwassermengen für Institutionen und sonstige Zwecke 148

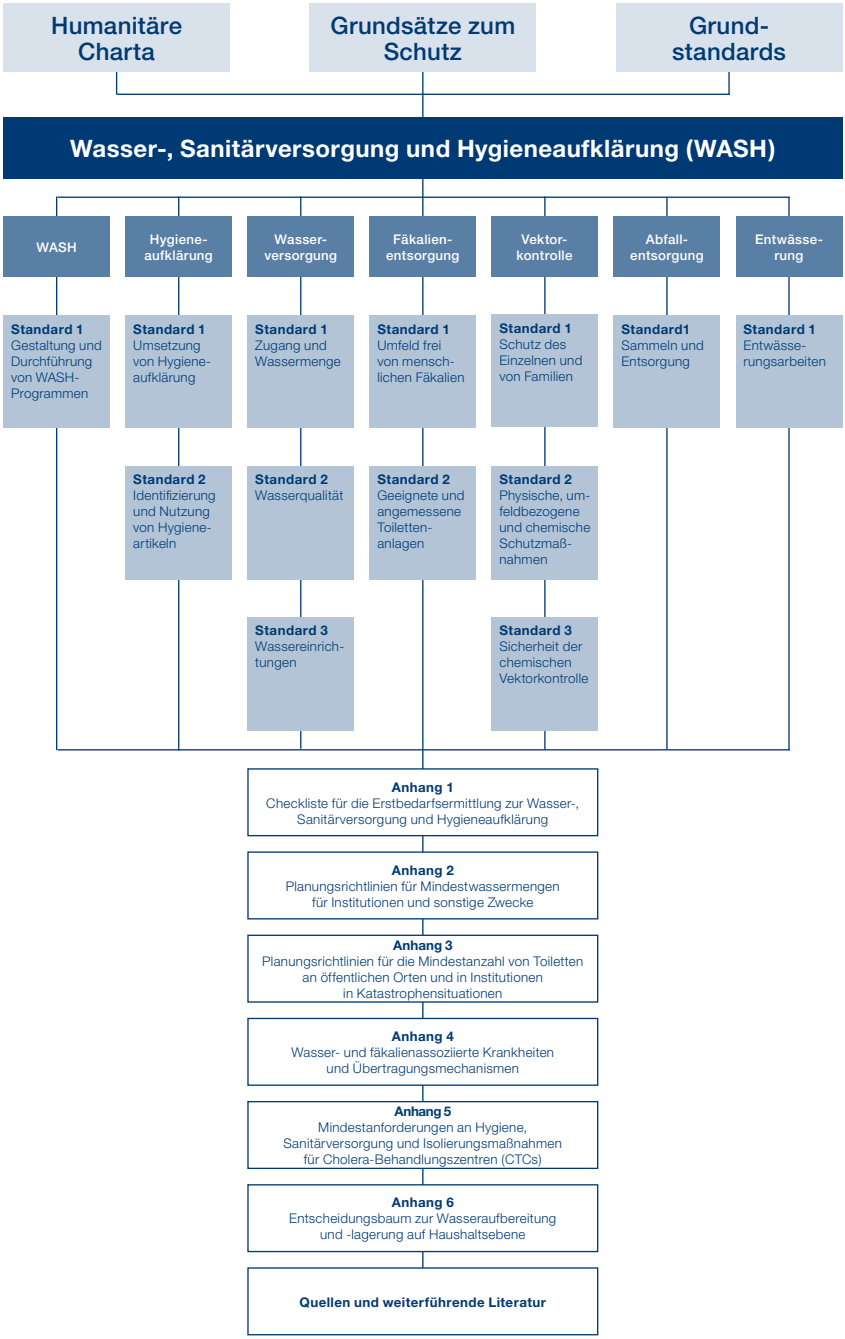
Anhang 3: Mindestanzahl von Toiletten an öffentlichen Orten und in Institutionen in Katastrophensituationen 149

Anhang 4: Wasser- und fäkalienassoziiert Krankheiten und Übertragungsmechanismen 150

Anhang 5: Mindestanforderungen an Hygiene, Sanitärversorgung und Isolierungsmaßnahmen für Cholera-Behandlungszentren (CTCs) .. 151

Anhang 6: Entscheidungsbaum zur Wasseraufbereitung und -lagerung auf Haushaltsebene 152

Quellen und weiterführende Literatur 153


Humanitäre Charta
Grundsätze zum Schutz
Grund-standards
Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung (WASH)
WASH
Hygiene-aufklärung
Wasser-versorgung
Fäkalien-entsorgung
Vektor-kontrolle
Abfall-entsorgung
Entwässe-rung
Standard 1 Gestaltung und Durchführung von WASH-Programmen
Standard 1 Umsetzung von Hygiene-aufklärung
Standard 1 Zugang und Wassermenge
Standard 1 Umfeld frei von mensch-lichen Fäkalien
Standard 1 Schutz des Einzelnen und von Familien
Standard1 Sammeln und Entsorgung
Standard 1 Entwässe-rungsarbeiten
Standard 2 Identifizierung und Nutzung von Hygiene-artikeln
Standard 2 Wasserqualität
Standard 2 Geeignete und angemessene Toiletten-anlagen
Standard 2 Physische, um-feldbezogene und chemische Schutzmaß-nahmen
Standard 3 Wassereinrich-tungen
Standard 3 Sicherheit der chemischen Vektorkontrolle
Anhang 1 Checkliste für die Erstbedarfsermittlung zur Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung
Anhang 2 Planungsrichtlinien für Mindestwassermengen für Institutionen und sonstige Zwecke
Anhang 3 Planungsrichtlinien für die Mindestanzahl von Toiletten an öffentlichen Orten und in Institutionen in Katastrophensituationen
Anhang 4 Wasser- und fäkalienassoziierte Krankheiten und Übertragungsmechanismen
Anhang 5 Mindestanforderungen an Hygiene, Sanitärversorgung und Isolierungsmaßnahmen für Cholera-Behandlungszentren (CTCs)
Anhang 6 Entscheidungsbaum zur Wasseraufbereitung und -lagerung auf Haushaltsebene
Quellen und weiterführende Literatur

Einführung

Verweise auf die humanitäre Charta und das Völkerrecht

Die Mindeststandards zur Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung (WASH) sind praktischer Ausdruck der gemeinsamen Überzeugungen und Verpflichtungen der humanitären Organisationen sowie der in der humanitären Charta formulierten gemeinsamen Grundsätze für humanitäre Einsätze. Diese Grundsätze, die auf dem Prinzip der Menschlichkeit basieren und ihren Niederschlag im Völkerrecht finden, umfassen das Recht auf Leben und Würde, das Recht auf Schutz und Sicherheit und das Recht auf humanitäre Hilfe auf der Basis des Bedarfs. In Anhang 1 (siehe Seite 410) sind eine Auflistung der zentralen rechtlichen und politischen Dokumente, die der humanitären Charta als Grundlage dienten, sowie erläuternde Kommentare für die humanitären Helfer enthalten.

Obwohl im Hinblick auf die vorgenannten Rechte vor allem die Staaten in der Pflicht stehen, tragen die humanitären Organisationen die Verantwortung, ihren Einsatz für die von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen an diesen Rechten auszurichten. Aus diesen allgemeinen Rechten leitet sich eine Reihe spezifischer Ansprüche ab. Dazu gehören die den Grundstandards zugrunde liegende Rechte auf Partizipation, Information und Gleichbehandlung, sowie die besonderen Rechte auf Wasser, Sanitärversorgung, Nahrung, Unterkunft und Gesundheit, die die vorgenannten Rechte untermauern, sowie weitere in diesem Handbuch aufgeführte Mindeststandards.

Jeder hat ein Recht auf Wasser- und Sanitärversorgung. Dieses Recht wird in den internationalen Rechtsinstrumenten anerkannt und sieht den Anspruch auf ausreichendes, sauberes, akzeptables, physisch zugängliches und bezahlbares Wasser für den persönlichen und häuslichen Gebrauch sowie gut zugängliche Sanitäreinrichtungen vor. Eine ausreichende Menge an sauberem Wasser ist notwendig, um Tod durch Austrocknung zu verhindern, das Risiko wasserassoziierter Krankheiten einzudämmen und den Bedarf für das Trinken, Kochen und die Körper- und Haushaltshygiene zu decken.

Das Recht auf Wasser- und Sanitärversorgung ist untrennbar mit anderen Menschenrechten verbunden, etwa dem Recht auf Gesundheit, dem Recht auf Wohnen und dem Recht auf angemessene Ernährung. Als solches gehört es zu

den Grundlagen, die für das menschliche Überleben von wesentlicher Bedeutung sind. Bei der Gewährleistung des Rechts auf Wasser- und Sanitärversorgung tragen staatliche und nichtstaatliche Akteure Verantwortung. In Zeiten bewaffneter Konflikte ist es beispielsweise verboten, Trinkwasser- oder Bewässerungsanlagen anzugreifen, zu zerstören, zu beseitigen oder unbrauchbar zu machen.

In den Mindeststandards dieses Kapitels kommt das Recht auf Wasser- und Sanitärversorgung nicht in vollem Umfang zum Ausdruck. Die Sphere-Standards reflektieren jedoch die zentralen Inhalte des Rechts auf Wasser- und Sanitärversorgung und tragen dazu bei, dieses Recht sukzessive weltweit durchzusetzen.

Die Bedeutung von WASH in Katastrophensituationen

Die Wasser- und Sanitärversorgung hat in den ersten Stadien einer Katastrophe entscheidenden Einfluss auf das Überleben. Die von einer Katastrophe betroffenen Menschen sind im Allgemeinen sehr stark von Krankheiten und Tod durch Krankheit bedroht, was in hohem Maße damit zusammenhängt, dass die Wasser- und Sanitärversorgung unzulänglich und ausreichende Hygiene nicht mehr möglich ist. Die wichtigsten dieser Krankheiten sind Durchfall- und Infektionskrankheiten, die auf fäko-oralem Weg übertragen werden (siehe Anhang 4: Wasser- und fäkalienassoziierte Krankheiten und Übertragungsmechanismen). Andere wasser- und sanitärassoziierte Krankheiten werden durch Vektoren im Zusammenhang mit Abfall und Wasser übertragen. Mit dem Begriff „Sanitärversorgung“ werden im gesamten Sphere-Handbuch die Bereiche Fäkalienentsorgung, Vektorkontrolle, Abfallentsorgung und Entwässerung bezeichnet.

Hauptziel der WASH-Programme in Katastrophensituationen ist es, die Übertragung fäko-oraler Krankheiten und den Kontakt mit krankheitsübertragenden Vektoren zu reduzieren, und zwar durch:

- (die Förderung) gute(r) Hygienepraktiken
- die Bereitstellung sauberen Trinkwassers
- die Reduzierung umfeldbedingter Gesundheitsrisiken
- die Schaffung der Voraussetzungen, die den Menschen ein Leben in Gesundheit, Würde, Komfort und Sicherheit ermöglichen.

Die Bereitstellung ausreichender Wasser- und Sanitäreinrichtungen allein ist keine Gewähr für deren optimale Nutzung oder Wirkung auf die öffentliche Gesundheit. Um maximalen Nutzen aus einer Maßnahme zu ziehen, ist es unabdingbar, dass die von der Katastrophe betroffenen Menschen über die erforderlichen

Informationen, Kenntnisse und Einsichten verfügen, um wasser- und sanitärassoziierten Krankheiten vorzubeugen. Weiterhin muss ihre Beteiligung an der Gestaltung und Instandhaltung dieser Einrichtungen erreicht werden.

Die Nutzung gemeinschaftlicher Wasser- und Sanitäreinrichtungen kann, zum Beispiel in Lagern für Flüchtlinge oder Vertriebene, die Gefahr erhöhen, dass Frauen und Mädchen Opfer sexueller und anderer Formen von geschlechtsspezifischer Gewalt werden. Um diese Risiken auf ein Mindestmaß zu begrenzen und eine bessere Qualität der Hilfe sicherzustellen, ist es wichtig, die Beteiligung von Frauen an den Programmen im Bereich Wasser- und Sanitärversorgung zu gewährleisten. Eine gleichberechtigte Beteiligung von Frauen und Männern an der Planung, der Entscheidungsfindung und dem lokalen Management hilft sicherzustellen, dass die gesamte betroffene Bevölkerung einen sicheren und einfachen Zugang zu den Wasser- und Sanitärversorgungsleistungen erhält und dass diese Leistungen angemessen sind.

Eine Verbesserung der Katastrophenhilfe im Bereich öffentliche Gesundheit kann durch bessere Vorbereitung erreicht werden. Diese ergibt sich aus den Fähigkeiten, Beziehungen und Kenntnissen, die von Regierungen, humanitären Organisationen, lokalen zivilgesellschaftlichen Organisationen, Gemeinden und Einzelpersonen entwickelt wurden, um die Auswirkungen wahrscheinlicher oder drohender Gefahren vorwegzunehmen und effizient darauf zu reagieren. Sie beruht auf einer Analyse der Risiken und ist eng mit Frühwarnsystemen verbunden. Die Vorbereitung umfasst die Notfallplanung, die Bevorratung mit Ausrüstung und Versorgungsgütern, Not- und Bereitschaftsdienste, die Schulung von Personal und die Planung von Schulungen und Übungen auf Gemeinschaftsebene.

Verweise auf andere Kapitel

Zahlreiche Standards der anderen Kapitel sind auch für dieses Kapitel von Belang. Die Fortschritte bei der Erfüllung der Standards in einem Bereich beeinflussen und bedingen oftmals die Fortschritte in den anderen Bereichen. Im Hinblick auf die Effizienz einer Maßnahme ist eine enge Koordinierung und Zusammenarbeit mit anderen Sektoren erforderlich. Gleichermaßen ist die Koordinierung mit den örtlichen Behörden und anderen Hilfsorganisationen erforderlich, um sicherzustellen, dass der Bedarf gedeckt, Doppelarbeit vermieden und die Qualität der Wasser- und Sanitärversorgung optimiert wird.

Wenn etwa die Ernährungsstandards nicht erfüllt wurden, ist es umso dringender, den Standard zur Wasser- und Sanitärversorgung zu verbessern, da sich die Krankheitsanfälligkeit der Betroffenen signifikant erhöht. Dies gilt ebenso für Bevölkerungsgruppen mit hoher HIV- und AIDS-Prävalenz oder

einem hohen Anteil älterer Menschen oder Menschen mit Behinderung. Die Prioritäten sollten im Verlauf des Einsatzes aufgrund fundierter Informationen festgelegt werden, die im Austausch mit den anderen Sektoren gewonnen wurden. Sofern dies zweckdienlich ist, wird auch auf begleitende und ergänzende Standards verwiesen.

Verweise zu den Grundsätzen zum Schutz und den Grundstandards

Um die Standards dieses Handbuchs zu erfüllen, sollten sich alle humanitären Organisationen an den Grundsätzen zum Schutz orientieren, selbst wenn sie über kein direktes Schutzmandat und keine spezielle Expertise im Bereich Schutz verfügen. Hierbei handelt sich nicht um „absolute“ Grundsätze: Es liegt auf der Hand, dass das Maß, in welchem die Hilfsorganisationen in der Lage sind, diese zu erfüllen, durch die Umstände eingeschränkt werden kann. Dennoch sind die Grundsätze Ausdruck allgemeiner humanitärer Anliegen, an welchen sich die Maßnahmen zu jeder Zeit orientieren sollten.

Bei den Grundstandards handelt es sich um wichtige Prozess- und Personalstandards, die allen Sektoren gemein sind. Die sechs Grundstandards betreffen die Bereiche Partizipation, Erstbeurteilung, Hilfe, Targeting, Monitoring, Evaluierung, Leistung der Helfer und Supervision und Unterstützung des Personals. Sie stellen einen einheitlichen Bezugspunkt für die Vorgehensweisen dar, die allen Standards des Handbuchs als Grundlage dienen. Damit die Standards eines jeden Kapitels besser erreicht werden können, sollten die Grundstandards für jedes fachliche Kapitel begleitend herangezogen werden. Insbesondere sollte bei jeder Hilfsmaßnahme die Partizipation der von der Katastrophe betroffenen Menschen – einschließlich der bei Katastrophen am meisten gefährdeten Gruppen und Einzelpersonen

Gefährdung und Leistungsfähigkeiten der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen

Dieser Absatz ist im Zusammenhang mit den Grundstandards zu betrachten und soll diese untermauern.

Es ist wichtig, eines zu verstehen: Die Tatsache, dass man jung oder alt, weiblich, behindert oder HIV-infiziert ist, bedeutet nicht an sich, dass man schutzbedürftig oder besonders gefährdet ist. Dies ergibt sich vielmehr aus einem Zusammenspiel mehrerer Faktoren: So ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass ein Mensch im Alter von über 70 Jahren, der alleine lebt, arm ist und einen schlechten Gesundheitszustand

aufweist, gefährdeter ist als ein anderer in vergleichbarem Alter und mit ähnlichem Gesundheitsstatus, der in einer Großfamilie lebt und über ausreichendes Einkommen verfügt. Gleichermaßen ist ein 3-jähriges Mädchen ohne Begleitung sehr viel gefährdeter, als wenn es sich in der Obhut verantwortlicher Eltern befindet.

Bei der Umsetzung der WASH-Standards und -Schlüsselaktivitäten hilft eine Analyse der Anfälligkeit und Leistungsfähigkeit dafür zu sorgen, dass im Rahmen der Katastrophenhilfe diejenigen in nicht diskriminierender Weise unterstützt werden, die ein Recht auf Unterstützung haben und am bedürftigsten sind. Hierfür ist es erforderlich, dass man umfassende Kenntnisse des lokalen Kontextes besitzt und versteht, auf welche unterschiedliche Art und Weise sich eine bestimmte Krise auf bestimmte Gruppen von Menschen mit bereits bestehender Gefährdung auswirkt (z. B. weil sie sehr arm sind oder diskriminiert werden), inwieweit sie besonderen Bedrohungen ausgesetzt sind (z. B. geschlechtsspezifischer Gewalt unter Einbeziehung sexueller Ausbeutung) und wie groß die Inzidenz oder Prävalenz von Krankheiten (z. B. HIV oder Tuberkulose) und die Gefahr von Epidemien (z. B. Masern oder Cholera) ist. Katastrophen können bereits bestehende Ungleichheiten verstärken. Es ist jedoch sehr wichtig, die Bewältigungsstrategien und die Widerstands- und Regenerationsfähigkeit der Menschen zu unterstützen. Auch ihre Kenntnisse, Kompetenzen und Strategien, ihr Zugang zu sozialer, rechtlicher, finanzieller und psychosozialer Unterstützung sowie ihre Bemühungen, die verschiedenen physischen, kulturellen, wirtschaftlichen und sozialen Barrieren zu überwinden, die sie an einem gleichberechtigten Zugang zu diesen Leistungen hindern, müssen berücksichtigt werden und bedürfen öffentlicher Fürsprache.

Im Folgenden werden einige zentrale Bereiche herausgestellt, durch die sichergestellt werden kann, dass die Rechte und Fähigkeiten aller gefährdeten Menschen berücksichtigt werden:

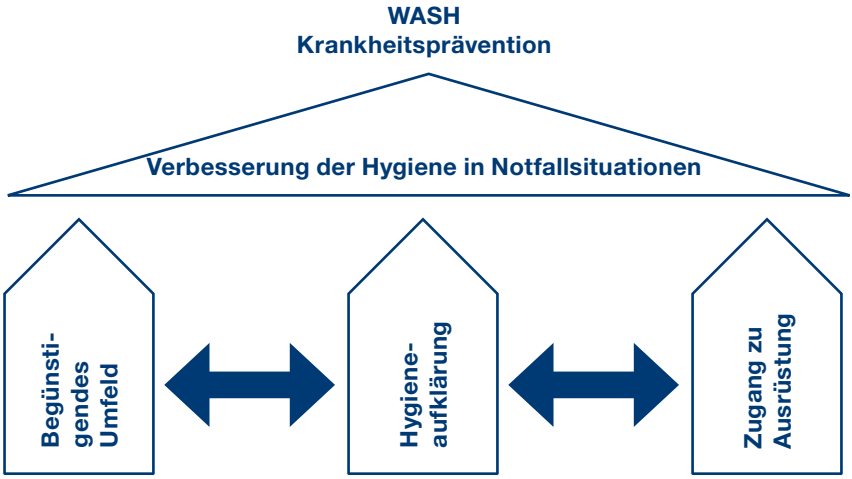
- Die Partizipation der Menschen optimieren und dabei sicherstellen, dass alle repräsentativen Gruppen eingebunden werden, insbesondere diejenigen, die weniger wahrgenommen werden (z. B. Personen mit Kommunikations- oder Mobilitätsproblemen, Personen, die in Heimen leben, stigmatisierte Jugendliche und andere unter- oder nicht repräsentierte Gruppen).
- Die Daten im Rahmen der Beurteilung nach Geschlecht und Alter (0-80+ Jahre) aufschlüsseln – dies ist ein wichtiger Aspekt, um sicherzustellen, dass die Verschiedenheit der Bevölkerungsgruppen im dem WASH-Sektor ausreichend berücksichtigt wird.
- Sicherstellen, dass das Recht auf Information über Ansprüche in einer Weise vermittelt wird, die alle Mitglieder der Gemeinschaft einbezieht und für alle zugänglich ist.

Die Mindeststandards

1 Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung (WASH)

Ziel jedes WASH-Programms ist die Förderung einer guten Körper- und Umwelthygiene zum Schutz der Gesundheit, wie dies im unten stehenden Diagramm dargestellt ist. Die Wirksamkeit eines WASH-Programms hängt vom Informationsaustausch zwischen der Hilfsorganisation und der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppe ab, durch welchen die wichtigsten Hygieneprobleme und kulturell angepasste Lösungen identifiziert werden können. Der größte Nutzen für die öffentliche Gesundheit kann durch die optimale Nutzung aller Wasserversorgungs- und Sanitäreinrichtungen und sichere Hygienepraktiken erzielt werden.

Hygieneaufklärung ist für eine erfolgreiche WASH-Intervention unabdingbar. Hierbei wird sowohl die allgemeine als auch die spezifische Ebene berücksichtigt. Allgemein betrachtet ist Hygieneaufklärung für alle Abschnitte von wesentlicher Bedeutung und kommt in den Indikatoren für Wasserversorgung, Fäkalienentsorgung, Vektorkontrolle, Abfallmanagement und Entwässerung zum Ausdruck. Im Spezifischen verengt sich der Fokus auf die beiden Standards zur Hygieneaufklärung in diesem Kapitel und betrifft bestimmte Maßnahmen im Bereich Hygieneaufklärung.



WASH-Standard 1: Gestaltung und Umsetzung eines WASH-Programms

Die WASH-Bedürfnisse der betroffenen Bevölkerung sind befriedigt und die Nutzer sind gegebenenfalls an der Gestaltung, dem Management und der Instandhaltung der Einrichtungen beteiligt.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die zentralen Risiken für die öffentliche Gesundheit in Abstimmung mit der betroffenen Bevölkerungsgruppe identifizieren (siehe Richtlinie 1 und Grundstandards 1, 3-4, Seite 64).
- Die Bedürfnisse der betroffenen Bevölkerung im Bereich öffentliche Gesundheit entsprechend deren vorrangigen Bedürfnissen befriedigen (siehe Richtlinie 1).
- •Systematisches Feedback zur Gestaltung und Akzeptanz sowohl der Einrichtungen als auch der Aufklärungsmethoden seitens aller Nutzergruppen zu sämtlichen Maßnahmen von WASH-Programmen einholen (siehe Grundstandards 1, 3-4, Seite 64).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle Bevölkerungsgruppen verfügen über einen sicheren und gleichberechtigten Zugang zu den WASH-Ressourcen und -Einrichtungen, sie nutzen die bereitgestellten Einrichtungen und ergreifen Maßnahmen zur Reduzierung der Risiken für die öffentliche Gesundheit (siehe Standard 2 zur Hygieneaufklärung, Seite 107).
- Das gesamte WASH-Personal kommuniziert klar und respektvoll mit den Betroffenen, gibt die Projektinformationen offen an diese weiter und kann unter anderem Fragen aus der Bevölkerung zu dem Projekt beantworten.
- Für das Management und die Instandhaltung der Einrichtungen sind geeignete Strukturen vorhanden, zu deren Aufrechterhaltung die unterschiedlichen Gruppen gleichberechtigt beitragen (siehe Richtlinie 1).
- Alle Nutzer sind der Meinung, dass die Gestaltung und Umsetzung des WASH-Programms zu mehr Sicherheit und zur Wiedererlangung ihrer Würde geführt hat.

Richtlinien

1. ***Bedarfsermittlung:*** Eine Beurteilung ist erforderlich, um riskante Praktiken zu identifizieren, die das Gefährdungspotenzial erhöhen könnten, und den

voraussichtlichen Erfolg sowohl der Bereitstellung von WASH-Einrichtungen als auch von Hygieneaufklärungsmaßnahmen zu prognostizieren. Die wesentlichen Risiken konzentrieren sich voraussichtlich auf die körperliche Sicherheit beim Zugang zu den Einrichtungen, die Diskriminierung marginalisierter Gruppen (die sich negativ auf den Zugang zu Toiletten, deren Nutzung und Instandhaltung auswirkt), mangelndes Händewaschen mit Seife oder einem alternativen Mittel, die unhygienische Wasserbeschaffung und -lagerung sowie die unhygienische Lagerung und Zubereitung von Nahrungsmitteln. Bei der Beurteilung sollten die Ressourcen, die der Bevölkerung zur Verfügung stehen, sowie die lokalen Kenntnisse und Praktiken geprüft werden, um die Effizienz, Relevanz und Praxistauglichkeit der Fördermaßnahmen sicherzustellen. Soziale und kulturelle Normen, die die Einhaltung sicherer Hygienepraktiken fördern bzw. beeinträchtigen könnten, sind im Rahmen der Erst- und der weiteren Beurteilung zu identifizieren. Bei der Beurteilung sollten die Bedürfnisse gefährdeter Menschen in besonderem Maße berücksichtigt werden. Falls die Abstimmung mit gefährdeten Bevölkerungsgruppen nicht möglich ist, sollte dies im Beurteilungsbericht eindeutig vermerkt und sobald wie möglich nachgeholt werden (siehe Grundstandard 3, Seite 69).

2 Hygieneaufklärung

Die Hygieneaufklärung soll als gezielter, systematischer Ansatz die Bevölkerung in die Lage versetzen, Maßnahmen zur Prävention bzw. Linderung von wasser-, sanitär- und hygieneassoziierten Krankheiten zu ergreifen. Sie kann auch eine praktische Möglichkeit darstellen, die Bevölkerung dabei zu unterstützen, an WASH-Programmen teilzunehmen, Verantwortung zu übernehmen und die Programme zu überwachen. Ein weiteres Ziel der Hygieneaufklärung ist die Nutzbarmachung der Kenntnisse, Praktiken und Ressourcen der betroffenen Bevölkerung sowie der aktuellen WASH-Informationsbasis, um zu ermitteln, wie die öffentliche Gesundheit am besten geschützt werden kann.

Im Rahmen der Hygieneaufklärung soll zudem sichergestellt werden, dass die Menschen die bereitgestellten Wasser-, Sanitär- und Hygieneeinrichtungen und -leistungen optimal nutzen und die Einrichtungen effizient betrieben und instand gehalten werden. Die drei Schlüsselfaktoren dabei sind:

1. ein gegenseitiger Austausch von Informationen und Wissen
2. die Mobilisierung der betroffenen Bevölkerungsgruppen
3. die Bereitstellung der wichtigsten Materialien und Einrichtungen.

Die Mobilisierung der Bevölkerung ist insbesondere im Katastrophenfall angezeigt, denn es ist besonders wichtig, die Menschen zu ermutigen, selbst Maßnahmen zum Schutz ihrer Gesundheit zu ergreifen. Sofern möglich, sollten die Aufklärungsmaßnahmen interaktive Methoden umfassen, anstatt sich ausschließlich auf die Massenverbreitung von Informationen zu konzentrieren.

Standard 1 zur Hygieneaufklärung: Durchführung der Hygieneaufklärung

Die betroffenen Männer, Frauen und Kinder aller Altersgruppen sind über die wesentlichen Gefahren für die öffentliche Gesundheit informiert und werden mobilisiert, Maßnahmen zu ergreifen, um eine Verschlechterung der hygienischen Bedingungen zu verhindern und die bereitgestellten Einrichtungen zu nutzen und instand zu halten.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Unter Rückgriff auf geeignete Massenkommunikationsmittel systematisch Informationen zu hygienebedingten Risiken und vorbeugenden Maßnahmen bereitstellen (siehe Richtlinien 1-2).
- Besondere soziale, kulturelle oder religiöse Faktoren identifizieren, die unterschiedliche soziale Gruppen in der Gemeinschaft motivieren, und diese Faktoren als Grundlage einer Kommunikationsstrategie zur Hygieneaufklärung nutzen (siehe Richtlinie 2).
- Nach Möglichkeit interaktive Kommunikationsmethoden im Bereich Hygiene nutzen, um einen kontinuierlichen Dialog und Diskussionen mit den Betroffenen sicherzustellen (siehe Richtlinie 3).
- In Kooperation mit der betroffenen Bevölkerung regelmäßig die wichtigsten Hygienepraktiken und die Nutzung der bereitgestellten Einrichtungen überwachen (siehe Richtlinie 3 und Grundstandard 5, Richtlinien 1, 3-5, Seiten 79-81).
- Mit den Bevölkerungsgruppen und wichtigen Interessengruppen verhandeln, um die Bedingungen für Personen zur Mobilisierung der Bevölkerung (Community Mobilisers) festzulegen (siehe Richtlinie 5).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle Nutzergruppen können beschreiben und veranschaulichen, was sie unternommen haben, um eine Verschlechterung der Hygienebedingungen zu verhindern (siehe Richtlinie 1).
- Alle bereitgestellten Einrichtungen werden angemessen genutzt und regelmäßig instand gehalten.
- Alle Nutzer waschen sich nach der Defäkation, nach dem Säubern eines Kinderpos, vor dem Essen und vor der Zubereitung von Nahrung die Hände (siehe Richtlinie 6).
- Alle Maßnahmen und Informationen zur Hygieneaufklärung nehmen Bezug auf wichtige Verhaltensweisen und Fehlannahmen und zielen auf alle Nutzergruppen ab (siehe Richtlinie 6).
- Vertreter aller Nutzergruppen sind an der Planung, dem Training, der Durchführung, Überwachung und Evaluierung der Maßnahmen zur Hygieneaufklärung beteiligt (siehe Richtlinien 1-6 und Grundstandard 1, Richtlinien 1-5, Seiten 63-65).
- Den Betreuungspersonen von Säuglingen und Kleinkindern werden Mittel für die sichere Entsorgung der Fäkalien von Kindern zur Verfügung gestellt (siehe Standard 1 zur Fäkalienentsorgung, Seite 120 und Richtlinie 6).

Richtlinien

1. ***Fokussierung auf vorrangige Hygienerisiken und Verhaltensweisen:*** Die Einsichten, die aus der Beurteilung der Hygienerisiken und den Aufgaben und Verantwortlichkeiten der unterschiedlichen Gruppen gewonnen wurden, sollten für die Planung und Priorisierung der Hilfe genutzt werden, damit der Informationsfluss zwischen den humanitären Akteuren und der betroffenen Bevölkerung entsprechend zielgerichtet ist und aufgedeckte Fehlannahmen beseitigt werden.

2. ***Erreichen aller Teile der Bevölkerung:*** In den frühen Stadien eines Notfalls kann es erforderlich sein, auf die Massenmedien zurückzugreifen, um sicherzustellen, dass wichtige Informationen über die Reduzierung von Gesundheitsrisiken so viele Menschen wie möglich erreichen. Die unterschiedlichen Gruppen sollten über entsprechende Kommunikationskanäle mit unterschiedlichen Informations-, Bildungs- und Kommunikationsmaterialien angesprochen werden, sodass die Informationen bei der gesamten Bevölkerung ankommen. Dies ist besonders wichtig bei Analphabeten, Menschen mit Kommunikationsschwierigkeiten bzw. bei Menschen, die über keinen Zugang zu Radio oder Fernsehen verfügen. Auch populäre Medien (Schauspiel, Lieder, Straßentheater, Tanz usw.) können in diesem Fall von Nutzen sein. Um die Möglichkeiten der Durchführung von Hygienemaßnahmen an Schulen zu ermitteln, ist die Koordinierung mit dem Bildungs-Cluster wichtig.

3. ***Interaktive Methoden:*** Kulturell angepasste partizipative Materialien und Methoden bieten den Betroffenen gute Chancen, ihre eigenen Hygieneverbesserungen zu planen und zu überwachen. Sie bieten ihnen außerdem die Möglichkeit, Vorschläge oder Beschwerden zum Programm vorzubringen, wo dies erforderlich ist. Die Planung der Hygieneaufklärung muss kulturell angepasst erfolgen. Die Maßnahmen zur Hygieneaufklärung müssen von Personen durchgeführt werden, die über die persönliche Eignung und Kompetenz verfügen, mit Gruppen zusammenzuarbeiten, die anderen Überzeugungen und Praktiken anhängen als sie selbst (beispielsweise ist es in einigen Kulturen nicht akzeptabel, dass Frauen mit fremden Männern sprechen).

4. ***Überlastung:*** Es sollte unbedingt sichergestellt werden, dass eine einzelne Gruppe (z. B. Frauen) der betroffenen Bevölkerung nicht allein die Verantwortung für die Maßnahmen zur Hygieneaufklärung oder deren Management zu tragen hat. Die Leistungen (etwa Schulungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten) sollten Frauen, Männern und marginalisierten Gruppen gleichermaßen angeboten werden.

5. ***Bedingungen für Community Mobilisers:*** Der Einsatz von Kontaktarbeitern oder Hausbesuchern bietet eine potenziell interaktivere Möglichkeit,

eine große Zahl von Menschen zu erreichen. Diese Einsatzkräfte benötigen jedoch Unterstützung bei der Entwicklung von Kompetenzen im Bereich Kontaktarbeit. Als grober Richtwert für ein Lager kann gelten, dass zwei Hygieneaufklärer/Community Mobilisers für 1.000 Betroffene notwendig sind. Die Community Mobilisers können – in Übereinstimmung mit der nationalen Gesetzgebung – auch als Tagesarbeiter, auf Vertrags- oder freiwilliger Basis beschäftigt werden. Ob die Einsatzkräfte bezahlt werden oder ehrenamtlich tätig sind, ist mit den Betroffenen, den verantwortlichen Organisationen und den Clustern zu besprechen, damit keine Spannungen entstehen und die langfristige Nachhaltigkeit der bereits eingeführten Systeme nicht beeinträchtigt wird.

6. ***Unterschiedliche Gruppen dazu motivieren, aktiv zu werden:*** Es ist wichtig, sich bewusst zu machen, dass Gesundheit nicht zwangsläufig die wichtigste Motivation für Verhaltensänderungen ist. Das Bedürfnis nach Wahrung der Privatsphäre, nach Sicherheit und Komfort, die Befolgung religiöser und kultureller Normen, die gesellschaftliche Stellung und soziale Anerkennung können sich als stärkere Antriebskräfte erweisen als die Aussicht auf eine bessere Gesundheit. Diese ausschlaggebenden Faktoren sind bei der Konzeption der Aufklärungsmaßnahmen zu berücksichtigen und müssen in Kooperation mit dem technischen Team entsprechend in die Gestaltung und Standortwahl der Einrichtungen einfließen. Der Schwerpunkt sollte nicht allein auf individueller Verhaltensänderung, sondern auch auf gesellschaftlicher Mobilisierung und der Arbeit mit Gruppen liegen.

Standard 2 zur Hygieneaufklärung: Identifizierung und Verwendung von Hygieneartikeln

Die von einer Katastrophe betroffene Bevölkerung hat Zugang zu Hygieneartikeln und ist an deren Identifizierung und der Aufklärung über ihre Verwendung beteiligt mit dem Ziel, persönliche Hygiene, Gesundheit, Würde und Wohlbefinden sicherzustellen.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle Männer, Frauen und Kinder sämtlicher Altersgruppen zu den Hygieneartikeln, die sie vorrangig benötigen, befragen (siehe Richtlinien 1, 3-4).
- Eine schnelle Verteilung von Hygieneartikeln durchführen, um die unmittelbaren Bedürfnisse der Bevölkerung zu befriedigen (siehe Richtlinien 2-3).
- Nach der Verteilung der Hygieneartikel deren Verwendung und die Reaktionen der Bevölkerung verfolgen, um die Zufriedenheit mit den verteilten Hygieneartikeln zu beurteilen (siehe Richtlinien 3 und 5).

- Alternativen zur Verteilung von Hygieneartikeln untersuchen und beurteilen, z. B. die Bereitstellung von Bargeld, Gutscheinen und/oder Non-Food-Items (NFIs) (siehe Standard zur Nahrungsmittelsicherheit – Bargeld- und Gutscheintransfers in Standard 1, Seite 231).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Frauen, Männer und Kinder haben Zugang zu Hygieneartikeln, und diese Artikel werden effizient eingesetzt, um die Gesundheit, die Würde und das Wohlbefinden zu sichern (siehe Richtlinien 1, 7 und 9).
- Alle Frauen und Mädchen im Menstruationsalter verfügen nach Abstimmung mit der betroffenen Bevölkerung über geeignete Materialien für die Monatshygiene (siehe Richtlinien 5 und 8).
- Alle Frauen, Männer und Kinder haben Zugang zu Informationen und Schulungen zur sicheren Verwendung von Hygieneartikeln, mit welchen sie nicht vertraut sind (siehe Richtlinie 5).
- Der betroffenen Bevölkerung werden Informationen zu Zeit, Ort, Inhalt und Zielgruppen einer NFI-Verteilung zugänglich gemacht (siehe Richtlinien 3-5).
- Bei der Organisation einer NFI-Verteilung hat die Sicherheit der betroffenen Bevölkerung und des Personals Priorität (siehe Grundsatz 1 zum Schutz, Richtlinien 1-3, Seiten 38-39).

Richtlinien

1. ***Grundlegende Hygieneartikel:*** Ein Paket mit einer Mindestausstattung an grundlegenden Hygieneartikeln besteht aus Wasserbehältern (Eimern), Bade- und Waschseife und Monatshygieneartikeln.

Liste der grundlegenden Hygieneartikel

Wasserbehälter mit einem Fassungsvermögen von 10-20 Litern für den Transport	Einer pro Haushalt
Wasserbehälter mit einem Fassungsvermögen von 10-20 Litern für die Lagerung	Einer pro Haushalt
250g Badeseife	Einer pro Person und Monat
200g Kleiderwaschseife	Einer pro Person und Monat
Akzeptables Material für die Monatshygiene, z. B. waschbares Baumwolltuch	Einer pro Person

2. ***Koordinierung:*** Eine Diskussion mit dem Cluster „Notunterkünfte“ und der betroffenen Bevölkerung, ob zusätzliche NFI-Artikel (etwa Decken), die in den grundlegenden Hygieneartikeln nicht enthalten sind, erforderlich sind (siehe Standard 1 zu Non-Food-Items, Seite 312).
3. ***Schnelle Verteilung von Hygieneartikeln:*** Um eine schnelle Verteilung von Hygieneartikeln sicherzustellen, kann es notwendig sein, einige wichtige Basisartikel (Seife, Kanister usw.) ohne die Zustimmung der betroffenen Bevölkerung zu verteilen und künftige Verteilungen nach entsprechender Abstimmung vorzunehmen.
4. ***Vorrangige Bedürfnisse:*** Wenn die vorrangigen Bedürfnisse der Menschen nicht befriedigt sind, kann es sein, dass diese die bereitgestellten Artikel verkaufen. Bei der Planung der Verteilungen ist daher die Existenzgrundlage der Betroffenen zu berücksichtigen.
5. ***Angemessenheit:*** Es sollte darauf geachtet werden, dass keine Produkte spezifiziert werden, die aufgrund mangelnder Bekanntheit eventuell nicht oder falsch genutzt werden (z. B. Artikel, die irrtümlich für Lebensmittel gehalten werden). Sofern dies kulturell angemessen ist oder bevorzugt wird, kann Waschpulver statt Waschseife spezifiziert werden.
6. ***Ersatz:*** Es sollte darauf geachtet werden, dass Verbrauchsmaterialien nach Bedarf ersetzt werden.
7. ***Besondere Bedürfnisse:*** Menschen mit besonderen Bedürfnissen (z. B. mit Inkontinenz oder schwerem Durchfall) benötigen eventuell größere Mengen an Körperpflegeartikeln (etwa Seife). Menschen mit Behinderung oder bettlägerige Menschen benötigen eventuell zusätzliche Artikel (etwa Bettpfannen). Manche Artikel sind möglicherweise an die sanitäre Verwendung anzupassen (etwa ein Stuhl mit einem Loch oder ein Toilettenstuhl).
8. ***Monatshygiene:*** Es ist dafür zu sorgen, dass Monatshygiene-Materialien diskret gewaschen und entsorgt werden können.
9. ***Zusätzliche Artikel:*** Die vorherrschenden sozialen und kulturellen Praktiken können den Zugang zu zusätzlichen Körperpflegeartikeln erfordern. Je nach Verfügbarkeit gehören dazu folgende Artikel (pro Person und Monat):

   - 75ml/100g Zahnpasta
   - eine Zahnbürste
   - 250 ml Shampoo
   - 250 ml Lotion für Säuglinge und Kinder bis zu 2 Jahren
   - ein Einwegrasierer
   - Unterwäsche für Frauen und Mädchen im Menstruationsalter
   - eine Haarbürste und/oder ein Kamm
   - eine Nagelzange
   - Windeln und Töpfchen (je nach Bedarf des Haushalts).

3 Wasserversorgung

Wasser ist für das Leben, die Gesundheit und die Würde des Menschen lebenswichtig. In Extremsituationen kann es vorkommen, dass nicht ausreichend Wasser zur Deckung des Grundbedarfs zur Verfügung steht. In diesen Fällen ist die Bereitstellung eines Minimalmaßes an sauberem Trinkwasser für die Sicherung des Überlebens von entscheidender Bedeutung. Oftmals sind die Hauptgesundheitsprobleme auf eine unzulängliche Hygiene aufgrund unzureichender Wasserversorgung und des Gebrauchs von verschmutztem Wasser zurückzuführen.

Standard 1 zur Wasserversorgung: Zugang und Wassermenge

Alle Menschen verfügen über einen sicheren und gleichberechtigten Zugang zu einer ausreichenden Menge an Wasser zum Trinken, Kochen und für die Körper- und Haushaltshygiene. Die öffentlichen Wasserentnahmestellen liegen nahe genug an den Haushalten, sodass sie ihren Mindestwasserbedarf decken können.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Eine geeignete Wasserquelle für die Situation identifizieren, wobei die Menge und die Umweltbelastung für die Quelle berücksichtigt werden (siehe Richtlinie 1).
- Wasser priorisieren und bereitstellen, um den Bedarf der betroffenen Bevölkerung zu decken (siehe Richtlinien 2 und 4).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Der durchschnittliche Wasserverbrauch zum Trinken, Kochen und für die Körperhygiene pro Haushalt beträgt mindestens 15 Liter pro Person und Tag (siehe Richtlinien 1-8).
- Die maximale Entfernung zwischen jedem Haushalt und der nächstgelegenen Wasserentnahmestelle beträgt 500 Meter (siehe Richtlinien 1, 2, 5 und 8).
- Die Wartezeit an einer Wasserquelle beträgt höchstens 30 Minuten (siehe Richtlinie 7).

Richtlinien

1. ***Auswahl von Wasserquellen:*** Bei der Auswahl von Wasserquellen sollten die folgenden Faktoren berücksichtigt werden: Verfügbarkeit, Nähe und Nachhaltigkeit einer ausreichenden Wassermenge, Notwendigkeit der Aufbereitung, Machbarkeit sowie unter anderem Vorliegen sozialer, politischer oder rechtlicher Faktoren in Bezug auf die Quelle. Generell sind Grundwasservorkommen bzw. die Wasserversorgung durch Quellen, welche gravitationsgetrieben zum Nutzungsort fließen, vorzuziehen, da sie weniger Aufbereitung und kein Pumpen erfordern. In Katastrophen ist in der Anfangsphase häufig eine Kombination verschiedener Ansätze und Quellen erforderlich. Alle Quellen sind regelmäßig zu überwachen, um eine Übernutzung zu vermeiden.

2. ***Bedarf:*** Die Mengen an Wasser, die für den häuslichen Gebrauch benötigt werden, sind kontextbezogen und können variieren je nach Klima, den vorhandenen sanitären Einrichtungen, den Gewohnheiten der Menschen, ihren religiösen und kulturellen Praktiken, den von ihnen zubereiteten Lebensmitteln, ihrer Kleidung usw. Im Allgemeinen nimmt der Wasserverbrauch zu, je näher die Behausung einer Wasserquelle ist. Sofern möglich, können 15 Liter pro Person und Tag (l/p/t) überschritten werden, um gegebenenfalls einem höheren lokalen Standard zu entsprechen.

Übersicht über den lebensnotwendigen Wasserbedarf

Lebensnotwendiger Bedarf: Wasserzufuhr (Essen und Trinken)	2.5–3 Liter pro Tag	Abhängig von Klima und individueller Physiologie
Grundlegende Hygienepraktiken	2–6 Liter pro Tag	Abhängig von sozialen und kulturellen Normen
Grundbedarf für das Kochen	3–6 Liter pro Tag	Abhängig von den Nahrungsmittelarten und sozialen und kulturellen Normen
Gesamter Grundbedarf an Wasser	7.5–15 Liter pro Tag	

Eine Orientierungshilfe für die Mindestwassermengen, die für Institutionen und andere Nutzungen benötigt werden, siehe Anhang 2: Mindestwassermengen für Institutionen und sonstige Zwecke. Angaben zum Wasserbedarf von Nutzvieh in Notfallsituationen sind den „Livestock Emergency Guidelines und Standards" zu entnehmen (siehe Quellen und weiterführende Literatur).

3. ***Messung:*** Haushaltsbefragungen, Beobachtung und Gesprächsgruppen mit den Betroffenen sind effektivere Methoden zur Erhebung von Daten über Wassernutzung und -verbrauch als die Messung des in das Leitungsnetz gepumpten Wassers oder der Betriebsleistung von Handpumpen.

4. ***Menge/Bedarfsdeckung:*** Während einer Katastrophe hat die Schaffung eines gerechten Zugangs zu einer ausreichenden Wassermenge Priorität (selbst wenn das Wasser nur von mittlerer Qualität ist), bis die Mindeststandards sowohl für die Wassermenge als auch die Wassermenge erfüllt sind. Die von einem Notfall betroffenen Personen sind erheblich krankheitsanfälliger: daher sollten die Indikatoren für Wasserzugang und -menge erreicht werden, auch wenn sie über den Normen der betroffenen oder der aufnehmenden Bevölkerung liegen. Es sollte besonders darauf geachtet werden, dass der zusätzliche Wasserbedarf von Menschen mit HIV und AIDS sowie der Wasserbedarf von Nutzvieh und -pflanzen im Falle von Dürren gedeckt werden. Um Feindseligkeiten zu vermeiden, ist es ratsam, die Wasser- und Sanitärversorgung der aufnehmenden wie der betroffenen Bevölkerung gleichermaßen zu gewährleisten (siehe Anhang 2: Mindestwassermengen für Institutionen und sonstige Zwecke).

5. ***Maximale Anzahl von Nutzern pro Wasserquelle:*** Die Anzahl von Nutzern pro Quelle ist abhängig von der Ergiebigkeit und Verfügbarkeit des Wassers jeder Quelle. Als ungefähre Richtwerte gelten:

250 Personen pro Zapfstelle	basierend auf einem Durchfluss von 7,5 Litern/Minute
500 Personen pro Handpumpe	basierend auf einem Durchfluss von 17 Litern/Minute
400 Personen pro offenem Brunnen zur Einzelversorgung	basierend auf einem Durchfluss von 12,5 Litern/Minute

Bei diesen Richtwerten wird angenommen, dass die Wasserentnahmestelle nur ca. acht Stunden am Tag zugänglich ist und während dieser Zeit eine konstante Wasserversorgung besteht. Bei besserem Zugang kann jede Person mehr als den Mindestbedarf von 15 Litern/Tag entnehmen. Zu beachten ist allerdings: Wenn diese Ziele erreicht werden, bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass eine Mindestwassermenge oder ein gerechter Zugang gewährleistet sind.

6. ***Wartezeit:*** Übermäßige Wartezeiten deuten auf eine unzulängliche Wasserverfügbarkeit hin (entweder aufgrund einer unzureichenden Anzahl von Wasserentnahmestellen oder unzureichender Ergiebigkeit der Wasserquelle). Die potenziell negativen Ergebnisse übermäßiger Wartezeiten sind ein gerin-

gerer Wasserverbrauch pro Kopf, ein erhöhter Verbrauch aus ungeschützten oberflächennahen Quellen und weniger Zeit der wartenden Personen für andere lebenswichtige Aufgaben.

7. ***Zugang und Verteilungsgerechtigkeit:*** Selbst wenn eine ausreichende Wassermenge zur Deckung des Mindestbedarfs zur Verfügung steht, sind weitere Maßnahmen erforderlich, um einen gerechten Zugang für alle Gruppen sicherzustellen. Die Wasserentnahmestellen sollten in Gebieten gelegen sein, die für alle zugänglich sind – unabhängig von Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit usw. Für Menschen mit HIV und AIDS, ältere Menschen, Menschen mit Behinderung und Kinder kann es erforderlich sein, Handpumpen und Wassertransportbehälter für deren Gebrauch auszulegen oder anzupassen. Falls das Wasser zu bestimmten Zeiten rationiert oder gepumpt wird, sollte dies in Abstimmung mit den Nutzern, unter anderem den weiblichen Begünstigten, erfolgen.

Standard 2 zur Wasserversorgung: Wasserqualität

Das Wasser ist genießbar und von ausreichender Qualität, sodass es als Trinkwasser, für das Kochen, die Körper- und die Haushaltshygiene genutzt werden kann, ohne die Gesundheit zu gefährden.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Eine Schnellumfrage zur Sanitärversorgung und – sofern Zeit und Situation dies zulassen – zur Implementierung eines Wassersicherheitsplans für die Quelle durchführen (siehe Richtlinien 1-2).
- Alle erforderlichen Schritte umsetzen, um eine Verunreinigung des Wassers nach der Entnahme zu minimieren (siehe Richtlinien 3-4 und Standard 1 zur Hygieneaufklärung, Seite 104).
- Bei Leitungswasser bzw. in Zeiten, in welchen die Gefahr einer Durchfallepidemie besteht, das Wasser mit einem Desinfektionsmittel aufbereiten, sodass ein Restchlorgehalt von 0,5 mg/l und eine Trübung von unter 5 NTU (nephelometric turbidity units, nephelometrischer Trübungswert) am Wasserhahn gewährleistet sind. Im Falle bestimmter Durchfallepidemien ist sicherzustellen, dass der Restchlorgehalt mehr als 1 mg/l beträgt (siehe Richtlinien 5-8).
- Falls eine Wasseraufbereitung auf Haushaltsebene geplant ist, ist sicherzustellen, dass sie im Rahmen einer angemessenen Aufklärung, Schulung und Überwachung erfolgt (siehe Richtlinien 3 und 6).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- An der Entnahmestelle sind pro 100 ml Wasser keine fäkalcoliformen Bakterien festzustellen (siehe Richtlinien 2, 4-7).
- Die gewählten Optionen für die Wasseraufbereitung auf Haushaltsebene verbessern die mikrobiologische Wasserqualität wirksam und werden von angemessener Schulung, Aufklärung und Überwachung begleitet (siehe Richtlinien 3-6).
- Aufgrund der kurzfristigen Verwendung von Wasser, das mit Chemikalien (unter anderem eingeschleppten Aufbereitungschemikalien) oder Strahlenquellen verunreinigt ist, ist keine Beeinträchtigung der Gesundheit festzustellen, und die Beurteilung ergibt keine signifikante Wahrscheinlichkeit einer solchen Beeinträchtigung (siehe Richtlinie 7).
- Alle Betroffenen nutzen anstelle anderer leicht verfügbarer Wasserquellen vorzugsweise Trinkwasser aus einer geschützten oder aufbereiteten Wasserquelle (siehe Richtlinien 3 und 6).
- Es ist kein Ausbruch von durch Wasser übertragenen oder wasserassoziierten Krankheiten festzustellen (siehe Richtlinien 1-9).

Richtlinien

1. ***Umfrage zur Sanitärversorgung und Wassersicherheitsplan:*** Eine Umfrage zur Sanitärversorgung ist eine Beurteilung der Bedingungen und Praktiken, die eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen können. Sie berücksichtigt mögliche Ursachen einer Kontamination des Wassers an der Quelle, beim Transport und im Haushalt, bei der Defäkation, der Entwässerung und dem Abfallmanagement. Das Community Mapping, eine Methode zur Datenerhebung und -kartierung in einer Bevölkerungsgruppe, ist eine besonders effektive Art der Identifizierung der Risiken für die öffentliche Gesundheit, wobei die Gemeinde in die Suche nach Möglichkeiten zur Reduzierung dieser Risiken eingebunden wird. Es ist zu beachten, dass tierische Exkremente zwar nicht so schädlich sind wie menschliche, aber dennoch Mikroorganismen enthalten können (etwa Cryptosporidien, Giardia, Salmonellen, Campylobacter, Caliciviren und andere häufige Verursacher von Durchfall beim Menschen) und daher ein erhebliches Gesundheitsrisiko darstellen. Die WHO empfiehlt den Einsatz ihres Wassersicherheitsplans (WSP), der einem ganzheitlichen Ansatz unterliegt und Gefahrenidentifizierung und Risikobewertung, Verbesserungs-/Erweiterungsplan, Überwachung der Kontrollmaßnahmen und Managementverfahren einschließlich der Entwicklung von unterstützenden Programmen abdeckt (siehe Quellen und weiterführende Literatur).

2. ***Mikrobiologische Wasserqualität:*** Fäkalcoliforme Bakterien (mehr als 99 Prozent davon sind E.coli-Bakterien) sind ein Indikator für den Verschmutzungsgrad des Wassers durch menschliche bzw. tierische Abfälle und das mögliche Vorhandensein schädlicher Krankheitserreger. Falls fäkalcoliforme Bakterien vorhanden sind, sollte das Wasser aufbereitet werden.

3. ***Aufklärung über geschützte Quellen:*** Die bloße Bereitstellung geschützter Quellen oder von aufbereitetem Wasser wird wenig bewirken, solange die Menschen die gesundheitlichen Vorteile dieses Wassers nicht verstehen und es daher nicht verwenden. Aus Gründen wie Geschmack, Nähe und sozialen Gepflogenheiten ziehen sie möglicherweise ungeschützte Wasserquellen vor, z. B. Flüsse, Seen und ungeschützte Brunnen. In diesen Fällen ist es wichtig, dass die Techniker, Hygieneaufklärer und Community Mobilisers die Beweggründe für diese Präferenzen verstehen, damit diese in die Aufklärungsmaterialien und -gespräche einbezogen werden können.

4. ***Kontamination nach der Entnahme:*** Wasser, das an der Entnahmestelle sauber ist, kann aufgrund erneuter Verunreinigung während der Beschaffung, der Lagerung und der Entnahme dennoch ein erhebliches Gesundheitsrisiko darstellen. Zu den Schritten, die zur Verringerung dieses Risikos unternommen werden können, gehören verbesserte Verfahren bei der Wasserbeschaffung und -lagerung und die Verteilung sauberer und geeigneter Sammel- und Lagerbehälter (siehe Standard 3 zur Wasserversorgung, Seite 117). An der Verwendungsstelle sollten regelmäßige Wasserproben entnommen werden, um das Ausmaß einer Kontamination nach der Entnahme zu überwachen.

5. ***Wasserdesinfektion:*** Falls ein signifikantes Risiko einer Verunreinigung der Quelle oder nach der Entnahme besteht, sollte das Wasser mit einem Desinfektionsmittel mit Langzeitwirkung wie z. B. Chlor aufbereitet werden. Dieses Risiko wird anhand der Bedingungen in der Siedlung ermittelt, etwa Siedlungsdichte, Vorkehrungen zur Fäkalienentsorgung, Hygienepraktiken und Prävalenz von Durchfallerkrankungen. Falls eine Durchfallepidemie droht oder besteht, sollten alle Trinkwasservorräte aufbereitet werden, und zwar entweder vor der Verteilung oder im Haushalt. Für eine fachgerechte Desinfektion von Wasser muss die Trübung unter 5 NTU liegen, obwohl für eine kurzfristige Verwendung in einer Notfallsituation Wasser mit höheren Trübungswerten mit doppelter Chlordosierung nach der Filtrierung angemessen desinfiziert werden kann, bis eine Reduzierung der Trübungswerte erreicht wird (siehe Anhang 6: Entscheidungsbaum zur Wasseraufbereitung und -lagerung auf Haushaltsebene).

6. ***Wasseraufbereitung auf Haushaltsebene:*** Wenn die Verwendung eines zentral betriebenen Wasseraufbereitungssystems nicht möglich ist, kommt die Vor-Ort-Wasseraufbereitung (PoUWT) auf Haushaltsebene als Option in

Frage. Es stehen verschiedene Optionen für die Vor-Ort-Wasseraufbereitung zur Verfügung, die erwiesenermaßen Durchfallerkrankungen reduzieren und die mikrobiologische Qualität des gelagerten Haushaltswassers verbessern, unter anderem Abkochen, Chlorierung, solare Desinfektion, Keramikfiltration, Langsamsandfiltration und Flockung/Desinfektion. Die geeignetste Option der Vor-Ort-Wasseraufbereitung für den jeweiligen Kontext hängt von den herrschenden Wasser- und Sanitärbedingungen, der Wasserqualität, der kulturellen Akzeptanz und der Machbarkeit der Optionen ab. Im Rahmen einer erfolgreichen Vor-Ort-Wasseraufbereitung sollten die erforderlichen Materialien und Produkte bereitgestellt werden und die Begünstigten eine angemessene Schulung erhalten. Die Einführung einer nicht erprobten Wasseraufbereitungsoption in einer Katastrophe ist zu vermeiden. In Gebieten mit erwartbarem Risiko sollte die Vorab-Lieferung von Produkten für die Vor-Ort-Wasseraufbereitung erwogen werden, um eine schnelle Reaktion zu ermöglichen. Dabei sollten lokal verfügbare Produkte vorrangig eingesetzt werden, falls eine weitere Verwendung in der Phase nach dem Notfall gewünscht wird. Der effiziente Einsatz der Vor-Ort-Wasseraufbereitung erfordert eine regelmäßige Nachkontrolle, Unterstützung und Überwachung, was eine Voraussetzung sein sollte, wenn diese Option als alternative Wasseraufbereitungsmethode angewandt wird.

7. ***Vor-Ort-Wasseraufbereitung mit Chlor:*** Sofern keine alternative Wasserquelle zur Verfügung steht, kommt bei höheren Trübungswerten eine Chlorung mit doppelter Dosis in Betracht. Dies sollte jedoch nur für kurze Zeitspannen und nach Schulung der Nutzer hinsichtlich der Reduzierung der Trübung durch Filtrierung, Klärung und Dekantieren vor der Aufbereitung versucht werden (siehe Anhang 6: Entscheidungsbaum zur Wasseraufbereitung und -lagerung auf Haushaltsebene).

8. ***Chemische und radiologische Kontamination:*** Falls hydrogeologische Daten oder Informationen über industrielle oder militärische Nutzungen darauf schließen lassen, dass die Wasservorräte eventuell chemische oder radiologische Gesundheitsrisiken bergen, sind diese Risiken mittels Durchführung einer chemischen Analyse rasch zu beurteilen. Danach sollte eine Entscheidung unter Abwägung der kurzfristigen Risiken für die öffentliche Gesundheit und der entsprechenden Vorteile getroffen werden. Ferner sollte die Entscheidung über eine längerfristige Verwendung von potenziell kontaminiertem Wasser auf der Basis einer gründlicheren Beurteilung und Analyse der gesundheitlichen Auswirkungen erfolgen.

9. ***Schmackhaftigkeit:*** Der Geschmack selbst stellt kein unmittelbares gesundheitliches Problem dar (beispielsweise besteht bei leicht salzhaltigem Wasser kein Gesundheitsrisiko). Falls unbedenkliches Wasser jedoch nicht gut schmeckt, kann es sein, dass die Nutzer unsichere Wasserquellen

nutzen und dadurch ihre Gesundheit gefährden. Um dies zu vermeiden, muss durch Hygieneaufklärungsmaßnahmen sichergestellt werden, dass nur sichere Vorräte verwendet werden.

10. ***Wasserqualität für Gesundheitszentren:*** Das gesamte Wasser für Krankenhäuser, Gesundheits- und Ernährungszentren sollte mit Chlor oder einem anderen Desinfektionsmittel mit Langzeitwirkung aufbereitet werden. In Situationen, in welchen aufgrund einer Versorgungsunterbrechung mit einer Wasserrationierung zu rechnen ist, sollten in dem Zentrum ausreichende Wasservorräte gelagert werden, um eine lückenlose Versorgung bei normalem Verbrauch sicherzustellen (siehe Anhang 2: Mindestwassermengen für Institutionen und sonstige Zwecke und Anhang 5: Mindestanforderungen an Hygiene, Sanitärversorgung und Isolierungsmaßnahmen für Cholera-Behandlungszentren).

Standard 3 zur Wasserversorgung: Wassereinrichtungen

Die Menschen verfügen über angemessene Einrichtungen, um ausreichende Wassermengen zum Trinken, Kochen und für die persönliche Hygiene zu beschaffen, zu lagern und zu verwenden, und um sicherzustellen, dass das Trinkwasser bis zum Verbrauch sicher ist.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Der betroffenen Bevölkerung geeignete Einrichtungen für die Wasserbeschaffung und -lagerung bereitstellen (siehe Richtlinie 1 und Standard 2 zur Hygieneaufklärung, Seite 107).
- Die Beteiligung aller Betroffenen und der gefährdeten Gruppen an der Standortwahl und Konzeption von Wasserentnahmestellen und dem Bau von Wasch- und Badeeinrichtungen aktiv fördern (siehe Richtlinie 2).
- An Wasserverteilstellen und gemeinschaftlichen Wascheinrichtungen private Waschbecken und Flächen für Frauen zum Waschen und Trocknen von Unterwäsche und Binden vorsehen (siehe Richtlinie 2 und Standard 2 zur Hygieneaufklärung, Seite 107).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Jeder Haushalt verfügt über mindestens zwei saubere Wassersammelbehälter mit einem Fassungsvermögen von 10–20 Litern, einen für die Lagerung und einen für den Transport (siehe Richtlinie 1 und Standard 2 zur Hygieneaufklärung, Richtlinie 1, Seite 108).

- Die Wassersammel- und -vorratsbehälter haben einen engen Hals bzw. die Eimer sind mit Deckeln oder einer anderen Sicherung versehen, erlauben eine sichere Entnahme und Handhabung und werden nachweislich verwendet (siehe Richtlinie 1).
- Es stehen mindestens ein Waschbecken pro 100 Personen und private Wasch- und Badebereiche für Frauen zur Verfügung. Zum Baden und Wäschewaschen steht genügend Wasser zur Verfügung (siehe Richtlinie 2).
- Das Wasser auf Haushaltsebene ist zu jeder Zeit frei von Verunreinigungen (siehe Richtlinie 1).
- Alle Betroffenen sind mit den Einrichtungen für die Wasserbeschaffung und -lagerung, das Baden sowie das Hände- und Wäschewaschen zufrieden (siehe Richtlinie 2).
- Die regelmäßige Instandhaltung der installierten Systeme und Einrichtungen ist sichergestellt, und die Nutzer werden nach Möglichkeit daran beteiligt (siehe Richtlinie 3).

Richtlinien

1. ***Wasserbeschaffung und -lagerung:*** Die Betroffenen benötigen Gefäße zur Beschaffung, Lagerung und Verwendung des Wassers zum Trinken, Kochen, Waschen und Baden. Die Gefäße sollten sauber, hygienisch, leicht zu transportieren sein und im Hinblick auf Größe, Form und Gestaltung den lokalen Bedürfnissen und Gewohnheiten entsprechen. Kinder, Menschen mit Behinderung, ältere Menschen und Personen mit HIV und AIDS benötigen eventuell kleinere oder speziell gestaltete Wassertransportbehälter. Die erforderliche Lagerkapazität ist davon abhängig, wie groß der Haushalt ist und ob eine durchgängige Verfügbarkeit des Wassers gegeben ist. So sind z. B. in Situationen mit konstanter täglicher Bereitstellung ca. vier Liter pro Person angemessen. Die Förderung und Überwachung der sicheren Beschaffung, Lagerung und Entnahme bietet eine Gelegenheit, Fragen der Wasserverunreinigung mit gefährdeten Personen, insbesondere Frauen und Kindern, zu besprechen.
2. ***Gemeinschaftseinrichtungen zum Waschen und Baden:*** Die Menschen benötigen Räume, um privat und in Würde baden zu können. Falls dies auf Haushaltsebene nicht möglich ist, sind separate zentrale Einrichtungen für Männer und Frauen erforderlich. Falls keine Seife vorhanden ist, können gebräuchliche Alternativen bereitgestellt werden, etwa Asche, sauberer Sand, Soda oder verschiedene Pflanzen, die sich für das Waschen bzw. Schrubben eignen. Das Wäschewaschen, besonders von Kinderkleidung, ist für die Hygiene von zentraler Bedeutung; auch Koch- und Essgeschirr muss abgewaschen werden. Über Anzahl, Standort, Gestaltung, Sicherheit, Ange-

messenheit und Komfort der Einrichtungen sollte in Abstimmung mit den Nutzern, insbesondere Frauen, älteren Mädchen und Menschen mit Behinderung, entschieden werden. Die Wahl eines Standorts für die Einrichtungen in zentralen, gut zugänglichen und gut beleuchteten Bereichen mit guter Sicht auf die nähere Umgebung kann zur Sicherheit der Nutzer beitragen.

3. ***Instandhaltung der Wassersysteme:*** Es ist wichtig, dass der betroffenen Bevölkerung alle erforderlichen Mittel zur Instandhaltung und Pflege der bereitgestellten Systeme bekannt sind und bereitgestellt werden.

4 Fäkalienentsorgung

Die sichere Entsorgung menschlicher Fäkalien ist der erste Schritt zur Eindämmung fäkalienassoziierter Krankheiten. Eine solche Eingrenzung trägt zur Verringerung der Krankheitsübertragung auf direktem und indirektem Weg bei. Eine sichere Fäkalienentsorgung hat daher wesentliche Priorität und sollte in den meisten Katastrophensituationen ebenso schnell und konsequent in Angriff genommen werden wie eine sichere Wasserversorgung. Die Bereitstellung geeigneter Einrichtungen für die Defäkation ist eine der Notfallmaßnahmen, die für die Würde, die Sicherheit, die Gesundheit und das Wohlergehen der Menschen entscheidend sind.

Standard 1 zur Fäkalienentsorgung: Das Umfeld ist frei von menschlichen Fäkalien

Das Lebensumfeld im Allgemeinen und der Lebensraum, die Flächen für die Nahrungsmittelproduktion, die öffentlichen Zentren und die Umgebung von Trinkwasserquellen sind frei von Verunreinigungen durch menschliche Fäkalien.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Umgehend geeignete Maßnahmen zur räumlichen Eingrenzung von Fäkalien einführen (siehe Richtlinie 1).
- Für eine rasche Abstimmung mit der betroffenen Bevölkerung hinsichtlich einer sicheren Fäkalienentsorgung und sicherer Hygienepraktiken sorgen (siehe Standard 1 zur Hygieneaufklärung, Richtlinien 1-6, Seiten 106-107).
- Eine konzertierte Hygieneaufklärungskampagne zur sicheren Fäkalienentsorgung und zur Nutzung geeigneter Einrichtungen durchführen (siehe Standard 1 zur Hygieneaufklärung, Richtlinien 1-6, Seiten 106-107).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Das Umfeld, in welchem die betroffene Bevölkerung lebt, ist frei von menschlichen Fäkalien (siehe Richtlinien 1-2).

- Alle Containment-Maßnahmen in Bezug auf Fäkalien, d. h. Grabenlatrinen, Grubenlatrinen und Sickergruben, sind mindestens 30 Meter von allen Grundwasserquellen entfernt. Der Boden der Latrinen oder Sickergruben befindet sich mindestens 1,5 Meter über dem Grundwasserspiegel (siehe Richtlinie 3).
- Im Falle von Überschwemmungen oder hohem Grundwasserspiegel werden geeignete Maßnahmen ergriffen, um das Problem einer fäkalen Kontaminierung der Grundwasserquellen anzugehen (siehe Richtlinie 3).
- Auslaufen oder Verschüttung aus den Defäkationssystemen verunreinigt nicht das Oberflächenwasser oder oberflächennahe Grundwasserquellen (siehe Richtlinie 3).
- Die Toiletten werden auf möglichst hygienische Weise benutzt, und die Fäkalien von Kindern werden umgehend und hygienisch entsorgt (siehe Richtlinie 4).

Richtlinien

1. ***Sichere Fäkalienentsorgung:*** Ziel einer sicheren Fäkalienentsorgung ist es, das Umfeld frei von unkontrollierten und verstreuten menschlichen Fäkalien zu halten. Unmittelbar nach einer Katastrophe ist bei Vorhandensein eines Managementplans „Fäkalienentsorgung“ zu überlegen, ob eine anfängliche Säuberungskampagne durchgeführt, Defäkationsbereiche abgegrenzt und abgesperrt und wo gegebenenfalls gemeinschaftliche Toiletten gebaut werden sollen. Je nach Kontext ist ein mehrphasiger Ansatz für die Lösung des jeweiligen Sanitärproblems am effektivsten. Alle Gruppen der von der Katastrophe betroffenen Bevölkerung sind bei der Durchführung von Maßnahmen zur sicheren Entsorgung von Fäkalien einzubeziehen. Falls die betroffene Bevölkerung traditionell keine Toiletten benutzt, ist es erforderlich, eine konzertierte Hygieneaufklärungskampagne durchzuführen, um eine sichere Fäkalienentsorgung zu unterstützen und Nachfrage nach mehr Toiletten zu schaffen. Bei Katastrophen im städtischen Raum, wo die vorhandenen Abwassersysteme beschädigt sein können, ist die Lage zu beurteilen und die Installation von tragbaren Toiletten oder Klärgruben bzw. Auffangbehältern zu erwägen, die regelmäßig entschlammt werden können. Die Entschlammung, die Handhabung, der Transport und die endgültige Entsorgung des Schlamms sollten gebührend berücksichtigt werden.
2. ***Defäkationsbereiche:*** In der ersten Phase ist ein Defäkationsfeld abzugrenzen und/oder Grabenlatrinen zu errichten, sofern Flächen vorhanden sind. Dies wird nur funktionieren, wenn für ein korrektes Management und die Instandhaltung der Einrichtungen gesorgt wird und die betroffene Bevölkerung darüber aufgeklärt wurde, wie wichtig es ist, die bereitgestellten Einrichtungen zu nutzen, und weiß, wo sich diese befinden.

3. ***Entfernung der Defäkationssysteme von den Wasserquellen:*** Die Sickergruben, Grabenlatrinen und/oder Toiletten sollten mindestens 30 Meter von Wasserquellen entfernt sein, und der Boden der Gruben sollte mindestens 1,5 Meter über dem Grundwasserspiegel liegen. Diese Entfernungen müssen bei zerklüftetem Gestein und Kalkstein erhöht, bei feinkörnigen Böden reduziert werden. Es kann sein, dass die Grundwasserverschmutzung bei einigen Katastropheneinsätzen kein unmittelbares Problem darstellt, falls das Wasser nicht direkt als Trinkwasser genutzt wird. Ansonsten ist die Wasseraufbereitung auf Haushaltsebene oder eine andere Option anzuwenden (siehe Standard 2 zur Wasserversorgung, Richtlinie 6, Seite 115). In überschwemmten Bereichen oder Gebieten mit hohem Grundwasserspiegel kann es erforderlich sein, erhöhte Toiletten oder Klärgruben zu bauen, um die Fäkalien zu kontrollieren und um zu verhindern, dass sie das Umfeld kontaminieren. Es ist ferner zwingend darauf zu achten, dass durch Auslaufen oder Verschüttung aus Klärgruben nicht das Oberflächenwasser bzw. oberflächennahe Grundwasserquellen kontaminiert wird.

4. ***Containment der Fäkalien von Kindern:*** Besondere Beachtung muss der Entsorgung der Fäkalien von Kindern gelten, da diese meist gefährlicher sind als die Fäkalien Erwachsener (eine fäkalienassoziierte Infektion ist bei Kindern oft häufiger, zudem haben Kinder eventuell noch keine Antikörper zur Abwehr von Infektionen entwickelt). Eltern und Betreuungspersonen sollten Informationen über die sichere Entsorgung der Fäkalien von Säuglingen, Waschmethoden und die Verwendung von Windeln, Töpfchen oder Schaufeln für ein effizientes Management der sicheren Entsorgung erhalten.

Standard 2 zur Fäkalienentsorgung: Geeignete und ausreichende Toilettenanlagen

Die Betroffenen haben ausreichende, geeignete und akzeptable Toilettenanlagen, die nahe genug an ihren Behausungen sind und somit bei Tag und Nacht schnell und sicher zu erreichen sind.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Standort, Gestaltung und Angemessenheit der sanitären Einrichtungen mit allen Nutzern (insbesondere Frauen und Menschen mit eingeschränkter Mobilität) abstimmen und deren Genehmigung einholen (siehe Richtlinien 1-4 und Grundsätze 1-2 zum Schutz, Seiten 38-41).
- Den Betroffenen die Mittel, Werkzeuge und Materialien für den Bau, die Instandhaltung und die Reinigung ihrer Toilettenanlagen bereitstellen (siehe Richtlinien 6-7).

- Eine ausreichende Wasserversorgung für das Händewaschen und für Toiletten mit Spülung bzw. hygienischen Verschlussmöglichkeiten sowie geeignetes Material für die Analreinigung zum Gebrauch in herkömmlichen Grubenlatrinen bereitstellen (siehe Richtlinien 7-8).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Toiletten sind entsprechend gestaltet, gebaut und platziert, um den folgenden Anforderungen gerecht zu werden:
  - sie können von allen Gruppen der Bevölkerung, einschließlich Kindern, älteren Menschen, schwangeren Frauen und Menschen mit Behinderung benutzt werden (siehe Richtlinie 1)
  - ihr Standort wurde so gewählt, dass Sicherheitsbedrohungen für die Nutzer, insbesondere Frauen und Mädchen, sowohl bei Tag als auch bei Nacht auf ein Minimalmaß begrenzt werden (siehe Richtlinie 3 und Grundsatz 1 zum Schutz, Richtlinien 1-6, Seiten 38-40)
  - sie bieten ein Maß an Privatsphäre, das mit den Normen der Nutzer im Einklang steht (siehe Richtlinie 3)
  - sie sind einfach genug zu benutzen und sauber zu halten und stellen keine Gesundheitsgefährdung für die Umwelt dar. Je nach Kontext sind die Toiletten mit ausreichend Wasser für das Händewaschen und/oder für die Spülung ausgestattet (siehe Richtlinien 7-8)
  - sie bieten eine Möglichkeit der Entsorgung von Monatshygiene-Materialien von Frauen und die erforderliche Privatsphäre für das Waschen und Trocknen von Monatshygiene-Materialien (siehe Richtlinie 9)
  - sie minimieren die Möglichkeit von Brutstätten für Fliegen und Moskitos (siehe Richtlinie 7)
  - sie sind mit Mechanismen für die Entschlammung, den Transport und die geeignete Entsorgung ausgestattet, sofern die Toiletten versiegelt oder für den langfristigen Gebrauch bestimmt sind und daher entleert werden müssen (siehe Richtlinie 11)
  - bei hohem Grundwasserspiegel oder Überschwemmungen werden die Gruben oder Behälter für die Fäkalien wasserdicht gemacht, um die Kontamination

- Jede Toilette wird von maximal 20 Personen benutzt (siehe Richtlinien 1-4 und Anhang 3: Planungsrichtlinien für die Mindestanzahl von Toiletten an öffentlichen Orten und in Institutionen in Katastrophensituationen).

- An öffentlichen Orten, etwa Märkten, Verteilzentren, Gesundheitszentren, Schulen usw., stehen separate, von innen abschließbare Toiletten für Frauen und Männer zur Verfügung (siehe Richtlinie 2 und Grundsätze zum Schutz 1-2, Seiten 38-41).

- Die Toiletten sind nicht mehr als 50 Meter von den Behausungen entfernt (siehe Richtlinie 5).

- Die Benutzung der Toiletten ist nach Haushalt(en) bzw. nach Geschlecht getrennt geregelt (siehe Richtlinien 2-5).
- Alle Betroffenen sind mit dem Abstimmungsprozess und den ihnen bereitgestellten Toilettenanlagen zufrieden und nutzen sie entsprechend (siehe Richtlinien 1-10).
- Die Menschen waschen sich nach Benutzung der Toiletten und vor dem Essen oder Zubereiten von Essen die Hände (siehe Richtlinie 8).

Richtlinien

1. ***Akzeptable Einrichtungen:*** Der Erfolg von Programmen zur Fäkalienentsorgung ist abhängig vom Verständnis der unterschiedlichen Bedürfnisse der Menschen und von deren Partizipation. Es kann sein, dass nicht alle Toiletten für alle Gruppen akzeptabel sind. Möglicherweise sind für Kinder, ältere oder Menschen mit Behinderung spezielle Toiletten zu errichten, z. B. Toiletten mit Sitzen oder Handläufen, oder Bettpfannen, Töpfchen oder Toilettenstühle bereitzustellen. Die Art der gewählten Sanitäreinrichtung ist abhängig vom Zeitpunkt der Intervention, den Präferenzen und kulturellen Gewohnheiten der entsprechenden Nutzer, der vorhandenen Infrastruktur, der Verfügbarkeit von Wasser (für Spülung und Sperrwasser), die Bodenformation und die Verfügbarkeit von Baumaterialien. In der folgenden Tabelle sind die unterschiedlichen Arten der Entsorgung von Fäkalien für unterschiedliche Phasen eines Katastropheneinsatzes aufgeführt.

Mögliche Alternativen für die sichere Fäkalienentsorgung

	Art der sicheren Fäkalienentsorgung	**Bemerkungen zur Anwendung**
1	Abgegrenzter Defäkationsbereich (z. B. mit abgetrennten Segmenten)	Erste Phase: in den ersten zwei bis drei Tagen, wenn eine große Zahl von Menschen umgehend Einrichtungen benötigt
2	Grabenlatrinen	Erste Phase: bis zu zwei Monaten
3	Einfache Grubenlatrinen	Vom Beginn bis zum langfristigen Gebrauch zu planen
4	Luftzirkulierende Grubenlatrinen (sog. VIP-Latrinen)	Kontextbasiert für den mittel- bis langfristigen Einsatz
5	Ecosan mit Urinseparation	Kontextbasiert: bei hohem Grundwasserspiegel und Überschwemmung von Beginn an oder mittel- bis langfristig
6	Klärgruben	Mittel- bis langfristige Phase

2. ***Öffentliche Toiletten:*** An öffentlichen Orten werden Toiletten mit etablierten Systemen für die angemessene und regelmäßige Reinigung und Instandhaltung bereitgestellt. Für die Planung der Kabinenanzahl für Frauen und Männer werden nach Geschlecht aufgeschlüsselte Bevölkerungsdaten herangezogen und ein Verhältnis von ca. 3:1 angesetzt. Falls möglich, sollten Urinale bereitgestellt werden (siehe Anhang 3: Planungsrichtlinien für die Mindestanzahl von Toiletten an öffentlichen Orten und in Institutionen in Katastrophensituationen).

3. ***Familientoiletten:*** Nach Möglichkeit sind Familientoiletten zu bevorzugen. Angestrebt werden sollte eine Toilette für maximal 20 Personen. Falls noch keine Toiletten vorhanden sind, kann man mit einer Toilette für 50 Personen beginnen und die Zahl der Nutzer auf 20 senken, sobald sich dies realisieren lässt. Unter bestimmten Umständen ist es aus räumlichen Beschränkungen nicht möglich, diese Zahlen zu erreichen. In diesen Fällen sollte nachdrücklich für die Bereitstellung zusätzlicher Flächen plädiert werden. Es sollte jedoch nicht vergessen werden, dass das Hauptziel darin besteht, für ein Umfeld zu sorgen, das frei von menschlichen Fäkalien ist.

4. ***Gemeinsame Einrichtungen:*** Haushalte sollten hinsichtlich Standort, Gestaltung und verantwortungsvoller Reinigung und Instandhaltung gemeinsamer Toiletten zu Rate gezogen werden. Generell ist die Nutzungswahrscheinlichkeit bei sauberen Latrinen höher. Es sollte versucht werden, Menschen mit chronischen Krankheiten wie z. B. HIV und AIDS einfachen Zugang zu einer Toilette zu verschaffen, da sie häufig an chronischem Durchfall und eingeschränkter Mobilität leiden.

5. ***Sichere Einrichtungen:*** Ein ungeeigneter Standort von Toiletten kann dazu führen, dass Frauen und Mädchen in Bezug auf Übergriffe stärker gefährdet sind, insbesondere nachts. Es ist sicherzustellen, dass Frauen und Mädchen sich bei der Benutzung der bereitgestellten Toiletten sicher fühlen und auch sicher sind. Falls möglich, sollten Gemeinschaftstoiletten mit Beleuchtung ausgestattet sein oder den Haushalten Taschenlampen ausgehändigt werden. Bei der Suche nach Möglichkeiten, die Sicherheit der Nutzer zu verbessern, sollte eine Beteiligung der Bevölkerung angestrebt werden (siehe Grundsätze 1-2 zum Schutz, Seiten 38-41).

6. ***Verwendung von lokalen Baumaterialien und Werkzeugen:*** Es wird nachdrücklich empfohlen, für den Bau der Latrinen lokal verfügbare Materialien zu verwenden. Dies erhöht die Bereitschaft der Betroffenen, die Einrichtungen zu nutzen und instand zu halten. Dieses Ziel wird auch dadurch unterstützt, dass den Betroffenen Bauwerkzeuge bereitgestellt werden.

7. ***Wasser und Material für die Analreinigung:*** Toiletten mit Wasserspülung bzw. hygienischen Verschlussmöglichkeiten sollten über eine Wasserversorgung verfügen. Bei einer herkömmlichen Grubentoilette kann es erforderlich

sein, Toilettenpapier oder sonstiges Material für die Analreinigung bereitzustellen. Mit den Nutzern sollte abgestimmt werden, welche Reinigungsmaterialien kulturell am geeignetsten sind und wie sie sicher entsorgt werden können.

8. ***Händewaschen:*** Die Nutzer sollten die Möglichkeit haben, sich nach dem Toilettengang, nach dem Säubern eines Kinderpos, nach der Defäkation und vor dem Essen und der Zubereitung von Essen die Hände mit Seife oder einem alternativen Mittel (etwa Asche) zu waschen. Zu diesem Zweck sollte in der Nähe der Toilette eine ständige Wasserquelle vorhanden sein.

9. ***Menstruation:*** Frauen und Mädchen im Menstruationsalter, einschließlich Schülerinnen, sollten Zugang zu geeigneten Materialien für die Aufnahme und Entsorgung von Menstruationsblut erhalten. Mit den Frauen und Mädchen sollte abgestimmt werden, welche Methode kulturell angemessen ist. Die Latrinen sollten eine Möglichkeit für eine angemessene Entsorgung von Menstruationsmaterial oder private Waschanlagen bieten (siehe Standard 2 zur Hygieneaufklärung, Richtlinien 2 und 8, Seite 109).

10. ***Entschlammung:*** Je nach Bedarf sollte gegebenenfalls bereits von Beginn an die Entschlammung der Toiletten/Klärgruben und Fäkalienbehälter (einschließlich der endgültigen Abwasserbeseitigung) berücksichtigt werden.

11. ***Toiletten in schwierigem Umfeld:*** Bei Hochwasser oder Katastrophen im städtischen Umfeld ist es generell schwierig, geeignete Fäkalienentsorgungsanlagen bereitzustellen. Für derartige Situationen stehen verschiedene Methoden zur räumlichen Eingrenzung menschlicher Ausscheidungen zur Verfügung, etwa erhöhte Toiletten, Urinseparationstoiletten, Abwasserauffangbehälter und die Verwendung temporärer Einweg-Plastiktüten mit entsprechenden Auffang- und Entsorgungssystemen. Diese unterschiedlichen Ansätze müssen durch Hygieneaufklärungsmaßnahmen unterstützt werden.

5 Vektorkontrolle

Ein Vektor ist ein Krankheitsüberträger. Vektorübertragene Krankheiten sind in vielen Katastrophensituationen eine der Hauptursachen für Krankheit und Tod. Der Moskito ist der Vektor für die Übertragung von Malaria, einer der Hauptursachen von Morbidität und Mortalität. Er überträgt auch andere Krankheiten, etwa Gelbfieber, Dengue-Fieber und hämorrhagisches Fieber. Nicht stechende oder synanthrope Fliegen, wie etwa die Stubenfliege, die Schmeißfliege und die Fleischfliege, spielen bei der Übertragung von Durchfallerkrankungen eine wichtige Rolle. Stechfliegen, Bettwanzen und Flöhe sind eine unangenehme Belästigung und übertragen in einigen Fällen schwere Krankheiten, z. B. murines Fleckfieber, Skabies und Pest. Zecken übertragen Rückfallfieber, Menschenläuse übertragen Typhus und Rückfallfieber. Ratten und Mäuse können Krankheiten wie Leptospirose und Salmonellose übertragen und Wirte für andere Vektoren sein, z. B. Flöhe, die Lassafieber, Pest und andere Infektionen übertragen.

Vektorübertragene Krankheiten können durch eine Vielzahl von Initiativen kontrolliert werden, unter anderem durch die Bereitstellung von Unterkünften an geeigneten Standorten, Wasserversorgung, Fäkalienentsorgung, Abfallmanagement und Entwässerung, die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen (einschließlich Mobilisierung der Bevölkerung und Gesundheitsförderung), den Einsatz chemischer Schädlingsbekämpfung, den Schutz von Familien und Einzelpersonen und den wirksamen Schutz von Lebensmittelgeschäften. Mitunter müssen für die Lösung von vektorbedingten Problemen Experten herangezogen werden, da vektorübertragene Krankheiten oftmals komplex sind. Ist die Krankheit, ihr Vektor und dessen Interaktion mit der Bevölkerung erst einmal identifiziert, können jedoch häufig einfache und wirksame Maßnahmen ergriffen werden, um die Ausbreitung dieser Krankheiten zu verhindern.

Standard 1 zur Vektorkontrolle: Schutz von Einzelpersonen und Familien

Alle von einer Katastrophe Betroffenen verfügen über das Wissen und die Mittel, um sich vor Krankheitsvektoren zu schützen, die eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit und das Wohlergehen darstellen können.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle Betroffenen, die von vektorübertragenen Krankheiten bedroht sind, hinsichtlich der möglichen Ursachen von vektorbedingten Krankheiten, der Übertragungsweise und möglicher Präventionsmethoden sensibilisieren (siehe Richtlinien 1-5).
- Der betroffenen Bevölkerung helfen, den Kontakt mit Moskitos während der Hauptstechzeiten durch den Einsatz nicht schädlicher Mittel (z. B. Bettnetze, Insektenschutzmittel usw.), die ihnen zur Verfügung gestellt werden, zu vermeiden (siehe Richtlinie 3).
- Besonders auf den Schutz stark gefährdeter Gruppen achten, z. B. schwangere und stillende Mütter, Babys, Säuglinge, ältere oder in ihrer Mobilität beschränkte und kranke Menschen (siehe Richtlinie 3).
- Untersuchungen auf Menschenläuse durchführen, wenn durch Läuse übertragener Typhus oder Rückfallfieber eine Bedrohung darstellen (siehe Richtlinie 4).
- Sicherstellen, dass das Bettzeug und die Kleidung regelmäßig gelüftet und gewaschen werden (siehe Richtlinie 4).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle Bevölkerungsgruppen haben Zugang zu (Not)unterkünften, die nicht mit Vektorpopulationen verseucht sind oder deren Entwicklung unterstützen und die durch entsprechende Vektorkontrollmaßnahmen geschützt sind (siehe Richtlinien 3-5).
- Alle Bevölkerungsgruppen, die durch vektorübertragene Krankheiten bedroht sind, verstehen die Übertragungsweisen und ergreifen Maßnahmen, um sich zu schützen (siehe Richtlinien 1-5).
- Alle Personen, die mit insektizidbehandelten Moskitonetzen ausgestattet wurden, setzen diese effektiv ein (siehe Richtlinie 3).
- Alle Lebensmittelvorräte auf Haushaltsebene sind vor der Kontamination durch Vektoren wie Fliegen, Insekten und Nagetiere geschützt (siehe Richtlinie 4).

Richtlinien

1. ***Bestimmung des Risikos vektorübertragener Krankheitenk:*** Entscheidungen über Vektorkontrollmaßnahmen sollten auf der Basis einer Beurteilung des potenziellen Krankheitsrisikos sowie des klinischen Nachweises, dass das Problem vektorübertragener Krankheiten besteht, getroffen werden. Folgende Faktoren haben Einfluss auf dieses Risiko:

- Immunstatus der Bevölkerung, unter anderem vorheriger Kontakt mit einem Erreger, nahrungsinduzierter und andere Arten von Stress. Bevölkerungsbewegungen (z. B. Flüchtlinge, intern Vertriebene) von einem nicht endemischen in ein endemisches Gebiet sind eine häufige Ursache von Epidemien.
- Art und Verbreitung von Erregern, sowohl bei den Vektoren als auch bei den Menschen
- Gattungen, Verhaltensweisen und Ökologie der Vektoren
- Anzahl der Vektoren (Jahreszeit, Brut- und Nistplätze usw.)
- Verstärkte Vektorexposition: Nähe, Siedlungsstruktur, Art der Notunterkünfte, bestehender individueller Schutz und Verhütungsmaßnahmen.

2. ***Indikatoren für Vektorkontrollprogramme:*** Die gebräuchlichsten Indikatoren für die Messung der Auswirkungen von Vektorkontrollmaßnahmen sind die Inzidenzraten vektorübertragener Krankheiten (je nach Maßnahme aus epidemiologischen Daten, Daten der Bevölkerungsgruppe und Stellvertreterindikatoren) und die Parasitenzahlen (ermittelt durch Schnelldiagnose-Sets oder Mikroskopie).

3. ***Individuelle Malaria-Schutzmaßnahmen:*** Falls ein signifikantes Malaria-Risiko besteht, wird die systematische und rasche Durchführung von Schutzmaßnahmen empfohlen, etwa die Bereitstellung von insektizidbehandelten Materialien, z. B. Zelte, Vorhänge und Bettnetze. Imprägnierte Bettnetze 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 Schutzmethoden, die gegen Moskitos eingesetzt werden können. Damit ein wirksamer Schutz erreicht werden kann, sollte unbedingt sichergestellt werden, dass die Nutzer die Bedeutung der Schutzmaßnahmen verstehen und wissen, wie diese korrekt anzuwenden sind. Bei knappen Ressourcen sollten diese Mittel den am stärksten gefährdeten Personen und Gruppen bereitgestellt werden, z. B. Kindern unter 5 Jahren, nicht immunen Menschen und schwangeren Frauen.

4. ***Individuelle Schutzmaßnahmen bei sonstigen Vektoren:*** Der wirksamste Schutz gegen Körperläuse ist eine gute Körperhygiene und das regelmäßige Waschen von Kleidung und Bettzeug. Der Befall kann durch persönliche Behandlung (Pudern), breit angelegte Wasch- oder Entlausungskampagnen und Behandlungsprotokolle für Vertriebene, die neu in einer Siedlung eintreffen, kontrolliert werden. Ein sauberes Haushaltsumfeld in Verbindung mit einer guten Abfallbeseitigung und Lagerung von (gekochten und ungekochten) Lebensmitteln hält Ratten, andere Nagetiere und Insekten (etwa Kakerlaken) von Häusern oder Notunterkünften fern.

5. ***Durch Wasser übertragene Krankheiten:*** Die Menschen sollten über die Gesundheitsrisiken informiert und daran gehindert werden, Gewässer zu nutzen, von welchen bekannt ist, dass sie ein Risiko der Übertragung von Krankheiten wie Schistosomiasis, Guineawurm oder Leptospirose (übertragen durch Kontakt mit Säugetierurin, insbesondere Rattenurin – siehe Anhang 4: Wasser- und fäkalienassoziierter Krankheiten und Übertragungsmechanismen) darstellen. Die Hilfsorganisationen müssen möglicherweise mit den Betroffenen zusammenarbeiten, um alternative Wasserquellen zu finden oder sicherzustellen, dass das Wasser für alle Nutzer entsprechend aufbereitet wird.

Standard 2 zur Vektorkontrolle: Körperliche, umfeldbezogene und chemische Schutzmaßnahmen

Das Umfeld, in dem sich die von einer Katastrophe Betroffenen aufhalten, führt nicht zum Kontakt mit krankheitserregenden Vektoren, und die Vektoren werden nach Möglichkeit auf eingeschränktem Niveau gehalten.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Vertriebene Bevölkerungsgruppen an Orten ansiedeln, an welchen der Kontakt mit Vektoren, insbesondere Moskitos, auf ein Mindestmaß begrenzt ist (siehe Richtlinie 1).
- Die Brut- und Raststätten von Vektoren beseitigen und/oder modifizieren, sofern dies praktisch möglich ist (siehe Richtlinien 2-4).
- In dicht besiedelten Gebieten eine intensive Fliegenkontrolle durchführen, falls eine Durchfallepidemie droht oder besteht (siehe Richtlinie 2).
- Für mit Malaria infizierte Personen zwecks Früherkennung und Behandlung funktionierende Überweisungsmechanismen vorhalten (siehe Richtlinie 5).

Schlüsselindikatoren

- Die Populationsdichte von Moskitos wird niedrig gehalten, um die Gefahr exzessiver Übertragung und Infektion zu vermeiden (siehe Richtlinie 4).
- Weniger Menschen sind von vektorbedingten Gesundheitsproblemen betroffen (siehe Richtlinien 1-5).

Richtlinien

1. Die ***Standortwahl*** spielt bei der Minimierung der Exposition der betroffenen Bevölkerung mit dem Risiko vektorübertragener Krankheiten eine wichtige Rolle. Bei der Auswahl möglicher Standorte sollte dies daher einer der Schlüsselfaktoren sein. So sollte der Standort von Lagern im Hinblick auf die Malaria-Kontrolle beispielsweise 1-2 Kilometer in Gegenwindrichtung zu großen Brutplätzen wie Sümpfen oder Seen entfernt liegen, sofern eine weitere saubere Wasserquelle zu finden ist (siehe Standard 2 zu Notunterkünften und Ansiedlung und Richtlinien 5-9, Seiten 297-299).

2. ***Umfeldbezogene und chemische Vektorkontrolle:*** Es steht eine Reihe umfeldtechnischer Maßnahmen zur Verfügung, um das Brüten von Vektoren einzudämmen. Dazu gehören die fachgerechte Entsorgung menschlicher und tierischer Fäkalien (siehe Abschnitt „Fäkalienentsorgung“, Seite 120), die fachgerechte Entsorgung von Abfällen zwecks Kontrolle von Fliegen und Nagetieren (siehe Abschnitt „Abfallmanagement“, Seite 134), die Drainage stehender Gewässer und die Entfernung unerwünschter Vegetationsdecken um offene Kanäle und Teiche zwecks Moskitokontrolle (siehe Abschnitt „Entwässerung“, Seite 139). Diese vorrangigen umfeldbezogenen Gesundheitsmaßnahmen haben eine gewisse Auswirkung auf die Populationsdichte einiger Vektoren. Die Auswirkungen auf alle Brut-, Fress- und Rastplätze in einer Siedlung oder in deren Nähe sind jedoch möglicherweise – selbst langfristig betrachtet – nicht ausreichend, sodass örtlich eingegrenzte chemische Kontrollmaßnahmen oder individuelle Schutzmaßnahmen erforderlich sein können. Beispielsweise kann das Besprühen infizierter Flächen im Verlauf einer Epidemie die Anzahl erwachsener Fliegen verringern und eine Durchfallepidemie verhüten oder zur Minimierung der Krankheitsbelastung beitragen.

3. ***Entwicklung von Maßnahmen:*** Falls Vektorkontrollprogramme auf den falschen Vektor gerichtet sind, ineffektive Methoden heranziehen oder aber am falschen Ort und zum falschen Zeitpunkt auf den richtigen Vektor gerichtet sind, können sie ihre Wirkung verfehlen. Die Kontrollprogramme sollten zu Beginn auf die folgenden Ziele ausgerichtet sein: Reduzierung der Populationsdichte des Vektors, Reduzierung des Kontakts zwischen Mensch und Vektor und Reduzierung der Brutplätze des Vektors. Schlecht umgesetzte Programme können kontraproduktiv sein. Erforderlich sind detaillierte Studien und häufig fachliche Beratung, die bei nationalen und internationalen Gesundheitsorganisationen in Anspruch genommen werden sollte. Darüber hinaus sollte lokale Beratung zu lokalen Krankheitsmustern, Brutplätzen, saisonalen Änderungen der Vektorzahlen und der Inzidenz von Krankheiten usw. gesucht werden.

4. ***Umfeldbezogene Moskitokontrolle:*** Ziel der umfeldbezogenen Kontrolle ist in erster Linie die Beseitigung von Moskito-Brutplätzen. Bei den drei Hauptarten von krankheitsübertragenden Moskitos handelt es sich um Culex (Filariose), Anopheles (Malaria und Filariose) und Aedes (Gelb- und Dengue-Fieber). Culex-Moskitos brüten in stehenden Gewässern mit einem hohen Anteil an organischem Material wie etwa Latrinen, Anopheles in relativ unverschmutztem Oberflächenwasser, z. B. Pfützen, langsam fließenden Wasserläufen und Brunnen, und Aedes in Wasserbehältern wie Flaschen, Eimern, Reifen usw. Zur umfeldbezogenen Moskitokontrolle gehören zum Beispiel eine gute Entwässerung, gut funktionierende luftzirkulierende Grubenlatrinen, die Abdeckung der Sitzlöcher von Grubenlatrinen und von Wasserbehältern und die Abdeckung von Brunnen bzw. die Behandlung der Brunnen mit einem Larvengift (z. B. in Gebieten, in welchen Dengue-Fieber endemisch ist).

5. ***Malaria-Therapie:*** Strategien zur Malaria-Bekämpfung mit dem Ziel, die Populationsdichte von Moskitos zu verringern, sollten gleichzeitig mit der Früherkennung und Behandlung mit effizienten Malaria-Medikamenten durchgeführt werden. Zu diesen Strategien zählen die Beseitigung von Brutplätzen, die Reduzierung der täglichen Überlebenswahrscheinlichkeit von Moskitos und die Einschränkung des Stechverhaltens in Bezug auf den Menschen. Im Hinblick auf Früherkennung und -behandlung sollten Kampagnen initiiert und fortgeführt werden. Im Kontext eines integrierten Ansatzes dürfte die Kombination einer aktiven Fallsuche durch geschulte Kontaktarbeiter und der Behandlung mit effizienten Malaria-Medikamenten die Malaria-Belastung eher verringern als eine passive Fallsuche mittels zentralisierter Gesundheitsleistungen (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 2 zur Kontrolle übertragbarer Krankheiten, Richtlinie 3, Seite 365).

Standard 3 zur Vektorkontrolle: Sicherheit der chemischen Vektorkontrolle

Chemische Vektorkontrollmaßnahmen werden in einer Weise durchgeführt, dass ein angemessener Schutz der Mitarbeiter, der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerung und des lokalen Umfeldes gewährleistet ist und das Entstehen von Resistenzen gegen die eingesetzten Stoffe verhindert wird.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Für den Schutz der Mitarbeiter sorgen, die mit den Chemikalien hantieren: durch Schulungen, Schutzkleidung, Waschmöglichkeiten und eine Beschränkung der Anzahl der Stunden, in welchen sie mit den Chemikalien arbeiten (siehe Richtlinie 1).
- Die von der Katastrophe betroffene Bevölkerung über die möglichen Risiken der bei der chemischen Vektorkontrolle eingesetzten Stoffe und über den zeitlichen Ablauf der Maßnahmen informieren. Während und nach der Anwendung der Gifte und Pestizide gemäß den international vereinbarten Verfahren für den Schutz der Bevölkerung sorgen (siehe Richtlinie 1).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Bei der Auswahl der Qualität, bei der Lagerung und dem Transport der Chemikalien für die Vektorkontrollmaßnahmen werden die anerkannten internationalen Standards und Normen eingehalten. Bezüglich der für die Vektorkontrolle eingesetzten Chemikalien werden keine nachteiligen Reaktionen gemeldet oder beobachtet (siehe Richtlinie 1).
- Alle für die Vektorkontrolle eingesetzten Chemikalien sind jederzeit unter Kontrolle (siehe Richtlinie 1).

Richtlinie

1. ***Nationale und internationale Richtlinien:*** Es bestehen eindeutige, von der WHO veröffentlichte internationale Richtlinien und Normen, die jederzeit einzuhalten sind. Diese Protokolle gelten sowohl für die Auswahl als auch die Anwendung der Chemikalien für die Vektorkontrolle, unter anderem für den Schutz der Mitarbeiter und den Schulungsbedarf. Die Vektorkontrollmaßnahmen sollten zwei wesentlichen Aspekten Rechnung tragen: Wirksamkeit und Sicherheit. Falls die nationalen Normen im Hinblick auf die Wahl der Chemikalien hinter den internationalen Standards zurückbleiben und somit wenig oder keine Wirkung entfalten oder Gesundheit und Sicherheit gefährden, sollte die Hilfsorganisation die einschlägige nationale Behörde ansprechen und darauf hinarbeiten, dass diese der Heranziehung der internationalen Standards zustimmt.

6 Abfallmanagement

Mit Abfallmanagement wird der Prozess der Handhabung und Entsorgung organischer und sonstiger gefährlicher Feststoffabfälle bezeichnet, der bei nicht fachgerechter Durchführung ein Gesundheitsrisiko für die betroffene Bevölkerung darstellen und sich negativ auf die Umwelt auswirken kann. Diese Risiken können durch die Vermehrung von Fliegen und Nagetieren in Feststoffabfällen und die Verschmutzung von Oberflächen- und Grundwasserquellen durch Sickerwasser aus Haushalts-, Klinik- oder Industrieabfällen entstehen (siehe Abschnitt „Vektorkontrolle", Seite 127). Nicht eingesammelter, sich anhäufender Feststoffabfall und durch Naturkatastrophen entstandener Schutt können zudem ein unangenehmes, deprimierendes Umfeld schaffen und dafür verantwortlich sein, dass die Bemühungen um eine Verbesserung anderer Aspekte der Umwelthygiene ins Leere laufen. Feststoffabfall blockiert häufig die Entwässerungsrinnen und führt zu einem erhöhten Überflutungsrisiko, was infolge von stehendem und verschmutztem Oberflächenwasser umwelthygienische Probleme verursachen kann. Auch Abfallsammler, die sich mit dem Sammeln wiederverwertbarer Materialien aus Abfalldeponien ein geringes Einkommen sichern, sind der Gefahr von Infektionskrankheiten durch Krankenhausabfälle in Verbindung mit Hausmüll ausgesetzt.

Standard 1 zum Abfallmanagement: Sammlung und Entsorgung

Die betroffene Bevölkerung lebt in einem Umfeld, das nicht mit Feststoffabfall (einschließlich medizinischer Abfälle) verschmutzt ist, und verfügt über die Mittel, um ihren Hausmüll bequem und effektiv zu entsorgen.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die betroffene Bevölkerung in die Gestaltung und Durchführung des Programms zur Abfallentsorgung einbeziehen (siehe Richtlinie 1).
- Regelmäßige Kampagnen zur Beseitigung von Feststoffabfall organisieren (siehe Richtlinie 1).

- Das Potenzial für kleinere Geschäftsmöglichkeiten oder Zusatzeinkommen aus der Abfallverwertung berücksichtigen (siehe Richtlinie 3).
- In Kooperation mit der betroffenen Bevölkerungsgruppe ein System organisieren, um sicherzustellen, dass der Hausmüll in Behälter gefüllt, regelmäßig abgeholt und in ausgewiesenen Deponien verbrannt oder vergraben wird, und dass klinische Abfälle und sonstiger Sondermüll in der gesamten Entsorgungskette getrennt gehalten werden (siehe Richtlinie 3).
- Den Müll aus der Siedlung entfernen, bevor dieser zu einem Gesundheitsrisiko oder sonstigen Beeinträchtigung der Bevölkerung wird (siehe Richtlinien 2-6).
- Der aufnehmenden Bevölkerung zusätzliche Lager- und Sammeleinrichtungen für Abfall bereitstellen, um dem vermehrten Abfallaufkommen in Katastrophensituationen Rechnung zu tragen.
- Eindeutig gekennzeichnete und entsprechend eingezäunte Abfallgruben, Abfallbehälter oder festgelegte Gruben an öffentlichen Orten (etwa Märkten und Fischverarbeitungs- und Schlachtbereichen) bereitstellen (siehe Richtlinien 3-6).
- Sicherstellen, dass ein System zur regelmäßigen Abfallabholung vorhanden ist (siehe Richtlinien 3-6).
- Die endgültige Entsorgung von Feststoffabfall an einem Ort und in einer Weise vorsehen, dass der aufnehmenden und der betroffenen Bevölkerung keine Gesundheits- und Umweltprobleme verursacht werden (siehe Richtlinien 6-7).
- Personal bereitstellen, das sich um die Abholung und Entsorgung von Feststoffabfall kümmert, und sicherstellen, dass die Personen, die Abfall zwecks Wiederverwertung einsammeln, mit entsprechender Schutzkleidung ausgestattet und gegen Tetanus und Hepatitis B geimpft sind (siehe Richtlinie 7).
- Falls eine kulturell angemessene und würdevolle Bestattung von Leichen eine vorrangige Notwendigkeit ist: Eine Koordinierung mit den verantwortlichen Stellen und Behörden vornehmen (siehe Richtlinie 8).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle Haushalte haben Zugang zu Abfallbehältern, die mindestens zweimal in der Woche geleert werden und höchstens 100 Meter von einem Gemeinschaftsabfallbehälter entfernt sind (siehe Richtlinie 3).
- Der gesamte Abfall der in einer Siedlung lebenden Bevölkerung wird täglich aus dem unmittelbaren Lebensumfeld und mindestens zweimal wöchentlich aus dem Siedlungsumfeld entfernt (siehe Richtlinien 1-3).

- Falls der Hausmüll nicht vor Ort vergraben wird, steht für jeweils 10 Haushalte mindestens ein Abfallbehälter mit einem Fassungsvermögen von 100 Litern zur Verfügung (siehe Richtlinie 3).
- Es existiert eine zeitgerechte, kontrollierte und sichere Entsorgung von Feststoffabfall, sodass das Risiko einer Umweltverschmutzung durch den Feststoffabfall auf ein Minimalmaß begrenzt wird (siehe Richtlinien 4-6).
- Alle medizinischen Abfälle (einschließlich Sondermüll wie Gläser, Nadeln, Verbände und Arzneimittel) werden isoliert und in einer korrekt ausgelegten, konstruierten und betriebenen Grube oder Verbrennungsanlage mit tiefer Aschengrube im Bereich der jeweiligen Gesundheitseinrichtung getrennt entsorgt (siehe Richtlinien 4-7).

Richtlinien

1. ***Planung und Durchführung**:* Die Abfallentsorgung sollte in enger Abstimmung und Koordinierung mit der betroffenen Bevölkerungsgruppe und relevanten anderen Hilfsorganisationen und Behörden geplant und durchgeführt werden. Dies sollte gleich zu Beginn eines Einsatzes geschehen, bevor sich ein Abfallproblem zu einem erheblichen Gesundheitsrisiko für die Bevölkerung entwickelt. Je nach Kontext sind in Abstimmung mit der Bevölkerung und den verantwortlichen örtlichen Behörden regelmäßige Aufräumkampagnen zu organisieren.
2. ***Abfalldeponien:*** Falls der Abfall vor Ort in Haushalts- oder Gemeinschaftsgruben deponiert werden soll, sollte er täglich mit einer dünnen Erdschicht bedeckt werden, um zu verhindern, dass Vektoren wie Fliegen und Nagetiere angezogen werden und der Müll zu einer Brutstätte von Vektoren wird. Falls die Fäkalien/Windeln von Kindern entsorgt werden, sollten sie sofort mit Erde bedeckt werden. Die Deponien sollten abgezäunt werden, um Unfälle zu vermeiden und Kindern und Tieren den Zugang zu versperren. Es sollte darauf geachtet werden, dass das Grundwasser nicht durch Sickerwasser verunreinigt wird.
3. ***Abfallart und -menge:*** Zusammensetzung und Menge des in Siedlungen anfallenden Mülls unterscheiden sich je nach Umfang und Art der Wirtschaftstätigkeit, der konsumierten Grundnahrungsmittel und der lokalen Wiederverwertungs- bzw. Abfallentsorgungsverfahren. Das Ausmaß, in welchem sich der Feststoffabfall auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirkt, sollte beurteilt werden und gegebenenfalls sind geeignete Maßnahmen zur Abwendung von Gefährdungen zu ergreifen. Der Hausmüll sollte zwecks Entsorgung in einer Deponie oder Verbrennung in Abfallbehältern gesammelt werden. Falls es nicht möglich ist, jeden Haushalt mit Abfallbehältern auszustatten, sollten Gemeinschaftsabfallbehälter aufgestellt werden. Die Wieder-

verwertung von Abfall durch die Gemeinschaft sollte gefördert werden, sofern sich daraus kein signifikantes Gesundheitsrisiko ergibt. Die Verteilung von Verbrauchsgütern, die aufgrund ihrer Verpackung oder Verarbeitung sehr viel Feststoffabfall verursachen, sollte vermieden werden.

4. ***Medizinische Abfälle:*** Durch schlechtes Management medizinischer Abfälle werden die Bevölkerung, das medizinische Personal und die Personen, die mit den Abfällen in Berührung kommen, der Gefahr von Infektionen, toxischen Wirkungen und Verletzungen ausgesetzt. In Katastrophensituationen sind die gefährlichsten Abfallarten in der Regel infektiöse Abfälle mit Verletzungsgefahr (sog. Sharps) und sonstige infektiöse Materialien (Wundverbände, blutige Tücher und organische Stoffe wie Plazenten usw.). Die unterschiedlichen Abfallarten sollten am Entstehungsort getrennt werden. Nicht infektiöse Abfälle (Papier, Plastikhüllen, Speisereste usw.) können als Feststoffabfall entsorgt werden. Kontaminierte Abfälle mit Verletzungsgefahr, insbesondere gebrauchte Nadeln und Spritzen, sollten gleich nach Verwendung in einem Sicherheitsbehälter verstaut werden. Die Sicherheitsbehälter und die sonstigen infektiösen Abfälle können vor Ort durch Deponierung, Verbrennung oder andere sichere Methoden entsorgt werden (siehe Standard 1 zur Erbringung von Gesundheitsleistungen, Richtlinie 11, Seite 342).

5. ***Marktabfälle:*** Die meisten Marktabfälle können wie Hausmüll behandelt werden. Schlachthaus- und Fischabfälle bedürfen eventuell einer besonderen Behandlung und spezieller Einrichtungen, um die entstandenen Flüssigabfälle zu entsorgen und sicherzustellen, dass das Schlachten unter hygienischen Bedingungen und gemäß den geltenden Gesetzen erfolgt. Schlachtabfälle können meist in einer großen, abgedeckten Grube in der Nähe des Schlachthofs oder der Fischverarbeitungsfabrik entsorgt werden. Blut usw. kann durch eine mit Platten abgedeckte Rinne (was zudem Fliegen von der Grube fernhalten sollte) vom Schlachthof oder der Fischverarbeitungsfabrik in die Grube geleitet werden. Zu Reinigungszwecken sollte Wasser zur Verfügung stehen.

6. ***Kontrollierte Müllablagerung bzw. geordnete Deponien:*** Eine groß angelegte Abfallentsorgung sollte im Off-site-Verfahren entweder mittels kontrollierter Müllablagerung oder geordneter Deponien erfolgen. Diese Methode ist davon abhängig, ob ausreichender Platz und Zugang zu geeigneter Ausrüstung vorhanden ist. Idealerweise ist der zu deponierende Abfall am Ende jedes Tages mit Erde zu bedecken, um Durchstöberung und die Vermehrung von Vektoren zu verhindern.

7. ***Schutz des Personals:*** Alle Personen, die an der Sammlung, Beförderung, Entsorgung und Wiederverwertung von festen Abfällen beteiligt sind, sollten mit Schutzkleidung ausgestattet werden, zumindest mit Handschuhen, idealerweise jedoch mit Overalls, Stiefeln und Schutzmasken. Falls erforder-

lich, sollten sie zudem gegen Tetanus und Hepatitis B geimpft werden. Zum Waschen der Hände und des Gesichts sollten Wasser und Seife zur Verfügung stehen. Die Personen, die mit medizinischen Abfällen in Berührung kommen, sollten über die korrekten Methoden der Lagerung, Beförderung und Entsorgung und die Risiken im Zusammenhang mit einem unsachgemäßen Abfallmanagement informiert werden.

8. ***Entsorgung von Leichen:*** Die Entsorgung bzw. Bestattung der Leichen aus Naturkatastrophen sollte in angemessener und würdevoller Weise vonstatten gehen. Dies geschieht normalerweise durch die Such- und Bergungsteams in Koordinierung mit den verantwortlichen staatlichen Stellen und Behörden. Auch die Bestattung von Personen, die an übertragbaren Krankheiten gestorben sind, muss angemessen und in Abstimmung und Koordinierung mit den Gesundheitsbehörden erfolgen (siehe Standard 1 zur Erbringung von Gesundheitsleistungen, Richtlinie 12, Seite 347). Weitere Informationen zur angemessenen Bestattung von Leichen sind den Materialien zu entnehmen, die im Abschnitt Quellen und weiterführende Literatur aufgeführt sind.

7 Entwässerung

Oberflächenwasser in oder in der Nähe von Siedlungen kann durch Abwasser aus Haushalten und Wasserentnahmestellen, undichten Toiletten und Abwasserleitungen, Regenwasser oder steigendes Flutwasser verursacht werden. Die Hauptgesundheitsrisiken im Zusammenhang mit Oberflächenwasser sind Kontamination der Wasservorräte und des Lebensumfeldes, Beschädigung von Toiletten und Behausungen, Vermehrung von Vektoren und Ertrinken. Regenwasser und steigendes Flutwasser können die Entwässerung einer Siedlung beeinträchtigen und die Gefahr der Verunreinigung noch verschärfen. Zur Reduzierung möglicher Gesundheitsrisiken für die von einer Katastrophe betroffene Bevölkerung sollte ein geeigneter Entwässerungsplan implementiert werden, der die Regenwasserkanalisation durch Standortplanung und die Abwasserentsorgung mittels On-site-Entwässerung in kleinem Maßstab vorsieht. In diesem Abschnitt werden Probleme und Maßnahmen im Bereich Entwässerung behandelt. Eine groß angelegte Entwässerung wird generell durch die Standortwahl und Entwicklung bestimmt (siehe Standard 2 zu Notunterkünften und Ansiedlung, Richtlinie 5, Seite 297).

Standard 1 zur Entwässerung: Entwässerungsarbeiten

Die Menschen leben in einem Umfeld, in dem Gesundheits- und andere Risiken aufgrund von Wassererosion und stehendem Wasser (unter anderem Regenwasser, Flutwasser, häusliches Abwasser und Abwasser aus medizinischen Einrichtungen) auf ein Minimalmaß begrenzt sind.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Geeignete Entwässerungsanlagen bereitstellen, damit die Wohnbereiche und Wasserverteilstellen frei von stehendem Abwasser gehalten werden und Regenwasserabflüsse frei bleiben (siehe Richtlinien 1-2, 4-5).
- Eine Einigung mit der betroffenen Bevölkerung darüber erzielen, wie mit dem Entwässerungsproblem umzugehen ist, und bei Bedarf eine ausreichende Anzahl geeigneter Werkzeuge für kleine Entwässerungsarbeiten und die Instandhaltung bereitstellen (siehe Richtlinie 4).

- Sicherstellen, dass alle Wasserentnahmestellen und Handwascheinrichtungen über eine effiziente Entwässerung verfügen, um ein Verschlammen des Umfeldes zu vermeiden (siehe Richtlinie 2).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Entwässerung von Wasserentnahmestellen ist gut geplant, umgesetzt und instand gehalten. Dies umfasst die Entwässerung von Wasch- und Badebereichen sowie Wasserausgabestellen und Handwaschgelegenheiten (siehe Richtlinien 2 und 4).
- Es besteht keine Verschmutzung von Oberflächenwasser bzw. Grundwasserquellen durch Sickerwasser (siehe Richtlinie 5).
- Die Notunterkünfte, Wege und Wasser- und Sanitäreinrichtungen sind weder überflutet noch durch Wasser erodiert (siehe Richtlinien 2-4).
- Es besteht keine durch Sickerwasser verursachte Erosion (Richtlinie 5).

Richtlinien

1. ***Standortwahl und Planung:*** Die effizienteste Art der Kontrolle von Entwässerungsproblemen ist eine wohldurchdachte Standortwahl und Anlage der Siedlung (siehe Standards 1-2 zu Notunterkünften und Ansiedlung, Seiten 288-294).
2. ***Abwasser:*** Spülwasser oder häusliches Schmutzwasser wird als Abwasser klassifiziert, wenn es mit menschlichen Exkrementen vermischt ist. Falls am Standort der Siedlung keine bestehende Abwasseranlage vorhanden ist, sollte eine Vermischung von häuslichem Schmutzwasser mit menschlichen Fäkalien verhindert werden, da die Aufbereitung von Abwasser schwieriger und kostspieliger ist als die von häuslichem Schmutzwasser. An Wasserentnahmestellen und in Wasch- und Badebereichen sollte nach Möglichkeit die Einrichtung kleiner Gärten gefördert werden, um das Abwasser zu nutzen. Es sollte besonders darauf geachtet werden, dass keine Wasserquellen durch Abwasser aus Wasch- und Badebereichen kontaminiert werden.
3. ***Entwässerung und Fäkalienentsorgung:*** Besonders zu beachten ist der Schutz von Toiletten und Abwasserkanälen vor Überflutung, um strukturelle Schäden und Leckagen zu vermeiden.
4. ***Aufklärung:*** Es ist sehr wichtig, die Betroffenen bei der Ausführung kleinerer Entwässerungsarbeiten einzubeziehen, da sie oftmals über gute Kenntnisse des natürlichen Flusses von Sickerwasser und die beste Lage von Kanälen verfügen. Wenn sie zudem die gesundheitlichen und physischen Risiken verstehen und beim Bau des Entwässerungssystems mitgewirkt haben, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie das System instand halten (siehe

Abschnitt „Vektorkontrolle“, Seite 127). Dann sind jedoch eventuell technische Unterstützung und Werkzeuge erforderlich.

5. ***On-site-Entsorgung:*** Falls die Bodenbedingungen günstig sind, sollte die Entwässerung von Wasserentnahmestellen, Waschbereichen und Handwaschgelegenheiten möglichst im On-site-Verfahren erfolgen anstatt durch offene Kanäle, die schwieriger instand zu halten sind und oft verstopfen. Für die On-site-Abwasserentsorgung können einfache und preiswerte Verfahren wie Sickergruben oder das Anpflanzen von Bananenbäumen angewandt werden. Wenn die Off-site-Entsorgung die einzige Möglichkeit ist, sollten eher Kanäle als Rohre vorgesehen werden. Die Kanäle sollten so ausgelegt sein, dass sie sowohl für Fließgeschwindigkeit beim Trockenwetterabfluss sorgen als auch Niederschlagswasser befördern. Bei einem Gefälle von mehr als 5 Prozent ist eine übermäßige Erosion durch ingenieurstechnische Verfahren zu verhindern. Die Entwässerung von Rückständen aus Wasseraufbereitungsprozessen sollte sorgfältig kontrolliert werden, damit die Bevölkerung dieses Wasser nicht nutzen kann und die Oberflächen- oder Grundwasserquellen nicht kontaminiert werden.

Anhang 1

Checkliste für die Erstbedarfsermittlung zur Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung

Die folgende Checkliste ist in erster Linie für die Bedarfsermittlung, die Identifizierung einheimischer 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.

1 Allgemein

- Wie viele Menschen sind betroffen und wo halten sie sich auf? Schlüsseln Sie die Daten soweit wie möglich nach Geschlecht, Alter, Behinderung usw. auf.
- Welche weiteren Bevölkerungsbewegungen sind zu erwarten? Welche Sicherheitsfaktoren für die betroffene Bevölkerung und potenzielle Hilfsmaßnahmen sind gegeben?
- Welche wasser- und sanitärassoziierten Krankheiten liegen aktuell vor, sind vorherrschend oder zu erwarten? Was ist das wahrscheinliche Ausmaß und die erwartete Entwicklung der Probleme?
- Welche Entscheidungsträger sind hinzuzuziehen oder zu kontaktieren?
- Wer sind die anfälligsten Personen in der Bevölkerungsgruppe und warum?
- Haben alle Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu den bestehenden Einrichtungen, unter anderem an öffentlichen Orten, in Gesundheitszentren und in Schulen?
- Welche besonderen Sicherheitsrisiken bestehen für Frauen, Mädchen und gefährdete Menschen?
- An welche Praktiken im Bereich Wasser- und Sanitärversorgung war die Bevölkerung vor der Katastrophe gewöhnt?
- Wie sehen die formellen und informellen Machtstrukturen aus (z. B. Führer der Gemeinschaft, Älteste, Frauengruppen)?
- Wie werden in den Haushalten und in der Gemeinschaft Entscheidungen getroffen?

2 Hygieneaufklärung

- An welche Praktiken im Bereich Wasser- und Sanitärversorgung war die Bevölkerung vor der Katastrophe gewöhnt?
- Welche dieser Praktiken sind gesundheitsschädlich, wer übt sie aus und warum?
- Welche Personen praktizieren immer noch positives Hygieneverhalten? Wodurch ist ihnen dies möglich und was motiviert sie dazu?
- 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 (Community Health Workers, traditionelle Geburtshelfer/-innen, traditionelle Heiler/-innen, Clubs, Kooperativen, Kirchen, Moscheen usw.)?
- Welcher Zugang zu Massenmedien (Radio, Fernsehen, Video, Zeitungen usw.) ist in dem Gebiet vorhanden?
- Welche lokalen Medienorganisationen und/oder Nichtregierungsorganisationen (NGOs) sind präsent?
- Welche Segmente der Bevölkerung sind die Zielgruppen (Mütter, Kinder, Führer der Gemeinschaft, Gemeinschaftsküchenarbeiter usw.)?
- Welches System der Kontaktarbeit würde in diesem Kontext sowohl für die sofortige als auch die mittelfristige Mobilisierung funktionieren (freiwillige Helfer, Gesundheitsclubs, Ausschüsse usw.)?
- Welcher Schulungsbedarf besteht bei Mitarbeitern und freiwilligen Helfern im Bereich Hygieneaufklärung?
- Welche Non-Food-Items sind verfügbar und welche werden aufgrund der Präferenzen und des Bedarfs am dringendsten benötigt?
- Wie effizient sind die Hygienepraktiken in Gesundheitseinrichtungen (dies ist besonders bei Epidemien von Bedeutung)?

3 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 Wassersammelstellen nahe genug an den Behausungen der Menschen? Sind sie sicher?
- Ist die gegenwärtige Wasserversorgung zuverlässig? Wie lange wird sie vorhalten?
- Verfügen die Menschen über genügend Wasserbehälter geeigneter Größe und Art?
- Ist die Wasserquelle kontaminiert oder droht eine (mikrobiologische oder chemische/radiologische) Kontamination?
- Ist ein Wasseraufbereitungssystem vorhanden? Ist eine Aufbereitung erforderlich? Ist eine Aufbereitung möglich? Welche Art von Aufbereitung ist erforderlich?
- Ist eine Desinfektion erforderlich, selbst wenn das Versorgungswasser nicht kontaminiert ist?
- Sind in der Nähe alternative Wasserquellen vorhanden?
- Welche traditionellen Überzeugungen und Praktiken bestehen im Hinblick auf die Beschaffung, Lagerung und Nutzung von Wasser?
- Stehen der Nutzung der verfügbaren Wasserversorgungsquellen Hindernisse im Weg?
- Ist es möglich, die Bevölkerung zu verlagern, falls vorhandene Wasserquellen ungeeignet sind?
- Ist es möglich, Wasser in Tanklastwagen zu beschaffen, falls vorhandene Wasserquellen ungeeignet sind?
- Welche zentralen Hygieneprobleme bestehen in Bezug auf die Wasserversorgung?
- Verfügen die Menschen über die Mittel, das Wasser hygienisch zu nutzen?
- Welche Wasserquelle wird im Falle einer Landvertreibung gewöhnlich für das Nutzvieh genutzt?
- Wirkt sich der mögliche Eingriff in die Wasserversorgung, Wassergewinnung und Nutzung von Wasserquellen auf die Umwelt aus?
- Von welchen anderen Nutzern wird die Wasserquelle derzeit genutzt? Besteht die Gefahr eines Konflikts, falls die Quellen von neuen Bevölkerungsgruppen genutzt werden?

4 Fäkalienentsorgung

- Welche Defäkationspraktiken werden derzeit ausgeübt? Wird im Falle der offenen Defäkation hierfür ein abgegrenzter Bereich genutzt? Ist der Bereich sicher?
- Welche Überzeugungen und Praktiken, unter anderem geschlechtsspezifische Praktiken, betreffen die Fäkalienentsorgung?
- Sind bestehende Einrichtungen vorhanden? Falls ja, werden sie genutzt, reichen sie aus und werden sie erfolgreich betrieben? Können sie erweitert oder angepasst werden?
- Stellen die derzeitigen Defäkationspraktiken eine Bedrohung für die Wasservorräte (Oberflächen- oder Grundwasser) oder das Lebensumfeld und die Umwelt im Allgemeinen dar?
- Waschen sich die Menschen nach der Defäkation, vor der Zubereitung von Essen und vor dem Essen die Hände? Stehen Seife oder andere Reinigungsmittel zur Verfügung?
- Sind die Menschen mit dem Bau und der Nutzung von Toiletten vertraut?
- Welche lokalen Materialien stehen für den Bau von Toiletten zur Verfügung?
- Sind die Menschen bereit, Grubenlatrinen, Defäkationsfelder, Gräben usw. zu nutzen?
- Steht für Defäkationsfelder, Grubenlatrinen, Toiletten usw. ausreichend Platz zur Verfügung?
- Welches Gefälle weist das Gelände auf?
- Wie hoch ist der Grundwasserspiegel?
- Sind die Gegebenheiten für eine On-site-Fäkalienentsorgung geeignet?
- Begünstigen die derzeitigen Vorkehrungen für die Fäkalienentsorgung die Ausbreitung von Vektoren?
- Stehen Materialien oder Wasser für die Analreinigung zur Verfügung? Wie werden diese Materialien normalerweise von den Menschen entsorgt?
- Wie gehen die Frauen mit der Menstruation um? Stehen hierfür geeignete Materialien oder Einrichtungen zur Verfügung?
- Stehen besondere Einrichtungen oder Geräte zur Verfügung, um Menschen mit Behinderung oder immobilisierten Patienten in medizinischen Einrichtungen die Sanitärversorgung zugänglich zu machen?
- Welche Umweltfaktoren sollten berücksichtigt werden?

5 Vektorübertragene Krankheiten

- Welche Risiken bestehen hinsichtlich vektorübertragener Krankheiten und wie schwerwiegend sind diese?
- Bestehen traditionelle Überzeugungen und Praktiken im Hinblick auf Vektoren und vektorübertragene Krankheiten (zum Beispiel die Überzeugung, dass Malaria durch verschmutztes Wasser verursacht wird)? Sind einige dieser Überzeugungen oder Praktiken entweder von Nutzen oder von Nachteil?
- Falls das Risiko vektorübertragener Krankheiten hoch ist: Haben die gefährdeten Personen Zugang zu individuellen Schutzmaßnahmen?
- Ist es möglich, das lokale Umfeld (durch Entwässerung, Entstrüppung, Fäkalienentsorgung, Abfallentsorgung usw.) zu verändern, um die Vermehrung von Vektoren einzudämmen?
- Ist es erforderlich, die Vektoren durch chemische Mittel zu kontrollieren? Welche Programme, Vorschriften und Ressourcen sind für die Vektorkontrolle und den Einsatz von Chemikalien vorhanden?
- Welche Sicherheitsvorkehrungen müssen getroffen und welche Informationen den Haushalten bereitgestellt werden?

6 Abfallentsorgung

- Stellt die Anhäufung von Feststoffabfall ein Problem dar?
- Wie entsorgen die Menschen ihren Abfall? In welcher Art und Menge fällt Abfall an?
- Kann der Feststoffabfall im On-site-Verfahren entsorgt werden oder muss er eingesammelt und im Off-site-Verfahren entsorgt werden?
- Welche Art der Entsorgung von Feststoffabfall praktiziert die betroffene Bevölkerung normalerweise (Kompost bzw. Abfallgruben, Sammelsystem, Abfalleimer usw.)?
- Fallen Abfälle durch medizinische Einrichtungen und Tätigkeiten an? Wie werden diese entsorgt? Wer ist hierfür zuständig?
- Wo werden Monatsbinden entsorgt und ist deren Entsorgung diskret und effektiv?
- Welche Auswirkungen hat die derzeitige Abfallentsorgung auf die Umwelt?

7 Entwässerung

- Liegt ein Entwässerungsproblem vor, z. B. durch Überflutung von Behausungen oder Toiletten, Brut- und Niststätten von Vektoren, Kontamination von Wohnbereichen oder Wasservorräten durch verschmutztes Wasser?
- Neigt der Boden zu Staunässe?
- Verfügen die Menschen über Mittel zum Schutz ihrer Behausungen und Toiletten vor lokaler Überflutung?
- Verfügen die Wasserentnahmestellen und Badebereiche über eine gute Entwässerung?

Anhang 2

Mindestwassermengen für Institutionen und sonstige Zwecke

Gesundheitszentren und Krankenhäuser	5 Liter/ambulanter Patient 40-60 Liter/stationärer Patient/Tag Für die Wäschereiausstattung, die Toilettenspülung usw. können zusätzliche Mengen erforderlich sein.
Cholera-Zentren	60 Liter/Patient/Tag 15 Liter/Pflegekraft/Tag
Therapeutische Ernährungszentren	30 Liter/stationärer Patient/Tag 15 Liter/Pflegekraft/Tag
Aufnahme-/ Durchgangszentren	Bei einem mehr als eintägigen Aufenthalt: 15 Liter/Person/Tag Bei einem Aufenthalt nur tagsüber: 3 Liter/Person/Tag
Schulen	3 Liter/Schüler/Tag zum Trinken und Händewaschen (ohne den Verbrauch für die Toilettenspülung: siehe unten)
Moscheen	2-5 Liter/Person/Tag zum Waschen und Trinken
Öffentliche Toiletten	1-2 Liter/Nutzer/Tag zum Händewaschen 2-8 Liter/Kabine/Tag für die Toilettenreinigung
Nur Spültoiletten	20-40 Liter/Nutzer/Tag bei konventionellen Spültoiletten, die an einen Abwasserkanal angeschlossen sind 3-5 Liter/Nutzer/Tag für Pour-flush-Toiletten (manuelle Spülung mit einem Gefäß)
Analreinigung	1-2 Liter/Person/Tag
Nutzvieh	20-30 Liter/großes oder mittelgroßes Tier/Tag 5 Liter/Kleintier/Tag

Anhang 3

Mindestanzahl von Toiletten an öffentlichen Orten und in Institutionen in Katastrophensituationen

Institution	Kurzfristig	Langfristig
Marktbereiche	1 Toilette für 50 Stände	1 Toilette für 20 Stände
Krankenhäuser/ medizinische Zentren	1 Toilette für 20 Betten oder 50 ambulante Patienten	1 Toilette für 10 Betten oder 20 ambulante Patienten
Ernährungs-zentren	1 Toilette für 50 Erwachsene 1 Toilette für 20 Kinder	1 Toilette für 20 Erwachsene 1 Toilette für 10 Kinder
Aufnahme-/ Durchgangs-zentren	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 Mitarbeiter

Quelle: nach Harvey, Baghri and Reed (2002)

Anhang 4

Wasser- und fäkalienassoziierte Krankheiten und Übertragungsmechanismen

Durch Wasser übertragen oder hygiene-abhängig	Cholera, Shigellose, Diarrhoe, Salmonellose usw. Typhusartig, typhusähnlich usw. Amöbiasis, Giardiasis Hepatitis A, Poliomyelitis, Rotavirus-Diarrhoe	**Fäko-oral bakteriell** **Fäko-oral nicht-bakteriell**	Wasserkontamination Schlechte Sanitätsversorgung Unzureichende Körperhygiene Verunreinigung von Kulturpflanzen
Hygiene-abhängig oder durch Wassermangel verursacht	Haut- und Augeninfektionen Durch Läuse übertragener Typhus und durch Läuse übertragenes Rückfallfieber		Unzureichende Wasserversorgung Unzureichende Körperhygiene
Fäkalien-bedingte Helminthen	Spulwurm, Hakenwurm, Peitschenwurm usw.	**Über den Boden übertragene Helminthen**	Offene Defäkation Bodenkontamination
Rinder- und Schweine-bandwürmer	Taeniasis	**Mensch – Tier**	Halbgares Fleisch Bodenkontamination
Wasserbasiert	Schistosomiasis, Guineawurm, Klonorchiasis usw.	**Langer Aufent-halt in infizier-tem Wasser**	Wasserkontamination
Wasserasso-ziiert/Insekten-vektoren	Malaria, Dengue-Fieber, Schlafkrankheit, Filariose usw.	**Stiche durch Moskitos, Fliegen**	Stechen in der Nähe von Wasser Brüten im Wasser
Fäkalienasso-ziiert/Insekten-vektoren	Durchfallerkrankungen und Dysenterie	**Durch Fliegen und Kakerlaken übertragen**	Schmutziges Umfeld

Anhang 5

Mindestanforderungen an Hygiene, Sanitärversorgung und Isolierungsmaßnahmen für Cholera-Behandlungszentren (CTCs)

Sämtliche Gesundheitseinrichtungen und Cholera-Behandlungszentren müssen die nachstehenden wesentlichen Grundsätze befolgen:

1. Isolierung schwerer Fälle
2. Auffangen aller Ausscheidungen (Fäkalien und Erbrochenes)
3. Nur eine Pflegekraft pro Patient
4. Händewaschen mit chloriertem Wasser
5. Alle Böden müssen abwaschbar sein
6. Desinfektion der Füße bei Verlassen des Zentrums
7. Desinfektion der Kleidung infizierter Personen vor dem Verlassen des Zentrums (durch Abkochen oder Desinfektion)
8. Regelmäßige Reinigung der Böden und aller Bereiche des Zentrums
9. Separate Toiletten und Badebereiche für Patienten und Pflegekräfte
10. Zubereitung des Essens im Zentrum. Falls das Essen extern angeliefert wird, sollte es an der Pforte aus den Behältern genommen werden, um zu verhindern, dass der Cholera verursachende Mikroorganismus (Vibrio) nach der Verwendung über den Behälter aus dem Zentrum gelangt
11. Nachuntersuchung der Familien und Verwandten der Patienten, um sicherzustellen, dass keine weiteren Fälle vorliegen. Desinfektion des Hauses und Bereitstellung von Hygieneinformationen
12. Falls die Patienten mit öffentlichen Verkehrsmitteln anreisen, die Fahrzeuge desinfizieren
13. Abfließendes Regen- und Abwasser im Isolierbereich auffangen und behandeln
14. Die Abfälle im Isolierbereich behandeln.

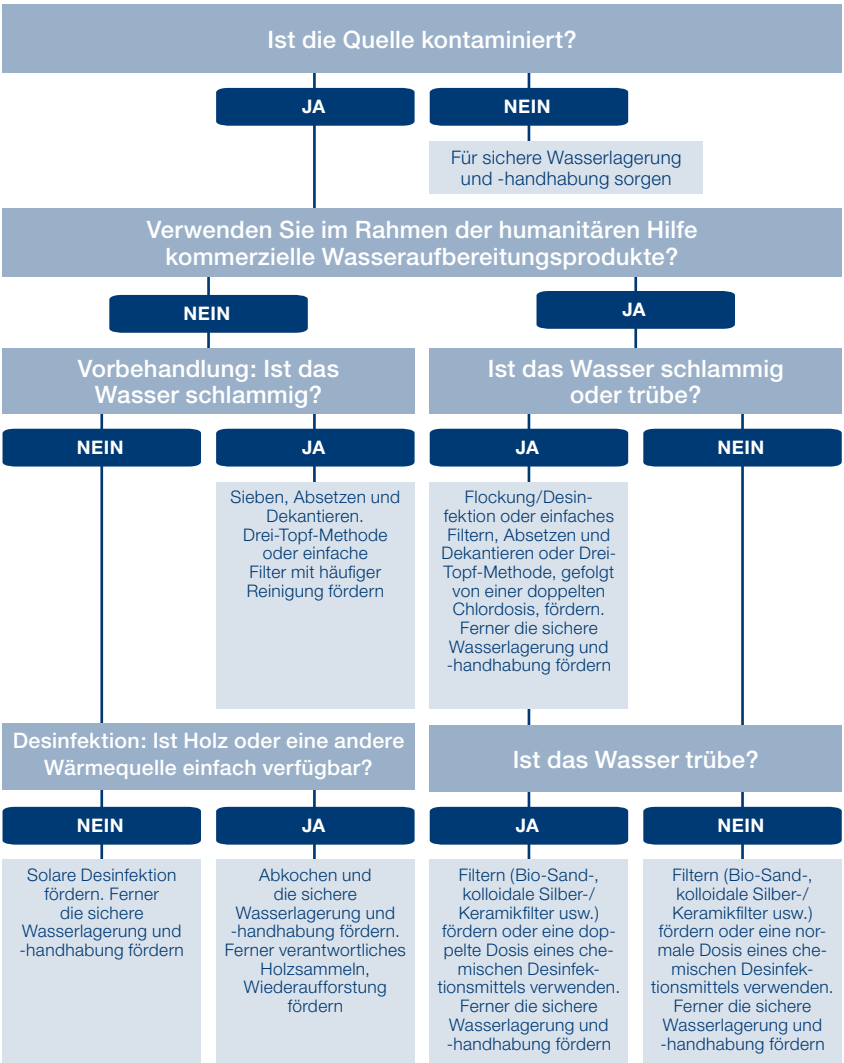
Chlorlösungen für Cholera-Behandlungszentren

% Chlor für unterschiedliche Nutzungen	2%ige Lösung	0,2%ige Lösung	0,05 %ige Lösung
	Abfall und Fäkalien Leichen	Boden Gegenstände / Betten Fußbäder, Kleidung	Hände Haut

Hinweis: Die Lösungen sollten täglich frisch zubereitet werden, da sie durch Licht und Hitze unbrauchbar werden.

Anhang 6

Entscheidungsbaum zur Wasseraufbereitung und -lagerung auf Haushaltsebene



Nach: IFRC, Handbuch zur Wasseraufbereitung auf Haushaltsebene und zur sicheren Lagerung in Notfallsituationen, 2008

Quellen und weiterführende Literatur

Quellen

Internationale Rechtsinstrumente

The Right to Water (articles 11 and 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR, General Comment 15, 26 November 2002. UN Doc. E/C.12/2002/11. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Allgemein

Davis, J and Lambert, R (2002), Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. Second Edition. RedR/IT Publications. London.

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. New York. www.ineesite.org

Médecins sans Frontières (1994), Public Health Engineering in Emergency Situations. First Edition. Paris.

Walden, VM, O'Reilly, M and Yetter, M (2007), Humanitarian Programmes and HIV and AIDS; A practical approach to mainstreaming. Oxfam GB. Oxford. www.oxfam.org.uk/what_we_do/emergencies/how_we_work/resources/health.htm

Umfragen zur Sanitärversorgung

British Geological Survey (2001), ARGOSS manual. London. www.bgs.ac.uk

Genderfragen

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (no date), Gender and Water, Sanitation and Hygiene in Emergencies. IASC Gender Handbook. Geneva. www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/WASH/Gender%20Handbook_Wash.pdf

Hygieneaufklärung

Almedom, A, Blumenthal, U and Manderson, L (1997), Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Water- and Sanitation-Related Hygiene Practices. The International Foundation for Developing Countries. Practical Action Publishing. UK.

Ferron, S, Morgan, J and O'Reilly, M (2007), Hygiene Promotion: A Practical Manual for Relief and Development. Practical Action Publishing. UK.

Humanitarian Reform Support Unit. WASH Cluster Hygiene Promotion Project. www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Default.aspx?tabid=160

Wasserversorgung

Action against Hunger (2006), Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk. Paris. www.actioncontrelafaim.org/english/

House, S and Reed, R (1997), Emergency Water Sources: Guidelines for Selection and Treatment. Water, Engineering and Development Centre (WEDC), Loughborough University. UK.

Wasserbedarf für Nahrungsmittelsicherheit

Food and Agriculture Organization of the United Nations. FAO Water: www.fao.org/nr/water/index.html

Wasserbedarf für Nutzvieh

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). Practical Action Publishing. UK. www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf

Wasserqualität

World Health Organization (WHO) (2003), Guidelines for Drinking-Water Quality. Third Edition. Geneva. www.who.int/water_sanitation_health/dwq/guidelines2/en/

Wassersicherheitsplan

WHO (2005), Water safety plans: managing drinking-water quality from catchment to consumer. www.who.int/water_sanitation_health/dwq/wsp0506/en/

Fäkalienentsorgung

Harvey, P (2007), Excreta Disposal in Emergency, An inter-agency manual. WEDC, Loughborough University, UK. http://wedc.lboro.ac.uk/

Vektorkontrolle

Hunter, P (1997), Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology. John Wiley & Sons Ltd. Chichester, UK.

Lacarin, CJ and Reed, RA (1999), Emergency Vector Control Using Chemicals. WEDC, Loughborough University, UK.

Thomson, M (1995), Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations. Oxfam GB.

Feststoffabfall

Centre for appropriate technology (2003), Design of landfill sites. www.lifewater.org
International Solid Waste Association: www.iswa.org

Entsorgung von Leichen

WHO (2009), Disposal of dead bodies in emergency conditions. Technical Note for Emergencies No. 8. Geneva. http://wedc.lboro.ac.uk/resources/who_notes/WHO_TN_08_Disposal_of_dead_bodies.pdf

Medizinische Abfälle

Prüss, A, Giroult, E and Rushbrook, P (eds) (1999), Safe Management of Health-Care Wastes. (Currently under review.) WHO. Geneva.

Entwässerung

Environmental Protection Agency (EPA) (1980), Design Manual: On-Site Wastewater Treatment and Disposal Systems, Report EPA-600/2-78-173. Cincinnati, USA.

Weiterführende Literatur

Allgemein

WHO and Pan American Health Organization (PAHO), Health Library for Disasters: www.helid.desastres.net/en
WHO (2002), Environmental health in emergencies and disasters. Geneva.

Fäkalienentsorgung

Harvey, PA, Baghri, S and Reed, RA (2002), Emergency Sanitation, Assessment and Programme Design. WEDC, Loughborough University, UK.

Vektorkontrolle

UNHCR (1997), Vector and Pest Control in Refugee Situations. Geneva.

Warrell, D and Gilles, H (eds) (2002), Essential Malariology. Fourth Edition. Arnold. London.

WHO, Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance. www.who.int.

Entsorgung von Leichen

PAHO and WHO (2004), Management of Dead Bodies in Disaster Situations.Disaster Manuals and Guidelines Series, No 5. Washington DC.
www.paho.org/English/DD/PED/ManejoCadaveres.htm

Medizinische Abfälle

WHO (2000), Aide-Memoire: Safe Health-Care Waste Management. Geneva.

WHO, Healthcare waste management: www.healthcarewaste.org

WHO, Injection safety: www.injectionsafety.org

Behinderung und allgemeine Anfälligkeit

Jones, H and Reed, R (2005), Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: designing services to improve accessibility. WEDC, Loughborough University, UK. http://wedc.lboro.ac.uk/wsdp

Oxfam GB (2007), Excreta disposal for physically vulnerable people in emergencies. Technical Briefing Note 1. Oxfam, UK.
www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN1_disability.pdf

Oxfam GB (2007), Vulnerability and socio-cultural considerations for PHE in emergencies Technical Briefing Note 2. Oxfam, UK.
www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN2_watsan_sociocultural.pdf

Mindeststandards im Bereich Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung

Zum Aufbau dieses Kapitels

Dieses Kapitel ist in vier Kategorien von Mindeststandards gegliedert:

Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung

Säuglings- und Kleinkindernährung

Management von akuter Mangelernährung und von Mikronährstoffmängeln

Nahrungsmittelsicherheit

Die vierte Kategorie, Nahrungsmittelsicherheit, ist in drei Abschnitte unterteilt: Nahrungsmittelsicherheit – Nahrungsmitteltransfers; Nahrungsmittelsicherheit – Bargeld- und Gutscheintransfers; und Nahrungsmittelsicherheit – Existenzgrundlagen.

Die Grundsätze zum Schutz und die Grundstandards sind in Übereinstimmung mit diesem Kapitel anzuwenden.

Die Mindeststandards sind in erster Linie als Grundlage für die humanitäre Hilfe im Katastrophenfall intendiert, können allerdings auch im Zuge der Katastrophenvorsorge und beim Übergang zu Wiederherstellungsaktivitäten berücksichtigt werden.

Jeder dieser Abschnitte umfasst die folgenden Elemente:

- **Mindeststandards:** Hierbei handelt es sich um qualitative Standards, mit welchen Mindestanforderungen für die humanitäre Hilfe hinsichtlich des Bereichs Nahrungsmittel und Ernährung formuliert werden.
- **Schlüsselaktivitäten:** Dies sind empfohlene Aktivitäten und Inputs, welche bei der Erfüllung der Mindeststandards hilfreich sind.
- **Schlüsselindikatoren:** Diese Indikatoren sind „Signale“, die anzeigen, ob ein Standard erreicht wurde. Sie bieten die Möglichkeit, die Prozesse und Ergebnisse der Schlüsselaktivitäten zu messen und zu vermitteln. Sie beziehen sich nicht auf die jeweilige Schlüsselaktivität, sondern auf den Mindeststandard.
- **Richtlinien:** Die Richtlinien umfassen bestimmte Punkte, die bei der Anwendung der Mindeststandards, Schlüsselaktivitäten und Schlüsselindikatoren in verschiedenen Situationen zu berücksichtigen sind. Sie sind eine Orientierungshilfe bei der Bewältigung praktischer Schwierigkeiten, bieten Benchmarks oder Empfehlungen zu vorrangigen Themen. Zudem umfassen sie kritische Fragen im Hinblick auf die Standards, Aktivitäten oder Indikatoren und eine Beschreibung von Zwangslagen, Kontroversen oder aktuell bestehenden Wissenslücken.

Falls die angegebenen Schlüsselindikatoren und -aktivitäten nicht erreicht werden können, sollten die daraus folgenden negativen Auswirkungen auf die betroffene Bevölkerung abgeschätzt und entsprechende Abhilfemaßnahmen eingeleitet werden.

Die Anhänge am Ende des Kapitels enthalten Checklisten für die Bedarfsermittlungen, Orientierungshilfen für die Messung der akuten Mangelernährung und die Ermittlung der Bedeutung des Mikronährstoffmangels und Nahrungsbedarfs für die öffentliche Gesundheit. Eine Auswahl von Quellen und weiterführender Literatur verweist auf Informationsquellen zu allgemeinen wie auch spezifischen fachlichen Themen.

Inhalt

Einführung 162

1. Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung 171

2. Säuglings- und Kleinkindernährung 181

3. Management von akuter Mangelernährung und von Mikronährstoffmängeln 188

4. Nahrungsmittelsicherheit 201

4.1 Nahrungsmittelsicherheit – Nahrungsmitteltransfers 206

4.2 Nahrungsmittelsicherheit – Bargeld- und Gutscheintransfers 230

4.3 Nahrungsmittelsicherheit – Existenzgrundlagen 236

Anhang 1: Checklisten für die Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und der Existenzgrundlagen 248

Anhang 2: Checkliste für die Beurteilung der Saatgutsicherheit 250

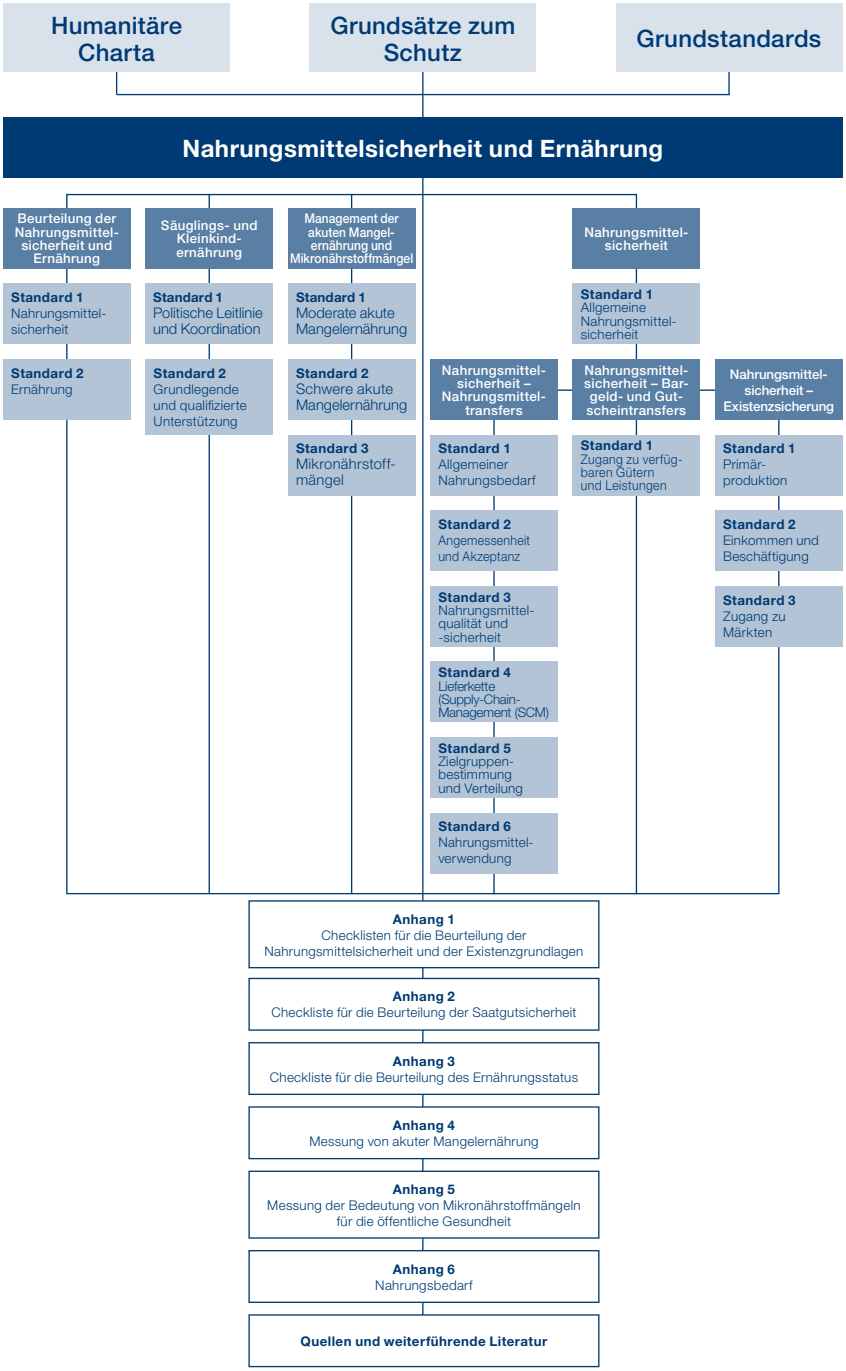
Anhang 3: Checkliste für die Ernährungsbeurteilung 252

Anhang 4: Messung von akuter Mangelernährung 255

Anhang 5: Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmängeln für die öffentliche Gesundheit 260

Anhang 6: Nahrungsbedarf 263

Quellen und weiterführende Literatur 267


Humanitäre Charta
Grundsätze zum Schutz
Grundstandards
Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung
Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung
Standard 1 Nahrungsmittelsicherheit
Standard 2 Ernährung
Säuglings- und Kleinkindernährung
Standard 1 Politische Leitlinie und Koordination
Standard 2 Grundlegende und qualifizierte Unterstützung
Management der akuten Mangelernährung und Mikronährstoffmängel
Standard 1 Moderate akute Mangelernährung
Standard 2 Schwere akute Mangelernährung
Standard 3 Mikronährstoffmängel
Nahrungsmittelsicherheit
Standard 1 Allgemeine Nahrungsmittelsicherheit
Nahrungsmittelsicherheit – Nahrungsmittel-transfers
Standard 1 Allgemeiner Nahrungsbedarf
Standard 2 Angemessenheit und Akzeptanz
Standard 3 Nahrungsmittelqualität und -sicherheit
Standard 4 Lieferkette (Supply-Chain-Management (SCM)
Standard 5 Zielgruppenbestimmung und Verteilung
Standard 6 Nahrungsmittelverwendung
Nahrungsmittelsicherheit – Bargeld- und Gutscheintransfers
Standard 1 Zugang zu verfügbaren Gütern und Leistungen
Nahrungsmittelsicherheit – Existenzsicherung
Standard 1 Primärproduktion
Standard 2 Einkommen und Beschäftigung
Standard 3 Zugang zu Märkten
Anhang 1 Checklisten für die Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und der Existenzgrundlagen
Anhang 2 Checkliste für die Beurteilung der Saatgutsicherheit
Anhang 3 Checkliste für die Beurteilung des Ernährungsstatus
Anhang 4 Messung von akuter Mangelernährung
Anhang 5 Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmängeln für die öffentliche Gesundheit
Anhang 6 Nahrungsbedarf
Quellen und weiterführende Literatur

Einführung

Verweise auf die humanitäre Charta und das Völkerrecht

Die Mindeststandards zur Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung sind praktischer Ausdruck der gemeinsamen Überzeugungen und Verpflichtungen der humanitären Organisationen sowie der gemeinsamen Grundsätze für humanitäre Einsätze, die in der humanitären Charta formuliert werden. Diese Grundsätze, die auf dem Prinzip der Menschlichkeit gründen und ihren Niederschlag im Völkerrecht finden, umfassen das Recht auf Leben und Würde, das Recht auf Schutz und Sicherheit und das Recht auf humanitäre Hilfe auf der Basis des Bedarfs. In Anhang I (siehe Seite 410) sind eine Auflistung der zentralen rechtlichen und politischen Dokumente, die der humanitären Charta als Grundlage dienten, sowie erläuternde Kommentare für humanitäre Helfer enthalten.

Obwohl im Hinblick auf die vorgenannten Rechte vor allem die Staaten in der Pflicht stehen, tragen die humanitären Organisationen die Verantwortung, ihren Einsatz für die von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen an diesen Rechten auszurichten. Aus diesen allgemeinen Rechten leitet sich eine Reihe spezifischerer Rechte ab: Dazu gehören das Recht auf Partizipation, das Recht auf Information und das Recht auf Gleichbehandlung, die den Grundstandards zugrunde liegen, und auch die besonderen Rechte auf Wasser, Nahrung, Unterkunft und Gesundheit, welche die vorgenannten Rechte und die in diesem Handbuch aufgeführten Mindeststandards untermauern.

Jeder hat ein Recht auf angemessene Nahrung. Dieses Recht wird in den internationalen Rechtsinstrumenten anerkannt und umfasst das Recht, frei von Hunger zu sein. Wenn einzelne Menschen oder Gruppen aus Gründen, für die sie nicht verantwortlich sind, nicht in der Lage sind, mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln das Recht auf ausreichende Nahrung wahrzunehmen, haben die Staaten die Pflicht, dieses Recht unmittelbar sicherzustellen. Das Recht auf Nahrung zieht für die Staaten folgende Pflichten nach sich:

- Die Achtungspflicht gegenüber dem bestehenden Zugang zu angemessener Nahrung erfordert, dass die Vertragsstaaten keine Maßnahmen ergreifen, welche die Verhinderung dieses Zugangs zur Folge haben.

- Die Schutzpflicht erfordert Maßnahmen der Staaten, durch die sichergestellt wird, dass Unternehmen oder Einzelpersonen anderen Menschen nicht den Zugang zu angemessener Nahrung vorenthalten.
- Die Gewährleistungspflicht (Förderungspflicht) bedeutet, dass die Staaten aktiv darauf hinwirken müssen, den Menschen den Zugang zu Ressourcen und Mitteln zur Sicherung ihrer Existenzgrundlagen, einschließlich Nahrungsmittelsicherheit, und deren Nutzung zu ermöglichen.

Im Falle von Katastrophen sollten die Staaten bedürftigen Menschen Nahrungsmittel bereitstellen oder, falls ihre eigenen Ressourcen nicht ausreichen, internationale Unterstützung anfordern. Außerdem sollten sie einen sicheren und ungehinderten Zugang für die internationale Unterstützung ermöglichen.

Die Genfer Abkommen und Zusatzprotokolle beinhalten das Recht auf Zugang zu Nahrung für den Fall bewaffneter Konflikte und Besatzung. Es ist verboten, die Zivilbevölkerung als Mittel der Kriegsführung auszuhungern und Nahrungsmittel, zur Erzeugung von Nahrungsmitteln genutzte landwirtschaftliche Gebiete, Ernte- und Viehbestände, Trinkwasserversorgungsanlagen und vorräte sowie Bewässerungsanlagen anzugreifen, zu zerstören, zu entfernen oder unbrauchbar zu machen. Falls ein Staat einen anderen mit Gewalt besetzt, verpflichtet das humanitäre Völkerrecht die Besatzungsmacht, die Versorgung der Bevölkerung mit ausreichender Nahrung sicherzustellen und die erforderlichen Güter einzuführen, falls die Ressourcen des besetzten Gebietes nicht ausreichen. Die Staaten sollten nach besten Kräften sicherstellen, dass Flüchtlinge und Binnenvertriebene zu jeder Zeit Zugang zu angemessener Nahrung haben.

Die Mindeststandards in diesem Kapitel reflektieren die zentralen Inhalte des Rechts auf Nahrung und tragen dazu bei, dieses Recht Schritt für Schritt weltweit zu verwirklichen.

Die Bedeutung von Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung im Katastrophenfall

Der Zugang zu Nahrung und die Aufrechterhaltung eines angemessenen Ernährungsstatus haben in einer Katastrophe entscheidenden Einfluss auf das Überleben der Menschen. Wenn eine Katastrophe eintritt, sind die betroffenen Menschen häufig bereits chronisch unterernährt. Unterernährung stellt ein gravierendes Problem für die öffentliche Gesundheit dar und ist eine der Hauptursachen für Todesfälle, sei es direkt oder indirekt.

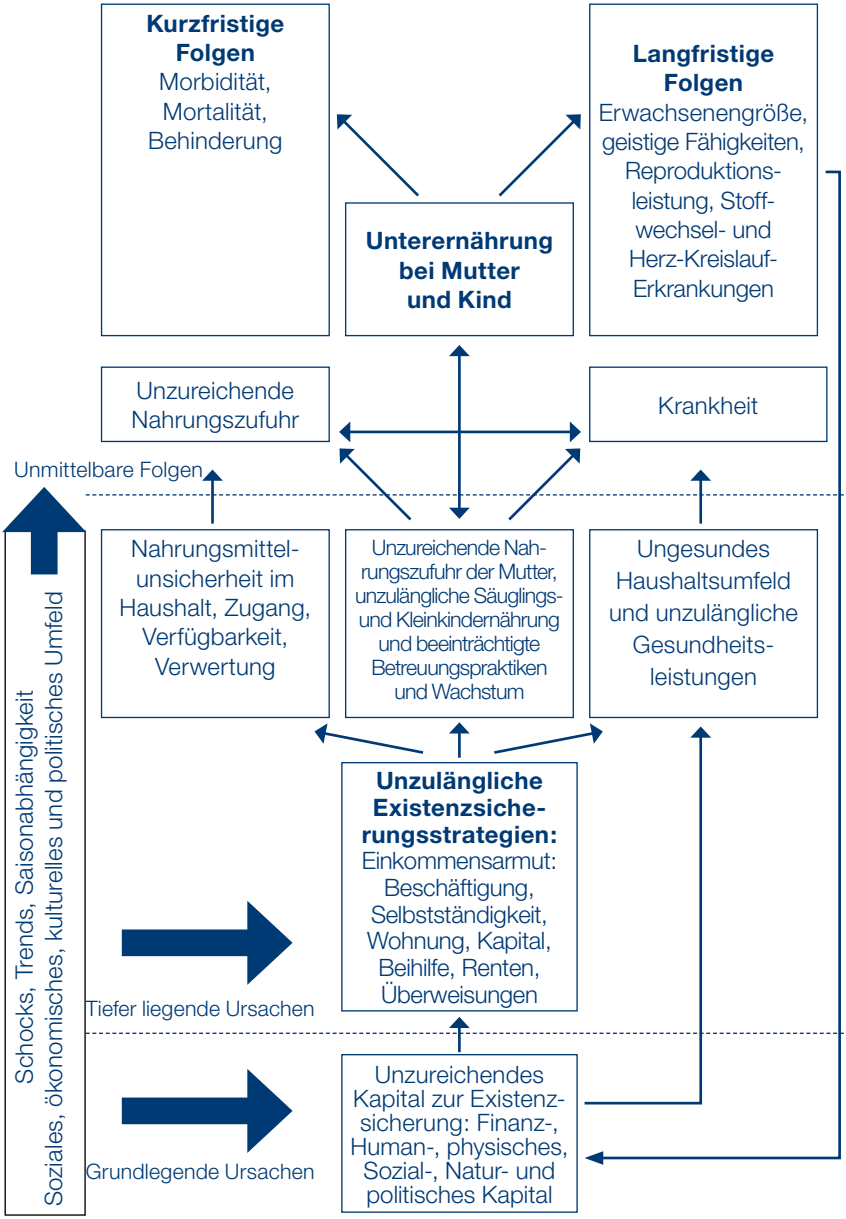
Die Ursachen von Unterernährung sind komplex. Der unten stehende konzeptuelle Rahmen stellt ein analytisches Instrument dar, das die Wechselwirkung der Faktoren aufzeigt, die zur Unterernährung beitragen. Die unmittelbaren Ursachen von Unterernährung sind Krankheit bzw. eine unzureichende Nahrungsmittelzufuhr, die wiederum auf Armut, Nahrungsmittelunsicherheit der Haushalte, unzulängliche Betreuungspraktiken auf Haushalts- oder Gemeinschaftsebene, schlechte Wasser-, Hygiene- und Sanitärversorgung sowie mangelnden Zugang zur Gesundheitsversorgung zurückzuführen sind. Katastrophen wie Wirbelstürme, Erdbeben, Überschwemmungen, Konflikte und Dürren wirken sich direkt auf die tiefer liegenden Ursachen von Unterernährung aus. Die besondere Gefährdung und Anfälligkeit eines Haushalts oder einer Gemeinschaft bestimmt die Fähigkeit, mit diesen Schocksituationen fertig zu werden. Die Fähigkeit, die damit verbundenen Risiken zu bewältigen, wird weitgehend von den Merkmalen eines Haushalts oder einer Gemeinschaft bestimmt, insbesondere von der Ausstattung mit grundlegenden Gütern, den Existenzsicherungs- und den Bewältigungsstrategien.

Diesem Kapitel werden die folgenden Definitionen zugrunde gelegt:

- *Nahrungsmittel*sicherheit bedeutet, dass alle Menschen zu jeder Zeit physischen, sozialen und ökonomischen Zugang zu ausreichender, sicherer und ausgewogener Nahrung haben, um ihren Ernährungsbedarf gemäß ihren Ernährungsgewohnheiten zu decken und ein aktives und gesundes Leben zu führen. Diese Definition von Nahrungsmittelsicherheit umfasst drei Komponenten:

  - *Verfügbarkeit:* bezieht sich auf die Menge, Qualität und Saisonabhängigkeit der Nahrungsmittelversorgung in dem von einer Katastrophe betroffenen Gebiet. Sie umfasst lokale Produktionsquellen: Landwirtschaft, Nutzvieh, Fischerei, wilde Nahrungsmittel sowie von Händlern importierte Nahrungsmittel (Interventionen von Regierungen und Hilfsorganisationen können die Verfügbarkeit beeinflussen). Lokale Märkte, auf welchen sich die Menschen mit Nahrungsmitteln eindecken können, sind ein entscheidender Faktor der Verfügbarkeit.
  - *Zugang:* bezieht sich auf die Fähigkeit eines Haushalts, zur Deckung des Ernährungsbedarfs aller seiner Mitglieder ausreichende Nahrungsmittel sicher zu beschaffen. Dabei wird die Fähigkeit des Haushalts gemessen, verfügbare Nahrungsmittel durch eine Kombination aus Eigenproduktion und eigenen Vorräten, Einkäufen, Tauschhandel, Geschenken, Entleihen oder Nahrungsmittel-, Bargeld- und/oder Gutscheintransfers zu erwerben.
  - *Verwertung:* bezieht sich auf die Verwendung der verfügbaren Nahrungsmittel durch den Haushalt, unter anderem Lagerung, Verarbeitung und Zubereitung sowie Verteilung im Haushalt. Sie bezeichnet zudem die Fähigkeit einer Person, Nährstoffe aufzunehmen und zu verstoffwechseln. Diese kann durch Krankheit und Mangelernährung beeinträchtigt werden.

- Die *Existenzgrundlagen* umfassen die Fähigkeiten, die Güterausstattung (einschließlich natürlicher, materieller und sozialer Ressourcen) und die Tätigkeiten, die ein Haushalt für sein Überleben und sein künftiges Wohlergehen einsetzt. Als Existenzsicherungsstrategien werden die praktischen Mittel oder Tätigkeiten bezeichnet, mit welchen die Menschen ihre Güterausstattung nutzen, um Einkommen zu erzielen und sonstige existenzsichernde Ziele zu erreichen. Bewältigungsstrategien werden als temporäre Maßnahmen definiert, die durch Nahrungsmittelunsicherheit erzwungen werden. Die Existenzgrundlagen eines Haushalts sind gesichert, wenn dieser Schocksituationen bewältigen und sich von ihnen erholen kann und wenn er in der Lage ist, seine Fähigkeiten und Produktionsmittel zu erhalten oder zu erweitern.
- *Ernährung:* ist ein weit gefasster Begriff, der sich auf die Prozesse bezieht, die das Essen, die Verdauung und die Verwertung der Nahrung durch den Körper betreffen und für Wachstum und Entwicklung, Reproduktion, körperliche Aktivität und den Erhalt der Gesundheit sorgen. Der Begriff Mangelernährung umfasst genau genommen sowohl Unter- wie auch Überernährung. Unterernährung bezeichnet eine Reihe von Erkrankungen, unter anderem akute Mangelernährung, chronische Mangelernährung und Mikronährstoffmängel. Akute Mangelernährung bezieht sich auf Auszehrung (Magerkeit) bzw. Ernährungsödeme, während sich die chronische Mangelernährung auf Wachstumsverzögerung bezieht. Sowohl Wachstumsverzögerung als auch Auszehrung sind Formen von Wachstumsstörungen. In diesem Kapitel befassen wir uns mit Unterernährung und verwenden den Begriff „Mangelernährung“ speziell für die akute Mangelernährung.


Kurzfristige Folgen
Morbidität, Mortalität, Behinderung
Langfristige Folgen
Erwachsenengröße, geistige Fähigkeiten, Reproduktionsleistung, Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen
Unterernährung bei Mutter und Kind
Unzureichende Nahrungszufuhr
Krankheit
Unmittelbare Folgen
Nahrungsmittelunsicherheit im Haushalt, Zugang, Verfügbarkeit, Verwertung
Unzureichende Nahrungszufuhr der Mutter, unzulängliche Säuglings- und Kleinkindernährung und beeinträchtigte Betreuungspraktiken und Wachstum
Ungesundes Haushaltsumfeld und unzulängliche Gesundheitsleistungen
Unzulängliche Existenzsicherungsstrategien: Einkommensarmut: Beschäftigung, Selbstständigkeit, Wohnung, Kapital, Beihilfe, Renten, Überweisungen
Tiefer liegende Ursachen
Unzureichendes Kapital zur Existenzsicherung: Finanz-, Human-, physisches, Sozial-, Natur- und politisches Kapital
Grundlegende Ursachen
Schocks, Trends, Saisonabhängigkeit
Soziales, ökonomisches, kulturelles und politisches Umfeld

Durch diesen Rahmen wird deutlich, dass die Risikoexposition durch die Häufigkeit und Schwere von Natur- und vom Menschen verursachte Katastrophen und deren sozioökonomische und geografische Tragweite bestimmt wird. Die Bewältigungsfähigkeit wird beeinflusst von Faktoren wie dem Umfang des Finanz-, Human-, physischen, Sozial-, Natur- und politischen Kapitals des Haushalts, dem Umfang von Produktion, Einkommen und Verbrauch, und der Fähigkeit, Einkommensquellen und Verbrauch zu diversifizieren, um Risikoeffekte zu mindern.

Da Säuglinge und Kleinkinder in besonderem Maße anfällig sind, sollte ihre Ernährung vorrangig sichergestellt werden. Die Prävention von Unterernährung ist ebenso wichtig wie die Behandlung von akuter Mangelernährung. Interventionen zur Nahrungsmittelsicherheit können kurzfristig Ernährung und Gesundheit, langfristig Überlebenschancen und Wohlergehen bestimmen.

Frauen spielen bei der Planung und Zubereitung von Nahrungsmitteln für ihren Haushalt oft eine größere Rolle als Männer. Nach einer Katastrophe können sich die Existenzsicherungsstrategien des Haushalts ändern. Das Erkennen der unterschiedlichen Rollen bei der Ernährung der Familie ist für die Verbesserung der Nahrungsmittelsicherheit auf Haushaltsebene von entscheidender Bedeutung. Ebenso wichtig für die Entwicklung entsprechender Maßnahmen im Bereich Nahrung ist es, den speziellen Ernährungsbedarf von schwangeren und stillenden Frauen, Kleinkindern, älteren Menschen und Menschen mit Behinderung zu verstehen.

Eine Verbesserung der Katastrophenhilfe in den Bereichen Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung kann durch bessere Vorbereitung erreicht werden. Diese ergibt sich aus den Fähigkeiten, Beziehungen und Kenntnissen, die von Regierungen, humanitären Organisationen, lokalen zivilgesellschaftlichen Organisationen, Gemeinden und Einzelpersonen entwickelt wurden, um die Auswirkungen wahrscheinlicher, drohender oder aktueller Gefahren vorwegzunehmen und effizient darauf zu reagieren. Sie beruht auf einer Analyse der Risiken und ist eng mit Frühwarnsystemen verbunden. Die Vorbereitung umfasst die Notfallplanung, die Bevorratung mit Ausrüstung und Versorgungsgütern, Not- und Bereitschaftsdienste, Kommunikation, Informationsmanagement und Koordinierungsmodalitäten, die Schulung von Personal, die Planung auf Gemeinschaftsebene, Schulungen und Übungen.

Folgende Hauptbereiche von Interventionen zur Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung in Katastrophen werden in diesem Handbuch behandelt: Säuglings- und Kleinkindernährung, das Management akuter Mangelernährung und von Mikronährstoffmängeln, Nahrungsmitteltransfers, Bargeld- und Gutscheintransfers sowie Existenzgrundlagen.

Verweise auf andere Kapitel

Zahlreiche Standards der anderen Kapitel sind auch für dieses Kapitel von Belang. Die Fortschritte bei der Erfüllung der Standards in einem Bereich beeinflussen oftmals die Fortschritte in den anderen Bereichen. Im Hinblick auf die Effektivität einer Intervention ist eine enge Koordinierung und Zusammenarbeit mit anderen Sektoren erforderlich. Gleichermaßen ist die Koordinierung mit den örtlichen Behörden, anderen Hilfsorganisationen und Organisationen auf Gemeindeebene erforderlich, um sicherzustellen, dass der Bedarf gedeckt, Doppelarbeit vermieden und die Qualität der Interventionen zur Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung optimiert wird.

Im konzeptuellen Rahmen für Unterernährung werden unter anderem ein ungesundes Haushaltsumfeld und unzulängliche Gesundheitsleistungen als die tiefer liegenden Ursachen von Mangelernährung identifiziert. Die Maßnahmen zur Vorbeugung und Behebung von Mangelernährung erfordern die Erfüllung der Mindeststandards dieses Kapitels wie auch die der Kapitel WASH, Notunterkünfte und Gesundheit. Ferner setzen sie die Erfüllung der Grundstandards und die Berücksichtigung der Grundsätze zum Schutz voraus. Um die Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung aller zu schützenden und zu unterstützenden Gruppen in einer Weise zu gewährleisten, dass ihr Überleben gesichert und ihre Würde gewahrt wird, reicht es nicht aus, lediglich die Standards zu erfüllen, die in diesem Kapitel des Handbuchs formuliert werden.

Sofern dies angebracht ist, wird auch auf bestimmte Standards oder Richtlinien in anderen Kapiteln und auf begleitende und ergänzende Standards verwiesen.

Verweise zu den Grundsätzen zum Schutz und den Grundstandards

Um die Standards dieses Handbuchs zu erfüllen, sollten sich alle humanitären Organisationen an den Grundsätzen zum Schutz orientieren, selbst wenn sie über kein direktes Schutzmandat und keine spezielle Expertise im Bereich Schutz verfügen. Es handelt sich um keine „absoluten“ Grundsätze: Es liegt auf der Hand, dass das Maß, in welchem die Hilfsorganisationen in der Lage sind, diese zu erfüllen, durch die Rahmenbedingungen eingeschränkt werden kann. Dennoch sind die Grundsätze Ausdruck allgemeiner humanitärer Anliegen, an welchen sich die Maßnahmen zu jeder Zeit orientieren sollten.

Bei den Grundstandards handelt es sich um wichtige Prozess- und Personalstandards, die allen Sektoren gemein sind. Die sechs Grundstandards betreffen

die Bereiche Partizipation, Erstbeurteilung, Hilfe, Targeting, Überwachung, Evaluierung, Leistung der Helfer und Supervision und Unterstützung des Personals. Sie stellen einen einheitlichen Bezugspunkt für die Vorgehensweisen dar, die allen Standards des Handbuchs als Grundlage dienen. Daher sind die Grundstandards für jedes fachliche Kapitel begleitend heranzuziehen, damit die Standards des entsprechenden Kapitels besser erreicht werden können. Um die Angemessenheit und Qualität der Hilfe sicherzustellen, sollte insbesondere die Partizipation der von der Katastrophe betroffenen Menschen – einschließlich der bei Katastrophen am meisten gefährdeten Gruppen und Einzelpersonen – maximiert werden.

Gefährdung und Leistungsfähigkeit der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppe

Dieser Absatz ist im Zusammenhang mit den Grundstandards zu betrachten und soll diese untermauern.

Es ist wichtig, eines zu verstehen: Die Tatsache, dass man jung oder alt, weiblich, behindert oder HIV-infiziert ist, lässt nicht kategorisch darauf schließen, dass man schutzbedürftig oder besonders gefährdet oder anfällig ist. Dies ergibt sich vielmehr aus einem Zusammenspiel mehrerer Faktoren: So ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass ein Mensch im Alter von über 70 Jahren, der alleine lebt und einen schlechten Gesundheitszustand aufweist, gefährdeter ist als ein anderer in vergleichbarem Alter und mit ähnlichem Gesundheitsstatus, der in einer Großfamilie lebt und über ausreichendes Einkommen verfügt. Gleichermaßen ist ein dreijähriges Mädchen ohne Begleitung sehr viel gefährdeter, als wenn es sich in der Obhut verantwortlicher Eltern befindet.

Bei der Umsetzung der Standards und Schlüsselaktivitäten zur Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung hilft eine Analyse der Gefährdung, Leistungsfähigkeit und Anfälligkeit dafür zu sorgen, dass im Rahmen der Katastrophenhilfe diejenigen in nicht diskriminierender Weise unterstützt werden, die ein Recht auf Unterstützung haben und am bedürftigsten sind. Hierfür ist es erforderlich, dass man umfassende Kenntnisse des lokalen Kontextes besitzt und versteht, auf welche unterschiedliche Art und Weise sich eine bestimmte Krise auf bestimmte Gruppen von Menschen mit bereits bestehender Gefährdung oder Anfälligkeit auswirkt (z. B. weil sie sehr arm sind oder diskriminiert werden), inwieweit sie besonderen Bedrohungen ausgesetzt sind (z. B. geschlechtsspezifischer Gewalt, unter anderem sexueller Ausbeutung) und wie groß die Inzidenz oder Prävalenz von Krankheiten (z. B. HIV oder Tuberkulose) und die Gefahr von Epidemien (z. B. Masern oder Cholera) ist. Katastrophen können bereits bestehende

Ungleichheiten verschärfen. Es ist sehr wichtig, die Bewältigungsstrategien sowie die Widerstands- und Regenerationsfähigkeit der Menschen zu unterstützen. Auch ihre Kenntnisse, Kompetenzen und Strategien, ihr Zugang zu sozialer, rechtlicher, finanzieller und psychosozialer Unterstützung sowie ihre Bemühungen, die verschiedenen physischen, kulturellen, wirtschaftlichen und sozialen Barrieren zu überwinden, die sie an einem gleichberechtigten Zugang zu diesen Leistungen hindern, müssen berücksichtigt und unterstützt werden.

Die folgenden Aktivitäten konzentrieren sich auf einige zentrale Bereiche, durch die sichergestellt werden kann, dass die Rechte und Fähigkeiten aller gefährdeten und anfälligen Menschen berücksichtigt werden:

- Für optimale Partizipation der Menschen sorgen; sicherstellen, dass alle repräsentativen Gruppen eingebunden werden, insbesondere diejenigen, die weniger wahrgenommen werden (z. B. Personen mit Kommunikations- oder Mobilitätsproblemen, Personen, die in Heimen leben, stigmatisierte Jugendliche und andere unter- oder nicht repräsentierte Gruppen).
- Die Daten im Rahmen der Beurteilung nach Geschlecht und Alter (0 – 80+ Jahre) aufschlüsseln – dies ist ein wichtiger Aspekt, um sicherzustellen, dass die Vielfalt der Bevölkerungsgruppen im Sektor Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung ausreichend berücksichtigt wird.
- Sicherstellen, dass das Recht auf Information über Ansprüche in einer Weise vermittelt wird, die alle Mitglieder der Bevölkerung einbezieht und für alle zugänglich ist.

Die Mindeststandards

1 Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung

In einer akuten Krise können im Hinblick auf Sofortmaßnahmen sektorübergreifende schnelle Erstbeurteilungen ausreichend sein, um zu entscheiden, ob eine Soforthilfe erforderlich ist. Diese schnellen Erstbeurteilungen sind darauf ausgelegt, schnellstmöglich eine rasche und klare Einschätzung zu einem spezifischen Kontext zu erhalten. Wahrscheinlich ist es notwendig, weitere Beurteilungen der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung vorzunehmen, die bei korrekter Durchführung mit einem erheblichen Zeit- und Ressourcenaufwand verbunden sind. Die Beurteilung ist ein kontinuierlicher Prozess, insbesondere in langwierigen Krisen (protracted crises), und sollte als Informationsgrundlage für die Zielgruppenbestimmung (Targeting) und die Entscheidungsfindung im Rahmen des Hilfsmanagements dienen.

Im Idealfall überschneiden sich die Beurteilungen der Nahrungsmittelsicherheit und der Ernährung und dienen der Identifizierung der Barrieren, die einer angemessenen Ernährung im Wege stehen, und der Maßnahmen zur Verbesserung der Verfügbarkeit und des Zugangs zu Nahrung sowie der optimalen Verwertung der aufgenommenen Nahrung. Checklisten für die Beurteilung sind in Anhang 1: Checklisten für die Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und der Existenzgrundlagen, 2: Checkliste für die Beurteilung der Saatgutsicherheit, und 3: Checkliste für die Ernährungsbeurteilung, beigefügt.

Die beiden Standards Nahrungsmittelsicherheit und Ernährungsbeurteilung schließen an den Grundstandard 3 (siehe Seite 69) an und gelten jeweils, wenn Maßnahmen in den Bereichen Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung geplant sind oder entsprechende Lobbyarbeit betrieben wird.

Standard 1 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung: Nahrungsmittelsicherheit

Falls die Betroffenen einem erhöhten Risiko von Nahrungsmittelunsicherheit ausgesetzt sind, werden unter Einsatz anerkannter Methoden Beurteilungen durchgeführt, um die Art, den Grad und das Ausmaß der Nahrungsmittelunsicherheit zu verstehen, die am stärksten betroffenen Personen zu identifizieren und die am besten geeigneten Maßnahmen zu definieren.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Eine Methodik anwenden, die auf weithin anerkannten Grundsätzen basiert, und diese Methodik im Beurteilungsbericht umfassend darlegen (siehe Richtlinie 1).
- Im Anfangsstadium der Beurteilung Informationen sammeln und analysieren (siehe Richtlinie 2).
- Die Auswirkungen der Nahrungsmittelunsicherheit auf den Ernährungsstatus der Bevölkerung analysieren (siehe Richtlinie 4).
- Die Beurteilung weitmöglichst auf die lokalen Kapazitäten, einschließlich formeller und informeller Institutionen, ausrichten (siehe Richtlinie 9).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Nahrungsmittelsicherheit und Existenzgrundlagen der Einzelnen, der Haushalte und der Gemeinschaften werden untersucht, um eine Orientierungshilfe für die Einsätze zu erhalten (siehe Richtlinien 3-9).
- Die Ergebnisse der Beurteilung sind in einem analytischen Bericht zusammengefasst, der klare Empfehlungen für Aktivitäten im Hinblick auf die am stärksten gefährdeten und anfälligen Personen und Gruppen umfasst (siehe Richtlinien 1-10).
- Die Hilfsmaßnahme richtet sich nach dem unmittelbaren Nahrungsbedarf der Menschen, berücksichtigt jedoch auch die Absicherung der Existenzgrundlagen und die Förderung von Existenzsicherungsstrategien (siehe Richtlinie 10).

Richtlinien

1. ***Methodik:*** Der Umfang der Beurteilungen und der Samplingverfahren ist von Bedeutung, selbst wenn sie informell sind. Die Beurteilungen der Nahrungsmittelsicherheit sollten klare Ziele verfolgen und auf international

anerkannte Methoden zurückgreifen. Eine Bestätigung durch unterschiedliche Informationsquellen (z. B. Erntebeurteilungen, Satellitenbilder und Haushaltsbeurteilungen) ist von grundlegender Bedeutung, um zu einer korrekten Schlussfolgerung zu gelangen (siehe Grundstandard 3, Seite 69, und Weiterführende Literatur, Seite 268).

2. ***Informationsquellen:*** Zur Lage vor der Katastrophe können sekundäre Informationen vorliegen. Da Männer und Frauen bei der Sicherung der Ernährung des Haushalts unterschiedliche und komplementäre Rollen spielen, sollten diese Informationen möglichst nach dem Geschlecht aufgeschlüsselt werden (siehe Grundstandard 3, Seite 69 und Anhang 1: Checkliste für die Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und der Existenzgrundlagen).

3. ***Nahrungsmittelverfügbarkeit, -zugang, -verbrauch und -verwertung:*** Im Nahrungsmittelverbrauch kommt die Energie- und Nährstoffzufuhr der einzelnen Personen eines Haushalts zum Ausdruck. In der Praxis ist es nicht möglich, den tatsächlichen Energie- und Nährstoffgehalt zu ermitteln. Änderungen bei der Anzahl der Mahlzeiten vor und nach einer Katastrophe können ein einfacher, aber aufschlussreicher Indikator für Änderungen bei der Nahrungsmittelsicherheit sein. 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. Dadurch erhält man einen guten Stellvertreterindikator, insbesondere in Korrelation mit dem sozioökonomischen Status eines Haushalts sowie mit der gesamten Energiezufuhr über die Nahrung und mit der Nahrungsqualität. Die folgenden Instrumente können solide Anhaltspunkte zu Mustern des Nahrungsverbrauchs und entsprechenden Problemen geben: der Jahreszeitenkalender, der „Household Dietary Diversity Score“ (von der FAO entwickeltes Instrument zur Messung des Nahrungsmittelzugangs von Haushalten), die „Household Food Insecurity Access Scale“ (US-Instrument zur Einschätzung der Prävalenz von Nahrungsmittelunsicherheit) oder der „Food Consumption Score“ (Instrument des UN-Welternährungsprogramms zur Messung der Ausgewogenheit der Ernährung).

4. ***Nahrungsmittelunsicherheit und Ernährungsstatus:*** Nahrungsmittelunsicherheit ist eine von drei grundlegenden Ursachen von Unterernährung. Es wäre jedoch falsch anzunehmen, dass es sich dabei um die einzige Ursache von Unterernährung handelt.

5. ***Kontext*:** Nahrungsmittelunsicherheit kann das Ergebnis allgemeinerer makroökonomischer und struktureller soziopolitischer Faktoren sein, unter anderem der nationalen und internationalen politischen Leitlinien, von Prozessen oder Institutionen, die sich darauf auswirken, inwiefern

die von einer Katastrophe betroffene Bevölkerung Zugang zu Nahrung mit ausreichendem Nährwert hat, und von Umweltzerstörung auf lokaler Ebene. Dies wird gewöhnlich als chronische Nahrungsmittelunsicherheit definiert, ein langfristiger Zustand, der aus strukturellen Gefährdungen und Anfälligkeiten resultiert, die durch die Auswirkungen einer Katastrophe noch verstärkt werden können. Die lokalen und regionalen Informationssysteme im Bereich Nahrungsmittelsicherheit, unter anderem Hunger-Frühwarnsysteme und die „Integrated Food Security Phase Classification" (ein standardisiertes Instrument zur Klassifizierung der Nahrungsmittelsicherheit) sind wichtige Mechanismen für die Analyse der Informationen.

6. ***Maßnahmenanalyse*:** Die Nahrungsmittelsicherheit variiert je nach: den Existenzgrundlagen der Menschen, ihrem Aufenthaltsort, den Marktsystemen, ihrem Zugang zu Gebietsmärkten, ihrem gesellschaftlichen Status (einschließlich Geschlecht und Alter), der Jahreszeit, der Art der Katastrophe und der entsprechenden Maßnahmen. Die Beurteilung sollte sich schwerpunktmäßig damit befassen, wie die betroffene Bevölkerung vor der Katastrophe Nahrungsmittel erworben und Einkommen erzielt hat und wie sie dies jetzt bewältigt. Falls es sich um Vertriebene handelt, muss auch die Nahrungsmittelsicherheit der aufnehmenden Bevölkerung berücksichtigt werden. Die Beurteilung sollte zudem eine Analyse der Märkte, Banken, Finanzinstitute oder sonstiger lokaler Transfermechanismen im Falle von Bargeldtransfers und der Nahrungsmittel-Lieferketten einschließlich der damit verbundenen Risiken umfassen (siehe Grundsatz 1 zum Schutz, Seite 38). Dies erleichtert die Beurteilung der Machbarkeit von Interventionen mit Bargeld- oder Nahrungsmitteltransfers und die Entwicklung sicherer und effizienter Liefermechanismen.

7. Eine ***Marktanalyse*** sollte im Rahmen der Erst- und der weiteren Beurteilungen erfolgen. Die Analyse der Märkte sollte folgende Aspekte umfassen: die Preisentwicklung, die Verfügbarkeit grundlegender Güter und Dienstleistungen, die Auswirkungen der Katastrophe auf die Marktstrukturen und die erwartete Erholungsphase. Wenn man versteht, inwiefern die Märkte nach einer Katastrophe in der Lage sind, Beschäftigung, Nahrungsmittel und wichtige Güter und Dienstleistungen bereitzustellen, kann dies die Entwicklung rechtzeitiger, kosteneffizienter und angemessener Maßnahmen zur Verbesserung der lokalen Wirtschaftslage unterstützen. Die Marktsysteme können nach einer Katastrophe über die kurzfristigen Bedürfnisse hinausgehen, um die Existenzgrundlagen durch Bereitstellung produktiver Güter (Saatgut, Werkzeuge usw.) zu sichern und die Nachfrage nach Beschäftigung aufrechtzuerhalten. Nach Möglichkeit sollten Programme zur Unterstützung des lokalen Einkaufs entwickelt werden (siehe Nahrungssicherheit – Standard 4 zu Nahrungsmitteltransfers,

Richtlinien 2-3, Seite 219; Nahrungssicherheit – Standard 1 zur Existenzsicherung, Richtlinie 7, Seite 240; und Nahrungssicherheit – Standard 3 zur Existenzsicherung, Richtlinie 2, Seite 246).

8. ***Bewältigungsstrategien:*** Bei der Beurteilung und Analyse sollte berücksichtigt werden, welche unterschiedlichen Arten von Bewältigungsstrategien angewandt werden, wer diese wann anwendet, wie gut sie funktionieren und welcher Art (gegebenenfalls) deren nachteilige Auswirkungen sind. Zu empfehlen sind dabei Instrumente wie der „Coping Strategies Index" (Index zur Beurteilung der Strategien von Haushalten zur Bewältigung von Nahrungsmittelunsicherheit). Obwohl die Strategien variieren können, sind bestimmte Stadien der Bewältigung auszumachen. Einige Bewältigungsstrategien sind normal und positiv und können unterstützt werden. Andere Strategien, zuweilen als „Krisenstrategien" bezeichnet, können die künftige Nahrungsmittelsicherheit dauerhaft untergraben (Verkauf von Land, Armutsmigration ganzer Familien oder Abholzung von Wäldern). Einige Bewältigungsstrategien, die von Frauen und Mädchen angewandt oder diesen aufgezwungen werden, können sich signifikant und nachteilig auf deren Gesundheit, psychisches Wohlbefinden und soziale Integration auswirken. Ferner können sich die Bewältigungsstrategien auf die Umwelt auswirken, etwa durch Übernutzung natürlicher Ressourcen im Gemeinschaftsbesitz. Bei der Analyse sollte eine Existenzsicherungsschwelle zur Identifizierung der am besten geeigneten Kombination derjenigen Maßnahmen definiert werden, die dafür sorgen, dass die Nahrungsmittelsicherheit gewahrt und unterstützt wird, bevor alle nicht schädlichen Optionen ausgeschöpft sind (siehe Grundsätze 1-2 zum Schutz, Seiten 38-41).

9. ***Partizipative Analyse von Gefährdung und Anfälligkeit:*** In allen Stadien der Beurteilung ist eine sinnvolle Beteiligung der unterschiedlichen Gruppen von Frauen und Männern und geeigneter lokaler Organisationen und Institutionen überaus wichtig. Die Programme sollten auf den örtlichen Kenntnissen aufbauen, sich nach dem Bedarf richten und an den lokalen Kontext angepasst sein. In Regionen, die von häufigen Naturkatastrophen oder lange andauernden Konflikten geprägt sind, sind eventuell lokale Frühwarn- und Notfallhilfesysteme oder -netzwerke und Notfallpläne vorhanden, die in die Beurteilung integriert werden sollten. Es ist von entscheidender Bedeutung, Frauen in die Gestaltung und Umsetzung der Projekte einzubeziehen (siehe Grundsätze 2-4 zum Schutz, Seiten 41-47).

10. ***Unmittelbarer Bedarf und langfristige Planung:*** Interventionen mit dem Ziel, den unmittelbaren Nahrungsbedarf zu decken, können Nahrungsmitteltransfers sowie Bargeld- und Gutscheintransfers umfassen. Diese können entweder als eigenständige Interventionen konzipiert oder mit anderen Existenzsicherungsmaßnahmen kombiniert werden. Während die Deckung des

unmittelbaren Bedarfs und der Erhalt der Produktionsmittel zu Beginn einer Krise Priorität haben, müssen die Maßnahmen immer mit einer langfristigen Perspektive geplant werden und unter anderem die Auswirkungen des Klimawandels auf die Sanierung der geschädigten Umwelt im Blick behalten.

Standard 2 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung: Ernährung

Falls ein erhöhtes Risiko von Unterernährung besteht, werden unter Einsatz international anerkannter Methoden Beurteilungen durchgeführt, um die Art, den Grad und das Ausmaß der Unterernährung zu verstehen und die am stärksten betroffenen und gefährdeten Personen sowie die geeigneten Maßnahmen zu identifizieren.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die vorhandenen Informationen aus der Zeit vor der Katastrophe und aus den Erstbeurteilungen zusammenführen, um die Art und den Ernst des Ernährungsproblems herauszustellen (siehe Richtlinien 1-6).
- Die Gruppen mit dem größten Bedarf an Nahrungsmittelhilfe und die zugrunde liegenden Faktoren identifizieren, die den Ernährungsstatus beeinflussen können (siehe Richtlinien 1-2).
- Ermitteln, ob qualitative oder quantitative Beurteilungen auf Bevölkerungsebene erforderlich sind, um den anthropometrischen Status, den Mikronährstoffstatus, die Säuglings- und Kleinkindernährung, die Praktiken mütterlicher Fürsorge und die damit verbundenen möglichen Determinanten der Unterernährung besser messen und verstehen zu können (siehe Richtlinien 1-2).
- Die Meinungen der lokalen Gemeinschaft und anderer lokaler Beteiligter zu den möglichen Determinanten der Unterernährung berücksichtigen (siehe Richtlinie 7).
- Eine Beurteilung der nationalen und lokalen Fähigkeit, die Intervention zu leiten bzw. zu unterstützen, beifügen (siehe Richtlinien 1 und 8).
- Die Informationen der Ernährungsbeurteilung nutzen, um zu ermitteln, ob die Lage stabil ist oder sich verschlechtert (siehe Richtlinien 7-8).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Sowohl für die anthropometrischen wie auch die nicht anthropometrischen Beurteilungen wird eine Methodik für Beurteilung und Analyse angewandt,

die standardisierte Indikatoren umfasst und sich nach weithin anerkannten Grundsätzen richtet (siehe Richtlinien 3-6).

- Die Beurteilungsergebnisse werden in einem analytischen Bericht dargelegt, der eindeutige Empfehlungen für Aktivitäten enthält, die auf die am stärksten gefährdeten Personen und Gruppen ausgerichtet sind (siehe Richtlinien 3-6).

Richtlinien

1. ***Kontextinformationen:*** Informationen zu den Ursachen der Unterernährung können aus Primär- oder Sekundärquellen bezogen werden, unter anderem aus vorliegenden Gesundheits- und Ernährungsprofilen, Forschungsberichten, Frühwarninformationen, den Akten von Gesundheitszentren, Berichten zur Nahrungsmittelsicherheit und auf Gemeindeebene organisierter Gruppen. Falls für bestimmte Bereiche der Beurteilung oder der potenziellen Intervention keine Informationen zur Verfügung stehen, sollte auf andere Quellen zurückgegriffen werden, etwa demografische Untersuchungen des Gesundheitszustandes, „Multi Indicator Cluster Surveys“ (UNICEF-Initiative zur Befragung von Haushalten), sonstige landesweite Befragungen zur Gesundheit und Ernährung, das „Nutrition Landscape Information System“ der WHO (internetbasiertes Tool zur Abfrage von länderbezogenen Daten zu Ernährung und Gesundheit), das „Vitamin and Mineral Nutrition Information System“ der WHO (Programm zur Beurteilung des Mikronährstoffstatus von Bevölkerungsgruppen), die „Complex Emergency Database“ (CE-DAT, internationale Initiative zur Überwachung und Evaluierung des Gesundheitsstatus in Katastrophensituationen), das UN-Informationssystem „Nutrition in Crisis Situations“ (NICS, Ernährung in Krisensituationen), nationale Systeme zur Ernährungsüberwachung, Aufnahmeraten und den Erfassungsgrad bestehender Programme zum Management von Mangelernährung. Falls repräsentative Daten vorhanden sind, ist es besser, die Tendenzen des Ernährungsstatus im Zeitverlauf zu betrachten, als die Prävalenz von Mangelernährung zu einem bestimmten Zeitpunkt zu untersuchen (siehe Anhang 3: Checkliste für die Ernährungsbeurteilung). Die Ernährungsbeurteilung sollte in den Kontext der breiter angelegten Beurteilungen gestellt werden, insbesondere der Beurteilung der öffentlichen Gesundheit und der Nahrungsmittelsicherheit. Zur Identifizierung von Defiziten und als Richtschnur für Maßnahmen sollten Informationen zu bestehenden Ernährungsinitiativen, ihrer Leistungsfähigkeit und der lokalen und nationalen Reaktionsfähigkeit gesammelt werden.

2. ***Umfang der Analyse:*** Nach der Erstbeurteilung ist nur dann eine ausführliche Beurteilung durchzuführen (siehe Grundstandard 3, Seite 69), wenn Informationslücken identifiziert wurden und weitere Informationen als Datenbasis für die Entscheidungsfindung zu Programmen, die Messung der Programmergebnisse oder für Zwecke der Lobbyarbeit benötigt werden. Eine tiefge-

hende, detaillierte Ernährungsbeurteilung beruht auf einer Reihe möglicher Beurteilungsansätze, unter anderem: anthropometrischen Untersuchungen, Beurteilungen der Säuglings- und Kleinkindernährung, Mikronährstoffuntersuchungen und Ursachenanalysen. Außerdem können Systeme zur Ernährungsbeobachtung und -überwachung genutzt werden.

3. ***Methodik:*** Bei Ernährungsbeurteilungen jeder Art sollten klare Ziele verfolgt, international anerkannte Methoden angewandt, in Bezug auf Ernährung besonders anfällige Individuen identifiziert und ein Verständnis für die Faktoren, die zur Unterernährung beitragen, geschaffen werden. Der Beurteilungs- und Analyseprozess sollte dokumentiert und in logischer und transparenter Weise in einem rechtzeitig vorlegten Bericht dargelegt werden. Die Beurteilungsansätze müssen unparteiisch und repräsentativ sein und zwischen den Organisationen und Regierungen gut koordiniert werden, sodass die Informationen komplementär, konsistent und vergleichbar sind. Die gemeinsame Beurteilung der Lage durch mehrere Hilfsorganisationen (multi-agency assessment) kann bei der Beurteilung groß angelegter multi-technischer Vorhaben und großflächiger geografischer Bereiche hilfreich sein.

4. ***Anthropometrische Untersuchungen:*** sind repräsentative Querschnittsuntersuchungen auf der Basis von Stichproben oder eines umfassenden Screenings. Durch anthropometrische Untersuchungen erhält man eine Einschätzung zur Prävalenz von (chronischer und akuter) Mangelernährung. Sie sollten primär über die Standardabweichungen vom Verhältnis Körpergewicht zu Körpergröße entsprechend den WHO-Standards (siehe Anhang 4: Messung von akuter Mangelernährung) Auskunft geben. Auch die Standardabweichungen vom Verhältnis Körpergewicht zu Körpergröße entsprechend dem National Center for Health Statistics (NCHS, zentrale US-Behörde für Gesundheitsstatistik) können angegeben werden, damit ein Vergleich mit früheren Untersuchungen möglich ist. Die anthropometrischen Untersuchungen sollten zudem Messwerte für Auszehrung und schwere Auszehrung anhand des mittleren Oberarmumfangs (Mid Upper Arm Conference, MUAC) umfassen. Ernährungsödeme sollten gesondert beurteilt und erfasst werden. Die Konfidenzintervalle für die Prävalenz von Mangelernährung sollten angegeben, die Qualitätssicherung in Bezug auf die Untersuchungen dargelegt werden. Dies kann durch den Einsatz der vorhandenen Instrumente geschehen (z. B. das Handbuch und die Instrumente der Methodik des „Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions“ (SMART, Programm zur Überwachung und Evaluierung von humanitären Hilfsmaßnahmen), oder die Software ENA und die Info-Software EPI). Das gängigste Verfahren ist die Beurteilung der Mangelernährung bei Kindern im Alter von 6-59 Monaten stellvertretend für die Bevölkerung insgesamt. Falls jedoch andere Gruppen möglicherweise in stärkerem Maße betroffen oder mit einem höheren Ernährungsrisiko konfrontiert sind, sollte eine Beurteilung

dieser Gruppen erwogen werden (siehe Anhang 4: Messung von akuter Mangelernährung).

5. ***Nicht anthropometrische Indikatoren:*** Neben den anthropometrischen Daten sind weitere Informationen sehr wichtig. Um die Qualität der Untersuchung nicht zu beeinträchtigen, sollten diese jedoch sorgfältig ausgewählt und eingegrenzt werden, bevor sie den anthropometrischen Untersuchungen beigefügt werden. Zu diesen Indikatoren zählen die Durchimpfungsraten, insbesondere für Masern, die Vitamin-A-Supplementierung, Mikronährstoffmängel und die WHO-Indikatoren für Säuglings- und Kleinkindernährung (WHO Infant and Young Child Feeding Indicators (IYCF)). Bei Bedarf können die rohe Sterberate und die Sterberaten von Säuglingen und Kindern unter fünf Jahren gemessen werden.

6. ***Mikronährstoffmängel:*** Falls die Bevölkerung vor der Katastrophe bekanntermaßen unter einem Mangel an Vitamin A, Jod oder Zink oder an einer Eisenmangelanämie gelitten hat, wird dies durch eine Katastrophe aller Wahrscheinlichkeit nach verschärft. Es kann zu einem Ausbruch von Pellagra, Beriberi, Skorbut oder sonstiger Mikronährstoffmangelerkrankungen kommen, was bei der Planung und Analyse der Beurteilungen berücksichtigt werden sollte. Falls Personen mit einer dieser Mangelerscheinungen in einem Gesundheitszentrum vorstellig werden, ist dies ein wahrscheinlicher Indikator für den unzureichenden Zugang zu angemessener Ernährung und vermutlich ein bevölkerungsweites Problem. Die Beurteilung von Mikronährstoffmängeln kann direkt oder indirekt erfolgen. Die indirekte Beurteilung umfasst eine Schätzung der Nährstoffzufuhr auf Bevölkerungsebene und die Extrapolation des Mangelrisikos durch Prüfung der verfügbaren Daten zum Zugang zu Nahrung, zur Verfügbarkeit und Verwertung von Nahrung (siehe Standard 1 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung, Seite 172) und durch Beurteilung der Angemessenheit der Essensration (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 1 zu Nahrungsmitteltransfers, Seite 207). Die direkte Beurteilung umfasst, sofern machbar, die Messung des klinischen oder subklinischen Mangels bei einzelnen Patienten oder in einer Bevölkerungsstichprobe, z. B. die Messung des Hämoglobins während der Untersuchungen, wobei die Prävalenz von Anämie stellvertretend für die Messung von Eisenmangel herangezogen werden kann.

7. ***Interpretation des Unterernährungsgrades:*** Um zu entscheiden, ob der Grad an Unterernährung ein Eingreifen erfordert, ist eine detaillierte Analyse der Lage vor dem Hintergrund der Bevölkerungsgröße und -dichte sowie der Morbiditäts- und Mortalitätsraten der Referenzbevölkerung erforderlich (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 1, Richtlinie 3, Seite 360). Dies erfordert außerdem eine Berücksichtigung der Gesundheitsindikatoren, der saisonalen Schwankungen, der Indikatoren für die Säuglings-

und Kleinkindernährung, des Unterernährungsgrades vor der Katastrophe, des Ausmaßes von Mikronährstoffmängeln (siehe Anhang 5: Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmängeln für die öffentliche Gesundheit), des Anteils schwerer akuter Mangelernährung im Vergleich zur gesamten akuten Mangelernährung und weiterer Faktoren, welche die Ursachen, die der Unterernährung zugrunde liegen, beeinflussen. Eine Kombination komplementärer Informationssysteme kann die kosteneffizienteste Art der Überwachung von Trends darstellen. Wann immer dies möglich ist, sollten lokale Institutionen und Bevölkerungsgruppen in die Überwachungstätigkeiten, die Interpretation der Ergebnisse und die Planung von Maßnahmen einbezogen werden. Die Anwendung von Modellen und Ansätzen zur Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung einer Reihe von Variablen, unter anderem Nahrungsmittelsicherheit, Existenzgrundlagen, Gesundheit und Ernährung, kann angebracht sein (siehe Standard 1 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Nahrung, Richtlinie 5, Seite 173).

8. ***Entscheidungsfindung:*** Die Ergebnisse der Beurteilung sollten den Entscheidungen über Maßnahmen im Hinblick auf das Management von Mangelernährung zugrunde gelegt werden. Um Entscheidungen über die Durchführung einer allgemeinen Nahrungsmittelverteilung oder sonstiger Maßnahmen zur Präventiv- oder Sofortbehandlung in der akuten Phase einer Katastrophe zu treffen, muss nicht auf die Ergebnisse detaillierter Beurteilungen gewartet werden. Wenn Beurteilungen durchgeführt werden, müssen die Ergebnisse als Informationsbasis für die Aktivitäten dienen. Die Entscheidungsfindung sollte auf dem Verständnis der Unterernährung entsprechend dem konzeptionellen Rahmen, den Ergebnissen der Ernährungsbeurteilungen und der bestehenden Reaktionsfähigkeit der betroffenen Bevölkerung basieren.

2 Säuglings- und Kleinkindernährung

Eine suboptimale Säuglings- und Kleinkindernährung erhöht die Gefährdung durch und Anfälligkeit für Unterernährung, Krankheit und Tod. Im Katastrophenfall bestehen erhöhte Risiken, und die Jüngsten weisen die höchste Gefährdung und Anfälligkeit auf. Die folgenden Ernährungsmethoden sorgen für optimale Überlebenschancen und verringern die Morbidität bei Kindern unter 24 Monaten: früher Beginn des ausschließlichen Stillens, sechs Monate lang ausschließliches Stillen, weiteres Stillen bis 24 Monate oder länger und Einführung einer angemessenen, geeigneten und sicheren Zufütterung im Alter von 6 Monaten.

Bei der Säuglings- und Kleinkindernährung (infant and young child feeding, IYCF) geht es um Interventionen im Hinblick auf die Sicherung und Unterstützung des Ernährungsbedarfs von gestillten ebenso wie nicht gestillten Säuglingen und Kleinkindern. Zu den vorrangigen Interventionen gehören Stillschutz und -unterstützung, die Minimierung der Risiken künstlicher Säuglingsnahrung und die Ermöglichung einer geeigneten und sicheren Zufütterung. Besondere Beachtung muss Säuglingen und Kleinkindern in außerordentlich schwieriger Lage gewidmet werden, etwa Bevölkerungsgruppen mit HIV-Prävalenz, Waisen, Säuglingen mit niedrigem Geburtsgewicht (LBW) oder mit schwerer Mangelernährung. Der Schutz und die Unterstützung einer gesunden Ernährung sowie der körperlichen und psychischen Gesundheit von schwangeren und stillenden Frauen ist für das Wohlergehen von Mutter und Kind von entscheidender Bedeutung. Zu berücksichtigen sind zudem die besonderen Bedürfnisse von Betreuungspersonen wie Großeltern, allein erziehenden Vätern oder Geschwistern. Für die Sicherung und angemessene, rechtzeitige Deckung des allgemeinen Nahrungsbedarfs von Säuglingen und Kleinkindern und deren Müttern ist ein sektorübergreifendes Engagement wesentlich. Die Säuglings- und Kleinkindernährung ist fester Bestandteil zahlreicher Standards in diesem Kapitel und überschneidet sich mit anderen Kapiteln.

Standard 1 zur Säuglings- und Kleinkindernährung: Politische Leitlinien und Koordinierung

Durch die Umsetzung zentraler politischer Leitlinien und enge Koordinierung ist eine sichere und angemessene Säuglings- und Kleinkindernährung für die Bevölkerung gesichert.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Bestimmungen der „Operational guidance on infant and young child feeding in emergencies“ (IFE, Leitlinien zur Säuglings- und Kleinkindernährung für den Einsatz in Notfallsituationen) und des „International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes“ und der nachfolgenden einschlägigen Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA) (zusammen als „der Kodex“ bekannt) befolgen (siehe Richtlinien 1-2).
- Möglichst keine Spenden in Form von Muttermilchersatzprodukten (Breastmilk Substitutes, BMS), sonstigen Milchprodukten, Flaschen und Saugern erbitten oder annehmen (siehe Richtlinie 2).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Auf nationaler Ebene oder auf Ebene der Hilfsorganisationen werden Leitlinien zur Säuglings- und Kleinkindernährung festgelegt, die den IFE-Leitlinien für den Einsatz angepasst sind (siehe Richtlinie 1).
- In jeder Notfallsituation wird eine federführende Koordinierungsstelle zur Säuglings- und Kleinkindernährung (IFYC) bestimmt (siehe Richtlinie 1).
- Eine Stelle zur Koordinierung von Spenden in Form von Muttermilchersatzprodukten, sonstigen Milchprodukten, Flaschen und Saugern wird bestimmt (siehe Richtlinie 2).
- Verstöße gegen den Kodex werden überwacht und gemeldet (siehe Richtlinien 1-2).

Richtlinien

1. ***Politische Leitlinien, Koordinierung und Kommunikation:*** Zu den Dokumenten, die den Notfallprogrammen als zentrale politische Leitlinien zugrunde liegen müssen, gehören die IFE-Leitlinien für den Einsatz und der Verhaltenskodex der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung und der Nichtregierungsorganisationen (NRO) in der Katastrophenhilfe (für weitere Informationen siehe Quellen und weiterführende Literatur). Die WHA-Resolution 63.23 (2010) fordert von den Mitgliedstaaten, dafür zu sorgen,

dass die nationalen und internationalen Bereitschaftspläne und Notfallmaßnahmen den IFE-Leitlinien für den Einsatz entsprechen. Katastrophenvorbeugung umfasst die Entwicklung von Leitlinien, Orientierungshilfen und Schulungen zur Säuglings- und Kleinkindernährung in Notfallsituationen, die Identifizierung von Quellen für Muttermilchersatzprodukte, die mit dem Verhaltenskodex vereinbar sind, und von ergänzenden Nahrungsmitteln. In jeder Notfallsituation sollte eine federführende Koordinierungsstelle zur Säuglings- und Kleinkindernährung bestimmt werden. Die Überwachung und Meldung von Verstößen gegen den Verhaltenskodex trägt wesentlich dazu bei, für mehr Verantwortlichkeit (accountability) zu sorgen. Eine klare, stetige Kommunikation mit der betroffenen Bevölkerung und in Pressemitteilungen hat entscheidenden Einfluss auf die Maßnahmen.

2. ***Umgang mit Milch und Milchprodukten:*** Milch und Milchprodukte sollten nicht in Verteilungen ohne genau abgegrenzte Zielgruppe aufgenommen werden (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 2 zu Nahrungsmitteltransfers, Richtlinie 5, Seite 215). Bei Indikationen für künstliche Säuglingsnahrung und dem entsprechenden Management sollten die IFE-Leitlinien für den Einsatz und der Verhaltenskodex, idealerweise unter der Führung der benannten IFE-Koordinierungsstelle, eingehalten werden. In Notfallsituationen sollten keine Spenden in Form von Muttermilchersatzprodukten, Milchprodukten, Flaschen und Saugern erbeten oder angenommen werden. Alle eingehenden Spenden sollten der Kontrolle einer benannten Stelle unterstellt werden. Über den Umgang mit den Spenden sollte die IFE-Koordinierungsstelle entscheiden.

Standard 2 zur Säuglings- und Kleinkindernährung: Grundlegende und qualifizierte Unterstützung

Die Mütter und Betreuungspersonen von Säuglingen und Kleinkindern haben Zugang zu zügiger und geeigneter Unterstützung bei der Ernährung, sodass die Risiken minimiert und Ernährung, Gesundheit und Überlebenschancen optimiert werden.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Integrierte, sektorübergreifende Maßnahmen zur Gewährleistung und Unterstützung einer sicheren und angemessenen Säuglings- und Kleinkindernährung durchführen (siehe Richtlinie 1).
- Schwangeren und stillenden Frauen vorrangigen Zugang zu Nahrungsmittel-, Bargeld- und/oder Gutscheintransfers und anderen Unterstützungsmaßnahmen verschaffen (siehe Richtlinie 1).

- Maßnahmen für die Zielgruppe „schwangere und stillende Frauen und Kinder im Alter von 0-24 Monaten“ mit qualifizierter Stillberatung koppeln (siehe Richtlinien 2-7).
- Die Mütter aller Neugeborenen unterstützen, um einen frühen Beginn des ausschließlichen Stillens zu erreichen (siehe Richtlinie 3).
- Eine rechtzeitige, sichere, angemessene und geeignete Zufütterung unterstützen (siehe Richtlinie 5).
- Müttern und Betreuungspersonen, deren Säuglinge künstliche Nahrung benötigen, den Zugang zu ausreichenden, geeigneten Muttermilchersatzprodukten und entsprechender Unterstützung ermöglichen (siehe Richtlinie 6).
- Die Ernährungsunterstützung von Säuglingen und Kleinkindern in außerordentlich schwieriger Lage (Waisen, akut mangelernährte Kinder, Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht und HIV-Infizierte) in besonderem Maße berücksichtigen (siehe Richtlinien 4-7).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Messung der WHO-Standardindikatoren für einen frühen Stillbeginn, der Rate von ausschließlichem Stillen bei Kindern unter 6 Monaten und der Rate von fortgesetztem Stillen im Alter von 1 und 2 Jahren (siehe Richtlinien 2-3, 5-6).
- Betreuungspersonen haben rechtzeitigen Zugang zu geeigneter, ausgewogener und sicherer Zufütterung für Kinder von 6 bis 24 Monaten (siehe Richtlinien 5-6).
- Stillende Mütter haben Zugang zu qualifizierter Stillunterstützung (siehe Richtlinien 1-3).
- Säuglinge, die künstliche Nahrung benötigen, haben Zugang zu einer Versorgung mit geeigneten Muttermilchersatzprodukten, die mit den Vorgaben des Verhaltenskodex übereinstimmen, und zu entsprechender Unterstützung (siehe Richtlinie 5).

Richtlinien

1. ***Einfache Maßnahmen und grundlegende Interventionen:*** sind erforderlich, um im Bereich Säuglings- und Kleinkindernährung ein schützendes und unterstützendes Umfeld zu schaffen. Es gilt, wachsam zu sein und Meldungen von Schwierigkeiten beim Stillen, bei der Zufütterung bzw. der künstlichen Nahrung für Kinder im Alter von 0-24 Monaten zu untersuchen. Nicht gestillte Säuglinge brauchen dringend Unterstützung. Mütter, Betreuungspersonen sowie schwangere und stillende Frauen sollten vorrangig unterstützt werden, sodass die unmittelbaren, grundlegenden Bedürfnisse befriedigt werden.

Haushalte mit Kindern unter 24 Monaten und stillende Mütter aller Neugeborenen sollten erfasst und in die Programme zur Nahrungsmittelsicherheit einbezogen werden, um den Zugang zu angemessener Nahrung sicherzustellen. Die Zuweisung von Notunterkünften für Mütter und Betreuungspersonen ermöglicht den Zugang zu elementarer Peer-to-Peer-Unterstützung im Bereich Säuglings- und Kleinkindernährung. Die Stillunterstützung sollte von Beginn an in wichtige Leistungen, etwa zu reproduktiver Gesundheit, primärer Gesundheitsversorgung, psychosozialen Diensten und selektiven Ernährungsprogrammen, integriert werden.

2. ***Schwangere und stillende Frauen:*** Bei schwangeren und stillenden Frauen zieht eine unzureichende Nährstoffzufuhr die Gefahr von Schwangerschaftskomplikationen, Müttersterblichkeit, niedrigem Geburtsgewicht der Säuglinge und einer Verschlechterung des Ernährungsstatus der Mutter, verbunden mit einer niedrigeren Konzentration bestimmter Nährstoffe in der Muttermilch, nach sich. Ein niedriges Körpergewicht der Mutter zum Zeitpunkt der Empfängnis führt sehr häufig zu einem niedrigen Geburtsgewicht des Säuglings und ist charakteristisch für Jugendschwangerschaften. Schwangere und stillende Frauen sollten täglich Nahrungsergänzungsmittel erhalten, die den täglichen Bedarf an mehreren Mikronährstoffen decken, um die Depots der Mutter zu schützen und den Nährstoffgehalt der Muttermilch sicherzustellen, und zwar unabhängig davon, ob sie angereicherte Rationen erhalten. Falls bereits Eisen- und Folsäure-Supplemente verabreicht werden, sollte dies fortgesetzt werden. Sechs bis acht Wochen vor der Entbindung sollten die Frauen ferner Vitamin-A-Gaben erhalten. Dosierung und Zeitpunkt einer Mikronährstoff-Supplementierung sollten sich nach den internationalen Empfehlungen richten. Eine Überweisung an psychosoziale Dienste kann – insbesondere bei traumatisierten Bevölkerungsgruppen – erforderlich sein. Obwohl die Ernährungsunterstützung jugendlicher Mütter wichtig ist, dürften Programme zur Prävention von Jugendschwangerschaften den größten Effekt auf die Inzidenz von niedrigem Geburtsgewicht haben.

3. ***Ein früher Beginn ausschließlichen Stillens*** (innerhalb einer Stunde nach der Geburt) ist eine vorrangige Maßnahme zum Schutz der Gesundheit von Mutter und Säugling. Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht und deren Mütter profitieren insbesondere von kontinuierlichem gegenseitigem Hautkontakt bei der Geburt und einem frühen Beginn des ausschließlichen Stillens (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 2 zur Kindergesundheit, Richtlinie 1, Seite 375).

4. ***Stillen****:* Beim ausschließlichen Stillen erhält der Säugling nur Muttermilch und kein Wasser sowie keine andere flüssige oder feste Nahrung mit Ausnahme von erforderlichen Mikronährstoff-Supplementen oder Arzneimitteln. Dies gewährleistet in den ersten sechs Monaten eine sichere Versorgung der

Säuglinge mit Nahrung und Flüssigkeit und bietet einen aktiven Immunschutz. Das Stillen schützt auch ältere Säuglinge und Kinder, insbesondere in Situationen mit unzulänglicher Wasser- und Sanitärversorgung und schwierigen Hygienebedingungen. Daher ist es wichtig, 24 Monate oder länger zu stillen. Die Mütter, Familien, Gemeinschaften und das Gesundheitspersonal sollten davon überzeugt werden, wie bedeutend das Stillen für die Widerstandsfähigkeit ist. Akute Notfallsituationen können dieses Vertrauen erschüttern. Bei der Planung und Ressourcenzuweisung sollte eine qualifizierte Stillunterstützung für das Management schwierigerer Situationen vorgesehen werden, unter anderem bei unter Stress stehenden Bevölkerungsgruppen und akut mangelernährten Säuglingen unter sechs Monaten (siehe Standard 2 zum Management der akuten Mangelernährung und Mikronährstoffmängel, Seite 193), bei Bevölkerungsgruppen, in welchen Mischernährung gebräuchlich ist, und bei der Säuglingsernährung im Kontext von HIV (siehe Richtlinie 7).

5. ***Zufütterung*** bezeichnet den Prozess der Gabe zusätzlicher Nahrung neben der Muttermilch ab dem Alter von 6 Monaten (oder eines geeigneten Muttermilchersatzproduktes bei nicht gestillten Säuglingen). Während der Zufütterungszeit (6 bis 24 Monate) spielt das Stillen bei der sicheren Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit weiterhin eine große Rolle. Nicht gestillte Säuglinge benötigen Unterstützung, damit das Ernährungsdefizit ausgeglichen werden kann. Die Anbindung an Programme zur Nahrungsmittelsicherheit ist bei der Unterstützung der Zufütterung von wesentlicher Bedeutung. Falls eine Bevölkerungsgruppe von Nahrungsmittelhilfe abhängig ist, sollte die allgemeine Ration mit Nahrungsmitteln ergänzt werden, die mit Mikronährstoffen angereichert sind. Möglicherweise ist eine pauschale Bereitstellung von Zufütterungsnahrung erforderlich. Für unterschiedliche Notfallsituationen sind klare Kriterien für die Einbeziehung, Anwendung und Dauer lipidbasierter Nährstoffergänzungen während der Zufütterungszeit erforderlich. Therapeutische Fertignahrung ist keine Zufütterungsnahrung. Die Verteilung von Zufütterungsnahrung sollte mit praktischen Hinweisen und einer Demonstration der Zubereitung einhergehen. Der Einsatz von Mikronährstoff-Supplementierung, einschließlich Vitamin A, sollte in Übereinstimmung mit den jüngsten Empfehlungen erfolgen. Bei Säuglingen mit niedrigem Geburtsgewicht und Kleinkindern kann eine Eisen-Supplementierung hilfreich sein. Falls die Bevölkerung in einem Malaria-Endemiegebiet lebt, sollten Kinder, die anämisch sind und unter Eisenmangel leiden, eine Eisen-Supplementierung in Verbindung mit geeigneten Maßnahmen zur Malariabekämpfung erhalten.

6. ***Künstliche Säuglingsnahrung:*** Bei Säuglingen, die nicht gestillt werden, ist zur Untersuchung der Ernährungsoptionen eine frühzeitige Identifizierung und Beurteilung durch qualifiziertes Personal erforderlich. Falls das Stillen durch die Mutter nicht möglich ist, spielt Spendermilch, vor allem in Form von Fremdstillen, eine wichtige Rolle, insbesondere bei der Ernährung im frühen

Säuglingsalter und bei Säuglingen mit niedrigem Geburtsgewicht. Falls künstliche Nahrung unabdingbar ist, benötigen die Mütter und Betreuungspersonen einen gesicherten Zugang zu einer ausreichenden Menge an geeigneten Muttermilchersatzprodukten, solange dies erforderlich ist (mindestens bis die Säuglinge 6 Monate alt sind), sowie zu den entsprechenden wesentlichen Hilfen (Wasser, Brennstoff, Lagermöglichkeiten, Wachstumsüberwachung, medizinische Versorgung, Zeit). Bei Säuglingen unter 6 Monaten, die Mischnahrung erhalten, sollte ein Wechsel zum ausschließlichen Stillen unterstützt werden. Aufgrund der Reinigungsschwierigkeiten sollten keine Babyflaschen verwendet werden. In Programmen zur Unterstützung künstlicher Säuglingsnahrung sollten die Praktiken der Bevölkerung im Bereich Säuglings- und Kleinkindernährung anhand von Standardindikatoren überwacht werden, um sicherzustellen, dass das Stillen nicht unterlaufen wird. Auf individueller und auf Bevölkerungsebene sollte eine Überwachung der Morbidität mit besonderem Fokus auf Diarrhoe erfolgen. Bei nicht gestillten Säuglingen unter 6 Monaten ist eine niedrig dosierte Vitamin-A-Supplementierung zu erwägen.

7. ***HIV und Säuglingsernährung:*** Bei der Ermittlung der besten Ernährungsoption für Säuglinge von HIV-infizierten Müttern steht die Maximierung der Überlebenschancen des HIV-freien Kindes im Vordergrund. Bei Müttern mit unbekanntem oder negativem HIV-Status sollte entsprechend den allgemeinen Empfehlungen zur Säuglings- und Kleinkindernährung für die Bevölkerungsgruppen das Stillen unterstützt werden (siehe Richtlinien 3-5). Bei HIV-infizierten Müttern kann eine anti-retrovirale (ARV) Therapie in Kombination mit dem Stillen eine postnatale HIV-Übertragung signifikant verringern. Hier sollte ein beschleunigter Zugang zu einer ARV-Therapie Vorrang haben (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 2 zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit, Seite 380). Unter Notfallbedingungen sind die Risiken für Säuglinge in Verbindung mit Ersatznahrung noch gravierender. Dies bedeutet, dass Säuglinge von HIV-infizierten Müttern und HIV-infizierte Säuglinge durch das Stillen höhere Überlebenschancen haben, zumal wenn eine ARV-Therapie noch nicht zur Verfügung steht. Säuglinge, die bereits Ersatznahrung erhalten, benötigen dringende Unterstützung im Bereich künstliche Nahrung (siehe Richtlinie 6).

3 Management von akuter Mangelernährung und von Mikronährstoffmängeln

Akute Mangelernährung und Mikronährstoffmängel sind mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko für die betroffenen Personen verbunden. Bei entsprechend hoher Prävalenz oder hohem Risiko ist es daher erforderlich, den Zugang zu Leistungen sowohl zur Behebung als auch Prävention von Unterernährung sicherzustellen. Die Wirkung dieser Leistungen wird erheblich geringer ausfallen, wenn nicht gleichzeitig durch andere Interventionen zur Unterstützung von Gesundheit, WASH, Nahrungsmitteltransfers und -sicherheit die tiefer liegenden Ursachen der Unterernährung angegangen werden.

Für die Bekämpfung der moderaten akuten Mangelernährung steht eine Reihe von Optionen zur Verfügung. In Katastrophen ist die Verteilung zusätzlicher Nahrung häufig die primäre Strategie zur Prävention und Behandlung der moderaten akuten Mangelernährung sowie zur Prävention der schweren akuten Mangelernährung. Je nach dem Grad der akuten Mangelernährung, den besonders gefährdeten und anfälligen Bevölkerungsgruppen und dem Risiko einer Zunahme der akuten Mangelernährung kann dies pauschal oder gezielt erfolgen. Die Indikatoren in Standard 1 beziehen sich in erster Linie auf eine gezielte Nahrungsergänzung. Obwohl keine definierten Wirkungsindikatoren für eine pauschale Nahrungsergänzung vorhanden sind, ist es wichtig, den Erfassungsgrad, die Akzeptanz und die bereitgestellten Rationen zu überwachen.

Schwere akute Mangelernährung wird durch therapeutische Betreuung behandelt, für die eine Vielzahl von Ansätzen bereitsteht. Der bevorzugte Ansatz sollte ein gemeinschaftsbasiertes Management der akuten Mangelernährung sein, sofern die Bedingungen dies zulassen. Die Programme zur Behebung der schweren akuten Mangelernährung sollten eine Mobilisierung der Bevölkerung (einschließlich effektiver Kommunikation, aktiver Fallsuche, Überweisungen und Nachsorge), die ambulante Behandlung bei schwerer akuter Mangelernährung ohne medizinische Komplikationen und das stationäre Management bei Fällen mit medizinischen Komplikationen oder Säuglingen umfassen.

In vielen Situationen sind Mikronährstoffmängel schwer zu identifizieren. Während die klinischen Anzeichen schwerer Defizite am einfachsten zu diagnostizieren sind, stellen subklinische Defizite eine weitaus größere Gefahr für die Gesundheit und das Überleben der Bevölkerung dar. Falls eine Prävalenz von Mikronährstoffmängeln in der Bevölkerungsgruppe bekannt ist, ist davon auszugehen, dass diese durch die Katastrophe noch verschärft wurden. Dieser Mangelzustand sollte durch bevölkerungsweite Interventionen und individuelle Behandlung behoben werden.

Standard 1 zum Management der Mangelernährung: Moderate akute Mangelernährung

Maßnahmen gegen moderate akute Mangelernährung sind eingeleitet.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Von Anfang an klar definierte und abgestimmte Strategien, Ziele und Kriterien für den Aufbau und Abschluss der Interventionen festlegen (siehe Richtlinie 1).
- Den Zugang und den Erfassungsgrad durch Einbeziehung der Bevölkerung von Anfang an maximieren (siehe Richtlinie 2 und Grundstandard 1, Seite 62).
- Die Aufnahme und Entlassung von Personen anhand der Beurteilung gemäß national und international anerkannten anthropometrischen Kriterien festlegen (siehe Richtlinien 3-4 und Anhänge 4: Messung der akuten Mangelernährung und 5: Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmängeln für die öffentliche Gesundheit).
- Das Management der moderaten akuten Mangelernährung nach Möglichkeit mit dem Management der schweren akuten Mangelernährung und den vorhandenen Gesundheitsdiensten verbinden (siehe Richtlinie 5-6).
- Zusätzliche Rationen mit Trocken- oder geeigneter Fertignahrung bereitstellen, sofern keine eindeutigen Grundsätze für eine Ernährung vor Ort vorhanden sind (siehe Richtlinie 8).
- Die Ursachen von Abbruch und geringem Erfolg von Maßnahmen untersuchen und entsprechend handeln (siehe Richtlinien 5-6).
- Die Probleme der Säuglings- und Kleinkindernährung mit besonderem Schwerpunkt auf Stillschutz, -unterstützung und -förderung angehen (siehe Richtlinie 7).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

Diese Indikatoren sind in erster Linie auf die Altersgruppe von 6-59 Monaten anwendbar, wobei auch andere Gruppen in das Programm einbezogen werden können.

- Mehr als 90 Prozent der Zielbevölkerung befinden sich in einer Entfernung von < 1 Tag Fußweg hin und zurück (einschließlich Behandlungszeit) vom Durchführungsort der Programme zur Nahrungsergänzung mit Trockenrationen und von höchstens 1 Stunde Fußweg bei Vor-Ort-Programmen zur Nahrungsergänzung (siehe Richtlinie 2).
- Der Erfassungsgrad beträgt > 50 Prozent im ländlichen Raum, > 70 Prozent in Stadtgebieten und > 90 Prozent in Lagern (siehe Richtlinie 2).
- Der Anteil der aus gezielten Nahrungsergänzungsprogrammen entlassenen Personen, die gestorben sind, beträgt < 3 Prozent, der Anteil der genesenen Personen beträgt > 75 Prozent und der Anteil derjenigen, welche die Teilnahme abgebrochen haben, beträgt < 15 Prozent (siehe Richtlinie 4).

Richtlinien

1. ***Die Programmgestaltung*** muss auf einem Verständnis der Komplexität und Dynamik der Ernährungssituation basieren. Bei der Nahrungsergänzung kann ein gezielter oder ein pauschaler Ansatz gewählt werden. Die Entscheidung in Bezug auf den zu wählenden Ansatz sollte vom Grad der akuten Mangelernährung und der Anzahl der Fälle, der Gefahr einer Zunahme der akuten Mangelernährung, der Möglichkeiten zum Screening und zur Überwachung dieser Fälle anhand von anthropometrischen Kriterien, den verfügbaren Ressourcen und dem Zugang zu der von der Katastrophe betroffenen Bevölkerung abhängen. Eine gezielte Nahrungsergänzung erfordert generell mehr Zeit und Aufwand für das Screening und die Überwachung der Personen mit akuter Mangelernährung, jedoch weniger Nahrungsressourcen, wogegen ein pauschaler Ansatz generell weniger qualifiziertes Personal, dafür aber mehr Nahrungsressourcen erfordert. Eine effiziente Mobilisierung der Bevölkerung fördert deren Verständnis und die Wirksamkeit des Programms. Eine Anbindung an die therapeutische Betreuung, die Gesundheitssysteme, HIV-, AIDS- und Tuberkulose-Netzwerke und Programme zur Nahrungsmittelsicherheit (einschließlich Nahrungsmittel-, Bargeld- oder Gutscheintransfers) ist wichtig. Die von der Katastrophe betroffene Bevölkerung sollte in die Entscheidung über den Durchführungsort der Programme einbezogen werden. Die Bedürfnisse der besonders gefährdeten und anfälligen Menschen, die eventuell Probleme haben, den Durchführungsort zu erreichen, sollten berücksichtigt werden. Von Beginn an sollten Ausstiegsstrategien oder Pläne für eine längerfristige Unterstützung berücksichtigt werden.

2. ***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: die Akzeptanz des Programms, die Lage und Zugänglichkeit der Programmorte, die Sicherheitslage, die Häufigkeit der Verteilungen, die Wartezeit, die Leistungsqualität, das Ausmaß der Mobilisierung, den Umfang der Hausbesuche und des Screenings und die Anpassung der Aufnahmekriterien. Die Programmorte sollten in der Nähe der Zielbevölkerung gelegen sein, um die Risiken und die Kosten im Zusammenhang mit dem Zurücklegen großer Entfernungen mit Kleinkindern sowie die Gefahr der Vertreibung der Menschen an diese Orte zu reduzieren. Die Methoden zur Messung des Erfassungsgrades variieren in Bezug auf den Zuverlässigkeitsgrad und die Art der gewonnenen Informationen. Die gewählte Methode ist bei der Erfassung anzugeben. Bei der Entscheidung darüber, welche Methode im jeweiligen Kontext angemessen ist, sollten die aktuellen Leitlinien konsultiert werden. Die Beurteilung des Erfassungsgrades sollte als ein Management-Instrument betrachtet und daher nicht erst in der Endphase einer Notfallunterstützung vorgenommen werden.

3. ***Aufnahmekriterien:*** Auch Personen, die nicht die anthropometrischen Kriterien erfüllen, welche akute Mangelernährung definieren, können von Nahrungsergänzung profitieren, so z. B. HIV-positive Menschen oder Tuberkulose-Kranke, aus der therapeutischen Betreuung entlassene Patienten (um einen Rückfall zu vermeiden), andere chronisch Kranke oder Menschen mit Behinderung. Bei Aufnahme von Personen, die die anthropometrischen Kriterien nicht erfüllen, sind die Überwachungs- und Berichtssysteme anzupassen.

4. ***Die Entlassungskriterien*** sollten sich an den nationalen Leitlinien oder – sofern keine solchen vorhanden sind – an den internationalen Leitlinien orientieren und bei der Erfassung der Leistungsindikatoren angegeben werden (siehe Richtlinie 5).

5. ***Die Leistungsindikatoren*** beziehen sich auf entlassene Personen, die die Behandlung beenden. Die Gesamtzahl der entlassenen Personen setzt sich aus allen Personen zusammen, die genesen oder gestorben sind, die Teilnahme abgebrochen haben oder nicht genesen sind. Personen, die für ergänzende Leistungen (etwa Gesundheitsleistungen) an andere Stellen überwiesen wurden, haben die Behandlung nicht beendet und werden entweder die Behandlung fortsetzen oder später zurückkehren, um die Behandlung weiterzuführen. Da Personen, die an andere Stellen überwiesen wurden, die Behandlung nicht beendet haben, sollten diese nicht in die Leistungsindikatoren aufgenommen werden. Im Folgenden eine Übersicht über die leistungsbezogenen Indikatoren:

Anteil der Entlassenen, die genesen sind =

$$\frac{\text{Anzahl der gemessenen Personen}}{\text{Gesamtzahl der Entlassenen}} \times 100 \text{ Prozent}$$

Anteil der Entlassenen, die gestorben sind =

$$\frac{\text{Anzahl der Todesfälle}}{\text{Gesamtzahl der Entlassenen}} \times 100 \text{ Prozent}$$

Anteil der Entlassenen, die die Teilnahme abgebrochen haben =

$$\frac{\text{Anzahl der Abbrecher}}{\text{Gesamtzahl der Entlassenen}} \times 100 \text{ Prozent}$$

Anteil der Entlassenen, die nicht genesen sind =

$$\frac{\text{Anzahl der nicht genesenen Personen}}{\text{Anzahl der Entlassenen}} \times 100 \text{ Prozent}$$

Personen, die nach der Entlassung aus der therapeutischen Betreuung aufgenommen wurden, sollten in einer separaten Kategorie erfasst werden, um die Ergebnisse nicht im Hinblick auf eine bessere Genesungsrate zu verzerren. Kinder, die neben akuter Mangelernährung eine Behinderung, Gaumenspalte, chirurgische Probleme o. Ä. aufweisen, sollten nicht von der Programmerfassung ausgeschlossen werden. Die Kerngruppe bei der Erfassung sind Kinder im Alter von 6-59 Monaten. Neben den oben aufgeführten Indikatoren sollten die Systeme bei der Analyse der Leistung folgende Faktoren überwachen: die Beteiligung der Bevölkerung, die Akzeptanz des Programms (eine gute Maßzahl hierfür sind die Abbrecherquote und der Erfassungsgrad), die Menge und Qualität der bereitgestellten Nahrungsmittel, der Erfassungsgrad, die Gründe für Überweisungen an andere Programme (insbesondere bei Kindern, deren Ernährungsstatus sich hin zu schwerer akuter Mangelernährung verschlechtert) und die Anzahl der aufgenommenen Personen, die sich in Behandlung befinden. Auch externe Faktoren sollten berücksichtigt werden, beispielsweise: die Morbiditätsmuster, der Grad der Unterernährung in der Bevölkerung, der Grad der Nahrungsmittelunsicherheit in den Haushalten und in der Bevölkerung, ergänzende Interventionen zugunsten der Bevölkerung (unter anderem allgemeine Nahrungsmittelverteilungen oder vergleichbare Programme) und die Kapazität der bestehenden Systeme zur Leistungserbringung. Die Ursachen für Behandlungsabbruch und ungenügendes Ansprechen auf die Behandlung sollten auf kontinuierlicher Basis untersucht werden.

6. ***Gesundheits-Inputs und entsprechende Überlegungen:*** Gezielte Nahrungsergänzungsprogramme sind eine wichtige Kontaktstelle für das Screening und die Überweisung von Kranken. Im Rahmen der Programme sollte die Leistungsfähigkeit der bestehenden Gesundheitsdienste berücksichtigt und eine effektive Bereitstellung von: Antihelminthika, Vitamin-A-Supplementie-

rung, Eisen und Folsäure in Verbindung mit Malaria-Screening und -Behandlung, Zink für die Behandlung von Diarrhoe und Immunisierungen sichergestellt werden (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 2 zur Kontrolle übertragbarer Krankheiten, Seite 364, und Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standards 1-2 zur Kindergesundheit, Seiten 372-374). In Regionen mit hoher HIV-Prävalenz sollten HIV-Tests und prophylaktische Behandlungen durchgeführt und besonderes Augenmerk auf die Qualität und Menge der ergänzenden Essensrationen gelegt werden.

7. ***Stillende Mütter*** von akut mangelernährten Säuglingen unter 6 Monaten sollten unabhängig vom eigenen Ernährungsstatus zu Nahrungsergänzungsprogrammen zugelassen werden. Moderat mangelernährte Mütter können erfolgreich stillen, benötigen aber angemessene Unterstützung bei der Ernährung, um ihren eigenen Ernährungsstatus zu sichern. Mütter sollten ergänzende Nahrungsmittelrationen, qualifizierte Stillunterstützung zum ausschließlichen Stillen und Beratung zur sicheren, ausgewogenen und angepassten Zufütterung erhalten. Akut mangelernährte Säuglinge unter 6 Monaten sollten bei Bedarf zwecks qualifizierter Stillunterstützung und stationärer Behandlung entsprechend an andere Stellen überwiesen werden.

8. ***Rationen:*** Trockenrationen oder Fertigrationen, die wöchentlich oder zweiwöchentlich bereitgestellt werden, sind der Vor-Ort-Ernährung vorzuziehen. Bei ihrer Zusammensetzung und Größe sollten jedoch die Nahrungsmittelsicherheit der Haushalte und die Wahrscheinlichkeit, dass die Rationen mit anderen geteilt werden, berücksichtigt werden. Es sollten klare Informationen vermittelt werden, wie die ergänzenden Nahrungsmittel hygienisch zuzubereiten und zu lagern sind, wie und wann sie verbraucht werden sollten (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 6 zu Nahrungsmitteltransfers, Richtlinie 1, Seite 229) und wie wichtig das fortgesetzte Stillen von Kindern im Alter von unter 24 Monaten ist. Um den besonderen Bedürfnissen besonders gefährdeter und anfälliger Menschen, etwa mit eingeschränkter Mobilität, Rechnung zu tragen, können Programmanpassungen erforderlich sein.

Standard 2 zum Management der akuten Mangelernährung und Mikronährstoffmängel: Schwere akute Mangelernährung

Maßnahmen gegen schwere akute Mangelernährung sind eingeleitet.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Von Anfang an klar definierte und abgestimmte Kriterien für den Aufbau oder die verstärkte Unterstützung der bestehenden Dienste sowie für eine schritt-

weise Reduzierung oder die Überwindung der schweren akuten Mangelernährung festlegen (siehe Richtlinie 1).

- Die Komponenten stationäre und ambulante Behandlung, Überweisungen und Mobilisierung der Bevölkerung in die Interventionen zum Management der schweren akuten Mangelernährung integrieren (siehe Richtlinie 2).
- Den Zugang und den Erfassungsgrad durch Einbeziehung der Bevölkerung von Beginn an maximieren (siehe Richtlinien 1- 3 und Grundstandard 1, Seite 62).
- Im Rahmen des Managements der schweren akuten Mangelernährung die national und international anerkannten Leitlinien für Ernährungstherapie und medizinische Betreuung berücksichtigen (siehe Richtlinien 4-8).
- Sowohl anthropometrische als auch nicht anthropometrische Indizes in die Entlassungskriterien einbeziehen (siehe Richtlinie 6).
- Die Ursachen von Abbruch und Therapieversagen oder der Zunahme von Todesfällen untersuchen und entsprechend handeln (siehe Richtlinien 6-7).
- Die Probleme der Säuglings- und Kleinkindernährung mit besonderem Schwerpunkt auf Stillschutz, -unterstützung und -förderung angehen (siehe Richtlinien 9-10).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

Diese Indikatoren sind in erster Linie auf die Altersgruppe von 6-59 Monaten anwendbar, obwohl auch andere Gruppen in das Programm einbezogen werden können.

- Mehr als 90 Prozent der Zielbevölkerung befinden sich in einer Entfernung von < 1 Tag Fußweg hin und zurück (einschließlich Behandlungszeit) vom Programmort.
- Der Erfassungsgrad beträgt > 50 Prozent im ländlichen Raum, > 70 Prozent im Stadtraum und > 90 Prozent in Lagern (siehe Richtlinie 3).
- Der Anteil der aus der therapeutischen Betreuung entlassenen Personen, die gestorben sind, beträgt < 10 Prozent der Anteil der genesenen Personen beträgt > 75 Prozent, und der Anteil derjenigen, welche die Teilnahme abgebrochen haben, beträgt < 15 Prozent (siehe Richtlinie 6).

Richtlinien

1. ***Programmgestaltung:*** Die Programme sollten derart gestaltet werden, dass nach Möglichkeit auf der Leistungsfähigkeit des bestehenden Gesundheitssystems aufgebaut und dieses System unterstützt wird. Der Umfang

der zusätzlichen Unterstützung, die für die Sicherstellung eines effektiven Managements der schweren akuten Mangelernährung erforderlich ist, sollte anhand der bestehenden Leistungsfähigkeit der Gesundheitseinrichtungen und der Gemeinschaft, der Anzahl und geografischen Verteilung der von der Katastrophe betroffenen Personen und der Sicherheitslage ermittelt werden. Im Rahmen der Programme sollten von Beginn an Ausstiegsstrategien oder Pläne für eine längerfristige Unterstützung nach der Katastrophe berücksichtigt werden. Das Kriterium für den Abschluss oder die Umwandlung von Programmen sollte der vorhandenen Leistungsfähigkeit und den Möglichkeiten zur Integration in die bestehenden Systeme Rechnung tragen.

2. ***Programmkomponenten:*** Die Programme zum Management der schweren akuten Mangelernährung sollten die stationäre Behandlung für Personen mit medizinischen Komplikationen, aller Säuglinge unter sechs Monaten mit akuter Mangelernährung und die dezentralisierte ambulante Behandlung von Kindern ohne medizinische Komplikationen umfassen. Die stationäre Behandlung kann durch direkte Durchführung oder Überweisung erfolgen. Die Programme sollten ferner mit anderen Leistungen zur Behebung der unmittelbaren und der tiefer liegenden Ursachen der Unterernährung verknüpft werden, etwa Nahrungsergänzung, HIV-, AIDS- und Tuberkulose-Netzwerken, Programmen zur primären Gesundheitsversorgung und Nahrungsmittelsicherheit einschließlich Nahrungsmittel-, Bargeld- oder Gutscheintransfers. Eine effektive Mobilisierung der Bevölkerung trägt zur Akzeptanz, Zugänglichkeit und dem Erfassungsgrad eines Programms bei. Die Programme mit ambulanter Teilnahme sollten in der Nähe der Zielbevölkerung durchgeführt werden, um die Risiken und die Kosten im Zusammenhang mit dem Zurücklegen großer Entfernungen mit Kleinkindern sowie die Gefahr der Vertreibung der Menschen an diese entfernt gelegenen Orte zu reduzieren.

3. ***Erfassungsgrad:*** Wie bei der moderaten akuten Mangelernährung kann der Erfassungsgrad beeinflusst werden durch die Akzeptanz des Programms, die Lage und Zugänglichkeit der Programmorte, die allgemeine Sicherheitslage, die Häufigkeit der Verteilungen, die Wartezeit, die Leistungsqualität, das Ausmaß der Mobilisierung, den Umfang der Hausbesuche und des Screenings sowie die Anpassung des Screenings und der Aufnahmekriterien. Die Methoden zur Messung des Erfassungsgrades variieren in Bezug auf den Zuverlässigkeitsgrad und die Art der gewonnenen Informationen. Daher ist die gewählte Methode bei der Berichterstattung anzugeben. Bei der Entscheidung darüber, welche Methode im jeweiligen Kontext angemessen ist, sollten die aktuellen Leitlinien konsultiert werden (siehe Richtlinie 2 zum Management der moderaten akuten Mangelernährung, Seite 191).

4. ***Leitlinien:*** Falls nationale Leitlinien vorhanden sind, sollten diese befolgt werden. Wenn keine nationalen Leitlinien existieren oder diese hinter den internationalen Standards zurückbleiben, sind die internationalen Leitli-

nien anzuwenden. International anerkannte Leitlinien sind in dem Abschnitt Quellen und weiterführende Literatur aufgeführt.

5. ***Die Aufnahmekriterien*** sollten mit den nationalen und internationalen Leitlinien im Einklang stehen (siehe Anhang 4: Messung von akuter Mangelernährung, und Quellen und weiterführende Literatur). Bei den Aufnahmekriterien für Säuglinge unter sechs Monaten und Gruppen mit schwer zu ermittelndem anthropometrischen Status sollten der klinische Status und der Stillstatus berücksichtigt werden. Personen mit positivem HIV-Testergebnis oder Verdacht auf eine HIV-Infektion und Tuberkulose-infizierte oder chronisch kranke Personen sollten gleichen Zugang zur Behandlung erhalten, sofern sie die Aufnahmekriterien erfüllen. HIV-Infizierte, die die Aufnahmekriterien nicht erfüllen, benötigen häufig Ernährungsunterstützung, für die jedoch im Kontext der Behandlung der schweren akuten Mangelernährung im Katastrophenfall nicht die besten Voraussetzungen bestehen. Diese Personen und ihre Familien sollten durch eine Reihe von Leistungen unterstützt werden, unter anderem häusliche Pflege in der Gemeinschaft, Tuberkulose-Behandlungszentren und Präventionsprogramme mit Fokus auf Mutter-Kind-Übertragung.

6. ***Entlassungskriterien und Genesung:*** Wenn eine Person entlassen wird, muss sie frei von medizinischen Komplikationen sein, ihren Appetit wiedererlangt und eine entsprechende Gewichtszunahme ohne Ernährungsödem erreicht und beibehalten haben (z. B. bei zwei aufeinander folgenden Wägungen). Der Stillstatus ist bei Säuglingen bzw. Kindern bis zu 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 Leitlinien sind Grenzwerte für die mittlere Aufenthaltsdauer in Behandlungen festgelegt mit dem Ziel, verlängerte Genesungszeiten zu verhindern. Die mittlere Aufenthaltsdauer variiert je nach den angewandten Leitlinien und sollte daher an den nationalen Kontext und die angewandten Leitlinien angepasst werden. Die mittlere Gewichtszunahme sollte für Personen mit und ohne Ernährungsödem gesondert berechnet werden. HIV, AIDS und Tuberkulose können bei einigen mangelernährten Personen dazu führen, dass sie nicht auf die Behandlung ansprechen. Gemeinsam mit den Gesundheitsdiensten und anderen sozialen und gemeindenahen Unterstützungsdiensten sollte über Optionen für eine längerfristige Behandlung oder Betreuung nachgedacht werden (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 2 zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit, Seite 380).

7. Bei den ***Leistungsindikatoren*** für das Management der schweren akuten Mangelernährung sollten die Outcomes der stationären und der ambulanten Behandlung ohne Doppelzählung (d. h., die Überweisungen zwischen

den beiden Komponenten sind zu eliminieren) kombiniert werden. Sollte dies nicht möglich sein, ist die Interpretation der Outcome-Raten entsprechend anzupassen. So sind zum Beispiel bei Programmen mit ausschließlich ambulanter Behandlung bessere Indikatoren zu erwarten, sodass bei Programmen mit ausschließlich stationärer Behandlung die Indikatoren für eine kombinierte Behandlung angelegt werden sollten. Bei schwerer akuter Mangelernährung besteht die Gruppe der Entlassenen aus Personen, die genesen sind, die gestorben sind und die die Behandlung abgebrochen haben oder nicht genesen sind (siehe Richtlinie 4 zum Management der moderaten Mangelernährung, Seite 191). Personen, die an andere Dienste (z. B. medizinische Dienste) überwiesen werden, haben die Behandlung nicht beendet. Falls in den Programmen nur die ambulante Behandlung erfasst und berichtet wird, sind die Überweisungen in die stationäre Behandlung bei der Beurteilung der Leistung zu erfassen. Faktoren wie die klinische Komplexität der HIV-Infektion beeinflussen die Mortalitätsraten, wenn ein Teil der aufgenommenen Personen HIV-positiv ist. Obwohl die Leistungsindikatoren nicht an diese Bedingungen angepasst wurden, ist es sehr wichtig, diese bei der Interpretation zu berücksichtigen. Neben den Entlassungsindikatoren sollten bei der Leistungsüberwachung die Neuaufnahmen, die Anzahl der Kinder in Behandlung und der Erfassungsgrad beurteilt werden. 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 Leitlinien angepasst werden.

8. ***Gesundheits-Inputs:*** Alle Programme zum Management der schweren akuten Mangelernährung sollten systematische Behandlungen gemäß den nationalen oder internationalen Leitlinien und entsprechende Überweisungen für das Management der Grunderkrankung, etwa Tuberkulose und HIV, umfassen. In Regionen mit hoher HIV-Prävalenz sollten die Strategien zur Behandlung von Mangelernährung sowohl Interventionen zur Prävention der HIV-Übertragung als auch Maßnahmen zur Verbesserung der Überlebenswahrscheinlichkeit von Mutter und Kind vorsehen. Effiziente Überweisungssysteme für Tuberkulose- und HIV-Tests und Behandlung sind überaus wichtig.

9. ***Stillunterstützung:*** Säuglinge, die in die stationäre Behandlung aufgenommen werden, gehören meist zu den Patienten mit dem schlechtesten Gesundheitszustand. Mütter benötigen im Rahmen ihrer Ernährungsrehabilitation und Genesung eine qualifizierte Stillunterstützung, insbesondere für Säuglinge unter sechs Monaten. Hierfür sollten ausreichend Zeit und Ressourcen bereitgestellt werden – ein gekennzeichneter Bereich (Stillecke) für die qualifizierte Unterstützung und die Möglichkeit der gegenseitigen Unterstützung können hilfreich sein. Stillende Mütter schwer mangelernährter Säuglinge unter sechs Monaten sollten ungeachtet ihres Ernährungs-

status eine ergänzende Ration erhalten, sofern sie nicht die anthropometrischen Kriterien für schwere akute Mangelernährung erfüllen. In letzterem Falle sollten sie selbst in die Behandlung aufgenommen werden.

10. ***Soziale und psychosoziale Unterstützung:*** Bei Kindern mit schwerer akuter Mangelernährung ist während der Rehabilitationszeit emotionale und körperliche Stimulation durch das Spielen wichtig. Die Betreuungspersonen dieser Kinder benötigen oft soziale und psychosoziale Unterstützung, damit sie ihre Kinder zur Behandlung bringen. Dies kann durch Mobilisierungsprogramme erreicht werden, die sowohl zur Behandlung als auch zur Prävention künftiger Behinderungen und kognitiver Störungen Stimulation und Interaktion in den Vordergrund stellen (siehe Grundsatz 4 zum Schutz, Seite 47). 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.

Standard 3 zum Management der akuten Mangelernährung und Mikronährstoffmängel: Mikronährstoffmängel

Interventionen zur Versorgung mit Mikronährstoffen begleiten Interventionen im Hinblick auf die öffentliche Gesundheit und sonstige Ernährungsprobleme mit dem Ziel, das Auftreten häufiger Krankheiten im Zusammenhang mit Notfallsituationen einzudämmen und Mikronährstoffmängel auszugleichen.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Das Gesundheitspersonal in Bezug auf die Erkennung und Behandlung von Mikronährstoffmängeln schulen (siehe Richtlinien 1-2).
- Verfahren zur effizienten Behebung derjenigen Arten von Mikronährstoffmängeln einrichten, welche die Bevölkerung gefährden (siehe Richtlinie 2).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Fälle von Mikronährstoffmängeln werden entsprechend der aktuell besten klinischen Praxis behandelt (siehe Richtlinien 1-2).
- Interventionen zur Versorgung mit Mikronährstoffen begleiten Interventionen im Hinblick auf die öffentliche Gesundheit mit dem Ziel, das Auftreten häufiger Krankheiten im Zusammenhang mit Notfallsituationen, z. B. Masern (Vitamin A) und Diarrhoe (Zink) zu reduzieren (siehe Richtlinien 3-4).

Richtlinien

1. ***Diagnose und Behandlung klinischer Mikronährstoffmängel:*** Die Diagnose einiger klinisch manifester Mikronährstoffmängel ist durch einfache Untersuchung möglich. Die klinischen Indikatoren dieser Mangelzustände können in die Gesundheits- oder Ernährungsüberwachungssysteme integriert werden, wobei jedoch eine sorgfältige Ausbildung des Personals erforderlich ist, um eine korrekte Diagnose sicherzustellen. Falldefinitionen sind problematisch und können in Notfallsituationen oft nur durch einen Therapieerfolg der Personen, die das Gesundheitspersonal aufsuchen, auf die Supplementierung festgelegt werden. Die Behandlung von Mikronährstoffmängeln sollte eine aktive Fallsuche und die Anwendung abgestimmter Falldefinitionen und Leitlinien für die Behandlung umfassen. Sowohl die Fallsuche als auch die Behandlung sollten im Rahmen des Gesundheitssystems und der Ernährungsprogramme stattfinden (siehe Standard 2 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung, Richtlinie 6, Seite 179). Falls die Prävalenz der Mikronährstoffmängel die Schwellen der öffentlichen Gesundheit überschreitet (siehe Anhang 5: Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmängeln für die öffentliche Gesundheit), kann eine Massenbehandlung der Bevölkerung mit Supplementen angemessen sein. Skorbut (Vitamin C), Pellagra (Niacin), Beriberi (Thiamin) und Ariboflavinose (Riboflavin) sind die am häufigsten beobachteten Epidemien infolge eines unzureichenden Zugangs zu Mikronährstoffen bei Bevölkerungsgruppen, die auf Nahrungsmittelhilfe angewiesen sind. Aus diesem Grund sollten Mangelzustände durch bevölkerungsweite Interventionen sowie individuelle Behandlung behoben werden.

2. ***Diagnose und Behandlung subklinischer Mikronährstoffmängel:*** Subklinische Mikronährstoffmängel können sich negativ auf die Gesundheit auswirken, sind jedoch ohne biochemische Untersuchung nicht unmittelbar zu erkennen. Eine Ausnahme stellt die Anämie dar, für die ein biochemischer Test zur Verfügung steht, der relativ einfach im Feld durchgeführt werden kann (siehe Standard 2 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung, Richtlinie 6, Seite 179, und Anhang 5: Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmängeln für die öffentliche Gesundheit). Für die Beurteilung des Risikos von Mangelzuständen bei der betroffenen Bevölkerung und die Entscheidung, wann eine Verbesserung der Nahrungsaufnahme oder der Einsatz von Supplementen erforderlich ist, können indirekte Indikatoren angewandt werden (siehe Standard 2 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung, Richtlinie 6, Seite 179 und Anhang 5: Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmängeln für die öffentliche Gesundheit).

3. ***Prävention:*** Strategien zur Prävention von Mikronährstoffmängeln werden im Abschnitt „Nahrungsmittelsicherheit – Nahrungsmitteltransfers“ kurz

beschrieben (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 1 zu Nahrungsmitteltransfers, Seite 207). Zur Prävention gehört auch die Kontrolle von Krankheiten, etwa akuter Atemwegsinfektionen, Masern und parasitärer Infektionen wie Malaria und Diarrhoe, welche die Mikronährstoff-Depots abbauen (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standards 1-2 zur Kindergesundheit, Seiten 372-374). Die Vorbereitung auf Behandlung umfasst die Entwicklung von Falldefinitionen und Leitlinien für die Behandlung und von Systemen für die aktive Fallsuche.

4. ***Einsatz von Mikronährstoffen bei der Behandlung verbreiteter Krankheiten:*** Die Mikronährstoff-Supplementierung sollte in die Prävention und Behandlung bestimmter Krankheiten integriert werden. Dies umfasst die Vitamin-A-Supplementierung während Masern-Impfungen und die Aufnahme von Zinkgaben zusammen mit oralen Rehydratationssalzen (ORS) in die Leitlinien zur Behandlung von Diarrhoe (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standards 1-2 zur Kindergesundheit, Seiten 372-374 und Standard 2 zur Säuglings- und Kleinkindernährung, Seite 183).

4 Nahrungsmittelsicherheit

Hilfen im Bereich Nahrungsmittelsicherheit sollten darauf abzielen, den kurzfristigen Bedarf zu decken, „keinen Schaden anzurichten" (do no harm), das Bedürfnis der betroffenen Bevölkerung, auf potenziell schädliche Bewältigungsstrategien zurückzugreifen, zu reduzieren und zur Wiederherstellung einer längerfristigen Nahrungsmittelsicherheit beizutragen.

Bei einer korrekten Beurteilung wird die Angemessenheit und Machbarkeit der potenziellen Hilfsoptionen untersucht (siehe Standard 1 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung, Seite 202). Die in diesem Abschnitt dargestellten Maßnahmen im Bereich Nahrungsmittelsicherheit sind in Standards für Allgemeine Nahrungsmittelsicherheit, Nahrungsmitteltransfers, Bargeld- und Gutscheintransfers und Existenzsicherungsmaßnahmen gruppiert.

Falls Nahrungsmittel notwendig sind, sollte überlegt werden, welche Form des Transfers geeignet ist, und der Nahrungsmittelkorb mit Sach- ebenso wie Gutscheintransfers sorgfältig zusammengestellt werden. Die Existenzsicherungsmaßnahmen umfassen: die Primärproduktion, Einkommen und Beschäftigung und den Zugang zu Marktgütern und -dienstleistungen.

Bargeld- und Gutscheintransfers können für eine Reihe von Gütern oder Dienstleistungen im Bereich Nahrungsmittelsicherheit sowie für andere Sektoren genutzt werden. Das Verständnis der Marktkapazität und der geeigneten Bereitstellungsmodalität ist für die Entwicklung von Interventionen im Bereich Nahrungsmittelsicherheit von entscheidender Bedeutung.

Die Standards zur Nahrungsmittelsicherheit berücksichtigen die Ressourcen zur Deckung des Nahrungsbedarfs der breiten Bevölkerung wie auch bestimmter besonders gefährdeter und anfälliger Personen mit erhöhtem Ernährungsrisiko. Bis dieser Bedarf gedeckt ist, haben alle Maßnahmen zur Behandlung von Mangelernährung nur begrenzte Wirkung, da die Behandelten in einen Kontext mit unzureichender Nahrungszufuhr zurückkehren und sich ihr Ernährungsstatus dadurch voraussichtlich wieder verschlechtern wird.

Mit den Methoden zur Zielbestimmung, Bereitstellung und Verteilung sollte das Risiko von Ein- und Ausschlussfehlern verringert werden. Dies umfasst auch die Gefahr, dass sich Kombattanten Nahrungsmittel, Bargeld oder sonstige

Unterstützungsleistungen unberechtigterweise aneignen. Es ist wichtig, dafür zu sorgen, dass die Interventionen zur Nahrungsmittelsicherheit nicht dazu missbraucht werden, Konflikte zu verschärfen.

Standard 1 zur Nahrungsmittelsicherheit: Allgemeine Nahrungsmittelsicherheit

Die Menschen haben ein Recht auf humanitäre Nahrungsmittelhilfe, die ihr Überleben sicherstellt, ihre Würde wahrt, den Abbau ihrer Kapital- und Güterausstattung weitestgehend verhindert und ihre Widerstandsfähigkeit stärkt.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Erste Hilfsmaßnahmen zur Deckung des unmittelbaren Bedarfs entwickeln (siehe Richtlinie 1).
- Die Durchführung von Maßnahmen zur Unterstützung, zum Schutz und zur Förderung der Nahrungsmittelsicherheit erwägen (siehe Richtlinie 2).
- Die Maßnahmen aufgrund einer soliden Analyse der Bewältigungsstrategien der Menschen, des Nutzens für die Betroffenen und der damit verbundenen Risiken und Kosten festlegen (siehe Richtlinie 3).
- Übergangs- und Ausstiegsstrategien für alle Katastrophenmaßnahmen entwickeln, ein verstärktes Bewusstsein für diese schaffen und sie nach Bedarf anwenden (siehe Richtlinie 4).
- Sicherstellen, dass die Begünstigten Zugang zu adäquater Unterstützung, einschließlich Bereitstellung der erforderlichen Kenntnisse, Kompetenzen und Dienstleistungen, erhalten (siehe Richtlinie 5).
- Das natürliche Umfeld bei allen Maßnahmen erhalten bzw. vor weiterer Zerstörung schützen (siehe Richtlinie 6).
- Im Rahmen einer Überwachung ermitteln, inwieweit die unterschiedlichen Gruppen und Personen die Interventionen annehmen und Zugang zu ihnen haben, und sicherstellen, dass die gesamte von der Katastrophe betroffene Bevölkerung ohne Diskriminierung von Maßnahmen erfasst wird (siehe Richtlinie 7).
- Eine Evaluierung vornehmen, um die Auswirkungen der Maßnahmen auf die lokale Wirtschaft, die sozialen Netze, die Existenzgrundlagen und die Umwelt zu messen und sicherzustellen, dass die Ergebnisse effektiv weitergegeben und genutzt werden, um weitere Interventionen zu beeinflussen (siehe Richtlinie 8).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle von einer Katastrophe betroffenen Menschen, die Nahrungsmittelhilfe benötigen, erhalten Unterstützung, die ihren primären Bedarf deckt, den Abbau ihrer Kapital- und Güterausstattung verhindert, ihnen Wahlmöglichkeiten eröffnet und ihre Würde wahrt.
- Die Haushalte greifen nicht auf negative Bewältigungsstrategien zurück (siehe Richtlinie 3).
- Die Wahl von Bargeld, Gutscheinen oder einer Kombination beider basiert auf einer fundierten Beurteilung und Analyse (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 1 zu Bargeld- und Gutscheintransfers, Seite 231).

Richtlinien

1. ***Priorisierung von lebensrettenden Maßnahmen:*** Die Verteilung von Nahrungsmitteln, Bargeld oder Gutscheinen oder eine entsprechende Kombination ist die gebräuchlichste Erstmaßnahme gegen akute Nahrungsmittelunsicherheit. Auch andere Arten von Maßnahmen sollten in Betracht gezogen werden, unter anderem: Nahrungsmittelzuschüsse, temporäre Gebührenbefreiungen, Beschäftigungsprogramme, produktive Unterstützung der Existenzsicherung, Abbau von Vorräten, Bereitstellung von Futter und Unterstützung der Märkte. Wenn die Märkte funktionieren und zugänglich sind und kein ernsthaftes Inflationsrisiko besteht, kann die Wiederherstellung normaler Marktbeziehungen und die Wiederbelebung der Wirtschaftstätigkeit, die für Beschäftigung sorgt, vorrangig sein (siehe „Märkte und Interventionen zur Nahrungsmittelsicherheit“ in Quellen und weiterführende Literatur). Falls derartige Strategien bei der Unterstützung der Existenzsicherung, der Verringerung künftiger Gefährdungen und der Wahrung der Würde der Menschen Vorteile bieten, sind sie möglicherweise geeigneter als eine Verteilung von Nahrungsmitteln. Die Hilfsorganisationen sollten die Aktivitäten anderer berücksichtigen, um sicherzustellen, dass die verschiedenen Maßnahmen zueinander passende Inputs und Leistungen bieten.
2. ***Unterstützung, Schutz und Förderung der Nahrungsmittelsicherheit:*** Dies umfasst ein breites Spektrum an Maßnahmen und Lobbyarbeit. Obwohl die Deckung des unmittelbaren Bedarfs und der Erhalt der Produktionsmittel während der ersten Stadien einer Katastrophe Vorrang haben, sollten die Maßnahmen mit einer längerfristigen Perspektive geplant und in die Maßnahmen in anderen Sektoren integriert werden. Eventuell ist es kurzfristig nicht machbar, anhand der Existenzsicherungsstrategien der Menschen Nahrungsmittelsicherheit zu erreichen. Die bestehenden Strategien, die einen Beitrag zur Nahrungsmittelsicherheit und der Wahrung der Würde leisten, sollten jedoch unterstützt werden. Mit den Maßnahmen zur

Nahrungsmittelsicherheit sollte ein weiterer Abbau der Kapitalausstattung verhindert, eine Wiederherstellung des durch die Katastrophe zerstörten Kapitals herbeigeführt und die Widerstandsfähigkeit gegenüber künftigen Risiken gestärkt werden.

3. ***Risiken im Zusammenhang mit Bewältigungsstrategien:*** Bewältigungsstrategien, die zur Nahrungsmittelsicherheit und Wahrung der Würde beitragen, sollten unterstützt werden. Allerdings können Bewältigungsstrategien Kosten verursachen oder Risiken bergen, die das Gefährdungspotenzial und die Anfälligkeit der betroffenen Bevölkerung erhöhen (siehe Standard 1 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung, Seite 202). Es ist erforderlich, diese Risiken sobald wie möglich zu identifizieren und frühzeitige Interventionen durchzuführen, um den Menschen zu helfen, derartige Strategien zu umgehen. Beispielsweise können die Verteilung von Holz oder energieeffiziente Öfen die Übernutzung natürlicher Ressourcen und das Bewegen in unsicheren Regionen vermeiden und Bargeldzuschüsse können Notverkäufe von Besitz und Land verhindern (siehe Grundsatz 1 zum Schutz, Seite 38).

4. ***Ausstiegs- und Übergangsstrategien*** sind von Anfang an zu berücksichtigen, zumal wenn die Maßnahme langfristige Auswirkungen haben kann, z. B. falls die Bereitstellung kostenloser Leistungen, die normalerweise zu zahlen wären (z. B. tierärztliche Leistungen), die Rückkehr zu bezahlten Leistungen erschwert. Vor dem Abschluss eines Programms oder dem Übergang in eine neue Phase sollte erkennbar sein, dass eine Verbesserung eingetreten ist oder andere Akteure besser in der Lage sind, die Verantwortung zu übernehmen. Im Falle von Nahrungsmittel-/Bargeld-/Gutscheintransfers kann dies eine Anbindung an bestehende Sozialschutzsysteme/langfristige Sicherungssysteme oder Lobbyarbeit gegenüber Regierungen und Spendern bedeuten, um Systeme zur Bekämpfung chronischer Nahrungsmittelunsicherheit einzurichten.

5. ***Zugang zu Kenntnissen, Kompetenzen und Dienstleistungen:*** Die organisatorischen Strukturen sollten gemeinsam mit den Nutzern gestaltet und geplant werden, damit sie angemessen sind und möglichst über die Dauer einer Intervention hinaus entsprechend aufrechterhalten werden. Einige Individuen haben sehr spezielle Bedürfnisse. So kann es z. B. sein, dass Kinder, die ihre Eltern durch AIDS verloren haben, den innerhalb von Familien stattfindenden Informations- und Kompetenztransfer versäumen, der aber durch passende Dienste bereitgestellt werden kann.

6. ***Umweltverträglichkeit:*** Die natürliche Ressourcenbasis für die Produktion und Existenzsicherung der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerung (und der aufnehmenden Bevölkerung) sollte erhalten werden. Bei der Beurteilung und Planung von Maßnahmen sollte den Auswirkungen auf die

Umwelt Rechnung getragen werden. Beispielsweise benötigen in Lagern lebende Menschen Brennstoff zum Kochen, was die Entwaldung vor Ort beschleunigen kann, und die Verteilung von Nahrungsmitteln mit langer Kochzeit erfordert mehr Brennstoff zum Kochen, was sich auf die Umwelt auswirken kann (siehe Nahrungsmitelsicherheit – Standard 2 zu Nahrungsmitteltransfers, Seite 212). Die Maßnahmen können auch dazu beitragen, dass sich die Umwelt von einer Zerstörung erholt. So werden etwa durch den Abbau des Viehbestandes während einer Dürre die Weiden entlastet, sodass dem überlebenden Vieh mehr Weideland zur Verfügung steht. Anhand der Maßnahmen sollte möglichst die Fähigkeit der Menschen, die natürlichen Ressourcen zu bewirtschaften, weiterentwickelt werden, insbesondere wenn Inputs bereitgestellt werden. Ebenso sollte das Risiko, dass eine Maßnahme Spannungen in Bezug auf natürliche Ressourcen verursacht oder verschärft und so einen Konflikt weiter schürt, abgeschätzt und eingedämmt werden (siehe Grundsatz 1 zum Schutz, Seite 38).

7. ***Erfassungsgrad, Zugang und Akzeptanz:*** Bevor der Beteiligungsgrad der unterschiedlichen Gruppen ermittelt wird, sollten die Begünstigten und deren Merkmale beurteilt und deren Anzahl, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Alter, geschätzt werden (wobei den besonders gefährdeten und anfälligen Personen besondere Aufmerksamkeit zu gelten hat). Die Beteiligung wird zum Teil dadurch bestimmt, wie einfach der Zugang für die Teilnehmer ist und inwieweit sie die Aktivitäten annehmen. Obwohl einige Maßnahmen zur Nahrungsmittelsicherheit auf die wirtschaftlich aktiven Personen ausgerichtet sind, sollten sie die besonders gefährdeten und anfälligen Personen nicht diskriminieren und auch diesen zugänglich sein sowie Abhängige, etwa Kinder, schützen. Die Beteiligung kann eingeschränkt sein, unter anderem durch verminderte Arbeitsfähigkeit, eine hohe Arbeitsbelastung zu Hause, Schwangerschaft, Ernährung und Betreuung von Kindern, Krankheit und Behinderung. Zur Überwindung dieser Einschränkungen gehört die Identifizierung von Tätigkeiten, die im Rahmen der Fähigkeiten der Gruppen liegen, oder die Einrichtung adäquater Unterstützungsstrukturen. Auf der Basis von Selbstselektion sollten nach umfassender Abstimmung mit allen Bevölkerungsgruppen Targeting-Mechanismen festgelegt werden (siehe Grundsatz 2 zum Schutz, Seite 41).

8. ***Überwachung und Evaluierung:*** Es ist erforderlich, den breiteren Kontext der Nahrungsmittelsicherheit zu überwachen, um die fortdauernde Relevanz einer Intervention zu beurteilen, den Zeitpunkt der Einstellung bestimmter Aktivitäten festzulegen, Änderungen oder neue Projekte einzuführen und den Bedarf an Lobbyarbeit zu identifizieren. Die Evaluierung sollte sich auf die Kriterien des Ausschusses für Entwicklungshilfe der OECD stützen, nach welchem folgende Aspekte zu beurteilen sind: Angemessenheit, Vernetzung, Kohärenz, Erfassungsgrad, Effizienz, Effektivität und Wirkung.

4.1 Nahrungsmittelsicherheit – Nahrungsmittel-transfers

Ziel von Nahrungsmitteltransfers ist es sicherzustellen, dass die Menschen einen sicheren Zugang zu Nahrung angemessener Qualität und Menge haben und über die Mittel verfügen, diese sicher zuzubereiten und zu konsumieren.

Allgemeine (kostenlose) Verteilungen von Nahrungsmitteln für die Bedürftigsten kommen zum Einsatz, wenn eine Beurteilung ihre Notwendigkeit ergeben hat, und werden eingestellt, wenn die Begünstigten wieder in der Lage sind, ihre Nahrungsmittel selbst zu produzieren, oder wenn sie durch andere Mittel Zugang zu Nahrung haben. Die Begünstigten benötigen eventuell einen Übergang zu anderen Formen von Unterstützung, etwa an Bedingungen geknüpfte Transfers oder Existenzsicherungsmaßnahmen. Für besonders gefährdete Personen (z. B. Kinder im Alter von 6-59 Monaten und schwangere oder stillende Frauen) kann neben den allgemeinen Rationen Nahrungsergänzung (zusätzliche spezielle Nahrung) erforderlich sein. Diese kann je nach Kontext pauschal oder gezielt erfolgen (siehe Standard 1 zum Management der akuten Mangelernährung und Mikronährstoffmängel, Seite 189).

Sowohl für allgemeine Nahrungsmittelverteilungen als auch die Nahrungsergänzung werden nach Möglichkeit Rationen zum Mitnehmen (Take-home rations) bereitgestellt. Eine Speisung vor Ort erfolgt nur, wenn die Menschen nicht über die Mittel verfügen, selbst zu kochen (unmittelbar nach einer Katastrophe oder im Zuge von Wanderungsbewegungen), wenn die Empfänger von Take-home-Rationen aufgrund der unsicheren Lage gefährdet wären oder bei Schulspeisungen in Notfallsituationen (obwohl Take-home-Rationen auch durch Schulen verteilt werden können).

Das Supply-Chain-Management (SCM, Lieferkettenmanagement) muss besonders robust und verantwortlich sein – Menschenleben können direkt auf dem Spiel stehen und die Nahrungsmitteltransfers sind häufig ein wesentlicher Teil der Katastrophenhilfe. Die Liefer- und Verteilungssysteme sollten in allen Stadien überwacht werden, unter anderem auf der Ebene der Gemeinschaft. Der Transparenz durch effektive Kommunikation kann eine Schlüsselrolle zukommen. Im Rahmen der periodischen Evaluierungen sollten die Ergebnisse verbreitet und mit den Interessengruppen, unter anderem der betroffenen Bevölkerung und den lokalen Institutionen, diskutiert werden.

Nahrungsmittelsicherheit – Standard 1 zu Nahrungsmitteltransfers: Allgemeiner Nahrungsbedarf

Der Nahrungsbedarf der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerung, einschließlich der am stärksten gefährdeten und anfälligen Personen, ist gedeckt.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Den Grad des Zugangs zu Nahrungsmitteln in ausreichender Menge und Qualität zugrunde legen, um zu ermitteln, ob die Lage stabil ist oder sich voraussichtlich verschlechtert (siehe Richtlinien 1, 4-5).
- Die Nahrungsmitteltransfers anhand des in der ersten Planungsphase üblichen Bedarfs an Energie, Eiweiß, Fett und Mikronährstoffen konzipieren, bei Bedarf an die Lage vor Ort angepasst (siehe Schlüsselindikatoren, Richtlinie 2 und Anhang 6: Nahrungsbedarf).
- Sicherstellen, dass die Bevölkerung Zugang zu geeigneten, nährstoffreichen Nahrungsmitteln hat und dass die Ernährungsunterstützung gesichert ist und gefördert wird (siehe Richtlinien 3-8).
- Sicherstellen, dass Kinder im Alter von 6-24 Monaten Zugang zu nährstoff- und energiereicher Nahrungsergänzung haben und dass schwangere und stillende Frauen Zugang zu zusätzlicher Ernährungsunterstützung erhalten (siehe Richtlinie 2).
- Sicherstellen, dass Haushalte mit chronisch Kranken (unter anderem Menschen mit HIV) und Personen mit bestimmten Beeinträchtigungen, Gefährdungen oder Anfälligkeiten Zugang zu geeigneten nährstoffreichen Nahrungsmitteln und entsprechender Ernährungsunterstützung haben (siehe Richtlinien 6-8).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Es besteht ausreichender Zugang zu einer Reihe von Nahrungsmitteln, unter anderem zu einem Grundnahrungsmittel (Getreide oder Knollenfrüchte), Hülsenfrüchten (oder tierischen Produkten) und Fettquellen, die zusammen den Nahrungsbedarf decken (siehe Richtlinien 2-3, 5).
- Es besteht ausreichender Zugang zu jodiertem Speisesalz für die Mehrzahl (> 90 Prozent) der Haushalte (siehe Richtlinien 2-4 und Anhang 6: Nahrungsbedarf).

- Falls Mais oder Sorghum das Grundnahrungsmittel ist: Es besteht ausreichender Zugang zu zusätzlichen Niacin-Quellen, z. B. Hülsenfrüchte, Nüsse, Trockenfisch (siehe Richtlinien 2-3 und Anhang 5: Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmängeln für die öffentliche Gesundheit und Anhang 6: Nahrungsbedarf).
- Falls weißer Reis (polished rice) das Grundnahrungsmittel ist: Es besteht ausreichender Zugang zu zusätzlichen Thiamin-Quellen, z. B. Hülsenfrüchte, Nüsse, Eier (siehe Richtlinien 2-3).
- Falls die Menschen auf eine stark begrenzte Nahrungspalette angewiesen sind: Es besteht ausreichender Zugang zu angemessenen Riboflavin-Quellen (siehe Richtlinien 2-3).
- Es liegen keine Fälle von Skorbut, Pellagra, Beriberi oder Riboflavinmangel vor (siehe Richtlinie 5 und Anhang 5: Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmängeln für die öffentliche Gesundheit).
- Die Prävalenz von Vitamin-A-Mangel, Eisenmangelanämie und Jodmangelstörungen sind für die öffentliche Gesundheit nicht von Bedeutung (siehe Richtlinie 5 und Anhang 5: Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmängeln für die öffentliche Gesundheit).

Richtlinien

1. ***Interpretation des Zugangs zu Nahrung:*** Der Zugang zu Nahrung kann durch analytische Instrumente gemessen werden, etwa den „Food Consumption Score“ oder Instrumente zur Ernährungsdiversität. Ansätze, die eine Reihe von Variablen berücksichtigen (etwa Nahrungsmittelsicherheit, Zugang zu Märkten, Existenzgrundlagen, Gesundheit und Ernährung) können geeignet sein, um zu ermitteln, ob die Lage stabil ist oder sich verschlechtert und ob Nahrungsmittelinterventionen erforderlich sind (siehe Standard 1 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung, Seite 202).
2. ***Nahrungsbedarf und Rationsplanung:*** Für die Planung der allgemeinen Rationen sollten die folgenden Schätzwerte zum Mindestnahrungsbedarf der Bevölkerung herangezogen werden, wobei die Zahlen, wie in Anhang 6: Nahrungsbedarf beschrieben, für jede Bevölkerungsgruppe anzupassen sind:

   - 2,100 kcals/Person/Tag
   - 10 Prozent der Gesamtmenge in Form von Eiweiß
   - 17 Prozent der Gesamtmenge in Form von Fett
   - ausreichende Mikronährstoffzufuhr.

Die allgemeinen Essensrationen können durch Rationsplanungsinstrumente festgelegt werden (z. B. NutVal). Wenn die Menschen überhaupt keinen Zugang zu Nahrungsmitteln haben, sollten die verteilten Rationen den gesamten Nahrungsbedarf decken. Für die durchschnittlichen Nahrungsmittelmengen, die der betroffenen Bevölkerung zugänglich sein müssen, sind abgestimmte Schätzwerte festzulegen (siehe Standard 1 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung, Seite 202). Anschließend sollten die Rationen so geplant werden, dass die Differenz zwischen dem Nahrungsbedarf und der Nahrung, die sich die Menschen selbst beschaffen können, ausgeglichen wird. Falls der normale Bedarf also bei 2.100 kcal/Person/Tag liegt und in der Beurteilung festgestellt wird, dass die Zielbevölkerung durchschnittlich 500 kcal/Person/Tag aus eigener Kraft oder aus eigenen Ressourcen beschaffen kann, sollte die Ration dementsprechend geplant werden, also 2.100 - 500 = 1.600 kcal/Person/Tag. Neben dem Energiegehalt der Nahrung ist die Berücksichtigung von Eiweiß, Fett, Vitaminen und Mineralstoffen bei der Nahrungsplanung von wesentlicher Bedeutung.

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 zur Planung dieser. 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, kann die Ration so geplant werden, dass sie diese Nahrungsmittel unter Behebung der Nährstoffdefizite ergänzt. In den durchschnittlichen Planungszahlen für die allgemeinen Rationen wird dem zusätzlichen Bedarf schwangerer und stillender Frauen Rechnung getragen. In der allgemeinen Ration sollten ausreichende und akzeptable Nahrungsmittel für Kleinkinder enthalten sein, etwa angereicherte Nahrungsmischungen (siehe Standard 2 zur Säuglings- und Kleinkindernährung, Seite 183). Ein gleichberechtigter Zugang sollte sichergestellt werden, damit gleichermaßen betroffene Gruppen und Untergruppen der Bevölkerung vergleichbare Essensrationen erhalten. Die Planer sollten sich bewusst sein, dass unterschiedliche Rationsgrößen in benachbarten Gemeinden zu Spannungen führen können. Die Aufnahme überhöhter Mengen an Mikronährstoffen kann schädlich sein. Dies ist bei der Rationsplanung zu berücksichtigen, insbesondere falls mehrere verschiedene angereicherte Nahrungsmittel in die Rationen aufgenommen werden sollen.

3. ***Vorgsorgemaßnahmen gegen akute Mangelernährung und Mikronährstoffmängel:*** Falls die Nahrungsmittel-Schlüsselindikatoren erfüllt sind, sollte dies einer Verschlechterung des Ernährungsstatus der breiten Bevölkerung vorbeugen, vorausgesetzt, dass auch angemessene Maßnahmen im Bereich öffentliche Gesundheit zur Prävention von Krankheiten wie Masern, Malaria und parasitären Infektionen durchgeführt werden (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standards 1-2 zur Kontrolle übertragbarer Krankheiten, Seiten 361-364). In Situationen, in welchen nur begrenzte Nahrungsmittelarten zur Verfügung stehen, kann die Sicherstellung eines ausreichenden Nährstoffgehalts der Nahrungsmittelrationen zur Herausforderung werden. Zu den Optionen für die Verbesserung des Nährwerts der Ration zählen die Anreicherung von Grundnahrungsmitteln, die Aufnahme von angereicherten Nahrungsmischungen, die Aufnahme von vor Ort erhältlichen Nahrungsmitteln zum Ausgleich fehlender Nährstoffe bzw. der Rückgriff auf Nahrungsergänzungsmittel, etwa lipidbasierte, nährstoffreiche Fertignahrung oder verschiedene Mikronährstofftabletten oder -pulver. Diese Produkte können gezielt für besonders gefährdete und anfällige Personen, etwa Kinder im Alter von 6-24 bzw. 6-59 Monaten oder schwangere und stillende Frauen, eingesetzt werden. Falls nährstoffreiche Nahrungsmittel lokal verfügbar sind, kann ausnahmsweise erwogen werden, die Menge der Nahrungsmittel in einer allgemeinen Ration zu erhöhen, um mehr Nahrungsmitteltausch zu ermöglichen. Dabei sind jedoch die Kosteneffizienz und die Auswirkungen auf die Märkte zu berücksichtigen. Weitere Optionen, die im Hinblick auf die Prävention von Mikronährstoffmängeln infrage kommen, sind Maßnahmen zur Nahrungsmittelsicherheit, die den Zugang zu nährstoffreichen Nahrungsmitteln fördern (siehe Standard 1 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung, Seite 172, und Nahrungsmittelsicherheit – Standards 1-2 zur Existenzsicherung, Seiten 237-241). Zu berücksichtigen sind ferner Mikronährstoffverluste (etwa durch Transport, Lagerung, Verarbeitung und Kochen) und die Bioverfügbarkeit der unterschiedlichen chemischen Formen von Vitaminen und Mineralstoffen.

4. ***Überwachung der Verwertung von Essensrationen:*** Die Schlüsselindikatoren betreffen den Zugang zu Nahrungsmitteln, quantifizieren jedoch nicht die Nahrungsverwertung oder die Bioverfügbarkeit von Nährstoffen. Eine direkte Messung der Nährstoffzufuhr würde unrealistische Anforderungen an die Erhebung von Informationen stellen. Anhand von Informationen aus verschiedenen Quellen ist jedoch indirekt eine Schätzung in Bezug auf die Verwertung möglich. Zu diesen Quellen zählen etwa: die Überwachung der Nahrungsmittelverfügbarkeit und -verwendung auf Haushaltsebene, die Beurteilung der Nahrungsmittelpreise und -verfügbarkeit an den lokalen Märkten, die Prüfung von Verteilungsplänen und -daten im Rahmen der Nahrungsmittelhilfe, die Beurteilung des Beitrags wild verfügbarer

Nahrungsmittel zur Ernährung und die Durchführung von Beurteilungen zur Nahrungsmittelsicherheit. Die Nahrungsmittelzuteilung in den Haushalten ist nicht immer gerecht, wovon vor allem besonders gefährdete und anfällige Personen betroffen sein können, aber es ist in der Regel nicht möglich, diese Aspekte zu messen. Geeignete Verteilungsmechanismen (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 5 zu Nahrungsmitteltransfers, Seite 222), die Auswahl der Nahrungsmittel und die Diskussion mit der betroffenen Bevölkerung können dazu beitragen, die Nahrungsmittelzuteilung in den Haushalten zu verbessern (siehe Grundstandard 1, Seite 62).

5. ***Ältere Menschen*** können in besonderem Maße von Katastrophen betroffen sein. Zu den Risikofaktoren, die den Zugang zu Nahrung erschweren und den Nährstoffbedarf erhöhen können, zählen Krankheit und Behinderung, Isolation, psychosoziale Belastung, Großfamilien, Kälte und Armut. Älteren Menschen sollte ein einfacher Zugang zu Nahrungsquellen (einschließlich Nahrungsmitteltransfers) ermöglicht werden. Die Nahrungsmittel sollten einfach zuzubereiten und zu verzehren sein, und mit den Nahrungsmitteln sollte der erhöhte Eiweiß- und Mikronährstoffbedarf älterer Menschen gedeckt werden.

6. ***HIV-Infizierte*** können infolge einer Reihe von Faktoren einem größeren Risiko von Mangelernährung ausgesetzt sein. Dazu gehören eine reduzierte Nahrungsaufnahme aufgrund von Appetitverlust oder Schwierigkeiten beim Essen, eine Beeinträchtigung der Nährstoffaufnahme aufgrund von Diarrhoe, Parasiten oder geschädigte Darmzellen, Stoffwechselveränderungen und chronische Infektionen und Krankheiten. Der Energiebedarf von HIV-Infizierten erhöht sich entsprechend dem Stadium der Infektion. HIV-Infizierte müssen sicherstellen, dass sie ihren Ernährungs- und Gesundheitsstatus so gut wie möglich erhalten, um den Ausbruch von AIDS zu verzögern. 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 Gesamtgrößen aller Essensrationen zu erhöhen. Es sollte überlegt werden, ob eine antiretrovirale Therapie (ART) zugänglich gemacht wird. Dabei ist die unterstützende Rolle, die die Ernährung bei der Verträglichkeit der Behandlung und der Therapietreue spielt, zu beachten.

7. ***Menschen mit Behinderungen:*** Menschen mit Behinderung sind in einer Katastrophe oft besonders stark der Gefahr ausgesetzt, dass sie von ihren unmittelbaren Familienangehörigen und gewohnten Betreuungspersonen getrennt werden. Sie können auch Diskriminierung mit einhergehendem beeinträchtigtem Zugang zu Nahrung begegnen. Es sollte versucht werden, diese Risiken zu ermitteln und zu reduzieren, und zwar durch Sicherstellung des physischen Zugangs zu Nahrung, die Entwicklung von Mechanismen

für die Ernährungsunterstützung (z. B. Bereitstellung von Löffeln und Strohhalmen, die Entwicklung von Systemen für Hausbesuche oder Kontaktarbeit) und die Sicherstellung des Zugangs zu energie- und nährstoffreichen Nahrungsmitteln. Die besonderen Ernährungsrisiken umfassen Schwierigkeiten beim Kauen und Schlucken (was zu einer geringeren Nahrungsaufnahme und zu Verschlucken führen kann), eine ungeeignete Position oder Haltung beim Essen, eingeschränkte Mobilität mit einhergehendem beeinträchtigtem Zugang zu Nahrung und zum Sonnenlicht (was sich auf den Vitamin-D-Status auswirkt) und Konstipation, insbesondere bei Personen mit Zerebralparalyse.

8. ***Betreuungspersonen und die von ihnen Betreuten*** können mit spezifischen Ernährungsbarrieren konfrontiert sein, z. B. haben sie möglicherweise weniger Zeit, sich Nahrung zu beschaffen, da sie Kranke betreuen bzw. krank sind. Sie können ein größeres Bedürfnis haben, hygienische Bedingungen aufrechtzuerhalten, was eventuell schwierig ist. Aufgrund der Kosten für Behandlungen oder Bestattungen haben sie möglicherweise weniger Vermögenswerte, die sie gegen Nahrung eintauschen können und es kann sein, dass sie sozial stigmatisiert werden und nur eingeschränkten Zugang zu den Unterstützungsmechanismen der Gemeinschaft haben. Es ist wichtig, dass die Betreuungspersonen unterstützt und in der Pflege besonders gefährdeter und anfälliger Personen nicht unterminiert werden. Die angebotene Unterstützung sollte Ernährung, Hygiene und Gesundheit sowie psychosoziale Unterstützung und Schutz umfassen. Die bestehenden sozialen Netze können genutzt werden, um ausgewählte Mitglieder der Bevölkerung dahingehend zu schulen, dass sie in diesen Bereichen Verantwortung übernehmen (siehe Grundsatz 4 zum Schutz, Seite 47).

Nahrungsmittelsicherheit – Standard 2 zu Nahrungsmitteltransfers: Angemessenheit und Akzeptanz

Die bereitgestellten Nahrungsmittel sind für die Empfänger angemessen und akzeptabel, sodass sie auf Haushaltsebene effizient und effektiv verwendet werden können.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die von einer Katastrophe betroffenen Menschen während der Beurteilung und Programmgestaltung in Bezug auf die Akzeptanz, Bekanntheit und Angemessenheit der Nahrungsmittel befragen und sicherstellen, dass die Ergebnisse als Basis für die Entscheidungen über die Nahrungsmittelauswahl dienen (siehe Richtlinie 1).

- Bei der Auswahl der Nahrungsmittelarten die Fähigkeit der Menschen zur Lagerung der Nahrung, den Zugang zu Wasser und Brennstoff, die Kochzeiten und eventuell erforderliches Einweichen berücksichtigen (siehe Richtlinie 2).
- Falls unbekannte Nahrungsmittel verteilt werden: Den Menschen, die die Nahrung zubereiten, Anweisungen für die entsprechende Zubereitung geben, vorzugsweise in der lokalen Sprache (siehe Richtlinie 1).
- Falls Vollkorngetreide verteilt wird: Sicherstellen, dass die Empfänger entweder über die Mittel verfügen, es zu Hause zu mahlen/zu verarbeiten, oder dass sie Zugang zu entsprechenden Mahl-/Verarbeitungsanlagen haben (siehe Richtlinie 3).
- Sicherstellen, dass die von einer Katastrophe betroffenen Menschen Zugang zu kulturell wichtigen Artikeln, einschließlich besonderen Zutaten, haben (siehe Richtlinie 4).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Programmentscheidungen werden mit voller Beteiligung aller Betroffenen bei der Auswahl der Nahrungsmittelprodukte getroffen (siehe Richtlinien 1 und 4).
- Bei der Programmgestaltung wird der Zugang zu Wasser, Brennstoff zum Kochen und Geräten zur Nahrungsverarbeitung berücksichtigt (siehe Richtlinien 2-3).
- Es findet keine allgemeine Verteilung von Milchpulver, Flüssigmilch oder Milchprodukten als Einzelwaren statt (siehe Richtlinie 5).

Richtlinien

1. ***Bekanntheit und Akzeptanz:*** Obwohl der Nährwert bei der Zusammenstellung eines Nahrungsmittelkorbes den wichtigsten Faktor darstellt, sollten die Güter den Empfängern bekannt und mit ihren religiösen und kulturellen Traditionen vereinbar sein, unter anderem mit Speisevorschriften für schwangere oder stillende Frauen. Besonders gefährdete und anfällige Personen sollten sich bei der Abstimmung der Auswahl der Nahrungsmittel beteiligen. Falls ungewohnte Nahrungsmittel ausgewählt werden, sollten sie möglichst dem lokalen Geschmack entsprechen. In den Beurteilungsberichten, Spendenaufrufen und Projektanträgen sollte die Auswahl der Nahrungsmittel (Ein- und Ausschlusskriterien) erläutert werden. Wenn der Zugang zu Kochgelegenheiten durch Katastrophen verhindert wird, muss Fertignahrung bereitgestellt werden (siehe auch Standard 2 zur Säuglings- und Kleinkindernährung, Seite 183). Ohne Kochgelegenheiten gibt

es möglicherweise keine Alternative zur Bereitstellung ungewohnter oder unbekannter Nahrungsmittel. Ferner können auch spezielle „Notfallrationen“ berücksichtigt werden.

2. ***Lagerung und Zubereitung von Nahrung:*** Die Auswahl von Gütern sollte darauf basieren, ob die Menschen die Nahrungsmittel lagern können. (Zum Wasserbedarf: siehe Standard 1 zur Wasserversorgung, Seite 110). Eine Brennstoff-Beurteilung ist als Basis für die Auswahl der Nahrungsmittel erforderlich, um sicherzustellen, dass die Begünstigten die Nahrungsmittel in ausreichendem Maße kochen können, damit Gesundheitsrisiken vermieden werden, und um Umweltzerstörung und mögliche Sicherheitsrisiken durch exzessives Sammeln von Brennholz zu verhindern (siehe Grundsatz 1 zum Schutz, Seite 38). Generell sollten die bereitgestellten Nahrungsmittel keine langen Kochzeiten und keine großen Wassermengen erfordern. Mit gemahlenem Getreide können die Kochzeit und der Brennstoffbedarf normalerweise reduziert werden. (Zu Kochutensilien: siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 6 zu Nahrungsmitteltransfers, Seite 228, und Standards 3-4 zu Non-Food-Items, Seiten 317-318).

3. ***Nahrungsmittelverarbeitung:*** Ganzkorngetreide bietet den Vorteil einer längeren Lagerfähigkeit und kann daher für die Empfänger wertvoller sein. Falls das Mahlen auf Haushaltsebene eine Tradition darstellt oder Zugang zu örtlichen Mühlen besteht, können Ganzkornprodukte verteilt werden. Anlagen für das kommerzielle Mahlen mit niedrigen Extraktionsraten können bereitgestellt werden: Dabei werden Keime, Öl und Enzyme (die Ranzigkeit verursachen) entfernt, was die Lagerfähigkeit stark erhöht, obwohl sich auch der Eiweißgehalt verringert. Das Mahlen ist besonders bei Mais ein Problem: Werden Maiskörner gemahlen, beträgt die Lagerfähigkeit nur 6-8 Wochen, sodass der Mais erst kurz vor dem Verbrauch gemahlen werden sollte. Die nationalen Gesetze zur Einfuhr und Verteilung von Ganzkorngetreide sollten beachtet werden. Die den Empfängern entstehenden Kosten für das Mahlen können durch Bargeld oder Gutscheine, den weniger bevorzugten Ansatz von zusätzlichem Getreide oder die Bereitstellung von Mahlanlagen abgefedert werden.

4. ***Kulturell wichtige Artikel:*** Bei der Beurteilung sollten (i) kulturell wichtige Zutaten und sonstige Nahrungsmittel identifiziert werden, die wesentlicher Bestandteil der täglichen Ernährungsgewohnheiten sind (z. B. Gewürze, Tee), und (ii) der Zugang, den die Menschen zu diesen Artikeln haben, ermittelt werden. Der Nahrungsmittelkorb (food basket) sollte entsprechend gestaltet werden, insbesondere, wenn die Menschen längere Zeit auf die Essensrationen angewiesen sind.

5. ***Milch:*** In einer allgemeinen Nahrungsmittelverteilung oder einem Take-home-Nahrungsergänzungsprogramm sollte keine ungezielte Verteilung von kostenloser oder subventionierter Säuglingsnahrung sowie von Milchpulver, Flüssigmilch oder Milchprodukten als Einzelwaren vorgenommen werden (dies umfasst auch Milch zur Beimischung in Tee), da deren unüberlegte Verwendung schwerwiegende gesundheitliche Probleme nach sich ziehen kann. Alle Interventionen in Verbindung mit Milch sollten sich nach den Leitlinien zur Säuglings- und Kleinkindernährung für den Einsatz in Notfallsituationen, dem Internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten und weiterhin den einschlägigen Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung richten (siehe Standards 1-2 zur Säuglings- und Kleinkindernährung, Seiten 182-183).

Nahrungsmittelsicherheit – Standard 3 zu Nahrungsmittel-transfers: Nahrungsmittelqualität und -sicherheit

Die verteilten Nahrungsmittel sind für den menschlichen Verzehr geeignet und von ausreichender Qualität.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Nahrungsmittel auswählen, die den nationalen Standards des Empfängerlandes und sonstigen international anerkannten Standards entsprechen (siehe Richtlinien 1-2).
- Die Nahrungsmittel deutlich vor Ablauf des Haltbarkeits- oder Mindesthaltbarkeitsdatums verteilen (siehe Richtlinie 1).
- Die Empfänger zur Qualität der verteilten Nahrungsmittel befragen und hinsichtlich aufgeworfener Fragen schnell aktiv werden (siehe Richtlinie 3).
- Geeignete Nahrungsmittelverpackungen wählen, die stabil sowie leicht zu handhaben, zu lagern und zu verteilen sind und die Umwelt nicht gefährden (siehe Richtlinie 4).
- Die Nahrungsmittelverpackungen in einer geeigneten Sprache kennzeichnen und bei verpackten Nahrungsmitteln das Herstellungsdatum, die Herkunft, die Haltbarkeitsdaten von potenziell gefährlichen Nahrungsmitteln und Informationen zum Nährstoffgehalt angeben (siehe Richtlinie 4).
- Die Nahrungsmittel unter geeigneten Bedingungen und unter Einsatz bewährter Lagerverwaltungsverfahren mit systematischer Kontrolle der Nahrungsmittelqualität transportieren und lagern (siehe Richtlinie 5).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle Empfänger erhalten Nahrungsmittel, die „für den Zweck geeignet“ sind: In Bezug auf die Sicherheit sollten die Nahrungsmittel kein Gesundheitsrisiko bergen und in Bezug auf die Qualität sollten die Nahrungsmittel den Qualitätsvorgaben entsprechen und nährstoffreich sein (siehe Richtlinien 1-2, 4).
- Nach einer Überwachung der Rechenschaftsmechanismen (accountability monitoring) werden alle Beschwerden, die seitens der Begünstigten eingehen, verfolgt und bearbeitet (siehe Richtlinie 3).

Richtlinien

1. ***Nahrungsmittelqualität:*** Die Nahrungsmittel müssen im Hinblick auf Qualität, Verpackung, Kennzeichnung und „Zweckeignung“ den Lebensmittelnormen der Empfängerregierung bzw. den Codex-Alimentarius-Normen entsprechen. Die Nahrungsmittel müssen immer „für den menschlichen Verzehr geeignet“ sein, sollten jedoch auch „für den Zweck geeignet“ sein. Falls die Nahrungsmittel aufgrund ihrer Qualität nicht in der beabsichtigten Weise zu verwenden sind, sind sie nicht für den Zweck geeignet, selbst wenn sie für den menschlichen Verzehr geeignet sind (es kann z. B. sein, dass die Qualität von Mehl das Backen auf Haushaltsebene unmöglich macht, obwohl der Verzehr des Mehls unbedenklich ist). Für die Qualitätsprüfung sollten entsprechend dem Stichprobenplan Proben entnommen und von den einkaufenden Hilfsorganisationen systematisch überprüft werden, um sicherzustellen, dass die Qualität angemessen ist. Sofern erforderlich, sollten den vor Ort gekauften oder importierten Nahrungsmitteln Pflanzengesundheitszeugnisse oder sonstige Kontrollbescheinigungen beigefügt sein. Bei Lagerbeständen sollten zufällige Stichprobenprüfungen durchgeführt werden. 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. Informationen zu Alter und Qualität von Nahrungsmittellieferungen können Herstellerbescheinigungen, Prüfberichten zur Qualitätskontrolle, der Verpackungskennzeichnung und Lagerberichten entnommen werden. Nahrungsmittel, die nicht für den Zweck geeignet sind, sollten sorgfältig entsorgt werden (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 4 zu Nahrungsmitteltransfers, Richtlinie 10, Seite 220).
2. ***Genetisch veränderte Nahrungsmittel:*** Die nationalen Vorschriften betreffend die Entgegennahme und Verwendung genetisch veränderter Nahrungsmittel müssen verstanden und eingehalten werden. Diese Vorschriften sind bei der Planung von Nahrungsmitteltransfers, in deren Rahmen voraussichtlich Importwaren genutzt werden, zu berücksichtigen.

3. ***Beschwerde- und Reaktionsmechanismus:*** Im Hinblick auf die Rechenschaftspflicht gegenüber den Empfängern sollten die Hilfsorganisationen sicherstellen, dass entsprechende Beschwerde- und Reaktionsmechanismen zur Qualität und Sicherheit der Nahrungsmittel vorgehalten werden (siehe Grundstandard 1, Richtlinie 2, Seite 64).

4. ***Verpackung:*** Nach Möglichkeit sollten die Verpackungen eine direkte Verteilung erlauben, ohne dass Nachmessen (z. B. Portionieren) oder Umpacken erforderlich ist: Geeignete Packungsgrößen können dazu beitragen, dass die Rationsstandards erfüllt werden. Die Nahrungsmittelverpackungen sollten keine politisch oder religiös motivierten oder polarisierenden Botschaften tragen. Über die Auswahl der Verpackungen und das Management der leeren Verpackungen (etwa Säcke und Dosen) können ökologische Risiken minimiert werden. Bei den Verpackungen von Fertignahrung (etwa Verpackungsfolien) können im Hinblick auf eine sichere Entsorgung besondere Kontrollen erforderlich sein.

5. Die ***Lagerbereiche*** sollten trocken und hygienisch sein, ausreichenden Witterungsschutz bieten und nicht durch chemische oder sonstige Rückstände verunreinigt sein. Sie sollten ferner gegen Schädlinge wie Insekten und Nagetiere abgesichert sein (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 4 zu Nahrungsmitteltransfer, Seite 217, und Standard 1 zum Abfallmanagement, Seite 134).

Nahrungsmittelsicherheit – Standard 4 zu Nahrungsmitteltransfers: Supply-Chain-Management (SCM, Lieferkettenmanagement)

Ein korrektes Management der Güter und entsprechenden Kosten unter Einsatz neutraler, transparenter und reaktionsfähiger Systeme ist vorhanden.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Ein koordiniertes, effizientes SCM-System einrichten, wobei nach Möglichkeit die lokale Kapazität genutzt wird (siehe Richtlinien 1-3).
- Ein transparentes, faires und offenes Verfahren für die Auftragsvergabe sicherstellen (siehe Richtlinien 1-2, 4).
- Solide Beziehungen mit Lieferanten und Dienstleistern aufbauen und ethische Verfahrensweisen durchsetzen (siehe Richtlinien 1-2, 4-5).
- Das Personal auf allen Ebenen in das SCM-System einweisen und überwachen, um die Qualitäts- und Sicherheitsverfahren in Bezug auf Nahrungsmittel zu beobachten (siehe Richtlinie 5).

- Ein geeignetes Verfahren zur Rechenschaftslegung einschließlich Inventar-, Berichts- und Finanzsystemen einrichten (siehe Richtlinien 6-8).
- Verluste, einschließlich Diebstahl, auf ein Mindestmaß begrenzen und sämtliche Verluste ausweisen (siehe Richtlinien 9-11).
- Für Überwachung und Management der Nahrungsmittel-Pipeline sorgen, sodass: (i) alle möglichen Maßnahmen ergriffen werden, um unberechtigte Abzweigungen von Nahrungsmitteln und Verteilungsunterbrechungen zu verhindern und (ii) alle Beteiligten regelmäßig über die Leistung der Lieferkette informiert werden (siehe Richtlinien 12-13).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Nahrungsmittel erreichen die vorgesehenen Verteilungsstellen (siehe Richtlinie 1 und 7).
- Ein Güterverfolgungssystem sowie Inventar- und Berichtsysteme sind ab dem Beginn der Intervention vorhanden (siehe Richtlinien 7-8, 11-13).
- Die SCM-Beurteilungsberichte belegen die Beurteilung und Bestandsaufnahme der lokalen SCM-Kapazitäten, der lokalen Nahrungsmittelverfügbarkeit und der lokalen Logistik-Infrastruktur (siehe Richtlinien 2-3).
- Der SCM-Berichterstattung ist zu entnehmen:
  - der Nachweis transparenter, fairer und offener Auftragsvergabesysteme.
  - der Nachweis des Managements der Leistung von Lieferanten/Dienstleistern und der entsprechenden Berichterstattung.
  - Anzahl und Anteil der geschulten SCM-Mitarbeiter.
  - Vollständigkeit und Richtigkeit der Dokumentation.
  - dass die Verluste auf ein Mindestmaß begrenzt und auf einem Niveau von unter 2 Prozent gehalten werden und dass alle Nahrungsmittel erfasst sind.
  - dass eine regelmäßige Pipeline-Analyse vorgenommen wird und die relevanten Beteiligten über die Nahrungsmittel-Pipeline und die Lieferkette informiert werden.

Richtlinien

1. Das ***Supply-Chain-Management*** ist ein integrierter Ansatz für die Logistik. Es beginnt mit der Auswahl der Güter und umfasst die Bereiche Lieferantenauswahl, Beschaffung, Qualitätssicherung, Verpackung, Versand, Transport, Lagerhaltung, Bestandsmanagement und Versicherung. Das SCM betrifft viele unterschiedliche Partner. Daher ist es wichtig, die Tätigkeiten zu koordinieren (siehe Grundstandard 2, Seite 65). Durch Management- und Überwachungsverfahren sollte sichergestellt werden, dass die Güter sicher an den Verteilungsstellen eintreffen. Die humanitären Organisationen tragen

jedoch auch die Verantwortung dafür, dass die Nahrungsmittel die eigentliche Zielgruppe erreichen (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standards 5-6 zu Nahrungsmitteltransfers, Seiten 222-228).

2. ***Rückgriff auf lokale Dienstleistungen:*** Die Verfügbarkeit und Zuverlässigkeit der lokalen Leistungsfähigkeit sollte beurteilt werden, bevor auf Lieferanten außerhalb der Region zurückgegriffen wird. Es sollte sorgfältig darauf geachtet werden, dass eine Beschaffung vor Ort keine Feindseligkeiten verursacht oder verschärft und der Bevölkerung noch weiter schadet. Angesehene lokale oder regionale Transportunternehmer und Frachtführer besitzen wertvolle Kenntnisse über die lokalen Vorschriften, Verfahren und Einrichtungen und können helfen, die Einhaltung der Gesetze des Gastlandes und der Liefertermine sicherzustellen. In einem konfliktreichen Umfeld sollte besondere Sorgfalt auf die Überprüfung von Dienstleistern verwandt werden.

3. ***Lokale Lieferanten gegenüber Import:*** Die lokale Verfügbarkeit von Gütern und die Auswirkungen einer lokalen Lieferantenauswahl oder des Imports von Nahrungsmitteln auf die lokale Produktion und die Marktsysteme einschließlich nachhaltiger Umweltverträglichkeit sollten beurteilt werden (siehe Standard 1 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung, Seite 202, und Nahrungsmittelsicherheit – Standards 1 und 3 zur Existenzsicherung, Seiten 237 und 245). Durch den lokalen oder regionalen Einkauf von Nahrungsmitteln werden die Märkte belebt und unterstützt. Dies kann für Landwirte ein Anreiz sein, mehr zu produzieren, wodurch sie zur Ankurbelung der lokalen Wirtschaft beitragen würden. Falls mehrere Organisationen beteiligt sind, sollte ein lokales Sourcing weitestgehend koordiniert werden. Weitere inländische Quellen für Güter können Darlehen oder Neuzuweisungen im Rahmen bestehender Nahrungsmittelprogramme (die Zustimmung von Spendern kann erforderlich sein), nationale Getreidereserven oder auch Darlehen kommerzieller Lieferanten und Tauschgeschäfte mit diesen umfassen.

4. ***Unparteilichkeit:*** Faire und transparente Vergabeverfahren sind unerlässlich, um den Verdacht von Günstlingswirtschaft oder Korruption zu vermeiden. Die Leistung der Dienstleister sollte evaluiert, die engeren Auswahllisten sollten aktualisiert werden.

5. ***Kompetenzen und Schulung:*** Für die Einrichtung des SCM-Systems und die Schulung des Personals sollten erfahrene SCM-Praktiker und Programm-Manager mobilisiert werden. Zu den besonderen Bereichen der einschlägigen Expertise zählen: Auftragsmanagement, Transport- und Lagerverwaltung, Bestandsmanagement, Pipeline-Analyse und Informationsmanagement, Lieferverfolgung und Importmanagement. Bei der Durchführung der Schulungen sollte das Personal der Partnerorganisationen und der Dienstleister einbezogen und die lokale Sprache verwendet werden.

6. ***Nahrungsmittel werden nicht als Zahlungsmittel gebraucht:*** Es sollte vermieden werden, Nahrungsmittel zur Zahlung für logistische Arbeiten, etwa das Entladen in Lagern und Verteilungsstellen, zu gebrauchen. Falls keine Barzahlungen möglich sind und Nahrungsmittel genutzt werden, sollten die an die Verteilungsstellen zu versendenden Nahrungsmittelmengen angepasst werden, damit die ursprünglich geplanten Mengen dennoch die entsprechenden Zielgruppen erreichen.

7. ***Berichterstattung (einschließlich Cluster „Logistik“ und zwischen den Organisationen):*** Die meisten Nahrungsmittelspender stellen bestimmte Anforderungen in Bezug auf die Berichterstattung. Die Supply-Chain-Manager sollten diese Anforderungen kennen und Systeme einrichten, um diese einzuhalten. Die täglichen Managementaufgaben umfassen schnelle Meldungen von Verzögerungen oder Abweichungen in der Supply Chain. Die Pipeline-Informationen und sonstigen SCM-Berichte sollten in transparenter Weise weitergegeben werden.

8. ***Dokumente:*** An allen Standorten, an welchen Güter angeliefert, gelagert oder versandt werden, sollten ausreichende Dokumente und Formulare (Frachtbriefe, Inventarbücher, Berichtsformulare usw.) vorgehalten werden, um eine dokumentierte Prüfungskette der Transaktionen aufrechtzuerhalten.

9. ***Lagerhaltung:*** Nahrungsmittellager für nur einen Nutzer sind gemeinsamen Einrichtungen vorzuziehen. Durch gutes Management können jedoch die Risiken der Letzteren minimiert werden. Bei der Auswahl eines Lagers für Nahrungsmittel sollte sichergestellt werden, dass dort vorher keine Gefahrgüter gelagert wurden und keine Kontaminationsgefahr besteht. Zu berücksichtigen sind Faktoren wie Sicherheit, Kapazität, einfacher Zugang, strukturelle Stabilität (des Dachs, der Wände, der Türen und des Bodens) und die Frage, ob eine Überschwemmungsgefahr besteht.

10. ***Entsorgung von Gütern, die nicht für den menschlichen Verzehr geeignet sind:*** Beschädigte Güter sollten von qualifizierten Inspektoren (etwa Experten für Lebensmittelsicherheit und Labors des Gesundheitswesens) überprüft werden, um festzustellen, ob sie für den menschlichen Verzehr geeignet sind. Eine Entsorgung von zum Verzehr ungeeigneten Gütern sollte rasch erfolgen, bevor die Nahrungsmittel zu einer Gesundheitsgefährdung werden. Zu den Methoden der Entsorgung ungeeigneter Güter zählen: der Verkauf als Tierfutter und das durch die einschlägigen Behörden autorisierte und bestätigte Vergraben/Verbrennen. Im Falle der Entsorgung als Tierfutter ist eine Bescheinigung über die Eignung zu diesem Zweck einzuholen. In allen Fällen gilt, dass ungeeignete Güter nicht in die menschliche oder tierische Nahrungsmittelkette zurückgelangen dürfen und dass die Entsorgung weder die Umwelt schädigen noch Wasserquellen kontaminieren darf.

11. ***Gefahren für die Supply Chain:*** Im Kontext bewaffneter Konflikte oder allgemeiner unsicherer Sicherheitslage besteht die Gefahr, dass Nahrungsmittel durch die Konfliktparteien geraubt oder beschlagnahmt werden. Daher muss ein Management der Risiken für die Sicherheit der Transportwege und der Lager vorgesehen werden. Das Potenzial für Diebstahl ist auf allen Ebenen der Supply Chain gegeben: An allen Lager-, Übergabe- und Verteilungsstellen sind Kontrollsysteme einzurichten und zu überwachen, um dieses Risiko zu minimieren. Mit internen Kontrollsystemen sollte eine Aufteilung der Zuständigkeiten sichergestellt werden, um das Risiko geheimer Absprachen zu reduzieren. Die Lagerbestände sollten regelmäßig kontrolliert werden, damit eine unberechtigte Abzweigung von Nahrungsmitteln aufgedeckt wird. Nicht nur zur Sicherstellung der Integrität der Supply Chain sollten Maßnahmen ergriffen werden, sondern auch, um allgemeinere politische und sicherheitsrelevante Implikationen zu analysieren und entsprechend zu reagieren, etwa auf die Möglichkeit, dass ein bewaffneter Konflikt durch abgezweigte Nahrungsvorräte weiter geschürt wird (siehe Grundsatz 1 zum Schutz, Seite 38).

12. ***Pipeline-Analysen*** sollten regelmäßig durchgeführt und relevante Informationen über die Lagerbestände, die erwarteten Liefertermine und die Verteilungen an alle Beteiligten in der Supply Chain weitergegeben werden. Durch die Verfolgung und Vorausberechnung der Lagerbestände sollten erwartete Defizite und Probleme erkennbar werden, damit rechtzeitig Lösungen gefunden werden können. Der Informationsaustausch zwischen den Partnern kann geeigneten Maßnahmen zur Verhinderung von Pipeline-Unterbrechungen den Weg ebnen. Falls die Ressourcen nicht ausreichen, sind Pipeline-Unterbrechungen eventuell unvermeidbar. In solchen Fällen kann die Priorisierung der Artikel im Nahrungsmittelkorb bei der Programmierung der Ressourcen (d. h. der Entscheidung darüber, was gekauft wird) anhand der verfügbaren Mittel erforderlich sein. Hierfür ist eine Abstimmung mit den Beteiligten notwendig. Die Lösung kann darin bestehen, (i) die Größe der Gesamtration zu reduzieren, oder (ii) Nahrungsmittelarten, zu welchen die Begünstigten (physisch und wirtschaftlich) eher Zugang haben, zu reduzieren oder zu eliminieren.

13. ***Bereitstellung von Informationen:*** Um Missverständnisse zu vermeiden, sollten die einschlägigen Informationen nicht allen, sondern nur den relevanten Interessengruppen bereitgestellt werden. Der Rückgriff auf lokale Medien, traditionelle Methoden der Nachrichtenverbreitung und aktuelle Technologien (SMS-Nachrichten, E-Mail) sollte als eine Möglichkeit betrachtet werden, örtliche Beamte und Empfänger über Lieferungen auf dem Laufenden zu halten und die Transparenz zu erhöhen.

Nahrungsmittelsicherheit – Standard 5 zu Nahrungsmittel-transfers: Zielgruppenbestimmung und Verteilung

Die Methode der gezielten Nahrungsmittelverteilung erlaubt eine schnelle und rechtzeitige Reaktion, ist transparent, sicher, wahrt die Würde der Menschen und ist an die lokalen Gegebenheiten angepasst.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Empfänger der Nahrungsmittel auf der Basis des Bedarfs und in Abstimmung mit den relevanten Interessengruppen identifizieren und als Zielgruppe bestimmen (siehe Richtlinien 1-2).
- In Abstimmung mit den Partnerorganisationen, lokalen Gruppen und Empfängern effiziente und gerechte Methoden der Nahrungsmittelverteilung entwickeln, durch welche die Würde der Menschen gewahrt wird. Der Entwicklungsprozess sollte mit aktiver Beteiligung der Frauen und der Vertreter von Menschen mit Behinderung und älteren Menschen und von Personen mit eingeschränkter Mobilität erfolgen (siehe Richtlinien 1-4).
- Mit den lokalen Interessengruppen geeignete Verteilungsstellen abstimmen, die den Empfängern einfachen Zugang und Sicherheit gewährleisten (siehe Richtlinien 5-6).
- Die Empfänger im Voraus über den Verteilungsplan und die Qualität/Größe der Essensration informieren (siehe Richtlinien 7-8).
- Die Leistung der gezielten Nahrungsmittelverteilung überwachen und evaluieren (siehe Richtlinie 9).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Targeting-Kriterien müssen auf einer umfassenden Analyse der besonderen Gefährdungen basieren (siehe Richtlinie 1).
- Die Targeting-Mechanismen werden mit der von der Katastrophe betroffenen Bevölkerung abgestimmt (siehe Richtlinie 1-2).
- Für Menschen mit eingeschränkter Mobilität müssen relevante alternative Verteilungsmodelle vorgehalten werden (siehe Richtlinie 3-4).
- Die Empfänger sollten nicht mehr als 10 km bis zur Verteilungsstelle zurücklegen müssen, was einem Fußmarsch von unter vier Stunden entspricht (siehe Richtlinie 5).

- Während der Verteilungen sollten Rationskarten, Transparente und/oder Schilder mit Informationen über die Essensrationen vorhanden sein (siehe Richtlinien 7-8).
- Durch Überwachung und Verantwortungsmechanismen der Begünstigten werden verfolgt (siehe Richtlinie 9):
  - die Präferenzen der Beteiligten hinsichtlich der Verteilungsmethoden
  - die Informationen, die den Begünstigten zur Verteilung bereitgestellt werden
  - der Eingang der Nahrungsmittel bei den Begünstigten: die Soll-Ist-Leistung (Rechtzeitigkeit, Menge, Qualität).

Richtlinien

1. ***Targeting:*** Die Personen, die sich im Rahmen der Beurteilung als die Bedürftigsten erwiesen haben, sollten als Zielgruppe bestimmt werden: die Haushalte mit der akutesten Nahrungsmittelunsicherheit und mangelernährte Personen (siehe „Gefährdung und Leistungsfähigkeit der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen“, Seite 169, und Standards 1-2 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung, Seiten 172-176). Das Targeting wird nicht nur in der Anfangsphase durchgeführt, sondern erstreckt sich über die gesamte Intervention. 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. Zudem erhöhen sich durch die Reduzierung von Fehlern in der Regel die Kosten. In akuten Notfallsituationen können Einschlussfehler akzeptabler sein als Ausschlussfehler: Bei unvermittelt eintretenden Katastrophen, in welchen alle Haushalte vergleichbare Verluste erlitten haben, oder falls eine detaillierte Targeting-Beurteilung wegen fehlenden Zugangs nicht möglich ist, können pauschale Verteilungen angemessen sein. Die Auswahl von Beauftragten für das Targeting sollte auf deren Unparteilichkeit, Leistungsfähigkeit und Verantwortlichkeit basieren. Zu den Targeting-Beauftragten können örtliche Älteste, lokal gewählte Nothilfekomitees, lokale Institutionen, lokale Nichtregierungsorganisationen (NGO), Regierungsvertreter oder internationale Nichtregierungsorganisationen gehören. Die Auswahl weiblicher Targeting-Beauftragter wird nachdrücklich empfohlen. Die Targeting-Ansätze müssen eindeutig sein und von Empfänger- wie Nichtempfänger-Bevölkerungsgruppen akzeptiert werden, damit keine Spannungen verursacht und kein Schaden angerichtet wird (siehe Grundstandard 1, Richtlinie 3, Seite 64, und Grundsatz 2 zum Schutz, Seite 41).

2. ***Registrierung:*** Sobald dies machbar ist, sollte eine förmliche Registrierung der Haushalte, die Nahrungsmittel erhalten sollen, vorgenommen und nach Bedarf aktualisiert werden. Informationen zu den Begünstigten sind für die Entwicklung eines effizienten Verteilungssystems (die Größe und das demografische Profil einer Bevölkerungsgruppe beeinflusst die Organisation der Verteilung), die Auflistung der Begünstigten, Kontrolllisten und Rationskarten (falls ausgegeben) sowie für die Identifizierung von Personen mit besonderem Bedarf von großer Bedeutung. In Lagern ist die Registrierung häufig eine Herausforderung, zumal wenn Vertriebene nicht über Ausweisdokumente verfügen (siehe Grundsatz 4 zum Schutz, Richtlinien 4-5, Seite 48). Listen der lokalen Behörden und von der Gemeinschaft erstellte Hauhaltslisten können hilfreich sein, vorausgesetzt, dass sie sich in einer unabhängigen Beurteilung als richtig und objektiv erweisen. Die Frauen der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerung sollten aufgefordert werden, den Registrierungsprozess zu unterstützen. Die Hilfsorganisationen sollten sicherstellen, dass auch besonders gefährdete und anfällige, insbesondere ans Haus gebundene Personen in die Verteilungslisten aufgenommen werden. Obwohl normalerweise der Haushaltsvorstand registriert wird, sollten auch Frauen das Recht haben, sich in ihrem eigenen Namen registrieren zu lassen, da Frauen die Transfers auf Haushaltsebene angemessener einsetzen können. Falls eine Registrierung im Anfangsstadium einer Katastrophe nicht möglich ist, sollte sie durchgeführt werden, sobald sich die Lage stabilisiert hat. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn Nahrungsmitteltransfers über einen längeren Zeitraum erforderlich sind. Für den Registrierungsprozess sollte ein Beschwerde- und Reaktionsmechanismus eingerichtet werden (siehe Grundstandard 1, Richtlinien 2 und 6, Seiten 64 und 65).

3. ***Verteilungsmethoden für „Trockenrationen“ (dry rations):*** Die meisten Verteilungsmethoden entwickeln sich im Laufe der Zeit. Eine allgemeine Nahrungsmittelverteilung erfolgt üblicherweise in Form von Trockenrationen, die von den Begünstigten zu Hause gekocht werden. Bei den Empfängern kann es sich um eine Einzelperson oder einen Haushalt mit Rationskarte, den Vertreter einer Gruppe von Haushalten, traditionelle Führer oder Führer einer gezielten Verteilung auf Gemeindeebene handeln. Die Auswahl des am besten geeigneten Empfängers richtet sich nach den Bedingungen vor Ort, und falls sich diese Bedingungen ändern, kann dies auch zur Auswahl eines anderen Empfängers führen. Die Risiken, die sich bei den Verteilungen durch Vertreter oder Führer ergeben, sollten sorgfältig beurteilt werden. Bei der Auswahl der Empfänger sollten die Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung und das Potenzial für Gewalt, einschließlich häuslicher Gewalt, berücksichtigt werden (siehe Grundsätze 1-2 zum Schutz, Seiten 38-41). Im Hinblick auf die Häufigkeit der Verteilungen sollten das Gewicht der Essensration und die Mittel der Begünstigten, diese nach Hause zu tragen, in Betracht

gezogen werden. Um sicherzustellen, dass ältere Menschen und Menschen mit Behinderung ihre Rationen abholen können, sind möglicherweise besondere Maßnahmen erforderlich: Andere Mitglieder der Gemeinschaft können ihnen zwar helfen, aber unter Umständen ist es einfacher, Rationen für eine oder zwei Wochen abzuholen statt monatlicher Rationen. Die Versuche, besonders gefährdete und anfällige Menschen in das Targeting einzubeziehen, sollten nicht zu deren weiterer Stigmatisierung führen. Dies kann in Bevölkerungsgruppen mit einer hohen Zahl von HIV und AIDS-Infizierten ein besonderes Problem darstellen (siehe Grundsatz 4 zum Schutz, Richtlinie 1, 9-11, Seiten 47 und 49).

4. ***Verteilungsmethoden bei „gekochten" Rationen (wet rations):*** In Ausnahmefällen können in der ersten Phase einer akuten Katastrophe im Rahmen einer allgemeinen Nahrungsmittelverteilung gekochte Mahlzeiten oder verzehrfertige Nahrungsmittel ausgegeben werden. Dies kann zum Beispiel angebracht sein, wenn die Menschen in Bewegung sind, die Begünstigten aufgrund extremer Unsicherheit beim Transport der Nahrungsmittel der Gefahr von Diebstahl oder Gewalt ausgesetzt wären, besonders gefährdete und anfällige Menschen aufgrund eines hohen Maßes an Missbrauch oder hoher Besteuerung ausgeschlossen wären, die Menschen durch Vertreibung großen Ausmaßes ihren Besitz (Kochutensilien und/oder Brennstoff) verloren haben oder zu schwach sind, um selbst zu kochen, die örtlichen Führer die Rationen abzweigen und ökologische Aspekte zu berücksichtigen sind (z. B. die Bedrohung eines fragilen ökologischen Umfeldes durch das Sammeln von Brennholz). Schulspeisungen und Boni für das Bildungspersonal in Form von Nahrungsmitteln können als Verteilungsmechanismus in einer Notfallsituation eingesetzt werden (siehe begleitende INEE-Standards von Sphere).

5. ***Verteilungsstellen und Anreise:*** Die Einrichtung der Verteilungsstellen sollte sich nicht danach richten, was für die Hilfsorganisation logistisch am bequemsten ist, sondern danach, wie sicher und bequem sie für die Empfänger zu erreichen sind (siehe Grundsatz 3 zum Schutz, Richtlinien 6-9, Seite 45). Dabei sollte das Gelände und die Nähe zu anderen Hilfsquellen (Trinkwasser, Toiletten, medizinische Dienste, Schatten/Notunterkünfte, sichere Räume für Frauen) berücksichtigt werden. Die Verteilungsstellen sollten nicht in Gebieten errichtet werden, in welchen die Menschen militärische/bewaffnete Kontrollpunkte passieren oder über sicheren Durchgang verhandeln müssen. Bei der Häufigkeit der Verteilungen und der Anzahl der Verteilungsstellen sollten die Zeit für die Anreise der Empfänger zu den Verteilungsstellen und die praktischen Aspekte und Kosten des Transports der Güter berücksichtigt werden. Die Empfänger sollten in der Lage sein, den Hin- und Rückweg zu einer Verteilungsstelle an einem Tag zu bewältigen. Um die Personen zu erreichen, denen dies nicht möglich ist und die möglicherweise isoliert sind (z. B. Personen mit Mobilitätsproblemen), sollten alter-

native Verteilungswege entwickelt werden. Die Gehgeschwindigkeit beträgt durchschnittlich 5 km/Stunde, kann jedoch bei schwierigem Gelände und bei Steigungen darunter liegen. Je nach Alter und Beweglichkeit variieren die Zeiten. Für marginalisierte und ausgegrenzte Bevölkerungsgruppen ist der Zugang zu Verteilungen in einer Katastrophensituation häufig ein Grund zur Sorge. Verteilungen sollten so geplant sein, dass die Unterbrechung der alltäglichen Tätigkeiten auf ein Minimalmaß begrenzt werden, dass Zeiten angesetzt werden, die die Anreise zu den Verteilungsstellen zum Schutz der Empfänger bei Tageslicht ermöglichen, und dass vermeiden wird, dass die Begünstigten eine Übernachtung einplanen müssen, da dies zu zusätzlichen Risiken führt (siehe Grundsatz 1 zum Schutz, Seite 38).

6. ***Minimierung von Sicherheitsrisiken:*** Die Nahrungsmittelverteilungen können Sicherheitsrisiken schaffen, unter anderem die Abzweigung von Gütern und Gewalt. Während der Verteilungen können starke Spannungen entstehen. Frauen, Kinder, ältere Menschen und Menschen mit Behinderung laufen besonders Gefahr, ihre Ansprüche zu verlieren. Diese Risiken müssen im Voraus beurteilt werden, und es sind Schritte einzuleiten, um sie zu minimieren. Dies umfasst die Beaufsichtigung der Verteilungen durch geschultes Personal und die Bewachung der Verteilungsstellen durch die betroffene Bevölkerung selbst. Falls erforderlich, kann die örtliche Polizei eingeschaltet werden, die jedoch in Bezug auf die Ziele der Nahrungsmitteltransfers sensibilisiert werden sollte. Eine sorgfältige Planung der Anlage der Verteilungsstellen kann helfen, die Menschenmenge unter Kontrolle und die Sicherheitsrisiken gering zu halten. Zur Prävention, Überwachung und Bekämpfung von geschlechtsspezifischer Gewalt (einschließlich sexueller Ausbeutung) in Verbindung mit der Nahrungsmittelverteilung sollten besondere Maßnahmen ergriffen werden. Dazu gehören die Trennung von Männern und Frauen, zum Beispiel durch eine physische Barriere oder durch gesonderte Verteilungszeiten, die Informierung aller Teams bei der Nahrungsmittelverteilung über geeignete Verhaltensweisen und Sanktionen gegen sexuellen Missbrauch und die Einbeziehung weiblichen „Wachpersonals“ zur Beaufsichtigung der Entladung, Registrierung und Verteilung von Nahrungsmitteln und des Ablaufs danach (siehe auch Richtlinie 5 und Grundsatz 2 zum Schutz, Seite 41).

7. ***Verbreitung von Informationen:*** Die Empfänger sollten informiert werden über:

   - Menge und Art der zu verteilenden Ration und die Gründe für Abweichungen vom Plan. Die Informationen zu den Rationen sollten an den Verteilungsorten gut sichtbar und in Formaten angezeigt werden, die auch den Menschen zugänglich sind, die nicht lesen können oder Kommunikationsprobleme haben (z. B. in der lokalen Sprache geschrieben, bildlich dargestellt und/oder als mündliche Information), sodass die Menschen über ihre Ansprüche im Bilde sind.

- den Verteilungsplan (Datum, Uhrzeit, Ort, Häufigkeit) und Änderungen.
- 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 (siehe Standards 1-2 zur Säuglings- und Kleinkindernährung, Seiten 182-183).
- die Möglichkeiten der Empfänger, weitere Informationen über das Programm und den Beschwerdeprozess zu erhalten.

(Siehe Grundstandard 1, Richtlinien 4-6, Seiten 64-65)

8. **Änderungen des Programms:** Änderungen des Nahrungsmittelkorbs (food baskets) oder der Rationsgrößen aufgrund unzulänglicher Nahrungsmittelverfügbarkeit müssen durch Verteilungskomitees, die Führer der Gemeinschaft und die sie vertretenden Organisationen mit den Empfängern besprochen werden. Vor den Verteilungen sollte gemeinsam eine Vorgehensweise abgestimmt werden. Das Verteilungskomitee sollte die Menschen über die Änderungen, die entsprechenden Gründe und den Zeitpunkt der Wiederaufnahme der normalen Rationen informieren. Die folgenden Optionen sind in Betracht zu ziehen:

   - reduce the rations to all recipients (an equal share of available commodities or a reduced food basket)
   - give a ‘full’ ration to vulnerable individuals and a ‘reduced’ ration to the general population
   - as a last resort, postpone the distribution.

   Falls eine Verteilung der geplanten Ration nicht möglich ist, wird die Fehlmenge nicht zwangsläufig bei der folgenden Verteilung ausgeglichen (d. h. eine nachträgliche Bereitstellung ist nicht immer angebracht).

2. Eine ***Überwachung und Evaluierung*** sollte auf allen Ebenen der Supply Chain und an der Verbrauchsstelle durchgeführt werden (siehe Grundstandard 5, Seite 78). An den Verteilungsstellen ist zu überprüfen, ob die Vorkehrungen im Vorfeld der Verteilungen getroffen wurden (z. B. für Registrierung, Sicherheit, Verbreitung von Informationen). Die von den Haushalten abgeholten Rationen sollten stichprobenartig nachgewogen werden, um zu überprüfen, ob das Verteilungsmanagement korrekt und gerecht ist. Dazu sollten auch die Empfänger befragt werden. Stichprobenartige Besuche von Haushalten können dazu beitragen, die Akzeptanz und Zweckmäßigkeit der Ration zu sichern und ferner Personen zu identifizieren, welche die Auswahlkriterien erfüllen, aber keine Nahrungsmittel erhalten. Bei solchen Besuchen kann auch festgestellt werden, ob zusätzliche Nahrungsmittel in

Empfang genommen werden, woher diese kommen, wofür und von wem sie verwendet werden (z. B. durch Beschlagnahmung oder Ausbeutung sexueller oder anderer Art). Bei der Überwachung sollte analysiert werden, wie sich die Nahrungsmitteltransfers auf die Sicherheit der Begünstigten auswirken. Auch die weiter reichenden Effekte von Nahrungsmittelverteilungen sollten evaluiert werden, etwa die Auswirkungen des landwirtschaftlichen Kreislaufs, der landwirtschaftlichen Tätigkeiten, der Marktbedingungen und der Verfügbarkeit landwirtschaftlicher Betriebsstoffe.

Nahrungsmittelsicherheit – Standard 6 zu Nahrungsmitteltransfers: Nahrungsmittelverwendung

Die Nahrungsmittel werden sowohl auf Haushalts- als auch auf Gemeinschaftsebene sicher und angemessen gelagert, zubereitet und verbraucht.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Begünstigten vor unangemessener Handhabung und Zubereitung der Nahrungsmittel schützen (siehe Richtlinie 1).
- Für die Verbreitung einschlägiger Informationen zur Bedeutung der Hygiene im Hinblick auf die erhaltenen Nahrungsmittel und ein gutes Verständnis hygienischer Praktiken beim Umgang mit Nahrungsmitteln sorgen (siehe Richtlinien 1-2).
- Falls gekochte Nahrungsmittel verteilt werden: Das Personal in Bezug auf die sichere Lagerung, Handhabung und Zubereitung der Nahrungsmittel und die potenzielle Gesundheitsgefährdung aufgrund falscher Praktiken schulen (siehe Richtlinie 1).
- Die Begünstigten zur Lagerung, Zubereitung, zum Kochen und Verbrauch der verteilten Nahrungsmittel und den Auswirkungen der Bereitstellung von Nahrung für besonders gefährdete und anfällige Personen befragen (und gegebenenfalls beraten) und auftretende Probleme beheben (siehe Richtlinien 1-2).
- Sicherstellen, dass die Haushalte Zugang zu geeigneten Kochutensilien, Brennstoff, Trinkwasser und Hygienematerialien haben (siehe Richtlinien 1-4).
- Bei Personen, die selbst keine Nahrungsmittel zubereiten oder sich nicht selbst ernähren können: Den Zugang zu Betreuern sicherstellen, die geeignete Nahrungsmittel für sie zubereiten und ihnen bei Bedarf beim Essen helfen (siehe Richtlinie 5).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Es liegen keine Fälle von Gesundheitsgefährdung durch die verteilten Nahrungsmittel vor.
- Die Begünstigten sind hinsichtlich guter Nahrungsmittelhygiene sensibilisiert (siehe Richtlinien 1-2).
- Alle entsprechenden Mitarbeiter sind im Umgang mit Nahrungsmitteln und in Bezug auf die Gefahren falscher Praktiken geschult (siehe Richtlinie 1).
- Die Haushalte haben vollen Zugang zu ausreichenden und sicheren Materialien und Geräten zur Zubereitung der Nahrung (siehe Richtlinien 3-4).
- Alle Personen mit besonderem Hilfsbedarf erhalten die volle Unterstützung von Betreuern (siehe Richtlinie 5).

Richtlinien

1. ***Nahrungsmittelhygiene:*** Katastrophen können dazu führen, dass die normalen Hygienepraktiken der Menschen außer Kraft gesetzt werden. Es kann notwendig sein, die Nahrungsmittelhygiene zu fördern und aktiv Maßnahmen zu unterstützen, die mit den Bedingungen und Krankheitsmustern vor Ort vereinbar sind, z. B. Betonung der Bedeutung des Händewaschens vor dem Umgang mit Nahrungsmitteln, Vermeidung von Wasserkontamination und Ergreifen von Schädlingsbekämpfungsmaßnahmen. Die Empfänger von Nahrungsmitteln sollten darüber informiert werden, wie Nahrungsmittel auf Haushaltsebene sicher gelagert werden. Betreuungspersonen sollten Informationen über den optimalen Einsatz von Haushaltsressourcen für die Ernährung von Kindern und sichere Methoden für die Zubereitung von Nahrung erhalten (siehe Standards 1-2 zur Hygieneaufklärung, Seiten 104-107). Falls Gemeinschaftsküchen eingerichtet werden sollen, um warme Mahlzeiten für die von einer Katastrophe betroffene Bevölkerung zuzubereiten, ist besonders auf die Wahl des Standorts der Küche zu achten, wobei die Zugänglichkeit, Sicherheit und Hygienebedingungen des Ortes, die Zugänglichkeit von Wasser zum Kochen und Trinken und ein Essbereich zu berücksichtigen sind.
2. **Informationsquellen:** Für den Informationsaustausch und die Einholung von Feedback seitens der Begünstigten, insbesondere Frauen, sind Mechanismen erforderlich (siehe Grundstandard 1, Richtlinien 2 und 6, Seiten 64 und 65). Für die Verbreitung von Instruktionen zu Nahrungsmitteln sollten Schulen und sichere Lernräume als geeignete Orte berücksichtigt werden. Für Menschen mit besonderen Kommunikationsbedürfnissen sind zugängliche Formate oder Diagramme notwendig (siehe Grundstandard 1, Richtlinie 4, Seite 64).

3. ***Brennstoff, Trinkwasser und Haushaltsartikel:*** Bei Bedarf sollten geeignete Brennstoffe bereitgestellt oder ein Anpflanzungs- oder Abholzungsprogramm für Holz eingerichtet werden, wobei auf die Sicherheit von Frauen und Kindern zu achten ist, die das Brennholz zum größten Teil sammeln (zu Öfen und Brennstoff: siehe Standard 4 zu Non-Food-Items; zu Wasserzugang, -menge, -qualität und -versorgungseinrichtungen: siehe Standards 1-3 zur Wasserversorgung; zu Kochutensilien, Essgeschirr und Wasserbehältern: siehe Standard 3 zu Non-Food-Items.)

4. Der ***Zugang zu Nahrungsmittelverarbeitungsanlagen*** (etwa 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. Die Nahrungsmittelverarbeitung auf Haushaltsebene (etwa das Mahlen) kann die für das Kochen erforderliche Zeit und die benötigten Mengen an Wasser und Brennstoff verringern (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 2 zu Nahrungsmitteltransfers, Richtlinie 2, Seite 214).

5. ***Besondere Bedürfnisse:*** Zu den Personen, die Unterstützung beim Essen benötigen, können Kleinkinder, ältere Menschen, Menschen mit Behinderung und HIV-Infizierte gehören (siehe Standard 2 zur Säuglings- und Kleinkindernährung, Seite 183, und Nahrungsmittelsicherheit – Standard 1 zu Nahrungsmitteltransfers, Richtlinien 5-7, Seite 211). Zur Unterstützung einiger Menschen, die nur eingeschränkt in der Lage sind, Angehörige mit Nahrung zu versorgen (z. B. Eltern mit psychischen Erkrankungen), können Programme mit Kontaktarbeit oder zusätzliche Unterstützung und Nachbetreuung erforderlich sein.

4.2 Nahrungsmittelsicherheit – Bargeld- und Gutscheintransfers

Bargeld- und Gutscheintransfers stellen zwei Formen der Unterstützung dar: Bei Bargeldtransfers erhalten die Menschen Geld, bei Gutscheintransfers erhalten sie Gutscheine für eine bestimmte Menge eines festgelegten Produktes, etwas Nahrungsmittel (Warengutscheine) oder einen festgelegten Geldwert (Wertgutscheine). Obwohl sich deren Ziele und Gestaltung unterscheiden mögen, wird mit dem Bargeld- und Gutscheintransfer ein marktbasierter Ansatz verfolgt, durch welchen die Begünstigten mit Kaufkraft ausgestattet werden.

Bargeld- und Gutscheintransfers werden zur Deckung des grundlegenden Bedarfs an Nahrung und anderen Gütern oder zum Kauf von Anlagegütern eingesetzt, die den Menschen die Wiederaufnahme einer wirtschaftlichen Tätigkeit ermöglichen. Bei bedingungslosen Barzuschüssen (d. h. nicht gezielte oder „allgemeine“) werden keine Auflagen zur Verwendung der Mittel gemacht.

Falls jedoch bei der Beurteilung ein grundlegender Bedarf identifiziert wurde, wird erwartet, dass das Geld hierfür eingesetzt wird. Wenn die Unterstützung der Existenzsicherung oder produktiven Tätigkeiten als Bedarf identifiziert wurde, wird erwartet, dass das verteilte Bargeld hierfür verwendet wird. Zu Beginn einer Katastrophe oder Notlage können bedingungslose Barzuschüsse angebracht sein. Bedingte Barzuschüsse sind an die Auflage geknüpft, dass der Empfänger das Bargeld für bestimmte Zwecke verwendet (z. B. Wiederaufbau von Häusern, Bereitstellung von Arbeitskraft, Aufbau/Wiederaufbau der Existenzgrundlagen und/oder Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen). Gutscheine verschaffen Zugang zu einer Reihe vorab festgelegter Güter (z. B. Nahrungsmittel, Nutzvieh, Saatgut, Werkzeuge) oder Dienstleistungen (z. B. Mahlanlagen, Transport, Markt- oder Standzugang, Bankdarlehen). Gutscheine können entweder auf einen Geld- oder Warenwert ausgestellt sein und in bestimmten Läden, bei bestimmten Händlern oder Dienstleistern oder auf Märkten eingelöst werden. Die Gutscheinprogramme sollten sich auf die Standards für den entsprechenden Sektor beziehen (beispielsweise sollten sich Gutscheine für Nahrungsmittel auf Nahrungsmittelsicherheit – Standards 1-3 und 6 zu Nahrungsmitteltransfers, Seiten 207-215 und 228 beziehen).

Die Auswahl der geeigneten Transfers (Nahrungsmittel, Bargeld oder Gutscheine) erfordert eine kontextspezifische Analyse, unter anderem der Kosteneffizienz, der sekundären Auswirkungen auf den Markt, der Flexibilität des Transfers, der Zielgruppenfestlegung und der Gefahr von Unsicherheit und Korruption.

Nahrungsmittelsicherheit – Standard 1 zu Bargeld- und Gutscheintransfers: Zugang zu verfügbaren Gütern und Leistungen

Bargeld und Gutscheine werden als Möglichkeiten betrachtet, grundlegende Bedürfnisse zu befriedigen und die Existenzgrundlagen zu sichern und wiederaufzubauen.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Begünstigten, die Vertreter der Gemeinschaft und andere zentrale Interessengruppen im Rahmen der Beurteilung, Gestaltung, Umsetzung, Überwachung und Evaluierung befragen und einbeziehen (siehe Richtlinien 1, 3, 6-7 und Grundstandards 1-3, Seiten 62-69).
- Beurteilen und analysieren, ob die Menschen das, was sie brauchen, auch auf lokalen Märkten zu Preisen kaufen könnten, die im Vergleich mit alternativen Transfers kosteneffizient sind, und die Marktkette analysieren (siehe Richtlinie 2).

- Bargeld, Gutscheine oder eine Kombination aus beiden auf der Basis des geeignetsten Liefermechanismus und des voraussichtlichen Nutzens für die von der Katastrophe betroffene Bevölkerung und die lokale Wirtschaft auswählen (siehe Richtlinien 1-3, 5-6).
- Maßnahmen zur Reduzierung des Risikos der rechtswidrigen Abzweigung von Mitteln, von Unsicherheit, Inflation, schädlicher Verwendung und negativen Auswirkungen auf benachteiligte Personen ergreifen. Hinsichtlich der Targeting-Systeme ist besondere Sorgfalt erforderlich (siehe Richtlinien 4 und 7).
- Eine Überwachung durchführen, um zu beurteilen, ob das Bargeld/die Gutscheine der geeignetste Transfer bleibt bzw. bleiben und ob Anpassungen notwendig sind (siehe Richtlinie 8).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Einige oder alle Grundbedürfnisse aller Gruppen der Zielbevölkerung hinsichtlich Nahrung und sonstiger Existenzgrundlagen (z. B. Produktionsmittel, Gesundheit, Bildung, Verkehr, Notunterkünfte, Transport) werden durch Einkauf auf den lokalen Märkten befriedigt (siehe Richtlinien 1-2, 8).
- Bargeld oder Gutscheine sind die bevorzugte Form des Transfers für alle Gruppen der Zielbevölkerung, insbesondere Frauen und andere Gruppen, die in der Regel besonders gefährdet oder anfällig sind (siehe Richtlinien 3-8).
- Der Transfer führt nicht zu unsozialen Ausgaben (siehe Richtlinien 4 und 8).
- Der Transfer hat keine Unsicherheit zur Folge (siehe Richtlinien 3-4, 8).
- Die lokale Wirtschaft wird im Hinblick auf die Erholung von der Katastrophe unterstützt (siehe Richtlinien 1-2, 8).

Richtlinien

1. ***Bargeld- und Gutscheintransfers sind ein Instrument:*** Bargeld und Gutscheine sind keine Interventionen an sich, sondern Mechanismen, um die gewünschten Ziele zu erreichen. Eine sorgfältige vergleichende Beurteilung sollte aufzeigen, ob Bargeld und/oder Gutscheine geeignet sind und ob sie einzeln oder in Kombination mit anderen Maßnahmen, etwa Sachhilfen, eingesetzt werden sollten. Bargeld- und Gutscheintransfers können in verschiedenen Stadien einer Katastrophe zum Einsatz kommen. Die Maßnahme sollte nicht nur von der erwarteten Effizienz und Effektivität bei der Befriedigung der grundlegenden Bedürfnisse der Begünstigten oder beim Wiederaufbau der Existenzgrundlagen bestimmt sein, sondern auch von einer erwarteten Reduzierung möglicher Risiken. Bargeld/Gutscheine können mehr Wahlmöglichkeiten und Flexibilität bieten als Sachhilfen, was

den Empfängern ein Gefühl von mehr Würde gibt. Bargeld und Gutscheine können auch in der lokalen Wirtschaft für positive Multiplikatoreffekte sorgen, was bei den Beurteilungen berücksichtigt werden sollte. Bargeld/Gutscheine können wie folgt eingesetzt werden:

- Barzuschüsse – Bedingter oder bedingungsloser Transfer von Bargeld, entweder in einer oder in mehreren Raten, um eine Reihe von Bedürfnissen zu befriedigen.
- Waren- oder Wertgutschein – Transfer von Gutscheinen in Papier- oder elektronischer Form, die je nach dem Wert des Gutscheins gegen bestimmte Waren oder eine Reihe von Waren eingetauscht werden können.
- Bargeld für Arbeit – Transfer von Bargeld als Einkommen für die Beteiligung an bestimmten Tätigkeiten (in der Regel Tätigkeiten, die mit körperlicher Arbeit verbunden sind).

Bei der Planung, Umsetzung und Überwachung sollten die lokalen Interessengruppen, etwa Regierungen, örtliche Behörden, Gemeindestrukturen/-vertreter, Kooperativen, Verbände, lokale Gruppen und Begünstigte, einbezogen werden. Dies trägt dazu bei, Relevanz und Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Bereits bei der Gestaltung sollte gemeinsam mit wichtigen Interessengruppen eine Ausstiegsstrategie geplant werden.

2. ***Auswirkungen auf die lokalen Wirtschaften und Marktsysteme:*** Im Rahmen einer Marktbeurteilung sollte die Lage vor und nach der Katastrophe sowie die Wettbewerbsfähigkeit und Integration des Marktes, die aktuellen Bedürfnisse befriedigen zu können, analysiert werden. Bei der Analyse sollten auch die Rollen der unterschiedlichen Marktakteure, die Verfügbarkeit und Preise von Gütern (je nach den Zielen: Kapital- und Güterausstattung für die Existenzsicherung, Materialien für Notunterkünfte, Nahrungsmittel und Sonstiges), die Saisonabhängigkeit und der physische, soziale und wirtschaftliche Zugang der verschiedenen besonders gefährdeten und anfälligen Gruppen ermittelt werden. Bargeld und Gutscheine kommen infrage, wenn die Märkte funktionieren und zugänglich sind sowie wenn Nahrungsmittel und sonstige grundlegende Artikel in den erforderlichen Mengen und zu angemessenen Preisen erhältlich sind. Diese Transfers können die lokale Wirtschaft ankurbeln und zu einer schnelleren und nachhaltigeren Erholung führen. Den Markt betreffende Maßnahmen können die lokale Beschaffung fördern und den Einsatz der Fähigkeiten der vorhandenen Marktakteure optimieren. Werden Bargeld und Gutscheine in einem unangemessenen Kontext eingesetzt, kann dies zu einer Verzerrung der Märkte führen und negative Auswirkungen haben, etwa Inflation. Um die Auswirkungen von Bargeld und Gutscheinen auf die lokalen Wirtschaften und die Menschen zu verstehen, ist die Überwachung des Marktes von wesentlicher Bedeutung.

3. ***Liefermechanismen für Bargeld und Gutscheine:*** Bargeld und Gutscheine können durch lokale Banken, Geschäfte, Händler, lokale Geldtransferunternehmen und Postämter bereitgestellt werden. Sie können in physischer Form oder durch Technologien wie Mobile Banking und Mobilfunknetze bereitgestellt werden. Banken sind in der Regel effizient und effektiv, können jedoch für besonders gefährdete und anfällige Personen weniger gut zugänglich sein. Falls die Banken gut zugänglich sind, etwa durch Mobile Banking, können sie eine sicherere Option darstellen. Die Auswahl eines Liefermechanismus erfordert eine Beurteilung der Optionen und eine Abstimmung mit den Empfängern. Dabei sind folgende Aspekte zu berücksichtigen: die Kosten für die Empfänger (Bankgebühren, Reisezeit und -kosten, Zeitaufwand an den Abholstellen); die Kosten für die Hilfsorganisation (Gebühren und Einrichtungskosten des Anbieters, Arbeitszeit des Personals für die Einrichtung und Verwaltung, Transport, Sicherheit, Bildung/Schulung der Empfänger); Effizienz und Effektivität (Zuverlässigkeit, Belastbarkeit, Rechenschaftspflicht, Transparenz, Überwachung, Flexibilität, finanzielle Kontrolle und Sicherheit und Zugang für besonders gefährdete und anfällige Personen). Ein Ansatz, der kostspielig erscheinen mag, kann dennoch der am besten geeignete Transfermechanismus sein.

4. ***Berücksichtigung von Risiken:*** Häufige Befürchtungen in Bezug auf die Risiken von Bargeld- und Gutscheintransfers sind beispielsweise, dass das Bargeld und die Gutscheine zur Preisinflation beitragen (die von einer Katastrophe betroffenen Menschen, und andere Personen, verfügen folglich über weniger Kaufkraft), dass das Bargeld und die Gutscheine für unsoziale Zwecke (z. B. Alkohol-/Tabakmissbrauch) verwendet werden und dass Frauen und Männer im Vergleich mit Sachmitteln einen unterschiedlichen Zugang zu Bargeld haben. Andere Befürchtungen sind, dass der Transport von Bargeld ein Sicherheitsrisiko für das entsprechende Personal und für die betroffene Bevölkerung darstellt (siehe Grundsatz 1 zum Schutz, Seite 38), dass die Attraktivität von Bargeld das Erreichen der Empfänger erschwert und das Risiko korrupter Abzweigung oder der Beschlagnahmung durch bewaffnete Gruppen erhöht. Allerdings sind auch Verteilungen von Sachmitteln mit Risiken behaftet (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standards 4-5 zu Nahrungsmitteltransfers, Seiten 217-222). Die Risiken von Bargeld und Gutscheinen können durch wohl durchdachte Gestaltung, eine fundierte Risikoanalyse und gutes Management minimiert werden. Die Entscheidungsfindung sollte auf tatsachengestützter Abstimmung basieren: Die Programmplanung sollte nicht durch unbegründete Befürchtungen beeinflusst werden.

5. ***Festsetzung des Werts eines Bargeld- oder Gutscheintransfers:*** Der für Transfers festzusetzende Wert hängt vom Kontext ab. Die Berechnung sollte mit anderen Hilfsorganisationen koordiniert werden und basieren auf den Prioritäten und Bedürfnissen der von der Katastrophe betroffenen Bevöl-

kerung, den Preisen für grundlegende Güter, die auf den lokalen Märkten eingekauft werden sollen, sonstigen Hilfsleistungen, die gewährt wurden und/oder werden, damit verbundenen Zusatzkosten (z. B. Reiseunterstützung für Personen mit eingeschränkter Mobilität), der Methode, Höhe und Häufigkeit der Zahlungen, dem Zeitpunkt der Zahlung unter Berücksichtigung der Saisonabhängigkeit und den Zielen des Programms und des Transfers (z. B. Deckung des Nahrungsbedarfs auf der Basis des Nahrungsmittelkorbes oder Schaffung von Beschäftigung auf der Basis des Tageslohnsatzes). Der Erfolg von Bargeld- und Gutscheintransfers kann durch Preisschwankungen beeinträchtigt werden. Budgetflexibilität ist überaus wichtig, um aufgrund einer Überwachung des Marktes den Wert des Transfers anpassen oder eine Güterkomponente hinzufügen zu können.

6. ***Auswahl der Art des Bargeld- oder Gutscheintransfers:*** Welche Art von Transfer geeignet ist, hängt von den Programmzielen und dem lokalen Kontext ab. Eine Kombination von Ansätzen kann von Vorteil sein, unter anderem zusammen mit Sachunterstützung und bei saisonalen Änderungen. Die Hilfsorganisationen sollten im Rahmen einer fundierten Abstimmung herausfinden, was die von der Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen als geeignetste Form(en) von Transfer betrachten (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 2 zu Existenzsicherung, Seite 241).

7. ***Targeting bei Bargeld- und Gutscheintransferprogrammen:*** Auch Sachgüter und Dienstleistungen können große Herausforderungen darstellen, wobei aufgrund der Attraktivität von Bargeld und Gutscheinen eine besondere Aufmerksamkeit gefordert ist, um die Ein- und Ausschlussfehler bei Bargeld- und Gutscheintransfers auf ein Minimalmaß zu begrenzen. Die Menschen können entweder durch direktes Targeting (der von einer Katastrophe betroffenen Haushalte oder Bevölkerung) oder durch indirektes Targeting (z. B. der lokalen Händler oder Dienstleister) erreicht werden. Unsichere Bedingungen können einen indirekten Targeting-Ansatz erforderlich machen (siehe Grundsatz 1 zum Schutz, Seite 38). Die Entscheidungen darüber, welches Haushaltsmitglied für die Entgegennahme von Bargeld oder Gutscheinen registriert wird, werden wie bei Sachtransfers durch das Geschlecht beeinflusst (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 5 zu Nahrungsmitteltransfers, Seite 222). Eine Koordinierung mit den Interessengruppen, unter anderem mit staatlichen Sozialhilfe-/Sozialschutzprogrammen, die Bargeldtransfers bereitstellen, ist (wie bei Sachtransfers) für das Targeting von entscheidender Bedeutung.

8. ***Überwachung von Bargeld- und Gutscheintransfers:*** Für die Überwachung sind Bezugswerte zur Lage vor, während und nach den Transferprogrammen unter Berücksichtigung der direkten und indirekten Auswirkungen von Bargeld und Gutscheinen auf den Markt erforderlich. Auf Verände-

rungen des Kontextes und der Marktsituation sollte mit Änderungen bei der Intervention reagiert werden. Die Überwachung sollte die Preise zentraler Güter, die Multiplikatoreffekte in den lokalen Wirtschaften und Preisschwankungen einbeziehen. Die zentralen Fragen lauten wie folgt: (i) Was kaufen die Menschen mit dem bereitgestellten Bargeld und den Gutscheinen ein? (ii) Sind die Menschen bei der Entgegennahme und Verwendung des Bargeldes sicher? (iii) Werden Bargeld und Gutscheine abgezweigt? (iv) Haben die Frauen Einfluss darauf, wofür das Bargeld und die Gutscheine verwendet werden (siehe Grundstandard 5, Seite 78).

4.3 Nahrungsmittelsicherheit – Existenzgrundlagen

Die Belastbarkeit der Existenzgrundlagen der Menschen und ihre Gefährdung in Bezug auf Nahrungsmittelunsicherheit werden weitgehend durch die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen (oder Kapital- und Güterausstattung) und das Ausmaß bestimmt, in welchem diese von einer Katastrophe betroffen sind. Zu diesen Ressourcen zählen finanzielles Kapital (etwa Bargeld, Kreditzugang, Ersparnisse) ebenso wie physisches Kapital (Häuser, Maschinen), Naturkapital (Land, Wasser), Humankapital (Arbeitskraft, Fertigkeiten), Sozialkapital (Netzwerke, Normen) und politisches Kapital (Einfluss, Politik). Für Personen, die Nahrungsmittel produzieren, lautet die zentrale Frage, ob sie zur Produktion Zugang zu Land haben und über die Mittel verfügen, ihre landwirtschaftliche Tätigkeit weiter zu betreiben. Für diejenigen, die Einkommen für den Kauf von Nahrungsmitteln benötigen, lautet die zentrale Frage, ob sie Zugang zu Beschäftigung, Märkten und Dienstleistungen haben. Bei Menschen, die von einer Katastrophe betroffen sind, sollte der Erhalt, die Wiederherstellung und die Entwicklung der Ressourcen, die sie für ihre Nahrungsmittelsicherheit und künftigen Existenzgrundlagen benötigen, Vorrang haben.

Lang anhaltende politische Instabilität, Unsicherheit und drohende Konflikte können die Tätigkeiten zur Sicherung der Existenzgrundlagen und den Zugang zu den Märkten ernsthaft beeinträchtigen. Es kann sein, dass die Haushalte ihr Grundstück verlassen müssen und ihren Besitz verlieren, da dieser entweder zerstört zurückgelassen oder von den Konfliktparteien geraubt wird.

Die drei Standards betreffen die Primärproduktion, die Einkommensgenerierung und Beschäftigung und den Zugang zu Märkten, unter anderem zu Gütern und Dienstleistungen.

Nahrungsmittelsicherheit – Standard 1 zur Existenzsicherung: Primärproduktion

Die Mechanismen der Primärproduktion sind geschützt und werden unterstützt.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Interventionen zur Unterstützung der Primärproduktion aufgrund der Beurteilung der Existenzgrundlagen, einer Kontextanalyse und des nachweislichen Verständnisses der Lebensfähigkeit der Produktionssysteme, einschließlich des Zugangs zu den erforderlichen Inputs und deren Verfügbarkeit, der Dienstleistungen und der Marktnachfrage, festlegen (siehe Richtlinie 1).
- Neue Technologien nur dann einführen, wenn ihre Folgen für die lokalen Produktionssysteme, die kulturellen Gebräuche und die Umwelt von den Nahrungsmittelproduzenten und den lokalen Konsumenten verstanden und akzeptiert werden (siehe Richtlinie 2).
- Produktions-Inputs oder Bargeld zum Kauf einer Reihe von Inputs bereitstellen, um den Produzenten Flexibilität bei der Strategieentwicklung und dem Management der Produktion sowie die Reduzierung von Risiken zu ermöglichen (siehe Richtlinie 3).
- Die Inputs rechtzeitig bereitstellen und sicherstellen, dass sie lokal akzeptabel sind und den jeweiligen Qualitätsnormen entsprechen (siehe Richtlinien 4-5).
- Die Inputs und Dienstleistungen mit Bedacht einführen, um zu verhindern, dass sich Gefährdung, Anfälligkeit und Risiko erhöhen, z. B. durch zunehmenden Wettbewerb um knappe natürliche Ressourcen oder durch Schädigung bestehender sozialer Netze (siehe Richtlinie 6).
- Die Nahrungsmittelproduzenten hinsichtlich besserer Managementpraktiken schulen, sofern dies möglich und angebracht ist (siehe Richtlinien 1-2, 5-6).
- Die Inputs und Dienstleistungen nach Möglichkeit lokal einkaufen, sofern sich dies nicht nachteilig auf die lokalen Produzenten, Märkte oder Konsumenten auswirkt (siehe Richtlinie 7).
- Eine regelmäßige Überwachung durchführen, um zu beurteilen, ob die Produktions-Inputs von den Begünstigten angemessen eingesetzt werden (siehe Richtlinie 8).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle Haushalte mit ermitteltem Bedarf haben in Übereinstimmung mit dem landwirtschaftlichen Kalender Zugang zu den erforderlichen Inputs zur Sicherung und Wiederaufnahme der Primärproduktion, um das Niveau vor der Katastrophe zu erreichen, sofern dies gerechtfertigt ist (siehe Richtlinien 1-6).
- Alle Zielhaushalte erhalten Bargeld oder Gutscheine zum Marktwert der erforderlichen Inputs, sofern dies im Rahmen des Einsatzes als machbar betrachtet (oder beurteilt) wird. Dies eröffnet den Haushalten Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Existenzsicherung (siehe Richtlinien 3, 5 und 7).

Richtlinien

1. ***Lebensfähigkeit der Primärproduktion:*** Um lebensfähig zu sein, müssen die Strategien der Nahrungsmittelproduktion eine angemessene Chance auf adäquate Entwicklung und Erfolg haben (siehe Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS)). Dies kann durch ein breites Spektrum an Faktoren beeinflusst werden, unter anderem

   - den Zugang zu ausreichenden natürlichen Ressourcen (Acker- und Weideland, Viehfutter, Wasser, Flüsse, Seen, Küstengewässer usw.). Das ökologische Gleichgewicht sollte nicht gefährdet werden, z. B. durch Übernutzung von Grenzertragsböden, Überfischung oder Wasserverschmutzung, insbesondere in Stadtrandgebieten;
   - das Niveau der Fertigkeiten und Fähigkeiten, das begrenzt sein kann, sofern eine Bevölkerung stark von Krankheit betroffen ist oder einige Gruppen von der Schul- und Berufsausbildung ausgeschlossen sind;
   - die Verfügbarkeit von Arbeitskraft im Verhältnis zu den bestehenden Produktionsmustern und der zeitlichen Planung wichtiger Tätigkeiten im Bereich Landwirtschaft und Aquakultur;
   - die Verfügbarkeit und den Zugang zu den Inputs, die für die Produktion in Landwirtschaft und Aquakultur benötigt werden.

   Das Produktionsniveau vor der Katastrophe war möglicherweise nicht gut. Daher kann der Versuch, zu diesem zurückzukehren, dem Grundsatz widersprechen, „keinen Schaden anzurichten“ (do no harm-Grundsatz – siehe Grundsatz 1 zum Schutz, Seite 38).

2. ***Technologische Entwicklung:*** „Neue“ Technologien können verbesserte Kulturpflanzen, Nutztier- oder Fischarten, neue Werkzeuge, Düngemittel oder innovative Managementpraktiken umfassen. Die Tätigkeiten im Bereich Nahrungsmittelproduktion sollten weitestgehend auf den bestehenden Mustern aufbauen oder diese stärken und/oder mit nationalen Entwicklungsplänen verknüpft werden. Während einer Katastrophe sollten neue Technologien nur dann eingeführt werden, wenn sie vorab in der näheren Region

getestet wurden und bekannt ist, dass sie an die Bedürfnisse der Begünstigten angepasst und für diese akzeptabel sind. Nach der Einführung sollten für die neuen Technologien angemessene Abstimmungen mit der Gemeinschaft stattfinden und Informationen, Schulungen und sonstige einschlägige Unterstützung bereitgestellt werden. Nach Möglichkeit sollte dies mit privaten und öffentlichen Beratern (extension providers) und Lieferanten koordiniert werden, um die kontinuierliche Unterstützung und Zugänglichkeit der Technologie in der Zukunft und vor allem deren wirtschaftliche Lebensfähigkeit sicherzustellen.

3. ***Bessere Wahlmöglichkeiten:*** Zu den Interventionen, die den Produzenten mehr Wahlmöglichkeiten bieten, gehören: Bargeld oder Kredit anstelle (oder zur Ergänzung) von Produktions-Inputs und Gutscheine für Saatgut-/Viehmärkte, die den Landwirten die Möglichkeit bieten, die von ihnen gewünschten Saatgut- oder Vieharten auszuwählen. Im Rahmen der Produktionsunterstützung sollten die möglichen Folgen für die Ernährung beurteilt werden, etwa der Zugang zu nährstoffreichen Nahrungsmitteln durch Eigenproduktion oder durch finanzielle Mittel, die durch diese Produktion generiert wurden. Wenn Hirten in Dürren Tierfutter zur Verfügung gestellt wird, kann dies einen unmittelbareren Nutzen für die menschliche Ernährung bieten, als wenn den Menschen Nahrungsmitteltransfers bereitgestellt werden. Die Machbarkeit von Bargeldtransfers mit dem Ziel, den Haushalten Zugang zu Produktions-Inputs zu verschaffen, sollte auf der Basis der lokalen Verfügbarkeit von Gütern, des Zugangs zu den Märkten und der Verfügbarkeit eines sicheren und bezahlbaren Transfermechanismus ermittelt werden.

4. ***Zeitliche Abstimmung und Akzeptanz:*** Zu den Produktions-Inputs zählen beispielsweise Saatgut, Werkzeuge, Düngemittel, Nutzvieh, Fischfang- und Jagdgeräte, Darlehens- und Kreditmöglichkeiten, Marktinformationen und Transportmöglichkeiten. Eine Alternative zu Sach-Inputs ist die Bereitstellung von Bargeld oder Gutscheinen, mit welchen die Menschen Inputs ihrer Wahl erwerben können. Die Bereitstellung von landwirtschaftlichen Inputs und Veterinärdienstleistungen muss zeitlich auf die jeweilige Saison in Landwirtschaft und Tierzucht abgestimmt werden. So sind etwa Saatgut und Werkzeuge vor der Anbausaison bereitzustellen. Der Viehbestand sollte in Notfallsituationen (etwa Dürren) abgebaut werden, bevor eine Exzessmortalität beim Vieh eintritt, während mit dem Wiederaufbau des Bestandes erst begonnen werden sollte, wenn eine Besserung der Lage gesichert ist (z. B. nach den nächsten Regenfällen).

5. ***Saatgut:*** Vorrangig sollte Saatgut von Kulturpflanzen und Sorten eingesetzt werden, die vor Ort bereits verwendet werden, damit die Landwirte ihre eigenen Kriterien für die Feststellung der Qualität anlegen können. Es sollten die Kulturpflanzen angeboten werden, die für die bevorstehende Saison die

höchste Priorität haben. Bei speziellen Sorten sollte eine Abstimmung mit den Landwirten und lokalen Agrarexperten erfolgen. Das Saatgut sollte mindestens der lokalen Agrarökologie und den eigenen Managementbedingungen der Landwirte angepasst und krankheitsresistent sein und unter Berücksichtigung künftiger Klimawandelszenarien (etwa Überschwemmungen, Dürren oder Anstieg des Meeresspiegels) ausgewählt werden. Bei Saatgut, das nicht aus der Region stammt, muss die Qualität sowie die Angemessenheit für die lokalen Bedingungen hinlänglich geprüft werden. Die Landwirte sollten bei jeder Intervention im Zusammenhang mit Saatgut Zugang zu mehreren Kulturpflanzen und Sorten erhalten, damit sie selbst Strategien dazu entwickeln können, was für ihr spezielles Anbausystem optimal ist. Hybrid-Saatgut kann zweckmäßig sein, falls die Landwirte mit diesem vertraut sind und über entsprechende Anbauerfahrung verfügen. Dies kann nur durch Abstimmung mit der betroffenen Bevölkerungsgruppe ermittelt werden. Falls das Saatgut unentgeltlich bereitgestellt wird und die Landwirte Mais anbauen, geben sie eventuell Hybrid-Saatgut den Vorzug vor lokalen Sorten, da diese andernfalls sehr teuer zu beschaffen wären. Vor der Verteilung sollten ferner die staatlichen Richtlinien in Bezug auf Hybrid-Saatgut beachtet werden. Gentechnisch verändertes Saatgut sollte nur verteilt werden, wenn eine Genehmigung der örtlichen Behörden vorliegt. In diesen Fällen sollten die Landwirte darüber informiert werden, dass die Hilfe gentechnisch verändertes Saatgut enthält.

6. ***Auswirkungen auf die ländlichen Existenzgrundlagen:*** Die primäre Nahrungsmittelproduktion ist möglicherweise nicht lebensfähig, falls lebenswichtige natürliche Ressourcen knapp sind (und auch die langfristige Lebensfähigkeit ist unsicher, falls diese Ressourcen schon vor der Katastrophe rückläufig waren) oder falls bestimmte Bevölkerungsgruppen (etwa landlose Menschen) keinen Zugang zu diesen haben. Falls die Produktionsförderung einen erweiterten (oder veränderten) Zugang zu lokal verfügbaren natürlichen Ressourcen erfordert, können Spannungen in der lokalen Bevölkerung verstärkt werden, was wiederum den Zugang zu Wasser und anderen grundlegenden Gütern erschweren kann. Bei der Bereitstellung von Ressourcen, seien es Sachmittel oder Bargeld, ist darauf zu achten, dass die Sicherheitsrisiken für die Empfänger nicht erhöht und keine Konflikte hervorgerufen werden (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 2 zur Existenzsicherung, Seite 241, und Nahrungsmittelsicherheit – Standard 1 zu Bargeld- und Gutscheintransfers, Seite 231). Es ist zu bedenken, dass durch die kostenlose Bereitstellung von Inputs traditionelle Mechanismen der sozialen Unterstützung und Umverteilung gestört, Unternehmen des Privatsektors ruiniert und der künftige Zugang zu Inputs gefährdet werden können.

7. ***Lokaler Einkauf von Inputs:*** Inputs und Dienstleistungen für die Nahrungsmittelproduktion (etwa Veterinärdienstleistungen und Saatgut) sollten möglichst durch bestehende lokale Liefersysteme beschafft werden, die

rechtmäßig und überprüfbar sind. Zur Unterstützung der lokalen Privatwirtschaft sollten Mechanismen wie Bargeld oder Gutscheine genutzt werden, durch die eine direkte Verbindung zwischen den Primärerzeugern und den Lieferanten geschaffen wird. Bei der Gestaltung der Systeme zur Förderung des lokalen Einkaufs sollten angesichts des Inflationsrisikos (z. B. Preissteigerungen bei knappen Gütern) und der Qualität der Inputs die Verfügbarkeit geeigneter Inputs und die Fähigkeit des Lieferanten, das Liefervolumen zu erhöhen, berücksichtigt werden. Eine direkte Bereitstellung importierter Inputs sollte nur erfolgen, wenn keine lokalen Alternativen realisierbar sind.

8. ***Überwachung der Verwendung:*** Die Indikatoren für den Prozess und die Outputs der Produktion, Verarbeitung und Verteilung von Nahrungsmitteln können abgeschätzt werden, z. B. die Anbaufläche, die Menge des pro Hektar ausgesäten Saatguts, der Ertrag, die Stückzahl der Nachzucht bei Nutzvieh. Es ist wichtig zu ermitteln, wie die Erzeuger die Inputs verwenden wird, d. h. es muss überprüft werden, ob das Saatgut tatsächlich ausgesät wird, ob die Werkzeuge, Düngemittel, Netze und Fischfanggeräte wie beabsichtigt verwendet werden oder in welcher Weise das Bargeld für die Inputs eingesetzt wird. Auch die Qualität der Inputs sollte im Hinblick auf ihre Leistung, Akzeptanz und die Vorlieben der Erzeuger überprüft werden. Ferner ist es wichtig, bei der Evaluierung zu berücksichtigen, wie sich das Projekt auf die Nahrungsmittel auswirkt, die dem Haushalt zur Verfügung stehen, z. B. die Nahrungsmittelvorräte der Haushalte, die Menge und Qualität der verbrauchten Nahrungsmittel oder die Menge der Nahrungsmittel, die getauscht oder verschenkt werden. Falls mit dem Projekt das Ziel verfolgt wird, die Produktion bestimmter Nahrungsmittelarten (etwa von tierischen oder Fischprodukten oder eiweißreichen Hülsenfrüchten) zu steigern, sollte die Verwendung dieser Produkte durch die Haushalte untersucht werden.

Nahrungsmittelsicherheit – Standard 2 zur Existenzsicherung: Einkommen und Beschäftigung

Falls Einkommensgenerierung und Beschäftigung realisierbare Existenzsicherungsstrategien sind, haben Frauen und Männer gleichberechtigten Zugang zu entsprechenden Erwerbsmöglichkeiten.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Einkommensgenerierende Tätigkeiten aufgrund einer Marktbeurteilung und einer hinlänglichen partizipativen Analyse der Fähigkeiten der Haushalte, diese Tätigkeiten auszuüben, festlegen (siehe Richtlinien 1-2).

- Die Art der Vergütung (Bargeld, Gutschein, Nahrungsmittel oder eine Kombination dieser Elemente) aufgrund einer soliden Analyse der lokalen Kapazitäten, der unmittelbaren Bedürfnisse, der Marktsysteme und der Präferenzen der von der Katastrophe betroffenen Bevölkerung festlegen (siehe Richtlinie 3).
- Die Höhe der Vergütung aufgrund der Bedürfnisse, der Ziele für die Wiederherstellung der Existenzgrundlagen und der lokalen Lohnsätze festlegen (siehe Richtlinie 4).
- Sicherstellen, dass Verfahren zur Schaffung einer sicheren Arbeitsumgebung vorhanden sind (siehe Richtlinie 5).
- Maßnahmen zur Vermeidung von Abzweigungen und Unsicherheit ergreifen, wenn es um große Bargeldsummen geht (siehe Richtlinie 6).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die gesamte Zielgruppe generiert Einkommen aus ihrer Tätigkeit und trägt dazu bei, ihren Grund- und weiteren Existenzsicherungsbedarf zu decken.
- Die Maßnahmen, die Beschäftigungsmöglichkeiten bieten, sind für Frauen und Männer in gleichem Maße verfügbar und wirken sich nicht negativ auf den lokalen Markt oder die normalen Tätigkeiten zur Sicherung der Existenzgrundlagen aus (siehe Richtlinie 7).
- Die Bevölkerung wird darüber informiert und versteht, dass die Vergütung zur Nahrungsmittelsicherheit aller Haushaltsmitglieder in gleichem Maße beitragen soll (siehe Richtlinie 8).

Richtlinien

1. ***Angemessenheit der Initiativen:*** Zur Begründung und Definition von Aktivitäten ist eine Marktanalyse von grundlegender Bedeutung. Dabei sollten die bestehenden Instrumente für das Verständnis der Märkte und Wirtschaftssysteme eingesetzt werden (siehe Abschnitt „Märkte“ unter Quellen und weiterführende Literatur). Bei der Projektgestaltung und Identifizierung geeigneter Aktivitäten sollte in größtmöglichem Maße auf lokale Arbeitskräfte zurückgegriffen werden. Alternativen für bestimmte Gruppen (etwa schwangere Frauen, Menschen mit Behinderung oder ältere Menschen) sollten innerhalb der Zielgruppe diskutiert werden. Bei hohen Vertriebenenzahlen (Flüchtlinge oder Binnenvertriebene) sollte über Möglichkeiten nachgedacht werden, sowohl den Vertriebenen als auch der aufnehmenden Bevölkerung Beschäftigung und Fertigkeiten zu vermitteln. Bei der Auswahl der Orte für die Aktivitäten sollten drohende Angriffe, Sicherheitsrisiken (z. B. verminte Gebiete) und umweltbedingt ungeeignete Gebiete (z. B. Land, das kontami-

niert oder verschmutzt ist, das zu Bodensenkung oder Überschwemmung neigt oder sehr steil ist) berücksichtigt werden (siehe Grundsätze 1-3 zum Schutz, Seite 38-43).

2. ***Einkommenstransfers für Haushalte mit geringer Partizipationsfähigkeit:*** Obwohl viele Haushalte in der Lage sein dürften, von Beschäftigungschancen und einkommensgenerierenden Tätigkeiten Gebrauch zu machen, können die Auswirkungen einer Katastrophe dazu führen, dass einige Haushalte diese Möglichkeiten nicht nutzen können oder dass die Zeitspanne bis zum Erhalt einer entsprechenden Vergütung für sie zu lang ist. Für diese Haushalte sollten Absicherungsmaßnahmen erwogen werden, etwa bedingungslose Bargeld- bzw. Nahrungsmitteltransfers mit dem Plan, entweder eine Anbindung an die bestehenden Sozialschutzsysteme herzustellen oder bei Bedarf Lobbyarbeit für neue Sicherheitsnetze zu betreiben.

3. ***Art der Vergütung:*** Die Vergütung kann in Form von Bargeld oder Nahrungsmitteln oder einer Kombination erfolgen und sollte nahrungsmittelunsicheren Haushalten die Deckung ihres Bedarfs ermöglichen. Statt einer Bezahlung von Arbeiten für das Gemeinwesen kann die Vergütung in Form eines Anreizes erfolgen, der dazu beitragen soll, dass die Menschen Aufgaben übernehmen, die ihnen direkt zugutekommen. Der Einkaufsbedarf der Menschen und die Auswirkungen der Vergabe von Bargeld oder Nahrungsmitteln auf sonstige Grundbedürfnisse (etwa Schulen, Zugang zu Gesundheitsleistungen und soziale Verpflichtungen) sollte berücksichtigt werden. Über die Art und Höhe der Vergütung sollte von Fall zu Fall entschieden werden, wobei die oben genannten Faktoren, die Verfügbarkeit von Bargeld und Nahrungsmitteln und die möglichen Auswirkungen auf die lokalen Arbeitsmärkte zu berücksichtigen sind.

4. ***Zahlungen:*** Für die Festlegung der Vergütungshöhe kann auf keine allgemein anerkannten Leitlinien zurückgegriffen werden. Wenn die Vergütung jedoch in Form von Sachmitteln und als Einkommenstransfer geleistet wird, ist der Wiederverkaufswert (z. B. von Nahrungsmitteln) auf den lokalen Märkten zu berücksichtigen. Der Nettoeinkommensgewinn, den die Menschen durch die Teilnahme an den Programmaktivitäten erzielen, sollte höher sein, als wenn sie ihre Zeit für andere Tätigkeiten aufwenden würden. Dies gilt für Aktivitäten mit einer Vergütung durch Nahrungsmittel und Bargeld (food- and cash-for-work-Programme) ebenso wie für Kredite, Existenzgründungen usw. Die Erwerbsmöglichkeiten sollten bestehende Einkommensquellen nicht ersetzen, sondern das Spektrum der Einkommensquellen erweitern. Die Vergütung sollte sich nicht negativ auf die lokalen Arbeitsmärkte auswirken, z. B. durch Verursachung von Lohninflation, Abzug von Arbeitskräften aus anderen Tätigkeiten oder die Unterminierung wichtiger öffentlicher Dienstleistungen.

5. ***Gefährdungen im Arbeitsumfeld:*** Ein Arbeitsumfeld mit hohem Risiko sollte gegebenenfalls durch Bereitstellung von praktischen Verfahren zur Risikominimierung oder zur Behandlung von Verletzungen (z. B. Arbeitsinstruktionen, Schutzkleidung, Erste-Hilfe-Kästen) vermieden werden. Diese sollten beinhalten, das Risiko einer HIV-Exposition auf ein Minimalmaß zu begrenzen. Die Verfahren zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg zur Arbeit umfassen: die Schaffung sicherer Zugangswege zur Arbeit; die Sicherstellung gut beleuchteter Wege; die Bereitstellung von Taschenlampen; Frühwarnsysteme unter Einsatz von Glocken, Pfeifen, Funk- und sonstigen Geräten; Sicherheitsnormen, etwa das Zurücklegen der Wege in Gruppen und nicht mehr nach Einbruch der Dunkelheit. Besondere Aufmerksamkeit ist Frauen, Mädchen und anderen potenziellen Opfern sexueller Gewalt zu widmen. Es ist sicherzustellen, dass alle Teilnehmer über Notfallverfahren informiert sind und Zugang zu Frühwarnsystemen haben (siehe Grundsätze 1 und 3 zum Schutz, Seiten 38 und 43).

6. ***Risiko von Unsicherheit und Abzweigung von Mitteln:*** Die Ausgabe von Ressourcen in Form von Nahrungsmitteln oder Bargeld für Arbeit (z. B. Darlehen oder Zahlungen für geleistete Arbeit) kann zu Sicherheitsproblemen sowohl für die Programm-Mitarbeiter als auch die Empfänger führen (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 5 zu Nahrungsmitteltransfers, Richtlinie 6, Seite 226, und Nahrungsmittelsicherheit – Standard 1 zu Bargeld- und Gutscheintransfers, Richtlinie 4, Seite 234).

7. ***Betreuungsaufgaben und Existenzgrundlagen:*** Die Teilnahme an einkommensgenerierenden Tätigkeiten sollte sich nicht nachteilig auf die Kinderbetreuung oder andere Betreuungsaufgaben auswirken, da sich das Risiko von Unterernährung und sonstige Gesundheitsrisiken dadurch erhöhen könnten. Im Rahmen der Programme ist möglicherweise die Einstellung von Betreuungspersonal oder die Schaffung von Betreuungseinrichtungen vorzusehen. Es ist unter Umständen nicht ratsam, die Arbeitsbelastung der Menschen, insbesondere der Frauen, zu erhöhen. Durch die Programme sollten der Zugang zu anderen Möglichkeiten (etwa anderen Beschäftigungs- oder Bildungschancen) nicht negativ beeinflusst und keine Ressourcen der Haushalte von bereits ausgeübten produktiven Tätigkeiten abgezogen werden. Bei der Teilnahme an der Einkommensgenerierung sind die nationalen Gesetze zum Mindestalter für die Zulassung zur Beschäftigung einzuhalten, das in der Regel nicht unter dem Alter liegen darf, in dem die Schulpflicht endet.

8. ***Verwendung der Vergütung:*** Eine gerechte Vergütung bedeutet, dass das erzielte Einkommen in erheblichem Maße zu den Ressourcen beiträgt, die für die Nahrungsmittelsicherheit notwendig sind. Man muss verstehen, wie ein Haushalt mit Bargeld-/Nahrungsmitteltransfers (einschließlich Verteilung im Haushalt und Endverbrauch) umgeht, denn die Art der Mittelverteilung kann

bereits bestehende Spannungen entweder verschärfen oder abbauen und sich somit unterschiedlich auf die Nahrungsmittelsicherheit der im Haushalt lebenden Menschen auswirken. Mit Maßnahmen zur Generierung von Einkommen und Beschäftigung werden oft mehrere Ziele im Bereich Nahrungsmittelsicherheit verfolgt, unter anderem die Schaffung von Ressourcen für die Nahrungsmittelsicherheit auf Gemeinschaftsebene. So kann etwa die Ausbesserung von Straßen den Zugang zu Märkten und zur Gesundheitsversorgung verbessern, während die Reparatur oder Errichtung von Wassergewinnungs- und Bewässerungssystemen die Produktivität steigern kann.

Nahrungsmittelsicherheit – Standard 3 zur Existenzsicherung: Zugang zu Märkten

Der Zugang der von einer Katastrophe betroffenen Menschen – in ihrer Eigenschaft als Produzenten, Konsumenten und Händler – zu Marktgütern und -dienstleistungen ist gesichert und wird gefördert.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Den Zugang von Produzenten, Konsumenten und Händlern zu erschwinglichen, funktionierenden Märkten sichern und verstärken (siehe Richtlinie 1).
- Die Maßnahmen zur Nahrungsmittelsicherheit und Existenzsicherung anhand des nachweislichen Verständnisses, ob die lokalen Märkte funktionieren oder unterbrochen sind, sowie anhand des Potenzials ihrer Stärkung festlegen (siehe Richtlinie 2).
- Die Lobbyarbeit für Verbesserungen und politische Veränderungen auf die vor jeder Intervention durchgeführte Marktanalyse stützen (siehe Richtlinie 3).
- Schritte zur Förderung und Unterstützung des Marktzugangs von besonders gefährdeten und anfälligen Personen ergreifen (siehe Richtlinie 4).
- Die nachteiligen Auswirkungen der Maßnahmen, einschließlich Nahrungsmitteleinkauf und -verteilung, auf die lokalen Märkte kontrollieren (siehe Richtlinie 5).
- Die negativen Folgen extremer saisonaler oder sonstiger abnormer Preisschwankungen auf die Märkte minimieren (siehe Richtlinie 6).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Interventionen sind darauf ausgelegt, die Erholung der Märkte entweder durch direkte Intervention oder durch die Förderung lokaler Händler mit Bargeld-/Gutscheinprogrammen zu unterstützen.

- Die gesamte Zielbevölkerung hat während der ganzen Programmdauer sicheren und vollen Zugang zu Marktgütern, -dienstleistungen und -systemen.

Richtlinien

1. ***Marktangebot und -nachfrage:*** Der wirtschaftliche Zugang zu Märkten wird durch die Kaufkraft, die Marktpreise und die Verfügbarkeit beeinflusst. Die Erschwinglichkeit hängt von den Handelsbedingungen zwischen Grundbedürfnissen (Nahrungsmittel, wichtige landwirtschaftliche Inputs wie Saatgut, Werkzeuge, Gesundheitsversorgung usw.) und Einkommensquellen (Nutzpflanzen, Nutzvieh, Löhne usw.) ab. Die Kapital- und Güterausstattung verringert sich, wenn die Menschen durch Verschlechterung der Handelsbedingungen gezwungen sind, ihren Besitz (häufig zu niedrigen Preisen) zu verkaufen, um Grundbedürfnisse (zu überhöhten Preisen) zu befriedigen. Der Zugang zu Märkten kann ferner durch das politische Umfeld, das Sicherheitsumfeld und durch kulturelle oder religiöse Erwägungen beeinflusst werden, die den Zugang bestimmter Gruppen, etwa von Minderheiten, beschränken.

2. ***Marktanalyse:*** Der Zugang aller betroffenen Menschen, unter anderem der besonders gefährdeten und anfälligen Personen, zu funktionierenden Märkten ist zu gewährleisten. Maßnahmen, bei welchen eine Vergütung mit Bargeld/Gutscheinen/Nahrungsmitteln erfolgt oder Inputs bereitgestellt werden, sollte eine Marktanalyse entsprechenden Umfangs zu den bereitgestellten Gütern vorausgehen. Der lokale Einkauf von Überschüssen unterstützt die lokalen Produzenten, wobei jedoch auch die nachteiligen Wirkungen identifiziert werden müssen. Importe führen in der Regel zu niedrigeren lokalen Preisen (siehe Standard 1 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung, Richtlinie 7, Seite 174).

3. ***Lobbyarbeit:*** Die Märkte operieren im breiteren Kontext der Volkswirtschaften und der globalen Wirtschaft, die die lokalen Marktbedingungen beeinflussen. So beeinflusst beispielsweise die Regierungspolitik, unter anderem zu Preisen und Handel, den Zugang und die Verfügbarkeit. Obwohl Maßnahmen auf dieser Ebene jenseits der Reichweite der Katastrophenhilfe liegen, sollten diese Faktoren analysiert werden, da sich Möglichkeiten für ein gemeinsames Vorgehen von Hilfsorganisationen oder der Lobbyarbeit gegenüber Regierungen und anderen Organisationen hinsichtlich Verbesserungen bieten können (siehe Grundsatz 1 zum Schutz, Seite 38).

4. ***Besonders gefährdete und anfällige Personen:*** Es sollte eine Gefährdungs- und Anfälligkeitsanalyse durchgeführt werden, um Personen mit eingeschränktem Zugang zu Märkten und Existenzsicherungsmöglichkeiten zu identifizieren. Menschen mit Behinderungen, HIV-Infizierte, ältere Menschen und Frauen mit Betreuungsaufgaben müssen beim Zugang zu Märkten unterstützt werden.

5. ***Auswirkungen der Interventionen:*** Die lokale Beschaffung von Nahrungsmitteln, Saatgut oder anderen Gütern kann zum Nachteil der Konsumenten, jedoch zum Vorteil der lokalen Produzenten zu lokaler Inflation führen. Umgekehrt können importierte Nahrungsmittel zu fallenden Preisen führen und einen negativen Anreiz für die lokale Nahrungsmittelproduktion schaffen und somit die Nahrungsmittelunsicherheit potenziell verstärken. Die Bereitstellung von Bargeld kann positive Multiplikatoreffekte auf die lokalen Wirtschaften mit sich bringen, bei wichtigen Gütern jedoch auch zu lokaler Inflation führen: die für die Beschaffung Verantwortlichen sollten diese Effekte beobachten und einkalkulieren. Die Verteilung von Nahrungsmitteln kann auch die Kaufkraft der Begünstigten beeinträchtigen, da sie eine Form des Einkommenstransfers darstellt. Einige Güter sind einfacher zu einem guten Preis zu verkaufen als andere, z. B. Öl im Vergleich zu Nahrungsmittelmischungen. Die „Kaufkraft“ eines bestimmten Nahrungsmittels oder Nahrungsmittelkorbs hat Einfluss darauf, ob der begünstigte Haushalt die Nahrung isst oder verkauft. Bei der Ermittlung der weiter reichenden Auswirkungen von Nahrungsmittelverteilungsprogrammen ist es wichtig, die Käufe und Verkäufe eines Haushalts nachzuvollziehen.

6. ***Außergewöhnlich starke saisonale Preisschwankungen*** können sich nachteilig auf arme landwirtschaftliche Erzeuger auswirken, die ihre Produkte verkaufen müssen, wenn die Preise am niedrigsten sind (meist direkt nach der Ernte), oder auch auf Nutzviehhalter, die gezwungen sind, während einer Dürre zu verkaufen. Umgekehrt können es sich Konsumenten mit geringem verfügbarem Einkommen nicht leisten, in Nahrungsmittelvorräte zu investieren, und sind stattdessen auf kleinere, aber häufige Einkäufe angewiesen. Daher sind sie gezwungen, auch dann einzukaufen, wenn die Preise hoch sind (z. B. während einer Dürre). Zu den Interventionen, mit welchen diese Effekte minimiert werden können, gehören zum Beispiel verbesserte Transport- und Lagersysteme, die Diversifikation der Nahrungsmittelproduktion und Bargeld- oder Nahrungsmitteltransfers in kritischen Phasen.

Anhang 1

Checklisten für die Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und der Existenzgrundlagen

Bei der Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit wird die betroffene Bevölkerung entsprechend ihren Quellen und Strategien für die Beschaffung von Einkommen oder Nahrungsmitteln häufig in allgemeine Kategorien, sog. „Livelihood-Gruppen“, unterteilt. Dies kann auch eine Übersicht über die Betroffenen nach der Wohlstandsverteilung oder den Bevölkerungsschichten umfassen. Es ist wichtig, die aktuelle Situation mit dem Zustand der Nahrungsmittelsicherheit vor der Katastrophe zu vergleichen. So genannte „normale Durchschnittsjahre“ können als Bezugswert angesetzt werden. Die spezifischen Rollen, Gefährdungen und Anfälligkeiten von Frauen und Männern und die Auswirkungen auf die Nahrungsmittelsicherheit der Haushalte sollten dabei berücksichtigt werden.

Die Fragen der folgenden Checkliste decken die Hauptbereiche ab, die in einer Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit üblicherweise behandelt werden.

1 Nahrungsmittelsicherheit der Livelihood-Gruppen

- Weist die Bevölkerung Gruppen mit den gleichen Existenzsicherungsstrategien auf? Wie können diese entsprechend ihren wichtigsten Nahrungs- oder Einkommensquellen kategorisiert werden?

2 Nahrungsmittelsicherheit vor der Katastrophe (Bezugswert)

- Wie haben sich die unterschiedlichen Livelihood-Gruppen vor der Katastrophe Nahrung oder Einkommen beschafft? Über welche Nahrungs- und Einkommensquellen verfügten sie in einem durchschnittlichen Jahr der jüngeren Vergangenheit?
- Welche saisonalen Veränderungen wiesen die unterschiedlichen Nahrungs- und Einkommensquellen in einem normalen Jahr auf? (Die Erstellung eines Jahreszeitenkalenders kann hilfreich sein.)
- 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.)

- Welche Art von Kapital- und Güterausstattung, Ersparnissen oder sonstigen Reserven besitzen die unterschiedlichen Livelihood-Gruppen (z. B. Nahrungsmittelvorräte, Ersparnisse, Viehbestände, Investitionen, Kredite, nicht zurückgeforderte Schulden usw.)?
- Welche Posten umfassen die Haushaltsausgaben im Laufe einer Woche oder eines Monats, und 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 Basisgüter beschafft werden können? (Entfernung, Sicherheit, Mobilität, Verfügbarkeit von Marktinformationen, Transport usw. berücksichtigen.)
- Wie hoch sind Verfügbarkeit und Preise wichtiger Güter, einschließlich Nahrungsmittel?
- Welche durchschnittlichen Handelsbedingungen herrschten vor der Katastrophe zwischen den wichtigsten Einkommens- und Nahrungsquellen, z. B. Löhne im Vergleich zu Nahrung, Nutzvieh im Vergleich zu Nahrung usw.?

3 Nahrungsmittelsicherheit während der Katastrophe

- Wie hat sich die Katastrophe auf die unterschiedlichen Nahrungs- und Einkommensquellen jeder der 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 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 Katastrophe verändert?
- Welche Gruppe oder Bevölkerung ist am stärksten betroffen?
- Wie wirken sich die Bewältigungsstrategien kurz- und mittelfristig auf das finanzielle und sonstige Kapital der Menschen aus?
- Wie wirken sich die Bewältigungsstrategien bei allen Livelihood-Gruppen und allen besonders gefährdeten und anfälligen Personen auf die Gesundheit, das allgemeine Wohlbefinden und die Würde aus? Sind die Bewältigungsstrategien mit Risiken verbunden?

Anhang 2

Checkliste für die Beurteilung der Saatgutsicherheit

Die nachstehenden Musterfragen können für die Beurteilung der Saatgutsicherheit herangezogen werden:

1 Vor der Katastrophe (Bezugswerte)

- Welches sind die wichtigsten Kulturpflanzen der Landwirte? Wofür werden sie angebaut – für den Eigenverbrauch, die Einkommensgenerierung oder beides? Werden diese Kulturpflanzen in jeder Saison angebaut? Welche weniger bedeutenden Kulturpflanzen könnten in Zeiten großer Belastung wichtig werden?
- Wie beschaffen sich die Landwirte normalerweise Saatgut oder sonstiges Pflanzmaterial für diese Kulturpflanzen? (Alle Kanäle berücksichtigen.)
- Welches sind die Saatparameter 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?
- Welche Produktions-Inputs 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?

2 Nach der Katastrophe

- Ist eine Intervention in Bezug auf die Landwirtschaft aus Sicht der Begünstigten machbar?
- Sind die Landwirte zuversichtlich, dass die Lage jetzt stabil und sicher genug ist, dass sie eine Kulturpflanze erfolgreich anbauen, ernten und verkaufen oder selbst verbrauchen können?

- Verfügen sie über ausreichenden Zugang zu Feldern und sonstigen Produktionsmitteln (Dung, Arbeitsgeräte, Zugtiere)?
- Sind sie bereit, ihre Landwirtschaft wieder aufzunehmen?

3 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.
- Handelt es sich dabei um eine Kulturpflanze, die der Landwirt noch anbauen will? Ist diese an die örtlichen Gegebenheiten angepasst? Besteht weiterhin entsprechende Nachfrage?
- 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?

4 Beurteilung von Saatgutangebot und -nachfrage: Lokale Märkte

- Sind die Märkte trotz der Katastrophe allgemein funktionsfähig? (Werden Markttage abgehalten, können die Landwirte sich frei bewegen und ungehindert kaufen und verkaufen?)
- Sind die derzeitigen Mengen des verfügbaren Saatguts/Korns 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 zum Anbau für geeignet halten, auf den Märkten erhältlich?
- Sind die aktuellen Marktpreise für Saatgut/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?

5 Beurteilung von Saatgutangebot und -nachfrage: Saatgut des formellen Sektors

- Sind die Kulturpflanzen und Sorten, die der formelle Sektor anbietet, an Zonen mit besonderer Belastung angepasst? Liegen Belege vor, dass die Landwirte diese wollen?
- Können die verfügbaren Mengen an Saatgut des formellen Sektors den Bedarf für die Katastrophenhilfe decken? Falls nicht, im welchem Maße könnte der Bedarf der Landwirte gedeckt werden?

Anhang 3

Checkliste für die Ernährungsbeurteilung

Die nachstehenden Musterfragen können für die Beurteilung der tiefer liegenden Ursachen von Unterernährung, des Ausmaßes des Ernährungsrisikos und der Hilfsmöglichkeiten herangezogen werden. Die Fragen basieren auf dem konzeptuellen Rahmen der Ursachen für Unterernährung. Zur Erhebung der Informationen, die vermutlich aus einer Vielzahl von Quellen bezogen werden können, sind verschiedene Beurteilungsinstrumente erforderlich, unter anderem Gespräche mit wichtigen Informanten und die Beobachtung und Prüfung sekundärer Daten (siehe auch Grundstandards 1, 3-4, Seiten 62 und 69-74).

Die Lage vor dem Notfall

Welche Informationen liegen zur Art, zum Umfang und zu den Ursachen der Unterernährung in der betroffenen Bevölkerung bereits vor (siehe Standard 2 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung, Seite 176)?

Das derzeitige Unterernährungsrisiko

1. Das Unterernährungsrisiko im Zusammenhang mit einem eingeschränkten Zugang zu Nahrung: Siehe Anhang 1: Checklisten für die Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und der Existenzsicherung.
2. Das Unterernährungsrisiko im Zusammenhang mit der Säuglings- und Kleinkindernährung und Betreuungspraktiken:
   - 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 Nahrung für die Kinder, zu Wasser usw. beeinträchtigt?
   - Gibt es Säuglinge, die nicht gestillt werden? Gibt es Säuglinge, die künstliche Nahrung erhalten?
   - Liegt der Nachweis oder Verdacht einer Verschlechterung der Säuglingsernährungspraktiken in der Notfallsituation vor, insbesondere eines

späteren Stillbeginns oder eines Rückgangs der Rate des ausschließlichen Stillens, einer Zunahme der Rate von Säuglingen, die künstliche Nahrung erhalten, oder einer Zunahme des Anteils nicht gestillter Säuglinge?
- Sind altersentsprechende, ausgewogene und sichere ergänzende Nahrung und 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?
- Waren die Herden in Hirtengemeinschaften lange von den Kleinkindern getrennt? Hat sich der normale Zugang zu Milch verändert?
- Haben HIV und AIDS die Betreuungspraktiken auf Haushaltsebene beeinträchtigt?

3. Das Unterernährungsrisiko im Zusammenhang mit schlechter öffentlicher Gesundheit (siehe Abschnitt „Gesundheit“, Seite 331):
   - Wurde der Ausbruch von Krankheiten gemeldet, die den Ernährungsstatus beeinträchtigen können, etwa Masern oder akute Durchfallerkrankungen? Besteht weiterhin das Risiko des Krankheitsausbruchs? (Siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standards 1-3 zur Kontrolle übertragbarer Krankheiten, Seiten 361-364)
   - Wie hoch wird die Durchimpfungsrate für Masern in der betroffenen Bevölkerung geschätzt? (Siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 1 zu Säuglings- und Kleinkindernährung, Seite 182.)
   - Wird bei der Masernimpfung routinemäßig Vitamin A verabreicht? Wie hoch wird die Vitamin-A-Supplementierungsrate geschätzt?
   - Liegen Schätzungen zu den Mortalitätsraten vor (entweder roh oder für Kinder unter 5 Jahren)? Wie hoch sind diese, und welche Methode wurde angewandt, um diese zu bestimmen? (Siehe Standard zur Erbringung wichtiger Gesundheitsleistungen.)
   - 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?
   - Ist die HIV-Prävalenz hoch?
   - Sind die Menschen aufgrund von Armut oder schlechter Gesundheit bereits stark durch Unterernährung gefährdet oder dafür anfällig?
   - Besteht Überbevölkerung oder ein Risiko/eine hohe Prävalenz von Tuberkulose?
   - Ist die Malaria-Inzidenz hoch?
   - Waren die Menschen längere Zeit im Wasser, tragen sie nasse Kleidung oder waren sie längere Zeit widrigen Umgebungsbedingungen ausgesetzt?

4. 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 gemeinschaftsbasierte Unterstützung, die durch lokale Gemeinschaften, Einzelpersonen, Nichtregierungsorganisationen, Regierungsorganisationen, UN-Organisationen, religiöse Organisationen usw. organisiert wurden, waren bereits vorhanden? Welche (früheren, derzeitigen und hinfälligen) ernährungspolitischen Konzepte bestehen und welche beabsichtigten langfristigen Ernährungshilfen und -programme werden in Reaktion auf die derzeitige Situation gegenwärtig umgesetzt oder geplant?

Anhang 4

Messung von akuter Mangelernährung

In größeren Ernährungsnotfällen kann es erforderlich sein, Säuglinge unter 6 Monaten, schwangere und stillende Frauen, ältere Kinder, Jugendliche, Erwachsene oder ältere Menschen in die Ernährungsbeurteilungen oder Ernährungsprogramme einzubeziehen.

Befragungen von Altersgruppen mit Ausnahme von Kindern im Alter von 6-59 Monaten sollten nur vorgenommen werden, wenn:

- eine gründliche Kontextanalyse der Situation, einschließlich einer Analyse der Ursachen der Mangelernährung, durchgeführt wird. Nur wenn die Ergebnisse dieser Analyse darauf schließen lassen, dass der Ernährungsstatus der Kleinkinder nicht den Ernährungsstatus der allgemeinen Bevölkerung widerspiegelt, sollte eine Ernährungsuntersuchung für eine andere Altersgruppe in Betracht gezogen werden.
- die entsprechende fachliche Expertise zur Verfügung steht, um eine hohe Qualität der Datenerhebung, eine adäquate Analyse und eine korrekte Präsentation und Interpretation der Ergebnisse sicherzustellen.
- die Ressourcen- bzw. Opportunitätskosten der Einbeziehung anderer Altersgruppen in eine Untersuchung berücksichtigt wurden.
- klare und gut dokumentierte Ziele der Untersuchung formuliert wurden.

Säuglinge unter 6 Monaten

Obwohl zu dieser Altersgruppe kontinuierlich geforscht wird, ist die Evidenzbasis für Beurteilung und Management gegenwärtig begrenzt. In der Mehrzahl der Leitlinien werden dieselben anthropometrischen Falldefinitionen der akuten Mangelernährung bei Säuglingen wie bei älteren Kindern von 6-59 Monaten empfohlen. (Eine Ausnahme stellt die Messung des mittleren Oberarmumfangs (mid upper arm circumference, MUAC; diese Abkürzung bedeutet im allgemeinen Gebrauch auch die Messung des Oberarmumfangs) dar, die derzeit für Säuglinge unter 6 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 NCHS zu den Wachstumsstandards der WHO

von 2006 führt zu mehr Fällen von Auszehrung bei Säuglingen unter 6 Monaten. Den Auswirkungen dieses Wechsels sollte Rechnung getragen werden. Zu den möglichen Problemen gehört, 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:

- das Längenwachstum der Säuglinge: Ist die Wachstumsrate trotz geringer Körperlänge gut (z. B. können einige Säuglinge mit geringem Geburtsgewicht 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 z. B. familiäre Unterstützung oder leidet sie an einer Depression? Der stationären Aufnahme stark gefährdeter Sauglinge in therapeutische Ernahrungsprogramme sollte Priorität eingeräumt werden.

Kinder im Alter von 6 bis 59 Monaten

Der nachstehenden Tabelle sind die am häufigsten angewandten Indikatoren für unterschiedliche Grade von Mangelernährung bei Kindern im Alter von 6-59 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. Er stellt eine der besten Möglichkeiten zur Bestimmung für Mortalität dar. Die Prävalenz eines geringen MUAC wird auch in Untersuchungen zur Prognostizierung der Fallbelastung für Nahrungsergänzungs- und therapeutische Betreuungsprogramme ermittelt. 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. Dieses Kriterium wird auch oft im Rahmen eines zweistufigen Screening-Prozesses mit einem höheren Grenzwert verwendet. In anthropometrischen Untersuchungen sollte es nicht allein verwendet werden, kann jedoch als alleiniges Aufnahmekriterium für Ernährungsprogramme dienen.

	Akute Mangel-ernährung insgesamt	**Moderate akute Mangel-ernährung**	**Schwere akute Mangel-ernährung**
Kinder 6,0–59,9 Monate	WFH <-2 Z score und/oder MUAC <12,5 cm und/oder Ernährungsödeme	WFH -3 - <-2 Z score und/oder MUAC 11,5-<12,5cm	WFH <-3 Z score und/oder MUAC <11,5 cm und/oder Ernährungsödeme

Kinder im Alter von 5-19 Jahren

Für die Ermittlung des Ernährungsstatus von Kindern im Alter von 5-19 Jahren wird die Verwendung der WHO-Wachstumsstandards von 2007 empfohlen. Diese Referenzkurven für das Wachstum bauen auf den NCHS-/WHO-Referenzwerten von 1977 auf und orientieren sich eng an den WHO-Wachstumsstandards für Kinder im Alter von 6-59 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 dieser fachspezifische Bereich in Entwicklung begriffen ist, ist es wichtig, die jeweils aktuellsten Orientierungshilfen und fachlichen Daten heranzuziehen.

Erwachsene (20-59,9 Jahre)

Es liegt keine allgemein anerkannte Definition von akuter Mangelernährung bei Erwachsenen vor. Es scheint jedoch erwiesen, dass die Grenzwerte für schwere akute Mangelernährung bei einem Body Mass Index (BMI) von unter 16, 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 programmatische Verzweigungen nach sich ziehen. MUAC-Messungen sollten immer vorgenommen werden. Falls unmittelbare Ergebnisse benötigt werden oder die Ressourcen stark eingeschränkt sind, können sich die Untersuchungen allein auf die MUAC-Messungen stützen.

Da die Interpretation der anthropometrischen Ergebnisse durch das Fehlen validierter funktioneller Daten und Referenzpunkten zur Bestimmung der Bedeutung des Ergebnisses kompliziert wird, müssen diese Ergebnisse zusammen mit detaillierten Kontextinformationen interpretiert werden. Orientierungshilfen für die Beurteilung sind unter Quellen und weiterführende Literatur zu finden.

Beim Screening von Personen zwecks Aufnahme in eine Ernährungstherapie oder Entlassung sollten die Kriterien aus einer Kombination anthropometrischer Indizes, klinischer Zeichen (insbesondere Schwäche, Gewichtsabnahme in letzter Zeit) und sozialer Faktoren (Zugang zu Nahrung, Vorhandensein von Betreuungspersonen, Notunterkünften usw.) bestehen. Es ist zu beachten, dass Ödeme bei Erwachsenen neben der Mangelernährung eine Vielzahl von Ursachen haben können und daher von Klinikern beurteilt werden sollten, um andere Ursachen auszuschließen. Die einzelnen Hilfsorganisationen 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 dieser fachspezifische Bereich in Entwicklung begriffen ist, ist es wichtig, die jeweils aktuellsten Orientierungshilfen und fachlichen Daten heranzuziehen.

Der MUAC kann bei schwangeren Frauen als Screening-Instrument verwendet werden, z. B. als Kriterium für die Aufnahme in ein Ernährungsprogramm. Angesichts ihres zusätzlichen Ernährungsbedarfs sind schwangere Frauen oft stärker gefährdet als andere Gruppen der Bevölkerung. 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 Reichweite von 21 bis 23 cm. Ein Grenzwert von unter 21 cm wurde in Katastrophensituationen als für die Auswahl gefährdeter Frauen geeignet angesetzt.

Ältere Menschen

Es liegt gegenwärtig keine allgemein anerkannte Definition von Mangelernährung bei älteren Menschen vor, obwohl gerade für diese Gruppe in Katastrophensituationen das Risiko einer Mangelernährung besteht. Die WHO ist der Ansicht, dass die BMI-Schwellen für Erwachsene auch für Menschen im Alter von 60-69 Jahren und darüber 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 Menschen ein hilfreiches Instrument sein. Die Forschung zu geeigneten Grenzwerten ist jedoch nach wie vor nicht abgeschlossen.

Menschen mit Behinderung

Für die Messung von Personen mit körperlicher Behinderung liegen derzeit keine Richtwerte vor, weshalb sie häufig aus anthropometrischen Untersuchungen ausgeschlossen werden. Eine visuelle Beurteilung ist erforderlich. MUAC-Messungen können in Fällen, in welchen 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 behinderte Menschen zu ermitteln, bei welchen die übliche Messung von Gewicht, Körpergröße und MUAC nicht zweckmäßig ist.

Anhang 5

Messung der Bedeutung von Mikronährstoffmängeln für die öffentliche Gesundheit

Wenn klinische Mikronährstoffmängel festgestellt werden, sollten sie dringend auf individueller Basis behandelt werden. Einzelne Fälle klinischer Mikronährstoffmängel deuten in der Regel auch auf ein grundsätzliches Problem von Mikronährstoffmangel auf Bevölkerungsebene hin. Die Messung und Klassifizierung von Mikronährstoffmängeln auf Bevölkerungsebene ist für die Planung und Überwachung von Interventionen von Bedeutung.

Biochemische Tests bieten den Vorteil, dass sie objektive Messwerte zum Mikronährstoffstatus liefern. Allerdings ist die Entnahme der biologischen 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 so eindeutig zweckdienlich, d. h. so nachweisstark und spezifisch, wie man vermuten könnte. 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 immer vorgesehen werden.

Bei der Beurteilung des Mikronährstoffstatus sollte die Möglichkeit einer überhöhten Aufnahme wie auch eines Mangels nicht außer Acht gelassen werden. Dies ist besonders wichtig, wenn die betroffene Bevölkerung mehrere hoch angereicherte Produkte oder Supplemente zur Versorgung mit Mikronährstoffen erhält.

Die nachstehende Tabelle zeigt anhand verschiedener Indikatoren Klassifizierungen der Bedeutung ausgewählter Mikronährstoffmängel für die öffentliche Gesundheit.

Indikator für Mikronährstoffmangel	**Empfohlene Altersgruppe für Prävalenzuntersuchungen**	**Definition eines Problems für die öffentliche Gesundheit**	
		Schwere	**Prävalenz (%)**
Vitamin-A-Mangel			
Nachtblindheit (XN)	24–71 Monate	Mild	> 0 – < 1
		Moderat	≥1 – < 5
		Schwer	≥ 5
Bitot-Flecke (X1B)	6–71 Monate	Nicht angegeben	> 0,5
Hornhautxerosis/ Hornhautulzeration/ 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	Mild	≥ 2 – < 10
		Moderat	≥10 – < 20
		Schwer	≥ 20
Jodmangel			
Kropf (sichtbar + tastbar)	Kinder im Schulalter	Mild	5,0 – 19,9
		Moderat	20,0 – 29,9
		Schwer	≥ 30,0
Mittlere Jodkonzentration im Urin (µg/l)	Kinder im Schulalter	Überhöhte Zufuhr	> 300[1]
		Angemessene Zufuhr	100 – 199[1]
		Leichter Mangel	50 – 99[1]
		Mäßiger Mangel	20 – 49[1]
		Schwerer Mangel	< 20[1]

Indikator für Mikronährstoffmangel	Empfohlene Altersgruppe für Prävalenzunter-suchungen	Definition eines Problems für die öffentliche Gesundheit	
		Schwere	Prävalenz (%)
Eisenmangel			
Anämie (Hämoglobin bei nicht schwangeren Frauen <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
Beriberi[1]			
Klinische Zeichen	Gesamt-bevölkerung	Mild	≥ 1 Fall & < 1%
		Moderat	1 – 4
		Schwer	≥ 5
Aufnahme über die Nahrung (< 0,33 mg/1000 kcal)	Gesamt-bevölkerung	Mild	≥ 5
		Moderat	5 – 19
		Schwer	20 – 49
Kindersterblichkeit	Säuglinge 2–5 Monate	Mild	Keine erhöhten Raten
		Moderat	Leichte Spitze bei den Raten
		Schwer	Ausgeprägte Spitze bei den Raten
Pellagra[1]			
Klinische Zeichen (Dermatitis) bei der untersuchten Altersgruppe	Gesamt-bevölkerung oder Frauen >15 Jahre	Mild	≥ 1 Fall & < 1%
		Moderat	1 – 4
		Schwer	≥ 5
Aufnahme von Niacin-Äquivalenten über die Nahrung <5 mg/Tag	Gesamt-bevölkerung oder Frauen >15 Jahre	Mild	5 – 19
		Moderat	20 – 49
		Schwer	≥ 50
Scorbut[1]			
Klinische Zeichen	Gesamt-bevölkerung	Mild	≥ 1 case &< 1%
		Moderat	1 – 4
		Schwer	≥ 5

1 Die hier angegebenen Zahlen beziehen sich auf die Konzentration von Jod im Urin, nicht die Prävalenz.

Anhang 6

Nahrungsbedarf

Die folgenden Zahlen können für die Planung im Anfangsstadium einer Katastrophe verwendet werden. Die in der nachstehenden Tabelle angegebenen Werte zum Mindestnährstoffbedarf sollten bei der Beurteilung der Angemessenheit der allgemeinen Rationen für die Zielbevölkerung zugrunde gelegt werden. Die Berechnung des Bedarfs erfolgt auf der Basis eines angenommenen demografischen Profils, von Annahmen über die Umgebungstemperatur und das Aktivitätsniveau der Menschen. Auch der zusätzliche Bedarf von schwangeren und stillenden Frauen wird berücksichtigt. Die angegebenen Werte sind nicht dafür gedacht, die Angemessenheit der zusätzlichen Rationen, der Rationen für die therapeutische Betreuung oder der Rationen für bestimmte Gruppen von Menschen, etwa Menschen mit Tuberkulose oder HIV-Infizierte, zu beurteilen.

Vor der Anwendung der unten aufgeführten Bedarfswerte sind zwei wichtige Punkte zu berücksichtigen. Zum einen umfassen diese Werte zum Mindestbedarf der Durchschnittsbevölkerung für die Bevölkerungsgruppen den Bedarf aller Altersgruppen und beider Geschlechter. Sie sind daher nicht für eine bestimmte Alters- oder Geschlechtsgruppe spezifisch und sollten nicht auf den Bedarf einer Einzelperson angewandt werden. Zum anderen beruht der Nahrungsbedarf auf einem Bevölkerungsprofil.

Nährstoff	Mindestbedarf der Bevölkerung[1]
Energie	2,100 kcal
Eiweiß	53 g (10% der Gesamtenergie)
Fett	40 g (17% der Gesamtenergie)
Vitamin A	550 µg RAE*
Vitamin D	6,1 µg
Vitamin E	8,0 mg 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
Vitamin B6 (Pyidoxin)	1,2 mg
Vitamin B12 (Cobalamin)	2,2 µg
Folat	363 µg 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

** Alpha-TE - alpha-Tocopherol-Äquivalente*
RAE - Retinol-Äquivalente
NE - Niacin-Äquivalente
DFE - Nahrungsfolatäquivalente

1 Ausgedrückt als empfohlene Nährstoffzufuhr (Reference Nutrient Intake, RNI) für alle Nährstoffe mit Ausnahme von Energie und Kupfer.

Hinweis: Die Berechnung der empfohlenen Nährstoffzufuhr für alle Vitamine und Mineralstoffe erfolgte nach „Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition. Second Edition", FAO/WHO (2004); eine Ausnahme bildet Kupfer, da der Bedarf für diesen Mineralstoff in FAO/WHO (2004) nicht enthalten ist. Der Wert für den Kupferbedarf stammt aus „Trace Elements in Human Nutrition and Healt"', WHO (1996).

Die folgende Tabelle enthält eine nach dem Alter aufgeschlüsselte Übersicht über die durchschnittliche Gesamtbevölkerungsstruktur. Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass diese Einteilung kontextspezifisch ist und erheblich variieren kann. Beispielsweise hat die Abwanderung der mittleren Generationen in einigen ländlichen Gemeinden dazu geführt, dass überproportional viele Kinder von älteren Menschen betreut werden.

Gruppe	**% der Bevölkerung**
0–6 Monate	1,32
7–11 Monate	0,95
1–3 Jahre	6,58
4–6 Jahre	6,41
7–9 Jahre	6,37
10–18 Jahre/Frauen	9,01
10–18 Jahre/Männer	9,52
19–50 Frauen	17,42
51–65 Frauen	4,72
19–65 Männer	27,90
65+ Frauen	2,62
65+ Männer	2,18
Schwanger	2,40
Stillend	2,60

Quelle: World Population Prospects: The 2002 Revision, Interpolated Population by Sex, Single Years of Age and Single Calendar Years, 1950 to 2050. United Nations (2003).

Der Energiebedarf der Bevölkerung sollte entsprechend den folgenden Faktoren angepasst werden:

- Demografische Struktur der Bevölkerung, insbesondere prozentualer Anteil der Kinder unter 5 Jahren und prozentualer Anteil der Frauen
- Mittleres Körpergewicht und tatsächliches, übliches oder angestrebtes Körpergewicht bei Erwachsenen
- Aktivitätsniveau zur Aufrechterhaltung eines produktiven Lebens. Der Bedarf erhöht sich, wenn die Aktivitäten ein leichtes Niveau übersteigen (d. h. 1,6 x Grundumsatz)

- Durchschnittliche Umgebungstemperatur und Kapazitäten von Notunterkünften und Kleidung. Der Bedarf erhöht sich bei einer mittleren Umgebungstemperatur von unter 20° C
- Ernährungs- und Gesundheitsstatus der Bevölkerung. Der Bedarf erhöht sich, wenn die Bevölkerung mangelernährt ist und aufgrund aufzuholenden Wachstums zusätzlichen Bedarf hat. Durch HIV- und AIDS-Prävalenz kann der durchschnittliche Bedarf der Bevölkerung beeinflusst werden (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 1 zu Nahrungsmitteltransfers, Seite 207). Ob die allgemeinen Rationen zur Deckung dieses Bedarfs angepasst werden sollten, ist entsprechend der Kontextanalyse und den aktuellen internationalen Empfehlungen zu entscheiden.

Falls es nicht möglich ist, diese Art von Informationen im Rahmen der Beurteilungen zu erheben, sollten die Zahlen der oben stehenden Tabelle für den Mindestbedarf verwendet werden.

Quellen und weiterführende Literatur

Quellen

Black et al (2008), Maternal and child undernutrition 1. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. www.thelancet.com, series, 17 January.

CARE (2008), Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual.

Castleman, T, Seumo-Fasso, E and Cogill, B (2004 rev.), Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings. FANTA (Food and Nutrition Technical Assistance) technical note no. 7. Washington DC.

Coates, J, Swindale, A and Bilinsky, P (2007), Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access. Indicator Guide. Version 3. FANTA. Washington DC.

Committee on World Food Security (2004), Voluntary guidelines to support the progressive realization of the right to adequate food in the context of national food security. Rome.

IFE Core Group (2007), Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. www.ennonline.net/ife

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction (includes School Feeding in Emergencies). Geneva.

International Labour Office (ILO) (1973), Minimum Age Convention No. 138. www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). Practical Action Publishing, UK. www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf

Pejic, J (2001), The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework. International Review of the Red Cross, vol. 83, no. 844, p. 1097. Geneva. www.icrc.org.

SMART (Standardised Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines: SMART methodology version.

Swindale, A and Bilinsky, P (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide. Version 2. FANTA. Washington DC.

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12. United National Economic and Social Council (1999). www.unhchr.ch

UNHCR, World Food Programme (WFP), University College London and IASC Nutrition Cluster (2006), NutVal 2006 version 2.2. www.nutval.net/2008/05/download-page.html

WFP (2006), Food Distribution Guidelines. Rome.

WHO (2009), Child Growth Standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children.

WHO (2007), Growth reference for school-aged children and adolescents. www.who.int/growthref/en/

WHO (1981), The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. The full code and subsequent relevant World Health Assembly resolutions: www.ibfan.org

Weiterführende Literatur

Literatur zu Beurteilungen

Erstbeurteilung

IASC (2009), Multi-sectoral Initial Rapid Assessment (IRA) Tool. Global Health, Nutrition and WASH Clusters.

Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit

CARE (2002), Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners. USA.

FANTA-2 (2009), Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis. Washington DC. www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml

FAO and WFP (2009), Crop and Food Security Assessment Missions (CFSAM) Guidelines. Rome.

Save the Children (2008), The Household Economy Approach: A guide for programme planners and policy-makers. London.

WFP (2009), Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition. Rome.

WFP (2009), Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. Rome.

Beurteilung der Saatgutsicherheit

Longley, C et al (2002), Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems. Disasters, 26, 343–355.

Sperling, L (2008), When disaster strikes: a guide to assessing seed system security. International Center for Tropical Agriculture. Cali, Colombia.

Beurteilung der Existenzgrundlagen

Jaspers, S and Shoham, J (2002), A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability. ODI. London.

IASC (2009), 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.

Märkte

CARE (2008), Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid?: Market Information and Food Insecurity Response Analysis.

Mike, A (2010), Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit. Practical action, Oxfam GB.

Nahrungsverbrauch

Food and Nutrition Technical Assistance Project (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS).

WFP (2008), Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet.Rome.

Partizipationsmethoden

ActionAid (2004), Participatory Vulnerability Analysis. London.

CARE (2009), Climate Vulnerability and Capacity Analysis handbook.

IFRC (2007), How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers. Geneva.

Tearfund (2009), Climate change and Environmental Degradation Risk and Adaptation assessment CEDRA.

Informationssysteme zur Ernährung und Nahrungsmittelsicherheit

Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET): www.fews.net

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS): www.fivims.net/index.jsp

Integrated Food Security Phase Classification (2008), Technical Manual. Version 1.1.

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture, FAO: www.fao.org

Shoham, J, Watson, F and Dolan, C, The use of nutrition indicators in surveillance systems, Technical paper 2. ODI. London.

Anthropometrische Beurteilung

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and WFP (2005), A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality. Rome.
Collins, S, Duffield, A and Myatt, M (2000), Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations. Geneva.

UN ACC Sub Committee on Nutrition (2001), Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting in SCN News, 22, pp49–51. Geneva.

Save the Children UK (2004), Emergency nutrition assessment, and guidance for field workers. London

Young, H and Jaspars, S (2006), The meaning and measurement of acute malnutrition in emergencies. A primer for decision makers. London.

Beurteilung des Mikronährstoff-Status

Gorstein, J et al (2007), Indicators and methods for cross sectional surveys of vitamin and mineral status of populations.

Seal, A and Prudhon, C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions. Geneva

Beurteilung der Säuglings- und Kleinkindernährung

CARE (2010), Infant and young child feeding practices. Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide. www.ennonline.net/resources

Säuglings- und Kleinkindernährung

IFE Core Group (2009), Protecting infants in emergencies, Information for the media. www.ennonline.net/ife

IFE Core Group and collaborators (2009), IFE Module 1: Orientation package on IFE. www.ennonline.net/ife

IFE Core Group and collaborators (2007), Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations.
www.ennonline.net/ife

UNICEF and WHO (2003), Global Strategy for infant and young child feeding. Geneva.
UNHCR (2009), Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations. www.ennonline.net/ife

USAID, AED, FANTA, University of California DAVIS, International Food Policy Research Institute (IFPRI), UNICEF and WHO (2007), Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Washington DC.

WHO (2010), HIV and infant feeding. Principles and recommendationsfor infant feeding inthe context of HIV and a summary of evidence. Geneva.

WHO (2004), Guiding Principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva.

Interventionen zur Nahrungsmittelsicherheit

Allgemein

Barrett, C and Maxwell, D (2005), Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role. London.

IASC (2005), 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.

Maxwell, D et al (2008), Emergency food security interventions. ODI, Good Practice Review #10. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

UNHCR, UNICEF, WFP and WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies. Geneva.

Zielgruppenbestimmung und Nahrungsmittelverteilung

Jaspars, S and Young, H (1995), General Food Distribution in Emergencies: from Nutritional Needs to Political Priorities. Good Practice Review 3. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

UNHCR (2003), UNHCR Handbook for Registration. Geneva.

WFP (2009), School Feeding Quality Standards. Rome.

WFP (2008), Food Assistance in the context of HIV: Ration Design Guide. Rome.

WFP (2006), Targeting in Emergencies. Rome.

Supply-Chain-Management und Qualität und Sicherheit von Nahrungsmitteln

CARE, Food Resource Management handbook.

Logistics Cluster (2010), Logistics Operational Guide. WFP. Rome.

United Nations Humanitarian Response Depot (2010), Catalogue and Standard Operating Procedures. www.unhrd.org

WFP (2010), Food Quality Control: http://foodquality.wfp.org

WFP (2003), Food Storage Manual. Natural Resources Institute and WFP. Chatham, UK and Rome.

World Vision International, World Vision Food Resource Manual. Second edition.

World Vision International, Food Monitors Manual.

Interventionen mit Bereitstellung von Bargeld und Gutscheinen

Action contre la faim (2007), Implementing Cash-Based Interventions. A guide for aid workers. Paris.

Adams, L (2007), Learnings from cash responses to the tsunami: Final report, HPG background paper.

Cash Learning Partnership (2010), Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies. Save the Children UK, Oxfam GB and British Red Cross, with support from ECHO. London.

Creti, P and Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies, Oxfam GB. London.

Harvey, P (2005), Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper. ODI. London.

Interventionen mit Bereitstellung von Saatgut

Catholic Relief Services (CRS) (2002), Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa. CRS, incollaboration with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics.

Sperling, L and Remington, T, with Haugen JM (2006), Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10. International Centre for Tropical Agriculture and CRS. Rome.

Allgemeine Handbücher zur Ernährung in Notfallsituationen

IASC (2008), A toolkit for addressing nutrition in emergency situations.

IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group (2006), Harmonised Training Package (HTP).

Prudhon, C (2002), Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations. Paris.

UNHCR and WFP (2009), Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies.

UNHCR, UNICEF, WFP and WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies. Geneva.

WFP (2001), Food and Nutrition Handbook. Rome.

WHO (2000), The Management of Nutrition in Major Emergencies. Geneva.

Besonders gefährdete und anfällige Gruppen

FANTA and WFP (2007), Food Assistance Programming in the Context of HIV.

FAO and WHO (2002), Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS.

HelpAge International (2001), Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action. Nairobi. www.helpage.org/publications

HelpAge and UNHCR (2007), Older people in disasters and humanitarian crisis.

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities.

Winstock, A (1994), The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children. Winslow Press. Bicester, UK.

Management von akuter Mangelernährung

ENN, CIHD and ACF (2010), MAMI Report. Technical Review: Current evidence, policies, practices & programme outcomes.

ENN, IFE Core Group and collaborators (2009), Integration of IYCF support into CMAM. www.ennonline.net/resources

FANTA-2 (2008), Training guide for community based management of acute malnutrition.

Navarro-Colorado, C, Mason, F and Shoham, J (2008), Measuring the effectiveness of SFP in emergencies.

Navarro-Colorado, C and Shoham, J (forthcoming), Supplementary feeding minimum reporting package.

VALID International (2006), Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual.

WHO (1999), Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. Geneva.

WHO, WFP, UNSCN and UNICEF (2007), Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. A Joint Statement by the WHO, WFP, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and UNICEF.

Mikronährstoffmängel

Seal, A and Prudhon, C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions.

UNICEF, UNU and WHO (2001), Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. Geneva.

WHO (2000), Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999), Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999),Thiamine Deficiency And Its Prevention And Control In Major Emergencies. Geneva.

WHO (1997), Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xeropthalmia. Second Edition. Geneva.

WHO and UNICEF (2007), Guiding principles for the use of multiple vitamin and mineral preparations in emergencies.

Mindeststandards im Bereich Notunterkünfte, Ansiedlung und Non-Food Items

Zum Aufbau dieses Kapitels

Dieses Kapitel ist in zwei Hauptabschnitte gegliedert:

Notunterkünfte und Ansiedlung

Non-Food Items: Kleidung, Bettzeug und Haushaltsgüter

Beide Abschnitte umfassen allgemeine Standards zum Einsatz in mehreren Maßnahmenszenarien für vertriebene wie auch für nicht vertriebene Bevölkerungsgruppen, unter anderem individuelle temporäre oder Übergangsunterkünfte für Haushalte am ursprünglichen Standort oder Rückkehr in instandgesetzte Behausungen; temporäre Unterbringung bei Gastfamilien; und/oder temporäre Gemeinschaftssiedlungen, bestehend aus geplanten oder in Eigeninitiative entstandenen Lagern, Sammelzentren, Transit- oder Rückkehrzentren.

Die Grundsätze zum Schutz und die Grundstandards sind in Übereinstimmung mit diesem Kapitel anzuwenden.

Obwohl die Standards in erster Linie als Grundlage für erste humanitäre Maßnahmen nach einer Katastrophe konzipiert sind, können sie auch auf die Katastrophenvorsorge und den Übergang zu Wiederherstellungs- und Wiederaufbauaktivitäten angewandt werden.

Beide Abschnitte enthalten die folgenden Elemente:

- **Die Mindeststandards:** Es handelt sich um qualitative Standards, die Mindestanforderungen für die humanitäre Hilfe hinsichtlich der Bereitstellung von (Not-)Unterkünften darstellen.
- **Schlüsselaktivitäten:** Dies sind empfohlene Aktivitäten und Inputs, welche bei der Erfüllung der Mindeststandards hilfreich sind.
- **Schlüsselindikatoren:** Diese Indikatoren sind „Signale“, die anzeigen, ob ein Standard erreicht wurde. Sie bieten eine Möglichkeit, die Prozesse und Ergebnisse der Schlüsselaktivitäten zu messen und zu vermitteln. Dabei beziehen sie sich nicht auf die jeweilige Schlüsselaktivität, sondern auf den Mindeststandard.
- **Richtlinien:** Die Richtlinien umfassen bestimmte Punkte, die bei der Anwendung der Mindeststandards, Schlüsselaktivitäten und Schlüsselindikatoren in verschiedenen Situationen zu berücksichtigen sind. Sie dienen als Orientierungshilfe bei der Bewältigung praktischer Schwierigkeiten und bieten Benchmarks oder Empfehlungen zu den vorrangigen Themen. Zudem behandeln sie kritische Fragen im Hinblick auf die Standards, Aktivitäten oder Indikatoren und bieten eine Beschreibung von Zwangslagen, Kontroversen oder aktuell bestehenden Wissenslücken.

Falls die angegebenen Schlüsselaktivitäten und -indikatoren nicht erreicht werden können, sollten die daraus folgenden negativen Auswirkungen auf die betroffene Bevölkerung abgeschätzt und entsprechende Abhilfemaßnahmen eingeleitet werden.

Beigefügt sind eine Checkliste für die Bedarfsermittlung als Grundlage für die Anwendung der Standards (sowohl für die Festlegung als auch die Überwachung der Hilfsmaßnahmen) und eine Liste mit Quellen und weiterführender Literatur, einschließlich einer Auswahl praktischer Anleitungen als Orientierungshilfe.

Inhalt

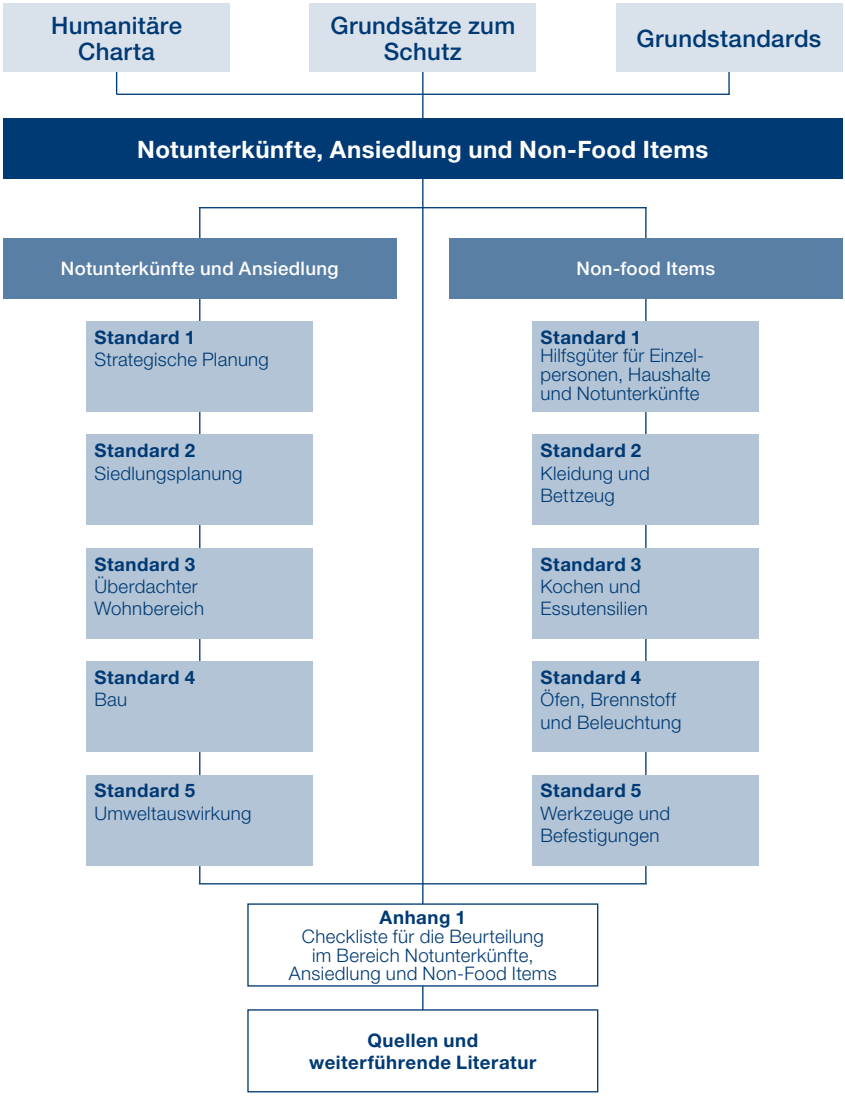
Einführung 280

1 Notunterkünfte und Ansiedlung 288

2 Non-Food Items: Kleidung, Bettzeug und Haushaltsgüter 311

Anhang 1: Checkliste für die Beurteilung im Bereich Notunterkünfte, Ansiedlung und Non-Food Items 322

Quellen und weiterführende Literatur 328


Humanitäre Charta
Grundsätze zum Schutz
Grundstandards
Notunterkünfte, Ansiedlung und Non-Food Items
Notunterkünfte und Ansiedlung
Non-food Items
Standard 1 Strategische Planung
Standard 2 Siedlungsplanung
Standard 3 Überdachter Wohnbereich
Standard 4 Bau
Standard 5 Umweltauswirkung
Standard 1 Hilfsgüter für Einzelpersonen, Haushalte und Notunterkünfte
Standard 2 Kleidung und Bettzeug
Standard 3 Kochen und Essutensilien
Standard 4 Öfen, Brennstoff und Beleuchtung
Standard 5 Werkzeuge und Befestigungen
Anhang 1 Checkliste für die Beurteilung im Bereich Notunterkünfte, Ansiedlung und Non-Food Items
Quellen und weiterführende Literatur

Einführung

Verweise auf die humanitäre Charta und das Völkerrecht

Die Mindeststandards zu Notunterkünften, Ansiedlung und Non-Food Items sind praktischer Ausdruck der gemeinsamen Überzeugungen und Verpflichtungen der humanitären Organisationen sowie der gemeinsamen Grundsätze für humanitäre Einsätze, die in der humanitären Charta und im Verhaltenskodex für die Internationale Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung und Nichtregierungsorganisationen (NGOs) in der Katastrophenhilfe formuliert wurden. Diese Grundsätze, die auf dem Prinzip der Menschlichkeit gründen und ihren Niederschlag im Völkerrecht finden, umfassen das Recht auf Leben und Würde, das Recht auf Schutz und Sicherheit und das Recht auf humanitäre Hilfe auf der Basis des Bedarfs. In Anhang 1 (siehe Seite 410) sind eine Auflistung der zentralen rechtlichen und politischen Dokumente, die der humanitären Charta als Grundlage dienten, sowie erläuternde Kommentare für die humanitären Helfer enthalten. In der humanitären Hilfe sind Notunterkünfte, Ansiedlung und die entsprechenden Non-Food Items vertraute Begriffe, die in den Bereich des Rechts auf angemessenes Wohnen fallen, welches in den internationalen Menschenrechtsnormen verankert ist.

Jeder hat das Recht auf angemessenes Wohnen. Dieses Recht wird in wichtigen internationalen Rechtsinstrumenten anerkannt (siehe Quellen und weiterführende Literatur: Internationale Rechtsinstrumente). Es umfasst das Recht auf ein Leben in Sicherheit, Frieden und Würde mit Rechtssicherheit der Wohnverhältnisse sowie Schutz vor Zwangsräumung und Recht auf Rückgabe. Gemäß den Definitionen in diesen Instrumenten umfasst angemessenes Wohnen die Sicherstellung folgender Elemente:

- Ausreichender Raum und Schutz vor Kälte, Feuchtigkeit, Hitze, Regen, Wind oder sonstigen gesundheitlichen Bedrohungen, einschließlich struktureller Gefahren und Krankheitsvektoren
- Verfügbarkeit von Dienstleistungen, öffentlichen Einrichtungen, Konstruktionsmaterialien und Infrastruktur
- Tragbare Kosten, Bewohnbarkeit, Zugänglichkeit, angemessene Lage und kulturelle Angemessenheit

- Nachhaltiger Zugang zu natürlichen und gebräuchlichen Ressourcen; sauberes Trinkwasser; Energie für das Kochen, Heizen und die Beleuchtung; Sanitäreinrichtungen und Waschgelegenheiten; Möglichkeiten zur Lagerung von Nahrungsmitteln; Abfallentsorgung; Grundstücksentwässerung und Notdienste
- Geeigneter Standort von Siedlungen und Wohnungen, damit der sichere Zugang zu Gesundheitsdiensten, Schulen, Kinderbetreuungszentren und sonstigen sozialen Einrichtungen sowie zu Existenzsicherungsmöglichkeiten bzw. Arbeitsmöglichkeiten (livelihood) gewährleistet ist
- Dass die Baumaterialien und -richtlinien betreffend den Wohnungsbau in angemessener Weise den Ausdruck der kulturellen Identität und Verschiedenheit des Wohnens ermöglichen.

Die Mindeststandards in diesem Kapitel sind kein vollkommener Ausdruck des Rechts auf angemessenes Wohnen im Sinne der einschlägigen internationalen Rechtsinstrumente. Vielmehr reflektieren die Mindeststandards die zentralen Inhalte des Rechts auf angemessenes Wohnen und tragen dazu bei, dieses Recht Schritt für Schritt zu verwirklichen.

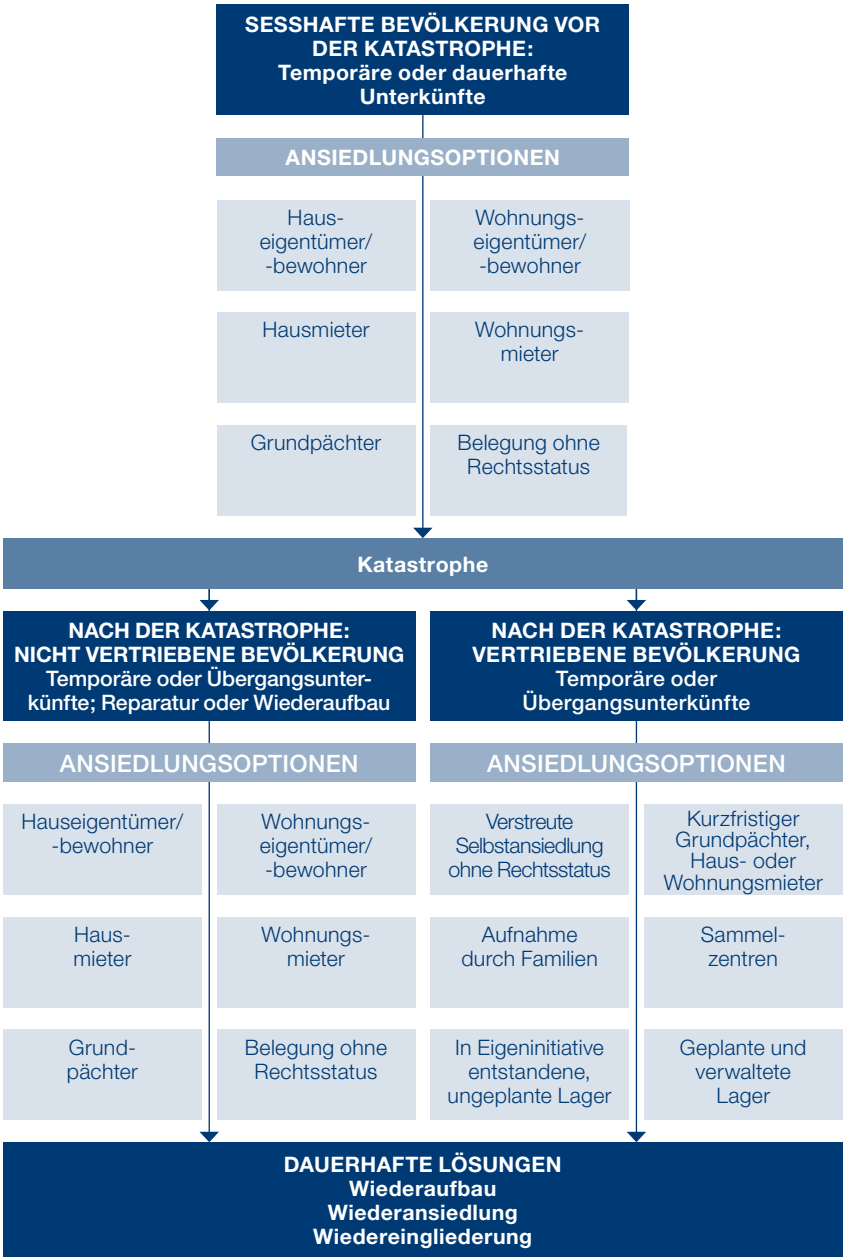
Die Bedeutung von Notunterkünften, Ansiedlung und Non-Food Items in Katastrophen

Notunterkünfte haben in den ersten Stadien einer Katastrophe entscheidenden Einfluss auf das Überleben. Darüber hinaus sind Notunterkünfte erforderlich, um für allgemeine und persönliche Sicherheit und Schutz vor Witterungseinflüssen zu sorgen und die Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen zu stärken. Sie sind außerdem wichtig, um die Menschenwürde zu wahren, das Leben in der Familie und in der Gemeinschaft aufrechtzuerhalten und die betroffene Bevölkerung dabei zu unterstützen, sich von den Auswirkungen einer Katastrophe zu erholen. Die Hilfsmaßnahmen im Bereich Notunterkünfte und entsprechender Ansiedlung sowie Non-Food Items sollten bestehende Bewältigungsstrategien unterstützen und die Selbstversorgung und Selbstverwaltung der von der Katastrophe betroffenen Menschen fördern. Die lokalen Kompetenzen und Ressourcen sollten maximiert werden, sofern dies nicht zu nachteiligen Effekten für die betroffene Bevölkerung oder die lokale Wirtschaft führt. Bei sämtlichen Hilfsmaßnahmen sollten die bekannten Katastrophenrisiken berücksichtigt, die langfristigen nachteiligen Auswirkungen auf die natürliche Umwelt minimiert und gleichzeitig die Chancen der betroffenen Bevölkerung, existenzsichernde Tätigkeiten und Arbeitsmöglichkeiten aufrechtzuerhalten oder aufzubauen, maximiert werden.

Thermische Behaglichkeit, Schutz vor Klimawirkungen sowie persönliche Sicherheit und Erhaltung der Würde werden durch Befriedigung einer Kombination von Bedürfnissen der Menschen selbst, auf der Ebene des von ihnen bewohnten Raums und der Lage, an welcher sich der Bereich befindet, erreicht. Gleichzeitig erfordert die Befriedigung dieser Bedürfnisse eine angemessene Bereitstellung von: Möglichkeiten, Nahrung zuzubereiten, zu kochen und zu essen; Kleidung und Bettzeug; einen ausreichenden überdachten oder geschützten Bereich; Mittel zur Beheizung und Belüftung des Raums je nach Bedarf; Zugang zu wichtigen Dienstleistungen.

Die Bedürfnisse der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen im Bereich Notunterkünfte, Ansiedlung und Non-Food Items werden bestimmt von der Art und dem Ausmaß der Katastrophe und dem Maß, in welchem die Bevölkerung vertrieben oder verlagert wurde. Die Hilfsmaßnahmen sollten auch der Fähigkeit und dem Wunsch der betroffenen Bevölkerungsgruppen Rechnung tragen, an ihren ursprünglichen Wohnort zurückzukehren und mit dem Wiederherstellungsprozess zu beginnen. Falls sie nicht in der Lage oder nicht bereit sind, zurückzukehren, benötigen sie temporäre oder Übergangsunterkünfte und Ansiedlungslösungen (siehe untenstehendes Diagramm). Der lokale Kontext der Katastrophe beeinflusst die Hilfsmaßnahmen unter anderem durch die lokalen Klima- und Umgebungsbedingungen, die politische Lage und die Sicherheitslage und die Fähigkeit der betroffenen Bevölkerung, einen Beitrag zur Befriedigung ihrer Wohnbedürfnisse zu leisten. Ferner ist zu berücksichtigen, ob das betroffene Gebiet ländlich oder städtisch ist. Falls die betroffene Bevölkerung bei extremen Witterungsbedingungen, wenn Notunterkünfte für das Überleben der Menschen entscheidend sind, oder infolge von Vertreibung nicht in der Lage ist, geeignete Notunterkünfte zu errichten, sind rasch einsetzbare Unterkunftslösungen wie Zelte oder Ähnliches oder die vorübergehende Unterbringung in vorhandenen öffentlichen Gebäuden erforderlich. Vertriebene Bevölkerungsgruppen können eine Unterbringung in Gastfamilien organisieren, sich als einzelne Haushalte oder Gruppen von Haushalten im Bereich bestehender Siedlungen niederlassen oder müssen möglicherweise vorübergehend in geplanten und verwalteten Lagern oder Sammelzentren untergebracht werden.

Unterbringungs- und Ansiedlungsoptionen und Maßnahmenszenarien



Die betroffenen Bevölkerungsgruppen sollten bei der Reparatur oder Anpassung bestehender Behausungen oder der Errichtung neuer Gebäude so weit wie möglich unterstützt werden. Diese Unterstützung kann die Bereitstellung geeigneter Baumaterialien, Werkzeuge und Befestigungen, von Bargeld oder Gutscheinen, technischer Hilfe und Schulung oder eine Kombination dieser Elemente umfassen. Den betroffenen Bevölkerungsgruppen, die nicht über die Fähigkeit oder das Know-how zur Ausführung von Bautätigkeiten verfügen, sollte Unterstützung oder technische Hilfe bereitgestellt werden. Auch die Rechte und Bedürfnisse von Personen, die sekundär von der Katastrophe betroffen sind, müssen berücksichtigt werden, so etwa benachbarte Bevölkerungsgruppen, die durch die Katastrophe vertriebene Menschen aufnehmen. Falls öffentliche Gebäude, insbesondere Schulen, als vorübergehende Gemeinschaftsunterkunft genutzt werden, sollte sobald wie möglich eine geplante und gelenkte sichere Umsiedlung der in den Notunterkünften untergebrachten Bevölkerung durchgeführt werden, damit die Wiederaufnahme alltäglicher Tätigkeiten möglich ist.

Jede Hilfsmaßnahme sollte sich an den Schritten orientieren, welche die betroffene Bevölkerung unternommen hat, um unter Einsatz ihrer eigenen Fähigkeiten und Ressourcen für temporäre oder dauerhafte Unterkünfte zu sorgen. Durch die Maßnahmen im Bereich Notunterkünfte sollte die betroffene Bevölkerung in die Lage versetzt werden, ihre Unterbringung schrittweise zu verbessern bzw. den Übergang von Notunterkünften zu dauerhaften Wohnlösungen zu vollziehen.

Ferner kann es erforderlich sein, beschädigte öffentliche Gebäude instand zu setzen oder provisorische Bauten zur Nutzung als Schulen, Gesundheitszentren und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen bereitzustellen. Die Sicherung der für die Existenzsicherung notwendigen Güter, z. B. die Unterbringung von Nutzvieh, kann für einige der betroffenen Bevölkerungsgruppen eine wichtige Ergänzung zur Bereitstellung von Notunterkünften für die Haushalte darstellen. Die Hilfsmaßnahmen sollten die Risiken und Gefährdungen, die im Zusammenhang mit den Notunterkünften und Ansiedlungen in Bezug auf Standort, Planung, Auslegung und Bau bestehen, berücksichtigen, unter anderem die Gefahren, die durch die Katastrophe oder aufgrund der Auswirkungen des Klimawandels verschärft wurden. Ferner ist die Berücksichtigung der Auswirkungen der Ansiedlungslösungen und des Baus von Notunterkünften auf die Umwelt von entscheidender Bedeutung, um die langfristigen Auswirkungen einer Katastrophe auf ein Minimalmaß zu begrenzen.

Eine Verbesserung der Katastrophenhilfe im Bereich Notunterkünfte, Ansiedlung und Non-Food Items kann durch bessere Vorbereitung (disaster preparedness) erreicht werden. Diese ergibt sich aus den Fähigkeiten, Beziehungen und Kenntnissen, die von Regierungen, humanitären Organisationen, lokalen zivilgesellschaftlichen Organisationen, Gemeinden und Einzelpersonen entwickelt

wurden, um die Auswirkungen wahrscheinlicher, drohender oder aktueller Gefahren vorwegzunehmen und effektiv darauf zu reagieren. Die Vorbereitung stützt sich auf eine Analyse der Risiken und den Einsatz von Frühwarnsystemen.

Verweise auf andere Kapitel

Zahlreiche Standards der anderen Kapitel sind auch für dieses Kapitel relevant. Die Fortschritte bei der Erfüllung der Standards in einem Bereich beeinflussen und bedingen oftmals sogar die Fortschritte in den anderen Bereichen. Im Hinblick auf die Effektivität einer Intervention ist eine enge Koordinierung und Zusammenarbeit mit anderen Sektoren erforderlich. Beispielsweise ist die ergänzende Bereitstellung ausreichender Wasserversorgungs- und Sanitäreinrichtungen in den Gebieten, in welchen Notunterkünfte errichtet werden, erforderlich, um die Gesundheit und Würde der betroffenen Bevölkerung sicherzustellen. Gleichermaßen trägt die Bereitstellung angemessener Notunterkünfte zur Gesundheit und zum Wohlbefinden vertriebener Bevölkerungsgruppen bei, während wichtige Koch- und Essutensilien sowie Brennstoff für das Kochen notwendig sind, damit Nahrungsmittelhilfen verwertet und der Ernährungsbedarf gedeckt werden können. Außerdem ist die Koordinierung mit den örtlichen Behörden, anderen intervenierenden Hilfsorganisationen, Organisationen auf Gemeindeebene und Vertreterorganisationen erforderlich, um sicherzustellen, dass der Bedarf gedeckt, Doppelarbeit vermieden und die Qualität der Interventionen im Bereich Notunterkünfte, Ansiedlung und Non-Food Items optimiert wird.

Verweise zu den Grundsätzen zum Schutz und den Grundstandards

Um die Standards dieses Handbuchs zu erfüllen, sollten sich alle humanitären Organisationen an den Grundsätzen zum Schutz orientieren, selbst wenn sie über kein direktes Schutzmandat und keine spezielle Expertise im Bereich Schutz verfügen. Hierbei handelt sich nicht um „absolute“ Grundsätze: Es liegt auf der Hand, dass das Maß, in welchem die Hilfsorganisationen in der Lage sind, diese zu erfüllen, durch die Umstände eingeschränkt werden kann. Dennoch sind die Grundsätze Ausdruck allgemeiner humanitärer Anliegen, an welchen sich die Maßnahmen zu jeder Zeit orientieren sollten.

Der Prozess, mit welchem eine Intervention entwickelt und umgesetzt wird, ist für deren Effektivität von entscheidender Bedeutung. Die sechs Grundstandards sind wesentliche Prozess- und Personalstandards für die Bereiche Partizipation, Erstbeurteilung, Hilfsmaßnahme, Targeting, Überwachung, Evaluierung, Leistung

der Helfer sowie Beaufsichtigung und Unterstützung des Personals. Sie stellen einen einheitlichen Bezugspunkt für die Vorgehensweisen dar, der allen anderen Standards des Handbuchs als Grundlage dient. Damit die Standards des entsprechenden Kapitels besser erreicht werden können, sind die Grundstandards für jedes fachliche Kapitel begleitend heranzuziehen. Insbesondere zur Sicherstellung der Angemessenheit und Qualität einer Hilfsmaßnahme sollte eine weitestgehende Partizipation der von einer Katastrophe betroffenen Menschen – unter anderem der Gruppen und Personen, die in Katastrophen am häufigsten gefährdet sind – angestrebt werden.

Gefährdung, Anfälligkeit und Leistungsfähigkeit der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen

Es ist wichtig, eines zu verstehen: Die Tatsache, dass man jung oder alt, weiblich, behindert oder HIV-infiziert ist, bedeutet nicht an sich, dass man schutzbedürftig oder besonders gefährdet oder anfällig ist. Dies ergibt sich vielmehr aus einem Zusammenspiel mehrerer Faktoren: So ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass ein Mensch im Alter von über 70 Jahren, der alleine lebt und einen schlechten Gesundheitszustand aufweist, gefährdeter ist als ein anderer in vergleichbarem Alter und mit ähnlichem Gesundheitsstatus, der in einer Großfamilie lebt und über ausreichendes Einkommen verfügt. Gleichermaßen ist ein dreijähriges Mädchen ohne Begleitung sehr viel gefährdeter, als wenn es sich in der Obhut verantwortlicher Eltern befindet.

Bei der Umsetzung der Standards und Schlüsselaktivitäten im Bereich Notunterkünfte, Ansiedlung und Non-Food Items hilft eine Analyse der Gefährdung, Anfälligkeit und Leistungsfähigkeit, dafür zu sorgen, dass im Rahmen der Katastrophenhilfe diejenigen in nicht diskriminierender Weise unterstützt werden, die ein Recht auf Unterstützung haben und am bedürftigsten sind. Hierfür ist es erforderlich, dass man umfassende Kenntnisse des lokalen Kontextes besitzt und versteht, auf welche unterschiedliche Art und Weise sich eine bestimmte Krise auf bestimmte Gruppen von Menschen auswirkt, etwa weil bereits eine Gefährdung besteht (z. B. weil sie sehr arm sind oder diskriminiert werden), weil sie besonderen Bedrohungen ausgesetzt sind (z. B. geschlechtsspezifischer Gewalt, unter anderem sexueller Ausbeutung) und aufgrund der Inzidenz oder Prävalenz von Krankheiten (z. B. HIV oder Tuberkulose) und möglicher Epidemien (z. B. Masern oder Cholera). Katastrophen können bereits bestehende Ungleichheiten verstärken. Es ist sehr wichtig, die Bewältigungsstrategien sowie die Widerstands- und die Regenerationsfähigkeit der Menschen zu unterstützen. Ihre Kenntnisse, Kompetenzen und Strategien müssen unterstützt, ihr Zugang zu sozialer, rechtlicher, finanzieller und psychosozialer Unterstützung gefördert

und dafür Lobbyarbeit betrieben werden. Auch die verschiedenen physischen, kulturellen, wirtschaftlichen und sozialen Barrieren, mit welchen sie beim gleichberechtigten Zugang zu diesen Dienstleistungen konfrontiert sind, müssen aus dem Weg geräumt werden.

Die folgenden Aktivitäten konzentrieren sich auf einige zentrale Bereiche, durch die sichergestellt werden kann, dass die Rechte und Fähigkeiten aller besonders gefährdeten Menschen berücksichtigt werden:

- Für größtmögliche Partizipation der Menschen sorgen; sicherstellen, dass alle repräsentativen Gruppen eingebunden werden, insbesondere diejenigen, die weniger wahrgenommen werden (z. B. Personen mit Kommunikations- oder Mobilitätsproblemen, Personen, die in Heimen leben, stigmatisierte Jugendliche und andere unter- oder nicht repräsentierte Gruppen).
- Die Daten im Rahmen der Beurteilung nach Geschlecht und Alter (0 - 80+ Jahre) aufschlüsseln, da dies ein wichtiger Aspekt ist, um sicherzustellen, dass die Verschiedenheit der Bevölkerungsgruppen in dem Sektor oder Bereich ausreichend berücksichtigt wird.
- Sicherstellen, dass das Recht auf Information über Ansprüche in einer Weise vermittelt wird, die alle Mitglieder der Gemeinschaft einbezieht und für alle zugänglich ist.

Die Mindeststandards

1 Notunterkünfte und Ansiedlung

Von einer Katastrophe betroffenen, nicht vertriebenen Bevölkerungsgruppen sollten an ihrem ursprünglichen Wohnort temporäre oder Übergangsunterkünfte für Haushalte oder Ressourcen für die Reparatur oder Errichtung geeigneter Notunterkünfte bereitgestellt werden. Die einzelnen Wohnlösungen für diese Bevölkerungsgruppen können temporär oder dauerhaft sein. Dies richtet sich nach Faktoren wie dem Umfang der bereitgestellten Unterstützung, Landnutzungsrechten oder Eigentumsverhältnissen, der Verfügbarkeit wichtiger Dienstleistungen und der Möglichkeiten der Verbesserung und Erweiterung der Notunterkünfte. Vertriebene Bevölkerungsgruppen, die nicht in ihre ursprünglichen Behausungen zurückkehren können, ziehen es oft vor, bei Familienmitgliedern oder bei Menschen zu bleiben, die gemeinsame historische, religiöse oder andere Bindungen mit ihnen teilen, und sollten hierbei unterstützt werden. Falls eine solche verstreute Ansiedlung nicht möglich ist, kann für eine temporäre Gemeinschaftsansiedlung in geplanten oder in Eigeninitiative entstandenen Lagern oder für die Unterbringung in geeigneten großen öffentlichen Gebäuden, die als Sammelzentren genutzt werden, gesorgt werden. Ebenso besteht die Möglichkeit der Bereitstellung temporärer oder Übergangsunterkünfte für Haushalte.

Standard 1 zu Notunterkünften und Ansiedlung: Strategische Planung

Die Strategien für Notunterkünfte und Ansiedlung tragen zur Sicherheit, Gesundheit und zum Wohlergehen sowohl der vertriebenen als auch der nicht vertriebenen betroffenen Bevölkerungsgruppen bei und fördern nach Möglichkeit die Wiederherstellung und den Wiederaufbau.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Den Bedarf der betroffenen Bevölkerung im Bereich Notunterkünfte und Ansiedlung in Abstimmung mit den einschlägigen Behörden und den Betroffenen selbst beurteilen und analysieren (siehe Richtlinie 1).

- In Koordinierung mit den einschlägigen Behörden, den intervenierenden Hilfsorganisationen und der betroffenen Bevölkerung einen Maßnahmenplan für Notunterkünfte und Ansiedlungen (möglichst einschließlich einer frühen Wiederherstellung) entwickeln (siehe Richtlinie 1).
- Nach Möglichkeit vorrangig die Rückkehr der betroffenen Haushalte in ihre ursprünglichen Behausungen oder an ihren Wohnort unterstützen (siehe Richtlinie 2).
- Die Personen, die nicht in der Lage oder nicht bereit sind, in ihre ursprünglichen Behausungen zurückzukehren, bei der Aufnahme durch andere Haushalte oder der Unterbringung in temporären Gemeinschaftssiedlungen unterstützen (siehe Richtlinien 3-4).
- Den Zugang zu Non-Food Items, Unterkunftslösungen (etwa Zelten oder sog. „Shelter Kits“, also Materialien zur Errichtung von Notunterkünften), Baumaterialien, Bargeld, technischer Unterstützung oder Informationen bzw. einer Kombination dieser Elemente je nach Bedarf sicherstellen (siehe Richtlinien 5–6).
- Sicherstellen, dass sich die Behausungen oder Siedlungen in sicherer Entfernung von tatsächlichen oder potenziellen Bedrohungen befinden und dass die Risiken durch bestehende Gefahren minimiert werden (siehe Richtlinie 7).
- Sicherstellen, dass durch die Katastrophe entstandener Schutt von zentralen Orten entfernt wird, unter anderem von den Standorten beschädigter oder zerstörter Häuser, temporären Gemeinschaftssiedlungen, wichtigen öffentlichen Gebäuden und Zugangswegen (siehe Richtlinie 8).
- Den sicheren Zugang zur Wasser- und Sanitärversorgung, zu Gesundheitseinrichtungen, Schulen, Orten der Erholung und Kultstätten sowie zu Land, Märkten oder Dienstleistungen, die zur Fortführung oder Entwicklung von existenzsichernden Tätigkeiten genutzt werden, planen (siehe Richtlinien 9-10).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Lösungen für Notunterkünfte und Ansiedlung zur Befriedigung der grundlegenden Bedürfnisse der gesamten von der Katastrophe betroffenen Bevölkerung werden in Koordinierung mit allen intervenierenden Hilfsorganisationen mit der Bevölkerung selbst und den einschlägigen Behörden abgestimmt (siehe Richtlinie 1).
- Alle temporären Lösungen für Notunterkünfte und Ansiedlung sind und bleiben sicher und angemessen, bis dauerhaftere Lösungen gefunden werden (siehe Richtlinien 2-10).

Richtlinien

1. ***Beurteilung, Abstimmung und Koordinierung:*** Eine Erstbedarfsermittlung ist von wesentlicher Bedeutung, um die Bedürfnisse der betroffenen Bevölkerung in Bezug auf Notunterkünfte und Ansiedlung, die Risiken, Gefährdungen, Anfälligkeiten und Leistungsfähigkeit nach der Katastrophe, die Möglichkeiten der Wiederherstellung von Beginn an und die Notwendigkeit einer detaillierteren Beurteilung einschließlich Auswirkungen auf die Umwelt zu identifizieren. Die von der Katastrophe betroffene Bevölkerung (insbesondere die besonders gefährdeten Menschen mit besonderen Bedürfnissen) sollte ebenso wie die einschlägigen Behörden in die Beurteilung eingebunden werden. In Abstimmung mit den einschlägigen Behörden, den humanitären und anderen Organisationen und der betroffenen Bevölkerung sollten anhand vereinbarter Koordinierungsmechanismen die bestehenden Notfallpläne im Rahmen der Hilfsaktivitäten genutzt werden. Die Verfügbarkeit von Ressourcen, der lokale Kontext (unter anderem saisonale Wettermuster), die Sicherheit und der Zugang zu bestehenden oder neuen Standorten und Land sind bei der Planung einer Hilfsmaßnahme zu berücksichtigen (siehe Grundstandards 1-5, Seiten 62-78, Standards 1-5 zu Non-Food Items, Seiten 312-320, und Anhang 1: Checkliste für die Beurteilung im Bereich Notunterkünfte, Ansiedlung und Non-Food Items).

2. ***Rückkehr:*** Die Möglichkeit, in ihre eigene Heimat und Behausungen zurückzukehren, ist für die meisten von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen ein wichtiges Ziel. Die Instandsetzung von Behausungen oder die Verbesserung von Unterkunftslösungen, die von der Bevölkerung selbst beschlossen werden, unterstützt gemeinschaftliche Bewältigungsstrategien, erhält etablierte Siedlungsstrukturen und ermöglicht die Nutzung der bestehenden Infrastruktur (siehe Grundstandard 1, Seite 62). Die Rückkehr kann verzögert oder verhindert werden, sodass eine vorübergehende Ansiedlung an einem anderen Ort erforderlich ist. Zu den Problemen im Hinblick auf die Rückkehr gehören das Andauern der Katastrophe (etwa eine anhaltende Überschwemmung, Erdrutsche oder Nachbeben nach einem Erdbeben) und Sicherheitsfragen (etwa die Nutzung von Grundbesitz oder Land und die Notwendigkeit der Rückgabe oder Kompensationszahlung, anhaltende gewalttätige Konflikte, ethnische oder religiöse Spannungen, Angst vor Verfolgung oder Landminen und Blindgänger). Der Wiederaufbau von Schulen ist wichtig, um die Rückkehr vertriebener Bevölkerungsgruppen zu ermöglichen. Die Rückkehr von Haushalten mit weiblichem Familienvorstand, von Personen, die durch die Katastrophe verwitwet oder verwaist sind, oder von Menschen mit Behinderungen kann durch unzulängliche oder diskriminierende Gesetze in Bezug auf Land und Grundbesitz oder gewohnheitsrechtliche Verfahren behindert werden. Auch wenn vertriebene Bevölkerungsgruppen nicht in der Lage sind, Wiederaufbautätigkeiten

durchzuführen, können sie dadurch entmutigt oder von der Rückkehr abgehalten werden.

3. ***Aufnahme durch Familien und Gemeinden:*** Vertriebene Bevölkerungsgruppen, die nicht in ihre ursprünglichen Behausungen zurückkehren können, ziehen es oft vor, bei Familienmitgliedern oder Menschen zu bleiben, die gemeinsame historische, religiöse oder andere Bindungen teilen (siehe Grundstandard 1, Seite 62). Die Hilfe für die aufnehmenden Personen kann darin bestehen, die Erweiterung oder Anpassung der vorhandenen Notunterkünfte und Einrichtungen der Gastfamilien zur Unterbringung der vertriebenen Haushalte zu unterstützen oder zusätzliche separate Notunterkünfte in Nachbarschaft zur Gastfamilie bereitzustellen. Die daraus resultierende Erhöhung der Bevölkerungsdichte und der Bedarf an sozialen Einrichtungen, Infrastrukturversorgung und natürlichen Ressourcen sollte beurteilt und durch geeignete Maßnahmen begleitet werden.

4. ***Temporäre Gemeinschaftssiedlungen:*** Obwohl sie nicht zur Standardmaßnahme werden sollten, können temporäre geplante Lager genutzt werden, um betroffene Bevölkerungsgruppen unterzubringen, die nicht in der Lage oder bereit sind, an ihre ursprünglichen Wohnorte zurückzukehren, und für welche die Aufnahme durch andere Familien keine Option darstellt. Derartige Ansiedlungslösungen können in Gebieten erforderlich sein, in welchen das Risiko für isolierte Bevölkerungsgruppen durch Sicherheitsbedrohungen erhöht wird oder der Zugang zu wichtigen Dienstleistungen und Ressourcen (etwa zu Wasser, Nahrungsmitteln und lokal verfügbaren Baumaterialien) begrenzt ist. Bestehende Gebäude, die als Sammelzentren genutzt werden, können schnellen temporären Schutz vor Klimawirkungen bieten. Die für solche Zwecke genutzten Gebäude sind möglicherweise anzupassen oder aufzuwerten, zum Beispiel durch Unterteilungen im Innern und Rampen für Menschen mit Mobilitätsproblemen. In vielen Ländern ist die Nutzung vorab identifizierter Gebäude als Sammelzentren mit entsprechenden Verantwortlichkeiten in Bezug auf Management und Leistungserbringung eine bewährte Reaktion auf bekannte Arten von Katastrophen. Häufig werden Schulgebäude für die Unterbringung der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen genutzt. Um eine Fortführung des Schulbetriebs zu ermöglichen, sollten jedoch alternative Bauten identifiziert werden. Bei der Planung temporärer Gemeinschaftssiedlungen sollten die Auswirkungen auf die persönliche Sicherheit, die Privatsphäre und Würde der Nutzer und der Zugang zu grundlegenden Einrichtungen berücksichtigt werden. Es muss sichergestellt werden, dass die temporären Gemeinschaftssiedlungen nicht selbst zum Ziel von Angriffen werden, kein Sicherheitsrisiko für die Bevölkerung in den angrenzenden Gebieten schaffen und nicht zu unhaltbaren Belastungen für das umgebende natürliche Umfeld führen.

5. ***Arten von Unterstützung durch Notunterkünfte:*** Es ist möglich, dass Kombinationen unterschiedlicher Arten von Unterstützung erforderlich sind, um den Unterbringungsbedarf der betroffenen Bevölkerung zu decken. Zur elementaren Unterstützung können persönliche Gegenstände wie Kleidung und Bettzeug oder allgemeine Haushaltsgüter wie Öfen und Brennstoff zählen. Zu den Hilfsmitteln im Bereich Notunterkünfte können Zelte, Plastikplanen und Werkzeugsätze, Baumaterialien und temporäre oder Übergangsunterkünfte unter Einsatz von Materialien gehören, die für dauerhafte Unterkünfte wiederverwendet werden können. Möglicherweise sind auch ungelernte Arbeitskräfte oder Facharbeiter, entweder auf freiwilliger oder auf Vertragsbasis, sowie technische Anleitung zu entsprechenden Bautechniken erforderlich. Der Einsatz von Bargeld oder Gutscheinen zur Förderung der Nutzung lokaler Liefermechanismen und Ressourcen sollte erwogen werden, sofern die lokale Wirtschaft ausreichend funktionsfähig ist. Bargeld kann auch für die Zahlung von Mietunterkünften genutzt werden. Die Unterstützung durch Hilfsgüter kann durch Informationen oder Empfehlungen zum Zugang zu Beihilfen, Materialien oder sonstigen Formen von Hilfen im Bereich Notunterkünfte ergänzt werden, die durch öffentliche Kampagnen oder lokale Zentren verbreitet werden.

6. ***Übergangsunterkünfte:*** Die Bereitstellung von Übergangsunterkünften ist eher ein Ansatz als eine Phase der Hilfsmaßnahme und eine Reaktion auf die Tatsache, dass Notunterkünfte nach einer Katastrophe oft von der betroffenen Bevölkerung selbst errichtet werden. Diese Eigenverantwortung sollte unterstützt und gefördert werden (siehe Grundstandard 1, Seite 62). Mit Lösungen für Notunterkünfte nach der Katastrophe, die ganz oder teilweise für dauerhaftere Bauten wiederverwendet oder von temporären an dauerhafte Standorte verlagert werden können, kann der Übergang der betroffenen Bevölkerung zu dauerhafteren Unterkünften gefördert werden. Für nicht vertriebene Bevölkerungsgruppen an ihrem ursprünglichen Wohnort können Übergangsunterkünfte ein erstes, einfaches Zuhause bieten, das im Laufe der Zeit je nach Ressourcenlage verbessert, erweitert oder ersetzt werden kann. Für vertriebene Bevölkerungsgruppen können Übergangsunterkünfte geeignete Notunterkünfte darstellen, die abgebaut und wiederverwendet werden können, wenn die betroffene Bevölkerung in ihre Heimat zurückkehren kann oder an neue Orte umgesiedelt wird. Übergangsunterkünfte können auch betroffenen Bevölkerungsgruppen zur Verfügung gestellt werden, die von anderen Haushalten aufgenommen wurden, um an den bestehenden Unterkünften anliegende Notunterkünfte zu errichten. Diese Bauten können abgebaut und wiederverwendet werden, sobald die betroffenen Bevölkerungsgruppen in ihre alte Heimat zurückkehren oder an einen anderen Ort umsiedeln können.

7. ***Beurteilung der Risiken und besonderen Gefährdungen:*** Eine umfangreiche Risiko- und Gefährdungsbeurteilung muss vorgenommen und regelmäßig überprüft werden (siehe Grundstandard 3, Seite 69). Diese Beurteilungen sollten umfassen: die tatsächlichen oder potenziellen Sicherheitsbedrohungen; die besonderen Risiken und Gefährdungen aufgrund von Alter, Geschlecht, Behinderung, sozialem oder wirtschaftlichem Status; die Abhängigkeit der betroffenen Bevölkerungsgruppen von natürlichen Umweltressourcen; die Beziehungen zwischen den betroffenen Bevölkerungsgruppen und den aufnehmenden Gemeinden (siehe Grundsatz 3 zum Schutz, Seite 43). Die Risiken aufgrund von Naturgefahren wie Erdbeben, Vulkanaktivität, Erdrutschen, Überschwemmungen oder Sturmböen sollten bei der Planung von Lösungen für Notunterkünfte und Ansiedlung berücksichtigt werden. Die Siedlungsstandorte sollten keine Gefährdungen durch Krankheit, keine Kontamination und keine signifikanten Risiken durch Vektoren aufweisen. Infolge von Naturkatastrophen (wie etwa Erdbeben, Überschwemmungen und Wirbelstürmen) können potenzielle Gefahrstoffe und -güter abgelagert oder freigelegt werden. Aufgrund früherer oder aktueller Konflikte können Minen und Blindgänger vorhanden sein. In bewohnten Gebieten, die von einer Katastrophe betroffen sind, sollte die Stabilität der Bauten durch technische Experten beurteilt werden. Im Hinblick auf Sammelzentren sollte beurteilt werden, ob die bestehenden Bauten in der Lage sind, zusätzliche Lasten aufzunehmen und ob ein erhöhtes Risiko von Mängeln an Baukomponenten, z. B. Böden, inneren Trennwände, Dächern usw. besteht.

8. ***Schuttentsorgung:*** Die Entsorgung von Schutt hat nach einer Naturkatastrophe oder einem Konflikt vorrangige Bedeutung, damit Notunterkünfte bereitgestellt und geeignete Ansiedlungslösungen entwickelt werden können. Die Planung der Schuttentsorgung sollte sofort nach der Katastrophe beginnen, um sicherzustellen, dass der Schutt wiederverwertet oder hinsichtlich Trennung, Sammlung und Aufbereitung identifiziert werden kann (siehe Standard 5 zu Notunterkünften und Ansiedlung, Seite 308). Zu den zentralen Fragen zählt, ob Leichen vorhanden sind, die identifiziert und entsprechend entsorgt werden müssen, ob persönlicher Besitz geborgen werden kann, ob strukturell gefährliche Orte und Gefahrstoffe vorhanden sind und wem verwertbare Materialien gehören, die wiederverwendet oder verkauft werden können. Die Schuttentsorgung kann Chancen für Cash-for-Work-Programme bieten und/oder den Einsatz großer Ausrüstung und Expertise erfordern. Dabei sollten Nutzung, Management, Besitzverhältnisse und Umweltbelastung der Entsorgungsstätten berücksichtigt werden.

9. ***Schulen, Gesundheitseinrichtungen und Infrastruktur der Gemeinde:*** Der Zugang zu wichtigen Dienstleistungen sollte sichergestellt werden, so etwa zu Schulen, Gesundheitseinrichtungen, sicheren Spielberei-

chen und Versammlungsorten der Gemeinde. Die bestehende oder wiederhergestellte Dienstleistungsinfrastruktur sollte genutzt werden, wobei nach Bedarf auf zusätzliche temporäre Dienstleistungen oder Einrichtungen zurückgegriffen werden kann. Falls die Instandsetzung oder Errichtung öffentlicher Gebäude der Entwicklung neuer Siedlungspläne oder anderer behördlicher Prozesse unterliegt, können temporäre Bauten erforderlich sein, um unverzüglich temporäre Einrichtungen zur Verfügung zu stellen. Die Bereitstellung von Dienstleistungen anhand temporärer oder dauerhafter Strukturen sollte den vereinbarten Standards entsprechen (siehe WASH-Standard 1, Seite 102, Standard 1 zu Gesundheitssysteme, Seite 342, und INEE-Mindeststandards im Bereich Bildung: Vorsorge, Hilfe, Wiederherstellung).

10. ***Unterstützung der Existenzsicherung:*** Bei der Ansiedlung von Bevölkerungsgruppen, die von einer Katastrophe betroffen sind, sollten deren wirtschaftliche Tätigkeiten vor der Katastrophe und die Möglichkeiten im Kontext nach der Katastrophe berücksichtigt werden (siehe Standards 1-2 zur Beurteilung der Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung, Seiten 172-176, und Grundstandard 1, Seite 62). Die Verfügbarkeit von Land und der Zugang zu Land für den Anbau und als Weideland sowie der Zugang zu Marktgebieten und lokalen Dienstleistungen für bestimmte wirtschaftliche Tätigkeiten sollten berücksichtigt werden.

Standard 2 zu Notunterkünften und Ansiedlung: Siedlungsplanung

Die Planung von Rückkehr-, Aufnahme- oder temporären Gemeinschaftssiedlungen ermöglicht die sichere Nutzung der Unterkünfte und wichtiger Dienstleistungen durch die betroffene Bevölkerung.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Nach Möglichkeit vorhandene Planungsprozesse identifizieren und nutzen, wobei auf abgestimmte bewährte Verfahren zurückzugreifen ist und die Risiken und Gefährdungen der Ansiedlung zu minimieren sind (siehe Richtlinie 1).
- Die Eigentumsverhältnisse von Unterkünften, Land und Grundbesitz sowie die Nutzungsrechte an Gebäuden oder Orten, soweit möglich, klären (siehe Richtlinie 2).
- Den sicheren Zugang zu allen Notunterkünften und Siedlungsorten sowie zu wichtigen Dienstleistungen sicherstellen (siehe Richtlinien 3-4).

- Die bestehenden Siedlungsmuster und topografischen Merkmale nutzen, um die nachteiligen Auswirkungen auf die Umwelt auf ein Mindestmaß zu begrenzen (siehe Richtlinie 5).
- Die betroffene Bevölkerung in die Planung der temporären Gemeinschaftsansiedlungen auf Familienebene, Nachbarschaften und Dorfgruppen einbeziehen (siehe Richtlinie 6).
- Bei den temporären geplanten und in Eigeninitiative entstandenen Lagern ausreichende Flächen und eine angemessene Brandabschnittstrennung sicherstellen (siehe Richtlinien 7-8).
- Die Risiken durch Vektoren auf ein Minimalmaß begrenzen (siehe Richtlinie 9).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Durch abgestimmte Planungsprozesse wurden alle Bevölkerungsgruppen, welchen Notunterkünfte bereitgestellt wurden, zum Standort ihrer Notunterkünfte oder überdachten Bereiche und zum Zugang zu wichtigen Dienstleistungen befragt und haben entsprechend zugestimmt (siehe Richtlinie 1).
- Alle Siedlungspläne veranschaulichen, dass die Risiken und besonderen Gefährdungen bei der Nutzung der Notunterkünfte, der überdachten Bereiche und wichtiger Dienstleistungen identifiziert wurden und durch entsprechende Maßnahmen reagiert wurde (siehe Richtlinien 2-9).

Richtlinien

1. ***Planungsprozesse:*** Die lokalen Planungspraktiken sollten angewandt werden, wobei die Art der Katastrophe oder Krise, die identifizierten Gefahren und die Auswirkungen auf die betroffene Bevölkerung zu berücksichtigen sind. Zur Minimierung der Ansiedlungsrisiken und -gefährdungen sollten geeignete Maßnahmen eingesetzt werden. Bestehende Planungsvorschriften sollten befolgt werden, sofern dies von den einschlägigen Behörden gefordert wird und nicht dem humanitären Gebot, dringende Bedürfnisse im Hinblick auf Notunterkünfte und Ansiedlung zu befriedigen, zuwiderläuft. Die längerfristigen Auswirkungen von Planungsentscheidungen, insbesondere in Bezug auf die Standorte für temporäre Gemeinschaftssiedlungen, sollten identifiziert werden.
2. ***Eigentumsverhältnisse, Rechte und Nutzung in Bezug auf Unterkünfte, Land und Grundbesitz:*** Für nicht vertriebene wie auch für vertriebene Bevölkerungsgruppen sind die Eigentumsverhältnisse der entsprechenden Grundstücke, Unterkünfte oder sonstigen Gebäude und die Inhaber der förmlichen Nutzungs- oder Gewohnheitsrechte zu klären. Diese Fragen sind häufig strittig, insbesondere wenn keine Aufzeichnungen vorhanden oder

die Besitzverhältnisse aufgrund von Konflikten unklar sind. Wohnraum oder Gebäude mit Mehrfachbelegung und Mischnutzung betreffen gemeinsame oder geteilte Eigentums- oder Belegungsrechte. Es sollte versucht werden, die Rechte besonders gefährdeter Menschen an Land oder Grundeigentum zu klären, und diese Menschen sollten unterstützt werden, insbesondere Frauen, durch die Katastrophe verwitwete oder verwaiste Personen, Menschen mit Behinderungen, Mieter, Sozialwohnungsberechtigte und informelle Siedler. Die formellen, informellen oder stillschweigenden Eigentums- oder Erbrechte sollten geklärt werden, insbesondere nach einer Katastrophe, in welcher der Rechts- oder Titelinhaber gestorben oder vertrieben worden sein kann. Wenn einer Reihe von Haushalten Gruppenbesitzrechte oder Ähnliches eingeräumt werden, wo vor der Katastrophe keine formellen Rechte existierten, kann dies bei der schrittweisen Begründung derartiger Rechte helfen. Die Hilfeleistung im Bereich Notunterkünfte kann auch als Legitimierung von Grundeigentumsansprüchen, die eine humanitäre Maßnahme be- oder verhindern könnten, verstanden oder eingesetzt werden. Bei der Nutzung von Land für temporäre Gemeinschaftssiedlungen sollten die bestehenden Nutzungsrechte der aufnehmenden oder Nachbargemeinden an Land oder natürlichen Umweltressourcen berücksichtigt werden (siehe Standard 5 zu Notunterkünften und Ansiedlung, Seite 308).

3. ***Grundlegende Dienstleistungen und Einrichtungen:*** Alle von der Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen, die in ihre ursprüngliche Heimat zurückkehren oder von anderen aufgenommen oder in temporären Gemeinschaftssiedlungen untergebracht werden, benötigen einen sicheren und gleichberechtigten Zugang zu grundlegenden Dienstleistungen. Dies umfasst je nach Fall Wasserversorgung, Sanitäreinrichtungen, Brennstoff für das Kochen oder Gemeinschaftskochgelegenheiten, Gesundheitsversorgung, Abfallentsorgung, Schulen, soziale Einrichtungen, Kultstätten, Treffpunkte, Freizeitbereiche (unter anderem kinderfreundliche Räume) und Platz für die Unterbringung von Nutzvieh (wobei sicherzustellen ist, dass das Vieh angemessen von den Wohnbereichen getrennt ist). Für kulturell adäquate Bestattungen und entsprechende Rituale sollte ausreichender Platz bereitgestellt werden. Bestehende oder instandgesetzte Einrichtungen sollten dort soweit wie möglich genutzt werden, wo sich dies nicht nachteilig auf die benachbarten oder aufnehmenden Gemeinden auswirkt. Es sollten zusätzliche Einrichtungen oder Zugangspunkte bereitgestellt werden, falls dies erforderlich ist, um die Bedürfnisse der Zielbevölkerung und insbesondere der besonders gefährdeten und anfälligen Menschen zu befriedigen. Bei der Bereitstellung von Dienstleistungen sollten die soziale Struktur und die Geschlechterrollen der betroffenen Bevölkerung sowie die Bedürfnisse der besonders gefährdeten Menschen berücksichtigt werden. So sollte zum Beispiel gewährleistet werden, dass die Einrichtungen für

Personen mit Mobilitätsproblemen gut zu Fuß zu erreichen sind und dass in temporären Gemeinschaftssiedlungen sichere Stillbereiche vorhanden sind. Für ältere Menschen, Personen mit körperlichen Behinderungen und Personen, die auf häufigen Zugang zu den Einrichtungen angewiesen sind, sollte ein entsprechender Zugang sichergestellt werden. Nach Bedarf sollten in den temporären Gemeinschaftssiedlungen Verwaltungsbüros, Lagerbereiche, Personalunterkünfte und Quarantänebereiche bereitgestellt werden (siehe WASH-Standard 1, Seite 102, und Standard 1 zu Gesundheitssysteme, Seite 342).

4. ***Zugang:*** Unter Berücksichtigung der saisonalen Zwänge, Gefahren und Sicherheitsrisiken sollte der Zugang zu der Siedlung, der Zustand der lokalen Straßeninfrastruktur und die Nähe zu Verkehrsknotenpunkten für die Lieferung von Hilfsmitteln beurteilt werden. In temporären Gemeinschaftssiedlungen sollten der Standort selbst und die primären Lagerbereiche und Nahrungsverteilungsstellen über eine Allwetterstraße für Schwerlastwagen zugänglich sein. Die anderen Einrichtungen sollten für Leichtfahrzeuge zugänglich sein. Die Straßen und Wege in den Siedlungen sollten bei jedem Wetter sicheren Zugang zu den einzelnen Behausungen und Gemeinschaftseinrichtungen, unter anderem Schulen und Gesundheitseinrichtungen, bieten. Bei Bedarf sollte für künstliche Beleuchtung gesorgt werden. In den temporären Gemeinschaftssiedlungen oder Sammelzentren sollte vermieden werden, dass durch die Zugangs- und Fluchtwege isolierte oder abgeschirmte Bereiche geschaffen werden, die eine Gefahr für die persönliche Sicherheit der Nutzer darstellen könnten. In der Nähe der Ausgänge von Sammelzentren sollten Stufen oder Höhenunterschiede vermieden werden. Für Treppen und Rampen sollten Geländer vorgesehen werden. Für Bewohner mit Mobilitätsproblemen sollten Räume im Erdgeschoss in der Nähe von Ausgängen oder an Zugangswegen ohne Höhenunterschied bereitgestellt werden. Für die Bewohner von Gebäuden, die als Sammelzentren genutzt werden, sollten innerhalb einer vereinbarten angemessenen Entfernung mindestens zwei gut sichtbare Ausgänge als alternative Fluchtwege bereitstehen.

5. ***Standortwahl und Entwässerung:*** Bei der Auswahl von Standorten und der Planung von temporären Gemeinschaftssiedlungen sollten die Entwässerung von Oberflächenwasser und die Risiken von Stauwasser oder Überschwemmung beurteilt werden. Das Gefälle des Standorts sollte nicht mehr als 6 Prozent betragen, es sei denn, es werden umfangreiche Entwässerungs- und Erosionskontrollmaßnahmen vorgesehen, und es sollte nicht weniger als 1 Prozent betragen, damit für ausreichende Entwässerung gesorgt ist. Um Überschwemmungen oder Stauwasser einzudämmen, können dennoch Entwässerungsrinnen erforderlich sein. Der niedrigste Punkt des Standortes sollte mindestens drei Meter über der geschätzten maximalen Höhe des Grundwasserspiegels liegen. Die Bodenbedingungen

sollten für das Ausheben von Toilettengruben geeignet sein und bei der Platzierung von Toiletten und sonstigen Einrichtungen berücksichtigt werden (siehe Standards 1-2 zur Fäkalienentsorgung, Seiten 120-122, und Standard 1 zur Entwässerung, Seite 139).

6. ***Standortplanung für temporäre Gemeinschaftssiedlungen:*** Die Flächenzuordnung in den Sammelzentren und Parzellen der Haushalte in temporären geplanten Lagern sollte sich nach den bestehenden sozialen Praktiken und der Nutzung gemeinsamer Ressourcen (unter anderem Wasser und Sanitäreinrichtungen, Gemeinschaftskochgelegenheiten, Nahrungsmittelsverteilung usw.) richten. Durch Nachbarschaftsplanung sollten die vorhandenen sozialen Netze unterstützt, die Sicherheit verbessert und eine Selbstverwaltung durch die betroffene Bevölkerung ermöglicht werden. Bei der Gestaltung der Parzellen in temporären geplanten Lagern sollte die Privatsphäre und Würde der einzelnen Haushalte gewahrt werden, indem sichergestellt wird, dass sich die Notunterkunft jedes Haushalts auf eine Gemeinschaftsfläche oder einen vom Haushalt genutzten abgeschirmten Bereich, nicht jedoch zum Eingang einer anderen Notunterkunft hin öffnet. Vertriebenen Bevölkerungsgruppen mit einer hohen Anzahl an alleinstehenden Erwachsenen oder Kindern ohne Begleitung sollten sichere, integrierte Wohnbereiche zur Verfügung gestellt werden. Auch für verstreute Siedlungen sollten die Grundsätze der Nachbarschaftsplanung gelten, z. B. Gruppen von Haushalten, die in ein bestimmtes geografisches Gebiet zurückkehren, oder Identifizierung von Gastfamilien in enger Nachbarschaft zueinander (siehe Grundsatz 1 zum Schutz, Seite 38).

7. ***Flächenbedarf für temporäre geplante oder in Eigeninitiative entstandene Lager:*** Für Siedlungen in Form von Lagern sollte eine Nutzfläche von mindestens 45 Quadratmetern für jede Person einschließlich Haushaltsparzellen bereitgestellt werden. In der Fläche sollte der erforderliche Raum für Straßen und Fußwege, außen liegende Haushalts- oder Gemeinschaftskochbereiche, Bildungseinrichtungen und Freizeitbereiche, Sanitärversorgung, Brandschutzstreifen, Verwaltung, Wasserlagerung, Verteilungsbereiche, Märkte, Lagerung und kleinere Küchengärten für einzelne Haushalte vorgesehen werden. Falls durch bestehende oder zusätzliche Einrichtungen außerhalb des geplanten Bereiches der Siedlung Gemeinschaftsdienstleistungen erbracht werden können, sollte die Nutzfläche mindestens 30 m2 pro Person betragen. Bei der Flächenplanung sollten auch Veränderungen in der Bevölkerung berücksichtigt werden. Falls die Mindestfläche nicht bereitgestellt werden kann, sollten die Folgen einer dichteren Belegung abgemildert werden, indem zum Beispiel eine ausreichende Trennung und Privatsphäre der einzelnen Haushalte, Raum für die erforderlichen Einrichtungen usw. sichergestellt werden.

8. ***Brandschutz:*** Im Hinblick auf die Standortplanung für temporäre Gemeinschaftssiedlungen und die Gruppierung der Notunterkünfte für die einzelnen Haushalte sollten die Brandrisiken beurteilt werden. Die Maßnahmen zur Risikominderung sollten die Einrichtung eines Brandschutzstreifens von 30 Metern zwischen jeweils 300 Metern bebauter Fläche und von mindestens 2 Metern (vorzugsweise jedoch das Zweifache der Gesamthöhe jedes Baus) zwischen den einzelnen Gebäuden oder Notunterkünften umfassen, um zu verhindern, dass einstürzende Bauten die angrenzenden Gebäude in Mitleidenschaft ziehen. Bei der Gesamt-Standortplanung und der sicheren Abtrennung der Notunterkünfte der Haushalte sollten auch die bevorzugten Kochpraktiken und die Nutzung von Öfen oder Heizgeräten berücksichtigt werden (siehe Standard 4 zu Non-Food Items, Seite 318).

9. ***Risiken durch Vektoren:*** In niedrig gelegenen Gebieten können durch die Katastrophe entstandener Schutt, leerstehende Gebäude und Aushebungen (etwa infolge der Nutzung des Bodens vor Ort für den Bau) für Brut- und Niststätten von Schädlingen sorgen, die zu Gesundheitsrisiken für die Bevölkerungsgruppen in der Nähe führen könnten. Bei temporären Gemeinschaftssiedlungen sind eine geeignete Standortwahl und die Eindämmung der Risiken durch Vektoren entscheidend, um die Auswirkungen vektorübertragener Krankheiten auf die betroffenen Bevölkerungsgruppen einzudämmen (siehe Standards 1-3 zur Vektorkontrolle, Seiten 127-132).

Standard 3 zu Notunterkünften und Ansiedlung: Überdachter Wohnbereich

Die Menschen verfügen über einen ausreichenden überdachten Wohnbereich, der Wärmekomfort, frische Luft und Schutz vor Klimawirkungen bietet, ihnen Privatsphäre, Sicherheit und Gesundheit gewährleistet und ihnen die Verrichtung wichtiger häuslicher und existenzsichernder Tätigkeiten ermöglicht.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Sicherstellen, dass jeder betroffene Haushalt über einen ausreichenden überdachten Wohnbereich verfügt (siehe Richtlinien 1-2).
- Je nach Bedarf für eine sichere Trennung und Privatsphäre der Geschlechter, der unterschiedlichen Altersgruppen und der einzelnen Familien innerhalb eines bestimmten Haushalts sorgen (siehe Richtlinie 3).

- Sicherstellen, dass in der überdachten Wohnfläche oder im angrenzenden Bereich wichtige häusliche und existenzsichernde Tätigkeiten verrichtet werden können (siehe Richtlinie 4).
- Bei den Notunterkünften die Verwendung von Lösungen und Materialien fördern, die für die von einer Katastrophe betroffene Bevölkerung vertraut sowie nach Möglichkeit kulturell und sozial angemessen und ökologisch nachhaltig sind (siehe Richtlinien 5-6).
- Für alle Jahreszeiten die besonderen Klimabedingungen beurteilen, um optimal für Wärmekomfort, Belüftung und Schutz zu sorgen (siehe Richtlinien 7–10).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle betroffenen Menschen verfügen anfänglich über eine überdachte Grundfläche von mindestens 3,5 m² pro Person (siehe Richtlinien 1-2).
- Alle Lösungen und Materialien für Notunterkünfte entsprechen den vereinbarten technischen Normen und Leistungsstandards und sind kulturell angemessen (siehe Richtlinien 3-10).

Richtlinien

1. ***Klima und Kontext:*** In kalten Klimaten finden die Tätigkeiten eines Haushalts typischerweise innerhalb des überdachten Bereichs statt, und die betroffenen Bevölkerungsgruppen verbringen unter Umständen viel Zeit in Innenräumen, damit ausreichender thermischer Komfort sichergestellt ist. Im städtischen Raum werden die Tätigkeiten eines Haushalts normalerweise ebenfalls innerhalb des überdachten Bereichs verrichtet, da generell weniger angrenzende Außenflächen genutzt werden können. Häufig ist eine überdachte Grundfläche von mehr als 3,5 m2 pro Person erforderlich, um diesen Gegebenheiten gerecht zu werden. Auch die Deckenhöhe ist ein Schlüsselfaktor: während in heißen und feuchten Klimaten höhere Decken vorzuziehen sind, um eine bessere Luftzirkulation zu ermöglichen, sind in kalten Klimaten niedrigere Decken besser geeignet, um das zu beheizende Innenvolumen gering zu halten. Die innere Deckenhöhe sollte am höchsten Punkt mindestens zwei Meter betragen. In wärmeren Klimaten kann eine angrenzende, beschattete Außenfläche für die Essenszubereitung und das Kochen genutzt werden. Bei den Lösungen für Notunterkünfte sind möglicherweise eine Reihe klimatischer Extreme – von kalten Nächten und Wintern bis zu heißen Tagen und Sommern – zu berücksichtigen. Falls kein Material für eine vollständige Notunterkunft bereitgestellt werden kann, sollte vorrangig Bedachungsmaterial für die überdachte Mindestfläche zur Verfügung gestellt werden. Da die daraus entstehende Umfassung vermutlich weder den notwendigen Schutz vor Klimawirkungen noch Sicherheit,

Privatsphäre und Würde bietet, sollten Maßnahmen ergriffen werden, um diese Bedürfnisse sobald wie möglich zu befriedigen (siehe Richtlinie 2).

2. ***Dauer:*** In der Zeit unmittelbar nach einer Katastrophe kann, insbesondere unter extremen klimatischen Bedingungen, in welchen Materialien für Notunterkünfte nicht leicht verfügbar sind, ein überdachter Bereich von weniger als 3,5 m2 pro Person angemessen sein, um Leben zu retten und für ausreichende kurzfristige Notunterkünfte zu sorgen. In diesen Fällen sollte sobald wie möglich ein überdachter Bereich von 3,5 m2 pro Person bereitgestellt werden, um die nachteiligen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlergehen der untergebrachten Menschen auf ein Minimalmaß zu begrenzen. Falls 3,5 m2 pro Person nicht realisierbar sind oder über den von der betroffenen oder benachbarten Bevölkerung üblicherweise genutzten Raum hinausgehen, sollten die Auswirkungen eines reduzierten überdachten Bereiches auf Würde, Gesundheit und Privatsphäre berücksichtigt werden. Eine Entscheidung über die Bereitstellung von weniger als 3,5 m2 pro Person sollte zusammen mit den Maßnahmen zur Minderung der negativen Effekte auf die betroffene Bevölkerung genau dargelegt werden. Um ausreichende (Not)Unterkünfte für längere Dauer, unterschiedliche saisonale Klimabedingungen und potenziell für mehrere Jahre bereitzustellen, können Lösungen für temporäre oder Übergangsunterkünfte erforderlich sein. Durch Maßnahmenpläne, die mit den örtlichen Behörden oder anderen Stellen abgestimmt wurden, sollte gewährleistet werden, dass die temporären oder Übergangsunterkünfte nicht standardmäßig als dauerhafte Wohnlösungen in Betracht gezogen werden.

3. ***Kulturelle Gebräuche, Sicherheit und Privatsphäre:*** Der Bedarf an überdachter Fläche sollte sich nach den bestehenden lokalen Gebräuchen hinsichtlich der Nutzung überdachter Wohnbereiche richten, zum Beispiel den Schlafgelegenheiten und der Unterbringung von Mitgliedern der Großfamilie. Bei der Abstimmung sollten auch Vertreter besonders gefährdeter und anfälliger Gruppen und deren Betreuungspersonen einbezogen werden. Für die Unterteilung der Innenräume von Notunterkünften für einzelne Haushalte sollten entsprechende Möglichkeiten bereitgestellt werden. In Sammelunterkünften kann mittels Gruppierung verwandter Familien, gut geplanter Zugangswege durch den überdachten Bereich und Materialien zur Abschirmung von privaten und Haushaltsflächen für eine angemessene Privatsphäre und Sicherheit gesorgt werden. Sowohl bei den Notunterkünften für einzelne Haushalte als auch den temporären Sammelunterkünften sollten die psychosozialen Vorteile, die ein ausreichendes Maß an Platz und Privatsphäre bieten, voll ausgeschöpft und gleichzeitig Überbelegung auf ein Minimalmaß begrenzt werden (siehe Grundsatz 1 zum Schutz, Seite 38).

4. ***Häusliche und existenzsichernde Tätigkeiten:*** Der überdachte Bereich sollte Raum für die folgenden Tätigkeiten bieten: Schlafen, Waschen und Ankleiden; Betreuung von Säuglingen, Kindern, kranken und gebrechlichen Menschen; Lagerung von Nahrungsmitteln, Wasser, Hausrat und sonstigem wichtigem Besitz; nach Bedarf Kochen und Essen im Innern; und Zusammenkunft der Haushaltsmitglieder. Mit der Planung des überdachten Bereichs, insbesondere der Platzierung von Zugängen und Unterteilungen, sollte die optimale Nutzung des Innenraums und der angrenzenden Außenbereiche erreicht werden.

5. ***Notunterkünfte: Lösungen, Materialien und Errichtung:*** Falls lokale Optionen für Notunterkünfte nach der Katastrophe nicht ohne Weiteres zur Verfügung stehen, unzureichend sind oder durch das natürliche Umfeld vor Ort nicht nachhaltig unterstützt werden, sollten definierte Lösungen für Notunterkünfte bereitgestellt werden, etwa Familienzelte, „Shelter Kits“, Pakete mit Materialien oder Fertigbauten. Falls verstärkte Plastikplanen als Hilfsgüter für Notunterkünfte bereitgestellt werden, sollten ergänzend Seile, Werkzeuge, Befestigungen und Trägermaterialien wie etwa Holzbalken oder lokal eingekaufte Rahmenelemente zur Verfügung gestellt werden. Diese Materialien oder definierten Lösungen für Notunterkünfte sollten den anerkannten nationalen und internationalen Spezifikationen und Standards entsprechen und für die betroffene Bevölkerung akzeptabel sein. Falls nur ein Teil der Materialien für einfache Notunterkünfte (z. B. Plastikplanen) bereitgestellt wird, sollten die potenziellen negativen Auswirkungen der Beschaffung der sonstigen notwendigen Materialien (z. B. Holzbalken für das Rahmensystem) auf die lokale Wirtschaft oder die natürliche Umwelt beurteilt und eingedämmt werden. Bei der Spezifikation von Materialien und Technologien sollte auch die technische und finanzielle Leistungsfähigkeit der betroffenen Bevölkerung hinsichtlich Instandhaltung und Reparatur der Notunterkünfte berücksichtigt werden (siehe Standard 5 zu Non-Food Items, Seite 320). Es sollte eine regelmäßige Überwachung durchgeführt werden, um sicherzustellen, dass die Lösungen für Notunterkünfte im Laufe der Zeit leistungsfähig bleiben.

6. ***Partizipative Programmgestaltung:*** Alle Mitglieder jedes betroffenen Haushalts sollten bei der Entscheidung darüber, welche Art von Notunterkünften bereitgestellt werden, in größtmöglichem Maße eingebunden werden. Vorrangig sollten die Meinungen derjenigen Gruppen oder Personen berücksichtigt werden, die üblicherweise am meisten Zeit innerhalb des überdachten Wohnbereichs verbringen und die besondere Bedürfnisse hinsichtlich der Zugänglichkeit haben. Hierfür sollten auch die bestehenden typischen Wohnverhältnisse berücksichtigt werden. Die Haushalte sollten auf die Vor- und Nachteile nicht bekannter „moderner“ Bauweisen und Materialien hingewiesen werden, die als Verbesserung des gesellschaftlichen

Status dieser Haushalte betrachtet werden können (siehe Grundstandard 1, Seite 62).

7. ***In warmen, feuchten Klimaten:*** Die Notunterkünfte sollten in einer Weise gestaltet und ausgelegt werden, dass eine möglichst gute Belüftung erreicht wird und möglichst wenig direktes Sonnenlicht eindringt. Beim Dach sollte eine ausreichende Neigung für die Regenwasserableitung und ein großer Dachvorsprung vorgesehen werden, sofern an dem Standort keine besondere Gefährdung durch starke Winde besteht. Die Notunterkünfte sollten in Leichtbauweise errichtet werden, da nur eine niedrige Wärmekapazität erforderlich ist. Rund um die Notunterkünfte sollte für ausreichende Oberflächenentwässerung gesorgt werden. Ferner sollten erhöhte Böden vorgesehen werden, um das Risiko, dass Wasser in den überdachten Bereich eindringt, auf ein Mindestmaß zu begrenzen.

8. ***In heißen, trockenen Klimaten:*** Die Notunterkünfte sollten in Schwerbauweise errichtet werden, um eine hohe Wärmekapazität zu gewährleisten und eine Veränderung der Tag- und Nachttemperaturen zu ermöglichen, damit das Innere abwechselnd aufgeheizt bzw. gekühlt wird. Falls eine Leichtbauweise gewählt wird, ist eine ausreichende Isolierung vorzusehen. In Gebieten mit Erdbebenrisiko sollte bei der Schwerbauweise besonders auf die strukturelle Auslegung geachtet werden. Falls nur Plastikplanen oder Zelte zur Verfügung stehen, sollte eine doppelwändige Bedachung mit Belüftung zwischen den Schichten bereitgestellt werden, um den Strahlungswärmegewinn zu reduzieren. Durch eine Positionierung der Tür- und Fensteröffnungen entgegen der vorherrschenden Windrichtung können das Aufheizen durch heiße Winde und Wärmestrahlung vom umgebenden Boden minimiert werden. Um das Eindringen von Staub und Krankheitsvektoren auf ein Minimalmaß zu begrenzen, sollte ein Fußboden bereitgestellt werden, der lückenlos mit den Außenwänden abschließt.

9. ***In kalten Klimaten:*** Für Notunterkünfte, die den ganzen Tag über genutzt werden, ist Schwerbauweise mit hoher Wärmekapazität erforderlich. Eine Leichtbauweise mit geringer Wärmekapazität und umfangreicher Isolierung eignet sich mehr für Notunterkünfte, die nur nachts genutzt werden. Die Luftströmung, insbesondere um die Tür- und Fensteröffnungen, sollte minimiert werden, um den persönlichen Komfort sicherzustellen, wobei gleichzeitig eine ausreichende Belüftung für Raumheizgeräte oder Kochöfen vorzusehen ist. Öfen oder andere Formen von Raumheizgeräten sind sehr wichtig und müssen für die Notunterkünfte geeignet sein. Die potenziellen Brandrisiken aufgrund der Nutzung von Öfen und Heizgeräten sollten beurteilt und eingedämmt werden (siehe Standard 4 zu Non-Food Items, Seite 318). Zur Minderung des Risikos, dass Wasser aufgrund von Regen oder Schneeschmelze in den überdachten Bereich eindringt, sollten rund um die

Notunterkünfte für Oberflächenentwässerung gesorgt und erhöhte Böden vorgesehen werden. Die Auskühlung des Körpers durch den Boden sollte durch Isolierung des Bodens und die Verwendung isolierter Schlafmatten, Matratzen oder erhöhter Betten auf ein Minimalmaß begrenzt werden (siehe Standard 2 zu Non-Food Items, Seite 315).

10. ***Belüftung und Vektorkontrolle:*** In den Notunterkünften der einzelnen Haushalte und in öffentlichen Gebäuden wie Schulen und Gesundheitseinrichtungen sollte für ausreichende Belüftung gesorgt werden, um in den Innenräumen ein gesundes Umfeld aufrechtzuerhalten, die Auswirkungen der Rauchentwicklung von Haushaltsöfen im Innern und daraus folgende Atemwegsinfektionen und Augenprobleme zu minimieren und das Risiko der Übertragung von Krankheiten, etwa der Ausbreitung von Tuberkulose durch Tröpfcheninfektion, einzudämmen. Bei den Vektorkontrollmaßnahmen sollten die örtlichen Bauverfahren, die Nutzungsmuster der vertriebenen Menschen im Bereich Notunterkünfte und die Materialwahl berücksichtigt werden (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 1 zur Kontrolle übertragbarer Krankheiten, Seite 361, und Standards 1-3 zur Vektorkontrolle, Seiten 127-132).

Standard 4 zu Notunterkünften und Ansiedlung: Bau

Es kommen je nach Bedarf sichere lokale Bauverfahren, Materialien, Expertise und Kapazitäten zum Einsatz, sodass die Einbeziehung der betroffenen Bevölkerung und lokale Möglichkeiten der Existenzsicherung und Beschäftigung maximiert werden.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die betroffene Bevölkerung, lokale Baufachleute und die einschlägigen Behörden bei der Abstimmung geeigneter, sicherer Bauverfahren, Materialien und Expertise einbeziehen, durch welche die lokalen Möglichkeiten der Existenzsicherung und Beschäftigung maximiert werden (siehe Richtlinien 1-3).
- Sicherstellen, dass die von der Katastrophe betroffenen Menschen, die nicht über die Kapazität, Fähigkeit oder Möglichkeit verfügen, bauliche Tätigkeiten auszuführen, Zugang zu zusätzlicher Unterstützung oder zusätzlichen Ressourcen haben (siehe Richtlinien 1-3).
- Die strukturellen Risiken und Gefährdungen durch geeignete Bau- und Materialspezifikationen minimieren (siehe Richtlinien 4-5).
- Die vereinbarten Standards zu den Materialien und der Qualität der Arbeiten erfüllen (siehe Richtlinien 5-6).

- Durch geeignete Ausschreibungs-, Beschaffungs- und Bauverwaltungsverfahren für das Management von Materialien, Arbeitskräften, technischer Unterstützung und behördlichen Genehmigungen sorgen (siehe Richtlinie 7).
- Die Instandhaltung und den Ausbau der Notunterkünfte für die einzelnen Haushalte unter Einsatz lokal verfügbarer Mittel und Ressourcen ermöglichen (siehe Richtlinie 8).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle Bauarbeiten entsprechen den vereinbarten sicheren Bauverfahren und -standards (siehe Richtlinien 2-7).
- Aus den Bautätigkeiten geht die Einbeziehung der betroffenen Bevölkerung und die Maximierung der lokalen Existenzsicherungsmöglichkeiten hervor (siehe Richtlinien 1-2, 8).

Richtlinien

1. ***Partizipation der betroffenen Bevölkerung:*** Die Beteiligung der betroffenen Bevölkerung an den Aktivitäten im Bereich Notunterkünfte und Ansiedlung sollte sich an der bestehenden Praxis der Planung, Errichtung und Instandhaltung von Häusern und Siedlungen orientieren. Durch Schulungs- und Ausbildungsprogramme können die Partizipationsmöglichkeiten während der Bauarbeiten vor allem für Personen ohne die erforderlichen Baufertigkeiten oder -erfahrung verbessert werden. Frauen aller Altersgruppen sollten aufgefordert werden, sich an den Tätigkeiten im Bereich Notunterkünfte, Bau und Schulung zu beteiligen. Zu den Beiträgen von Personen, die kaum in der Lage sind, körperliche Arbeit oder solche Aufgaben zu verrichten, die spezielles technisches Know-how erfordern, gehören Baustellenüberwachung und Bestandskontrolle, Kinderbetreuung, temporäre Unterbringung oder Zubereitung von Nahrung für die Personen, die an den Bauarbeiten beteiligt sind, sowie administrative Unterstützung. Die weiteren Anforderungen hinsichtlich Zeit und Arbeitskraft der betroffenen Bevölkerung sollten berücksichtigt werden. Hilfeleistungen seitens freiwilliger Arbeitsteams der Gemeinden oder vertraglich verpflichteter Arbeitskräfte können die Beteiligung der einzelnen Haushalte ergänzen. Diese Hilfeleistung ist sehr wichtig zur Unterstützung von Haushalten mit weiblichem Familienvorstand, da Frauen, die sich um Unterstützung beim Bau ihrer Notunterkünfte bemühen, einem besonders hohen Risiko sexueller Ausbeutung ausgesetzt sein können (siehe Grundstandard 1, Seite 62, Grundsatz 2 zum Schutz, Seite 41, und Standard 5 zu Non-Food Items, Seite 320). Auch Personen mit Mobilitätsproblemen, ältere Menschen und andere Personen, die keine Bautätigkeiten verrichten können, benötigen möglicherweise Unterstützung.

2. ***Technisches Know-how und Erfahrung:*** Durch das entsprechende Know-how in den Bereichen technische Auslegung, Bau und Management sollten die Fertigkeiten und das Verständnis der betroffenen Bevölkerung ergänzt werden. Ferner sollten Erfahrungen zu bewährten technischen und behördlichen Prozessen bereitgestellt werden (siehe Grundstandard 6, Seite 81). An Orten, die einer besonderen Gefahr saisonaler oder zyklischer Katastrophen ausgesetzt sind, kann die Einbeziehung technischer Spezialisten mit Vorerfahrung zu geeigneten lokalen Lösungen oder abgestimmten bewährten Verfahren (best practices) den Auslegungs- und Bauprozess unterstützen.

3. ***Beschaffung von Materialien und Arbeitskräften:*** Die rasche Bereitstellung von Lösungen oder Materialien und Werkzeugen für Notunterkünfte, entweder separat oder in Form vordefinierter Bausätze, kann die betroffene Bevölkerung in die Lage versetzen, die Notunterkünfte selbst zu errichten oder zu bauen. Die lokalen Existenzgrundlagen sollten nach Möglichkeit durch die lokale Beschaffung von Baumaterialien, Baufachkompetenz und Handwerkern auf der Basis schneller Marktanalysen unterstützt werden. Falls die Gefahr besteht, dass die lokale Beschaffung von Materialien erhebliche negative Auswirkungen auf die lokale Wirtschaft oder die Umwelt nach sich zieht, können folgende Maßnahmen erforderlich sein: der Rückgriff auf mehrere Quellen, alternative Materialien oder Produktionsprozesse, die regionale oder internationale Beschaffung von Materialien oder proprietäre Systeme im Bereich Notunterkünfte (siehe Standard 5 zu Notunterkünften und Ansiedlung, Seite 308). Die Wiederverwendung von Materialien, die aus beschädigten Gebäuden geborgen wurden, sollte gefördert werden, nachdem die Besitzrechte an diesem Material geklärt wurden.

4. ***Katastrophenvorbeugung und Risikominderung (disaster risk reduction):*** Die Belastbarkeit der Bauten sollte den bekannten klimatischen Bedingungen und Naturgefahren entsprechen und Anpassungen im Hinblick auf die lokalen Auswirkungen des Klimawandels berücksichtigen. Änderungen an Baustandards oder Bauverfahren infolge der Katastrophe sollten in Abstimmung mit der von der Katastrophe betroffenen Bevölkerung und den einschlägigen Behörden vorgenommen werden.

5. ***Sichere Auslegung und Errichtung öffentlicher Gebäude:*** Temporäre und dauerhafte öffentliche Gebäude wie Schulen und Gesundheitseinrichtungen sollten derart errichtet oder instandgesetzt werden, dass sie bei Katastrophen widerstandsfähig sind sowie Sicherheit und Zugang für alle gewährleistet wird. Diese Einrichtungen sollten den sektorspezifischen Baustandards und Genehmigungsverfahren entsprechen, unter anderem den Anforderungen an die Zugänglichkeit für Personen mit Mobilitäts-, Seh- oder Kommunikationsproblemen. Die Instandsetzung oder Errichtung dieser

Gebäude sollte in Abstimmung mit den zuständigen Behörden erfolgen und die vereinbarte Dienstleistungsinfrastruktur und eine bezahlbare Wartungsstrategie berücksichtigen (siehe INEE-Mindeststandards im Bereich Bildung: Vorsorge, Hilfe, Wiederherstellung).

6. ***Baustandards:*** Die Baustandards und -leitlinien sollten mit den einschlägigen Behörden abgestimmt werden, um sicherzustellen, dass die wichtigsten Sicherheits- und Leistungsanforderungen erfüllt werden. Falls die geltende lokale oder nationale Bauordnung üblicherweise nicht eingehalten oder durchgesetzt wurde, sollte deren schrittweise Einhaltung vereinbart werden, wobei die lokale Wohnkultur, die klimatischen Bedingungen, die Ressourcen, die Bau- und Wartungskapazitäten, die Zugänglichkeit und die Tragbarkeit der Kosten zu berücksichtigen sind.

7. ***Beschaffungs- und Baumanagement:*** Für die Planung der Aktivitäten sollte ein Bauablaufplan entwickelt werden. Der Ablaufplan sollte wichtige Meilensteine enthalten, etwa die anvisierten Fertigstellungstermine, die Umsiedlung der vertriebenen Bevölkerungsgruppen in bestimmte Notunterkünfte und Siedlungen und das Einsetzen saisonaler Wettergeschehen. Ferner sollte ein reaktionsfähiges, effizientes und verantwortliches Supply-Chain- und Baumanagementsystem für Materialien, Arbeitskräfte und Bauüberwachung eingerichtet werden. Dieses System sollte nach Bedarf die Bereiche Beschaffung, Transport, Handhabung und Verwaltung vom Herkunftsort bis zu den jeweiligen Einsatzorten umfassen (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 4 zu Nahrungsmitteltransfers, Seite 217).

8. ***Aufwertung und Instandhaltung:*** Da mit den Erstmaßnahmen für Notunterkünfte normalerweise nur ein Mindestbedarf an umbautem Raum und materieller Unterstützung gedeckt wird, müssen die betroffenen Bevölkerungsgruppen versuchen, den Umfang oder die Qualität des bereitgestellten umbauten Raums mit alternativen Mittel zu erhöhen. Durch die Form des Baus und des eingesetzten Materials sollten die einzelnen Haushalte in die Lage versetzt werden, die Notunterkünfte unter Einsatz lokal verfügbarer Werkzeuge und Materialien instandzuhalten und schrittweise anzupassen oder auszubauen, um ihren längerfristigen Bedarf zu decken (siehe Standard 5 zu Non-Food Items, Seite 320).

Standard 5 zu Notunterkünften und Ansiedlung: Umweltauswirkung

Bei den Lösungen für Notunterkünfte und Ansiedlung und den angewandten Materialbeschaffungs- und Bauverfahren werden die negativen Auswirkungen auf die Umwelt vor Ort auf ein Minimalmaß begrenzt.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die nachteiligen Auswirkungen der Katastrophe auf die natürliche Umwelt vor Ort sowie die Umweltrisiken und -gefährdungen beurteilen und analysieren (siehe Richtlinie 1).
- Bei der Planung der temporären oder dauerhaften Ansiedlung der betroffenen Bevölkerung den Umfang der zur Verfügung stehenden lokalen natürlichen Ressourcen berücksichtigen (siehe Richtlinien 1-3).
- Das Management der natürlichen Umweltressourcen vor Ort übernehmen, um die laufenden und zukünftigen Bedürfnisse der von der Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen zu befriedigen (siehe Richtlinien 1–3).
- Die negativen Auswirkungen auf die lokalen natürlichen Umweltressourcen, die sich aus der Produktion und Lieferung von Baumaterialien und dem Bauprozess ergeben können, auf ein Minimalmaß begrenzen (siehe Richtlinien 3-4).
- Bäume und sonstige Vegetation möglichst erhalten, um den Wasserrückhalt zu erhöhen, die Bodenerosion zu minimieren und für Schatten zu sorgen (siehe Richtlinie 5).
- Den ursprünglichen Zustand des Standorts temporärer Gemeinschaftssiedlungen wiederherstellen, sobald diese nicht mehr benötigt werden, sofern nichts Anderweitiges vereinbart wurde (siehe Richtlinie 6).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Aus der Planung aller Rückkehr-, Aufnahme- oder temporären Gemeinschaftssiedlungen ist zu ersehen, dass die nachteiligen Auswirkungen auf die natürliche Umwelt minimiert oder eingedämmt werden (siehe Richtlinien 1-6).
- Aus den Bauprozessen und der Beschaffung von Materialien für alle Notunterkunftslösungen ist zu ersehen, dass die nachteiligen Auswirkungen auf die natürliche Umwelt vor Ort minimiert oder eingedämmt werden (siehe Richtlinie 4).

Richtlinien

1. ***Umweltbeurteilung:*** Die Auswirkungen einer Katastrophe auf die natürliche Umwelt sollten beurteilt werden, um die erforderlichen Maßnahmen und Aktivitäten zur Eindämmung planen zu können. Viele Naturkatastrophen, zum Beispiel Erdrutsche, sind oft direkt auf das Missmanagement natürlicher Umweltressourcen zurückzuführen. Alternativ können sie aus bestehenden Umweltrisiken oder -gefährdungen herrühren, etwa aus der saisonalen Überschwemmung niedrig gelegener Gebiete oder dem Fehlen natürlicher Umweltressourcen, die sicher geerntet werden können. Es ist immens wichtig, diese Risiken zu verstehen, um sie bei der Siedlungsplanung zu berücksichtigen und um sicherzustellen, dass den bekannten Gefährdungen, etwa den Auswirkungen des Klimawandels, im Rahmen der Maßnahmen begegnet wird.

2. ***Nachhaltigkeit und Management von Umweltressourcen:*** Falls die erforderlichen Umweltressourcen zur Unterstützung der Schaffung von erheblich mehr Wohnraum für die Menschen nur begrenzt zur Verfügung stehen, sollte die nicht nachhaltige Belastung der natürlichen Umwelt auf ein Minimalmaß begrenzt werden. Falls solche natürliche Ressourcen zur Verfügung stehen, sollten die temporären Gemeinschaftssiedlungen in einer Weise gemanagt werden, die Umweltschäden minimiert. Nachhaltige externe Brennstoffvorräte und Optionen für Weideland, landwirtschaftliche Produktion und sonstige von natürlichen Ressourcen abhängige existenzsichernde Tätigkeiten sollten bereitgestellt und verwaltet werden. Weniger, dafür aber größere verwaltete Siedlungen können ökologisch nachhaltiger sein als eine große Anzahl kleiner, verstreuter Siedlungen, die weniger leicht zu verwalten oder zu überwachen sind. Die Auswirkungen auf den Bedarf derjenigen Bevölkerungsgruppen, welche die von der Katastrophe Betroffenen aufnehmen oder in der Nähe des betroffenen Gebiets angesiedelt sind, an natürlichen Umweltressourcen sollten berücksichtigt werden.

3. ***Minderung der langfristigen (negativen) Umweltauswirkungen:*** Das Management der natürlichen Umweltressourcen sollte auf allen Planungsebenen berücksichtigt werden. Falls die Notwendigkeit, den betroffenen Bevölkerungsgruppen Notunterkünfte bereitzustellen, durch den Abbau der lokalen Umweltressourcen erhebliche negative Auswirkungen auf die natürliche Umwelt nach sich zieht, sollten die langfristigen Effekte durch ergänzende Umweltmanagement- und -sanierungsmaßnahmen minimiert werden. Eine Abstimmung mit den entsprechenden Umweltbehörden wird empfohlen.

4. ***Beschaffung von Baumaterialien:*** Die Umweltauswirkung der Beschaffung natürlicher Umweltressourcen sollte beurteilt werden, z. B. Wasser, Bauholz, Sand, Boden und Gräser sowie Brennstoff für das Brennen von Backsteinen

und Dachziegeln. Die üblichen Nutzer und die Förder- und Regenerationsraten sollten identifiziert und die Frage geklärt werden, wer die Eigentumsrechte an diesen Ressourcen besitzt oder sie kontrolliert. Alternative oder ergänzende Versorgungsquellen können die lokale Wirtschaft unterstützen und langfristige nachteilige Auswirkungen auf die natürliche Umwelt vor Ort verringern. Der Rückgriff auf mehrere Quellen und die Wiederverwendung geborgener Materialien, alternative Materialien und Produktionsprozesse (etwa die Verwendung stabilisierter Lehmsteine) sollten gefördert werden. Dies sollte mit Maßnahmen, die negative Auswirkungen begrenzen, etwa ergänzender Wiederanpflanzung, kombiniert werden.

5. ***Erosion:*** Die Lösungen für Notunterkünfte und Ansiedlung sollten derart geplant werden, dass Bäume und sonstige Vegetation erhalten bleiben, damit der Boden stabilisiert wird und optimale Voraussetzungen für Schatten und den Schutz vor Klimawirkungen geschaffen werden. Für Elemente wie Straßen, Wege und Entwässerungsnetze sollten natürliche Konturen gewählt werden, um Erosion und Überschwemmung auf ein Minimalmaß zu begrenzen. Falls dies nicht realisierbar ist, sollte die Erosionsgefahr durch die Bereitstellung von ausgehobenen Entwässerungsrinnen, Entwässerungsrohren unter Fahrbahnen oder bepflanzten Erdwällen, die den Wasserabfluss minimieren, eingedämmt werden (siehe Standard 1 zur Entwässerung, Seite 139).

6. ***Übergabe:*** Die natürliche Regeneration der Umwelt in und um die temporären Gemeinschaftssiedlungen sollte durch geeignete Umweltsanierungsmaßnahmen unterstützt werden. Die letztendliche Stilllegung solcher Siedlungen sollte gesteuert werden, um die zufriedenstellende Entfernung sämtlicher Materialien oder Abfälle sicherzustellen, die nicht wiederverwendet werden können oder die sich negativ auf die natürliche Umwelt auswirken könnten.

2 Non-Food Items: Kleidung, Bettzeug und Haushaltsgüter

Mit Kleidung, Decken und Bettzeug werden die persönlichsten menschlichen Bedürfnisse hinsichtlich Schutz vor Klimawirkungen, Erhalt der Gesundheit und Wahrung der Privatsphäre und der Würde befriedigt. Der Zugang zu grundlegenden Gütern und Vorräten ist notwendig, damit die betroffenen Bevölkerungsgruppen in der Lage sind, Nahrung zuzubereiten und zu konsumieren, damit für Wärmekomfort gesorgt ist, die persönlichen Hygienebedürfnisse befriedigt und Notunterkünfte errichtet, erhalten und instandgesetzt werden können (siehe Standard 2 zur Hygieneaufklärung, Seite 107, und Standard 1 zur Wasserversorgung, Seite 110).

Alle betroffenen Bevölkerungsgruppen – ob sie an ihren eigenen Heimatort zurückkehren können, von anderen Familien aufgenommen oder in temporären Gemeinschaftssiedlungen untergebracht werden – haben als Einzelpersonen und als Haushalt Bedarf an Non-Food Items, der entsprechend beurteilt und gedeckt werden muss. Auch die Bevölkerungsgruppen, die sekundär von einer Katastrophe betroffen sind (insbesondere Gastfamilien) benötigen möglicherweise Unterstützung in Form von Non-Food Items, damit die zusätzliche Belastung durch die Aufnahme anderer oder die Auswirkungen der Katastrophe auf die lokale Wirtschaft abgemildert werden und der Zugang zu diesen Gütern verbessert wird.

Obwohl die Verteilung von Non-Food Items eine gebräuchliche Maßnahme ist, sollte überlegt werden, ob der Zugang zu diesen Artikeln durch Bargeld oder Gutscheine ermöglicht werden kann, falls die lokalen Märkte noch funktionsfähig sind (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 1 zu Bargeld- und Gutscheintransfers, Seite 231).

Bei Gütern für den individuellen oder den Haushaltsgebrauch sind normalerweise keine Zusatzinformationen oder Anweisungen zu deren Verwendung erforderlich. Bei Gütern zur Unterstützung des Baus oder der Instandsetzung von Notunterkünften (zum Beispiel Baumaterialien, Befestigungen und Werkzeuge) sind jedoch in der Regel zusätzliche technische Anleitungen für

die sichere und effektive Verwendung notwendig. Ebenso sollte bei Gütern, die der persönlichen Hygiene dienen, eine Unterstützung durch angemessene Hygieneaufklärungsmaßnahmen erfolgen (siehe Standards 1-2 zur Hygieneaufklärung, Seiten 104-107).

Standard 1 zu Non-Food Items: Hilfsgüter für Einzelpersonen, Haushalte und Notunterkünfte

Die betroffene Bevölkerung verfügt über ausreichende Hilfsgüter für Einzelpersonen, Haushalte und Notunterkünfte zur Gewährleistung ihrer Gesundheit, Würde, Sicherheit und ihres Wohlergehens.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Den gesonderten Bedarf der betroffenen Bevölkerung an Non-Food Items beurteilen (siehe Richtlinien 1-2 und Standard 3 zur Wasserversorgung, Seite 117).
- Ermitteln, welche Non-Food Items durch die Bereitstellung von Unterstützung in Form von Bargeld oder Gutscheinen von der betroffenen Bevölkerung selbst lokal beschafft oder erworben werden können (siehe Richtlinie 3).
- Die Angemessenheit aller Non-Food Items in einem bestimmten Paket beurteilen (siehe Richtlinie 4).
- Geordnete, transparente und gerechte Verteilungen aller Non-Food Items planen (siehe Richtlinie 5).
- Bei Bedarf Anweisungen, technische Anleitungen oder Aufklärung zur Verwendung der Hilfsgüter im Bereich Notunterkünfte bereitstellen (siehe Richtlinie 6).
- Bei Bevölkerungsgruppen, die längere Zeit aus ihrer Heimat vertrieben sind, eine Auffüllung der Vorräte an Non-Food Items planen (siehe Richtlinie 7).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Der ermittelte Bedarf der gesamten von der Katastrophe betroffenen Bevölkerung an Non-Food Items ist gedeckt (siehe Richtlinien 1-7).

Richtlinien

1. ***Bedarfsermittlung:*** Es sollte der getrennte Bedarf an persönlichen Gütern (etwa Kleidung und Körperhygieneartikel), an allgemeinen Haushaltsgütern (etwa für die Lagerung und Zubereitung von Nahrungsmitteln) und an

Materialien im Bereich Notunterkünfte (etwa Plastikplanen, Seile, Werkzeuge oder Grundbaustoffe) beurteilt werden. Es sollte, insbesondere in Bezug auf das Kochen und auf Brennstoff, zwischen individuellem und gemeinschaftlichem Bedarf unterschieden werden. Der Bedarf an Non-Food Items, der durch vertraute, lokal zu beschaffende Produkte gedeckt werden kann, sollte ermittelt werden. Im Rahmen von Hilfen in Form von Non-Food Items für Bevölkerungsgruppen, die vertrieben wurden und sich in Bewegung befinden, sollte der Bedarf an Kisten, Taschen oder ähnlichen Behältern für die Lagerung und den Transport von persönlichen Gegenständen und Haushaltsgütern berücksichtigt werden. Die Bereitstellung von Non-Food Items sollte in einen umfassenden Katastrophenhilfe-Plan integriert werden (siehe Grundstandards 1-3, Seiten 62-69, und Standard 1 zu Notunterkünften und Ansiedlung, Seite 288).

2. ***Gemeinschaftseinrichtungen:*** Geeignete Non-Food Items sollten bei Bedarf Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen zur Unterstützung der Körperhygiene, der Gesundheit, der Nahrungszubereitung, des Kochens usw. bereitgestellt werden. Es sollte Zugang zu Freizeit- und Lernmaterialien verschafft werden. Zwischen den Sektoren Gesundheit und Bildung sollten Verbindungen geschaffen werden, um sicherzustellen, dass die Informationen zur öffentlichen Gesundheit und Hygiene die angemessene Verwendung der Non-Food Items unterstützen (siehe Standards 1-2 zur Hygieneaufklärung, Seiten 104-107, und INEE-Mindeststandards im Bereich Bildung: Vorsorge, Hilfe, Wiederherstellung).

3. ***Beschaffung von Non-Food Items:*** Katastrophen beeinträchtigen die lokale Wirtschaft und die Lieferketten, was häufig eine externe Beschaffung von Non-Food Items und eine direkte Verteilung an Personen, Haushalte oder Gemeinden erforderlich macht. Durch eine rasche Marktanalyse im Rahmen der Erstbedarfsermittlung kann beurteilt werden, ob der Bevölkerung vertraute Non-Food Items vor Ort oder in benachbarten, nicht betroffenen Gebieten beschafft werden können. Wo die lokale Wirtschaft noch funktionsfähig ist oder durch spezifische Unterstützung des Beschaffungs- oder Supply-Chain-Managements unterstützt werden kann, können die betroffenen Bevölkerungsgruppen durch die Bereitstellung von Bargeld oder Gutscheinen in die Lage versetzt werden, ihren Bedarf an Hilfsgütern selbst zu decken (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 1 zu Bargeld und Gutscheinen, Seite 231). Eine solche Unterstützung sollte geplant werden, um sicherzustellen, dass besonders gefährdete oder anfällige Menschen nicht benachteiligt werden und der Hilfsbedarf gedeckt wird.

4. ***Hilfspakete:*** Non-Food Items werden häufig auf der Basis von Standard-Spezifikationen und Inhalten in Paketen zusammengefasst und in Lagern vorgehalten. Im Hinblick auf die Menge und Spezifikation der Non-Food Items

in einem Haushaltspaket sollte die Anzahl der Menschen in einem typischen Haushalt, ihr Alter und Geschlecht, das Vorhandensein von Menschen mit besonderen Bedürfnissen sowie die kulturelle Akzeptanz der Güter berücksichtigt werden.

5. ***Verteilung:*** In Abstimmung mit der betroffenen Bevölkerung sollten effiziente und gerechte Verteilungsmethoden geplant werden. Die Bevölkerung sollte darüber informiert werden, wann derartige Verteilungen stattfinden und ob für die Teilnahme ein Registrierungs- oder Beurteilungsverfahren erforderlich ist. Es sollte eine formelle Registrierung oder Zuweisung von Berechtigungsmarken erfolgen. Es sollte sichergestellt werden, dass auch besonders gefährdete und anfällige Personen oder Haushalte in die Verteilungsliste aufgenommen werden und Zugang zu den Informationen wie auch zur Verteilung selbst erhalten. Für den Umgang mit Problemen während der Registrierung oder Verteilung sollte ein Beschwerdeprozess eingerichtet werden. Mit den zuständigen örtlichen Behörden sollte abgestimmt werden, welche Verteilungsorte für den sicheren Zugang und Erhalt der Non-Food Items sowie die sichere Rückkehr der Empfänger am besten geeignet sind. Zu berücksichtigen sind die jeweilige Entfernung zu Fuß, das Gelände, die praktische Durchführbarkeit und die entstehenden Kosten für den Transport größerer Güter, etwa Hilfsmittel für Notunterkünfte. Die Verteilungen und die Verwendung der bereitgestellten Non-Food Items sollte überwacht werden, um die Zweckmäßigkeit und die Angemessenheit sowohl des Verteilungsprozesses als auch der Non-Food Items selbst beurteilen zu können (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 5 zu Nahrungsmitteltransfers, Seite 222).

6. ***Aufklärung, Anweisungen und technische Anleitungen:*** Die individuellen und allgemeinen Haushaltsgüter sollten der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerung bekannt sein, sodass sie ohne weitere Anleitung verwendet werden können. Bei Bedarf sollten jedoch technische Anleitungen und Anweisungen zur Ergänzung der Hilfsgüter im Bereich Notunterkünfte (etwa Baumaterialien, Werkzeuge und Befestigungen) bereitgestellt werden (siehe Standard 5 zu Non-Food Items, Seite 320). Auf den Verpackungen können einfache Diagramme abgebildet sein, die veranschaulichen, wie die Artikel für die sichere Reparatur oder die Errichtung sicherer und angemessener Notunterkünfte verwendet werden können. Die von der Katastrophe betroffene Bevölkerung und lokale Baufachleute sollten an bewusstseinsbildenden Aktivitäten vor Ort beteiligt werden (zum Beispiel Reparatur oder Errichtung von Demonstrations-Notunterkünften), damit sie die erforderlichen Bautechniken besser verstehen. Die an den baulichen Tätigkeiten Beteiligten sollten über Schwächen bei Auslegung und Errichtung von Notunterkünften und Siedlungen vor der Katastrophe, die möglicherweise zur Beschädigung oder Zerstörung von Häusern beigetragen haben, umfas-

send informiert werden und lokale Beispiele für bewährte Verfahren, die der Katastrophe standgehalten haben (best practices), sollten besonders hervorgehoben werden.

7. ***Wiederauffüllung der Vorräte:*** Bei der Planung von Hilfsgüterverteilungen sollten die Verbrauchsrate, die daraus resultierende Verwendungsdauer und die Fähigkeit der betroffenen Bevölkerung, die Vorräte dieser Güter wieder aufzufüllen, berücksichtigt werden.

Standard 2 zu Non-Food Items: Kleidung und Bettzeug

Die von der Katastrophe betroffene Bevölkerung hat ausreichend Kleidung, Decken und Bettzeug, sodass ihr persönlicher Komfort, ihre Würde, ihre Gesundheit und ihr Wohlergehen sichergestellt sind.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Den separaten Kleidungsbedarf von Frauen, Mädchen, Männern und Jungen aller Altersgruppen einschließlich Säuglingen und besonders gefährdeter oder marginalisierter Personen ermitteln und sicherstellen, dass sie Zugang zu den erforderlichen Gütern in den richtigen Größen, angepasst an Kultur, Jahreszeit und Klima, haben (siehe Richtlinien 1-5).
- Den Bedarf der betroffenen Bevölkerung an Decken und Bettzeug ermitteln und sicherstellen, dass sie entsprechenden Zugang zu Decken und Bettzeug haben, die ausreichenden Wärmekomfort bieten und angemessene Schlafgelegenheiten ermöglichen (siehe Richtlinien 2-5).
- Den Bedarf an insektizidbehandelten Bettnetzen ermitteln und diese im erforderlichen Maße bereitstellen (siehe Standards 1-3 zur Vektorkontrolle, Seiten 127-132).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle Frauen, Mädchen, Männer und Jungen verfügen über mindestens zwei komplette Garnituren Kleidung in der richtigen Größe, die an die Kultur, die Jahreszeit und das Klima angepasst sind (siehe Richtlinien 1-5).
- Alle betroffenen Menschen verfügen je nach Bedarf über eine Kombination von Decken, Bettzeug, Schlafmatten oder Matratzen und insektizidbehandelten Bettnetzen, die ausreichenden Wärmekomfort bieten und angemessene Schlafgelegenheiten ermöglichen (siehe Richtlinien 2-5 und Standards 1-3 zur Vektorkontrolle, Seiten 127-132).

Richtlinien

1. ***Wechselkleidung:*** Alle betroffenen Menschen sollten Zugang zu ausreichender Wechselkleidung haben, sodass ihr Wärmekomfort, ihre Würde, ihre Gesundheit und ihr Wohlergehen sichergestellt sind. Hierfür sind mindestens zwei Garnituren der wichtigsten Kleidungsstücke, insbesondere Unterwäsche, erforderlich, damit das Waschen möglich ist.

2. ***Angemessenheit:*** Die Kleidung (gegebenenfalls einschließlich Schuhen) sollte an die klimatischen Bedingungen und die kulturellen Gebräuche angepasst sein und in den bedarfsgerechten Größen zur Verfügung gestellt werden. Säuglinge und Kinder im Alter von bis zu 2 Jahren sollten neben geeigneter Kleidung auch eine Decke erhalten. Im Hinblick auf Bettzeug sollten die kulturellen Gebräuche berücksichtigt werden und ausreichende Mengen bereitgestellt werden, damit bei Bedarf getrennte Schlafgelegenheiten möglich sind.

3. ***Thermische Leistung:*** Die wärmedämmenden Eigenschaften der Kleidung und des Bettzeugs sowie die Wirkung nasser oder feuchter klimatischer Bedingungen auf die thermische Leistung dieser Güter sind zu beachten. Um das erforderliche Maß an Wärmekomfort sicherzustellen, sollte eine Kombination aus Kleidungsstücken und Bettzeug vorgesehen werden. Es ist möglicherweise effektiver, wärmeisolierte Schlafmatten oder Matratzen bereitzustellen, um dem Wärmeverlust über den Boden vorzubeugen, als zusätzliche Decken zur Verfügung zu stellen.

4. ***Strapazierfähigkeit:*** Die Kleidung und das Bettzeug sollten entsprechend strapazierfähig sein, sodass sie nicht vorzeitig abnutzen und sich für einen längeren Gebrauch eignen.

5. ***Besondere Bedürfnisse:*** Die am stärksten gefährdeten Personen sollten zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse zusätzliche Kleidung und Bettzeug erhalten. Dazu gehören Menschen mit Inkontinenzproblemen, mit chronischen Krankheiten, schwangere und stillende Frauen, ältere Menschen und Personen mit eingeschränkter Mobilität. Säuglinge, Kinder, Personen mit eingeschränkter Mobilität und ältere Menschen neigen verstärkt zu Wärmeverlust und benötigen daher eventuell zusätzliche Kleidung, Decken usw., um ein angemessenes Maß an Wärmekomfort aufrechtzuerhalten. Aufgrund ihrer mangelnden Mobilität haben ältere, kranke oder gebrechliche Menschen besondere Bedürfnisse und benötigen z. B. Matratzen oder erhöhte Betten.

Standard 3 zu Non-Food Items: Koch- und Essutensilien

Die von der Katastrophe betroffene Bevölkerung hat Zugang zu kulturell angemessenen Gütern für die Zubereitung und Aufbewahrung von Nahrungsmitteln und für das Kochen, Essen und Trinken.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Den Bedarf der betroffenen Bevölkerung für die Zubereitung und Aufbewahrung von Nahrungsmitteln sowie für das Kochen, Essen und Trinken ermitteln und den Menschen je nach Bedarf Zugang zu kulturell angemessenen Gütern verschaffen (siehe Richtlinien 1–2).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Jeder Haushalt oder jede Gruppe von vier bis fünf Personen hat Zugang zu zwei Kochtöpfen mit Griffen und Deckeln in Familiengröße, einer Schale zur Zubereitung oder zum Servieren von Nahrung, einem Küchenmesser und zwei Servierlöffeln (siehe Richtlinien 1-2).
- Alle von der Katastrophe betroffenen Menschen haben Zugang zu einem tiefen Teller, einem Löffel oder sonstigem Essgeschirr und einem Becher oder sonstigem Trinkgefäß (siehe Richtlinien 1-2).

Richtlinien

1. ***Angemessenheit:*** Die Auswahl der Koch- und Essutensilien sollte kulturell angemessen sein und die Einhaltung sicherer Praktiken ermöglichen. Frauen oder die Personen, die normalerweise die Zubereitung von Nahrung beaufsichtigen, sollten bei der Spezifikation der Güter konsultiert werden. Die Mengen an Kochutensilien sollten sich nach den kulturellen Gebräuchen richten, etwa hinsichtlich separater Kochvorgänge für unterschiedliche Familiengruppen innerhalb eines Haushalts oder der Trennung bestimmter Nahrungsmittel während der Zubereitung. Die Art und Größe der Koch- und Essutensilien sollte für ältere Menschen, Personen mit Behinderungen und Kinder geeignet sein.
2. ***Materialien:*** Alle Plastikartikel (Eimer, Schüsseln, Kanister, Wasservorratsbehälter usw.) sollten aus lebensmittelverträglichem Kunststoff gefertigt sein. Alle Metallartikel (Besteck, Schüsseln, Teller und Becher usw.) sollten aus rostfreiem Stahl oder emailliert sein.

Standard 4 zu Non-Food Items
Öfen, Brennstoff und Beleuchtung

Die von der Katastrophe betroffene Bevölkerung hat Zugang zu sicheren, energieeffizienten Öfen und einer zugänglichen Versorgung mit Brennstoff oder Haushaltsenergie oder zu gemeinschaftlichen Kochgelegenheiten. Jeder Haushalt hat außerdem Zugang zu geeigneten Mitteln für nachhaltige künstliche Beleuchtung zur Sicherstellung seiner persönlichen Sicherheit.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Den Koch- und Raumheizungsbedarf des Haushalts ermitteln und durch Sicherstellung des Zugangs zu sicheren, energieeffizienten Öfen sowie durch eine gut zugängliche Versorgung mit Brennstoff oder Haushaltsenergie oder gemeinschaftlichen Kochgelegenheiten decken (siehe Richtlinie 1).
- Gewährleisten, dass die Öfen sicher genutzt werden können und die Brandrisiken minimiert werden (siehe Richtlinien 2-3).
- Ökologisch und ökonomisch nachhaltige Brennstoff- oder Haushaltsenergie-Quellen identifizieren und priorisieren (siehe Richtlinie 4).
- Sicherstellen, dass der Brennstoff in sicherer und zuverlässiger Weise beschafft und gelagert wird (siehe Richtlinie 5).
- Den Bedarf der Haushalte an nachhaltigen Mitteln zur Versorgung mit künstlicher Beleuchtung und an Streichhölzern oder einem geeigneten alternativen Mittel für das Anzünden von Brennstoff oder Kerzen usw. ermitteln und decken (siehe Richtlinie 6).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die betroffene Bevölkerung nutzt energieeffiziente Öfen mit der erforderlichen Versorgung mit Brennstoff oder Haushaltsenergie (siehe Richtlinien 1-3).
- Im Zusammenhang mit der routinemäßigen Nutzung der Öfen und der Beschaffung und Lagerung von Brennstoff werden keine Vorfälle gemeldet, bei denen Menschen zu Schaden gekommen sind (siehe Richtlinien 4-5).
- Die von der Katastrophe betroffene Bevölkerung hat Zugang zu einem sicheren und nachhaltigen Mittel der Versorgung mit künstlicher Beleuchtung und zu Streichhölzern oder einem geeigneten alternativen Mittel für das Anzünden von Brennstoff oder Kerzen usw. (siehe Richtlinie 6).

Richtlinien

1. ***Öfen:*** Die Spezifikation von Öfen richtet sich nach den bestehenden lokalen Gebräuchen. Es sollten energieeffiziente Kochverfahren gefördert werden, unter anderem der Einsatz energieeffizienter Öfen, Brennholzaufbereitung, Brandbekämpfung, Nahrungszubereitung, gemeinsames Kochen usw. Um die Brandrisiken und die Rauchbelastung in Innenräumen zu minimieren, sind in Gemeinschaftsunterkünften gemeinsame oder zentralisierte Kochgelegenheiten der Bereitstellung von Öfen für die einzelnen Haushalte vorzuziehen (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 2 zu Nahrungsmitteltransfers, Seite 212).

2. ***Belüftung:*** In geschlossenen Bereichen sollten die Öfen mit einem Rauchabzug versehen werden, damit Abgase oder Rauch sicher nach außen abziehen können. Es sollten wettergeschützte Öffnungen vorgesehen werden, um eine ausreichende Belüftung sicherzustellen und das Risiko von Atemwegsproblemen auf ein Minimalmaß zu begrenzen.

3. ***Brandschutz:*** Zwischen den Öfen und den Elementen der Notunterkünfte sollte eine sichere Trennung gewährleistet werden. Innenöfen sollten auf einen nicht brennbaren Sockel gestellt werden, und der Rauchabzug sollte dort, wo er durch die Notunterkunft nach außen geführt wird, von einer nicht brennbaren Manschette umgeben sein. Die Öfen sollten von Eingängen entfernt gehalten und so aufgestellt werden, dass sie während der Nutzung sicher zugänglich sind.

4. ***Nachhaltige Brennstoffquellen:*** Falls auch die aufnehmenden oder benachbarten Gemeinden auf die genutzten Brennstoffquellen angewiesen sind, sollten diese entsprechend verwaltet werden. Um eine nachhaltige Versorgung sicherzustellen, sollten die Ressourcen erneuert werden (z. B. durch Brennholz-Baumpflanzungen), um weniger oder kein Brennholz aus bestehenden Wäldern entnehmen zu müssen. Die Nutzung nicht traditioneller Brennstoffquellen (zum Beispiel Briketts aus Sägemehl und sonstigem organischem Material) sollte unterstützt werden, sofern dies für die betroffenen Bevölkerungsgruppen akzeptabel ist.

5. ***Sammeln und Lagerung von Brennstoff:*** Im Hinblick auf den Ort und die Mittel der Beschaffung von Brennstoff für das Kochen und Heizen sollte die von der Katastrophe betroffene Bevölkerung, insbesondere Frauen und Mädchen, befragt werden, um Problemen der persönlichen Sicherheit vorbeugen zu können. Die Anforderungen, welche die Brennstoffbeschaffung an besonders gefährdete und anfällige Menschen stellt, etwa Haushalte mit weiblichem Familienvorstand, Personen, die chronisch kranke Menschen betreuen, oder Personen mit Mobilitäts- oder Zugangsproblemen, sollten berücksichtigt werden. Die Nutzung weniger arbeitsintensiver Brennstoffe,

einschließlich energieeffizienter Öfen und leicht zugänglicher Brennstoffquellen, sollte gefördert werden. Der Brennstoff sollte in sicherer Entfernung vom Ofen selbst gelagert werden und flüssige Brennstoffe wie Kerosin sollten für Kinder und Säuglinge unzugänglich aufbewahrt werden.

6. ***Künstliche Beleuchtung:*** Laternen oder Kerzen können eine vertraute und leicht zugängliche Art der Beleuchtung darstellen, wobei jedoch das Brandrisiko beim Einsatz dieser Artikel beurteilt werden sollte. Es sollten weitere Arten der künstlichen Beleuchtung bereitgestellt werden, damit die persönliche Sicherheit in und um die Siedlungen, wo keine allgemeine Beleuchtung zur Verfügung steht, verbessert wird. Der Einsatz energieeffizienter Arten der künstlichen Beleuchtung, etwa von Leuchtdioden (LEDs), und die Bereitstellung von Solarzellen zur Erzeugung lokalisierter elektrischer Energie sollte erwogen werden.

Standard 5 zu Non-Food Items: Werkzeuge und Befestigungen

Sofern die betroffene Bevölkerung für den Bau oder die Instandhaltung ihrer Notunterkünfte oder für die Schuttentsorgung verantwortlich ist, hat sie Zugang zu den erforderlichen Werkzeugen, Befestigungen und ergänzenden Schulungen.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Den Bedarf der Bevölkerungsgruppen, die für den sicheren Bau einiger oder aller Notunterkünfte oder Gemeinschaftseinrichtungen, für die Ausführung wichtiger Instandhaltungsarbeiten oder für die Schuttentsorgung verantwortlich sind, an Werkzeugen und Befestigungen ermitteln und decken (siehe Richtlinien 1–2).
- Sicherstellen, dass ausreichende Mechanismen für die Nutzung, Instandhaltung und sichere Aufbewahrung der Werkzeuge und Befestigungen, die für die gemeinschaftliche oder gemeinsame Nutzung bereitgestellt werden, vereinbart und allgemein verstanden werden (siehe Richtlinien 1–2).
- Bei Bedarf Schulungen oder Anleitungen für die Nutzung der Werkzeuge sowie für Bau, Instandhaltung oder Schuttentsorgung bereitstellen (siehe Richtlinie 3).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle Haushalte oder Gruppen innerhalb der Gemeinschaft haben bei Bedarf Zugang zu Werkzeugen und Geräten für die sichere Ausführung von Bau-, Instandhaltungs- oder Schuttentsorgungsaufgaben (siehe Richtlinien 1-2).

- Alle Haushalte oder Gruppen innerhalb der Gemeinschaft haben Zugang zu Schulungen und bewusstseinsbildenden Maßnahmen zur sicheren Verwendung der bereitgestellten Werkzeuge und Befestigungen (siehe Richtlinie 3).

Richtlinien

1. ***Typische Werkzeugsätze:*** Die bereitgestellten Werkzeuge und Befestigungen sollten bekannt und dem Kontext angepasst sein. Befestigungen (etwa Nägel unterschiedlicher Größen verzinkter Draht und Seile) und Hilfsmittel für das Abstecken und Messen sollten berücksichtigt werden. Es sollten Gemeinschaftswerkzeuge bereitgestellt werden, sofern diese Werkzeuge für den Einsatz an öffentlichen Gebäuden bestimmt und nur für einen begrenzten Zeitraum erforderlich sind, oder falls diese Ressourcen begrenzt sind. Vor der Verteilung sollte eine Abstimmung über die gemeinsame Nutzung, Instandhaltung und Aufbewahrung erfolgen.

2. ***Existenzsichernde Tätigkeiten:*** Nach Möglichkeit sollten sich die bereitgestellten Werkzeuge auch für existenzsichernde Tätigkeiten eignen. Der Werkzeugeinsatz sollte überwacht werden, um negative Auswirkungen auf die Umwelt (etwa unbefugte oder nicht nachhaltige Nutzung natürlicher Ressourcen usw.) und die gemeinsame oder gemeinschaftliche Verwendung dieser Werkzeuge zu vermeiden.

3. ***Schulung und technische Unterstützung:*** Zur sicheren Verwendung und einfachen Instandhaltung der Werkzeuge und zu den geplanten Aktivitäten sollten Schulungen oder bewusstseinsbildende Maßnahmen vorgesehen werden. Haushalte mit weiblichem Familienvorstand und andere besonders gefährdete oder anfällige Menschen, die identifiziert wurden, sollten für die Ausführung der ihnen zugewiesenen Bau- oder Instandhaltungsarbeiten Unterstützung von Mitgliedern der Großfamilie, Nachbarn oder vertraglich verpflichteten Arbeitskräften erhalten (siehe Standard 4 zu Notunterkünften und Ansiedlung, Richtlinie 1, Seite 305).

Anhang 1

Checkliste für die Beurteilung im Bereich Notunterkünfte, Ansiedlung und Non-Food Items

Die folgende Frageliste soll als Leitfaden und Checkliste dienen, um sicherzustellen, dass für Hilfsmaßnahmen im Bereich Notunterkünfte und Ansiedlung nach der Katastrophe die erforderlichen Informationen erhoben werden. Die aufgelisteten Fragen sind nicht verbindlich, sondern sollten nach Bedarf verwendet und angepasst werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Informationen über die grundlegenden Ursachen der Katastrophe, die Sicherheitslage, die wichtigsten demografischen Daten der vertriebenen und aufnehmenden Bevölkerung und die zentralen Ansprechpartner separat erhoben werden (siehe Grundstandard 3, Seite 69).

1 Notunterkünfte und Ansiedlung

Beurteilung und Koordinierung

- Wurde von den relevanten Behörden und (Hilfs)Organisationen ein abgestimmter Koordinierungsmechanismus eingerichtet?
- Welche Ausgangsdaten stehen über die betroffene Bevölkerung zur Verfügung und welche Gefahren, Risiken sowie besonderen Gefährdungen und Anfälligkeiten im Bereich Notunterkünfte und Ansiedlung sind bekannt?
- Gibt es einen Notfallplan, an dem die Hilfsmaßnahme ausgerichtet werden kann?
- Welche Informationen zur Erstbeurteilung stehen bereits zur Verfügung?
- Ist eine (hilfs)organisations- bzw. sektorübergreifende Beurteilung geplant und betrifft diese auch den Bereich Notunterkünfte, Ansiedlung und Non-Food Items?

Demografische Daten

- Wie viele Menschen umfasst ein typischer Haushalt?

- Wie viele Personen, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Alter, umfasst die von der Katastrophe betroffene Bevölkerung, die keine typischen Haushalte bilden (z. B. Kinder ohne Begleitung) oder die bestimmten Minderheiten mit nicht-typischen Haushaltsgrößen angehören?
- Wie viele betroffene Haushalte haben keine ausreichenden Notunterkünfte, und wo befinden sich die Haushalte?
- Wie viele Personen, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Alter, die nicht einzelnen Haushalten angehören, haben keine oder keine ausreichenden Notunterkünfte, und wo befinden sie sich?
- Wie viele betroffene Haushalte, die keine ausreichenden Notunterkünfte haben, wurden nicht vertrieben und können an ihrem Heimatort unterstützt werden?
- Wie viele betroffene Haushalte, die keine ausreichenden Notunterkünfte haben, wurden vertrieben und benötigen Unterstützung durch Aufnahme in Gastfamilien oder in temporären Gemeinschaftssiedlungen?
- Wie viele Personen, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Alter, haben keinen Zugang zu Gemeinschaftseinrichtungen wie Schulen, Gesundheitsstationen und Gemeindezentren?

Risiken

- Welches unmittelbare Risiko besteht aufgrund des Mangels an ausreichenden Notunterkünften für das Überleben, und wie viele Menschen sind gefährdet?
- Welche weiteren potenziellen Risiken bestehen infolge der anhaltenden Auswirkungen der Katastrophe oder anderer bekannter Gefahren auf die Bereitstellung von Notunterkünften für Leben, Gesundheit und Sicherheit der betroffenen Bevölkerung?
- Welche besonderen Risiken bestehen aufgrund des Mangels an ausreichenden Notunterkünften für besonders gefährdete und anfällige Menschen, unter anderem Frauen, Kinder, Minderjährige ohne Begleitung, Personen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten, und warum?
- Wie wirkt sich die Präsenz der vertriebenen Bevölkerungsgruppen auf die aufnehmenden Bevölkerungsgruppen aus?
- Welche potenziellen Risiken von Konflikten oder Diskriminierung bestehen in oder zwischen den einzelnen Gruppen der betroffenen Bevölkerung?

Ressourcen und Einschränkungen

- Über welche materiellen, finanziellen und personellen Ressourcen verfügen die betroffenen Bevölkerungsgruppen, um einige oder alle ihrer dringenden Bedürfnisse in Bezug auf Notunterkünfte zu decken?
- Welche Probleme bestehen in Bezug auf Landverfügbarkeit, Eigentumsrechte und Nutzung, wenn es darum geht, den dringenden Bedarf an Notunterkünften, einschließlich temporärer Gemeinschaftssiedlungen, zu decken?
- Welche Probleme bestehen für die möglichen aufnehmenden Bevölkerungsgruppen bei der Unterbringung vertriebener Bevölkerungsgruppen in ihren eigenen Behausungen oder auf angrenzendem Land?
- Welche Möglichkeiten und Einschränkungen bestehen im Hinblick auf die Nutzung vorhandener, verfügbarer und nicht betroffener Gebäude oder Anlagen für die temporäre Unterbringung vertriebener Bevölkerungsgruppen?
- Wie hoch ist die topografische und die lokale ökologische Eignung zugänglicher, unbebauter Flächen in Hinblick auf die Errichtung temporärer Siedlungen?
- Welche Anforderungen und Einschränkungen werden bei der Entwicklung von Lösungen für Notunterkünfte durch lokale behördliche Vorschriften auferlegt?

Materialien, Auslegung und Bau

- Welche ersten Lösungen oder Materialien für Notunterkünfte wurden von den betroffenen Bevölkerungsgruppen oder anderen Akteuren bisher bereitgestellt?
- Welche Materialien aus beschädigten Gebäuden können zum Einsatz beim Wiederaufbau von Notunterkünften geborgen werden?
- Welche Bauweisen nutzt die betroffene Bevölkerung normalerweise, und welche unterschiedlichen Materialien werden für die Rahmenkonstruktion, das Dach und die Außenwände eingesetzt?
- Welche alternativen Lösungen stehen für Auslegung oder Materialien potenziell zur Verfügung und sind der betroffenen Bevölkerung vertraut oder für sie akzeptabel?
- Welche Eigenschaften sind erforderlich, um für alle Mitglieder der betroffenen Bevölkerung, insbesondere Personen mit Mobilitätsproblemen, den sicheren und ungehinderten Zugang zu den Notunterkünften und deren Nutzung sicherzustellen?
- Wie können durch die identifizierten potenziellen Lösungen für Notunterkünfte künftige Risiken, Gefährdungen und Anfälligkeiten minimiert werden?

- Wie und von wem werden die Unterkünfte normalerweise gebaut?
- Wie und von wem werden Baumaterialien normalerweise beschafft?
- Wie können Frauen, Jugendliche, behinderte und ältere Menschen im Hinblick auf die Beteiligung am Bau ihrer eigenen Notunterkünfte geschult und unterstützt werden, und welche Einschränkungen bestehen?
- Ist eine zusätzliche Unterstützung durch die Bereitstellung freiwilliger oder vertraglich verpflichteter Arbeitskräfte oder technische Hilfestellung erforderlich, um Einzelpersonen oder Haushalte zu unterstützen, die nicht über die Leistungsfähigkeit oder die Möglichkeit zum Bauen verfügen?

Häusliche und existenzsichernde Tätigkeiten

- Welche häuslichen und die Existenzsicherung unterstützenden (Erwerbs-) Tätigkeiten werden normalerweise in den Notunterkünften der betroffenen Bevölkerung oder in deren Nähe ausgeführt, und wie werden diese Tätigkeiten in den bereitgestellten Flächen und deren Auslegung berücksichtigt?
- Welche legalen und ökologisch nachhaltigen Möglichkeiten der Unterstützung der Existenzsicherung und Beschäftigung können durch die Beschaffung von Materialien und die Errichtung von Notunterkünften und Siedlungen geschaffen werden?

Grundlegende Dienstleistungen und Gemeinschaftseinrichtungen

- Wie viel Wasser steht gegenwärtig für das Trinken und die persönliche Hygiene zur Verfügung, und welche Möglichkeiten und Einschränkungen bestehen hinsichtlich der Befriedigung der erwarteten Bedürfnisse im Bereich Sanitärversorgung?
- Welche sozialen Einrichtungen (Gesundheitsstationen, Schulen, Kultstätten usw.) stehen gegenwärtig zur Verfügung, und welche Einschränkungen und Möglichkeiten bestehen beim Zugang zu diesen Einrichtungen?
- Falls Gemeinschaftsgebäude, insbesondere Schulen, von den vertriebenen Bevölkerungsgruppen als Notunterkünfte genutzt werden: Welche Vorgehensweise und welche Fristen sind vorgesehen, um sie wieder ihrem bestimmungsgemäßen Gebrauch zuzuführen?

Aufnehmende Gemeinde und Umweltauswirkung

- Was sind die Sorgen der aufnehmenden Bevölkerung?
- Welche organisatorischen und physischen Planungsprobleme bestehen in Bezug auf die Unterbringung der vertriebenen Bevölkerungsgruppen in der aufnehmenden Gemeinde oder in temporären Siedlungen?

- Welche ökologischen Probleme bestehen in Bezug auf die lokale Beschaffung von Baumaterialien?
- Welche ökologischen Probleme bestehen gegebenenfalls in Bezug auf den Bedarf der vertriebenen Bevölkerung an Brennstoff, Sanitärversorgung, Abfallentsorgung, Weideland für Tiere usw.?

2 Non-Food Items

Bedarf an Non-Food Items

- Welche Non-Food Items benötigt die betroffene Bevölkerung am dringendsten?
- Können einige der erforderlichen Non-Food Items vor Ort beschafft werden?
- Ist der Einsatz von Bargeld oder Gutscheinen möglich?
- Ist technische Unterstützung erforderlich, um die Bereitstellung von Hilfsgütern für Notunterkünfte zu ergänzen?

Kleidung und Bettzeug

- Welche Art von Kleidung, Decken und Bettzeug nutzen Frauen, Männer, Kinder und Säuglinge, schwangere und stillende Frauen und ältere Menschen normalerweise, und welche besonderen sozialen und kulturellen Aspekte sind dabei zu berücksichtigen?
- Wie viele Frauen und Männer aller Altersgruppen sowie Kinder und Säuglinge verfügen über keine geeigneten oder ausreichenden Kleidungsstücke, Decken oder Bettwaren, die Schutz vor negativen Klimawirkungen bieten und Gesundheit, Würde und Wohlergehen sichern?
- Welche potenziellen Risiken bestehen durch den Bedarf an angemessener Kleidung, Decken oder Bettzeug für Leben, Gesundheit und persönliche Sicherheit der betroffenen Bevölkerung?
- Welche Vektorkontrollmaßnahmen, insbesondere die Bereitstellung von Moskitonetzen, sind erforderlich, um die Gesundheit und das Wohlergehen der Haushalte sicherzustellen?

Kochen und Essen, Öfen und Brennstoff

- Zu welchen Koch- und Essutensilien hatte ein typischer Haushalt vor der Katastrophe Zugang?
- Wie viele Haushalte haben keinen Zugang zu ausreichenden Koch- und Essutensilien?

- Wie haben die betroffenen Bevölkerungsgruppen vor der Katastrophe normalerweise gekocht und ihre Behausungen beheizt, und wo fand das Kochen statt?
- Welcher Brennstoff wurde vor der Katastrophe normalerweise für das Kochen und Heizen genutzt, und wo wurde er beschafft?
- Wie viele Haushalte haben keinen Zugang zu einem Ofen für das Kochen und Heizen, und warum?
- Wie viele Haushalte haben keinen Zugang zu einer ausreichenden Versorgung mit Brennstoff für das Kochen und Heizen?
- Welche Möglichkeiten und Einschränkungen, insbesondere im Hinblick auf die Umwelt, bestehen bei der Beschaffung ausreichender Brennstoffvorräte für die von der Katastrophe betroffenen und die benachbarten Bevölkerungsgruppen?
- Welche Auswirkungen hat die Beschaffung ausreichender Brennstoffvorräte auf die von der Katastrophe betroffene Bevölkerung und insbesondere Frauen aller Altersgruppen?
- Welche kulturellen Aspekte sollten in Bezug auf das Kochen und Essen berücksichtigt werden?

Werkzeuge und Geräte

- Zu welchen elementaren Werkzeugen für die Reparatur, den Bau oder die Instandhaltung von (Not-)Unterkünften haben die Haushalte Zugang?
- Bei welchen existenzsichernden Tätigkeiten können die elementaren Werkzeuge für den Bau, die Instandhaltung und die Schuttentsorgung auch verwendet werden?
- Welche Schulungen oder bewusstseinsbildenden Maßnahmen sind erforderlich, um eine sichere Verwendung der Werkzeuge zu ermöglichen?

Quellen und weiterführende Literatur

Internationale Rechtsinstrumente

The Right to Adequate Housing (Article 11 (1) Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CECSR General Comment 4, 12 December 1991. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1981); Article 14(2)(h).

Convention on the Rights of the Child (1990); Article 27(3).

International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1969); Article 5(e)(iii).

International Convention Relating to the Status of Refugees (1954); Article 21.

Universal Declaration of Human Rights (1948); Article 25.

Allgemein

Corsellis, T and Vitale, A (2005), Transitional Settlement: Displaced Populations. Oxfam. Oxford.

Davis, J and Lambert, R (2002), Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. RedR/IT Publications. London.

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. New York. www.ineesite.org

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2008), Shelter Projects 2008. IASC Emergency Shelter Cluster. Geneva.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (2010), Owner-Driven Housing Reconstruction Guidelines. Geneva.

IFRC and United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat) (2010), Shelter Projects 2009. IFRC. Geneva.

OCHA (2010), Shelter after disaster: strategies for transitional settlement and reconstruction. Geneva.

ProVention Consortium (2007), Tools for Mainstreaming Disaster Risk Reduction: Construction Design, Building Standards and Site Selection, Guidance Note 12. Geneva.

United Nations Disaster Relief Organization (UNDRO) (1982), Shelter After Disaster: Guidelines for Assistance. Geneva.

UNHCR (2007), Handbook for Emergencies. Third Edition. Geneva.

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), UN Refugee Agency (UNHCR), Office of the UN High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Food and Agriculture Organization of the UN (FAO), Norwegian Refugee Council (NRC) (2006), Handbook on the Implementation of the UN Principles on Housing and Property Restitution Rights for Refugees and Displaced Persons (The 'Pinheiro Principles').

World Bank (2010), Handbook for Post-Disaster Housing and Community Reconstruction. Washington DC.

Temporäre Gemeinschaftssiedlungen

CCCM Cluster (2010), Collective Centre Guidelines. UNHCR and International Organization for Migration. Geneva.

NRC (2008), Camp Management Toolkit. Oslo.

Umwelt

Kelly, C (2005), Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters. Benfield Hazard Research Center, University College London and CARE International. London.

Kelly, C (2005), Checklist-Based Guide to Identifying Critical Environmental Considerations in Emergency Shelter Site Selection, Construction, Management and Decommissioning. ProAct Network and CARE International.

UNHCR (2002), Environmental Considerations in the Life Cycle of Refugee Camps. Geneva.

WWF and American Red Cross (2010), Green Recovery and Reconstruction Toolkit for Humanitarian Aid. Washington DC. www.worldwildlife.org/what/partners/humanitarian/green-recovery-and-reconstruction-toolkit.html

Beurteilungen zu Bargeld, Gutscheinen und Märkten

Albu, M (2010), The Emergency Market Mapping and Analysis Toolkit. Practical Action Publishing. Rugby, UK.

Creti, P and Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies. Oxfam. Oxford

International Committee of the Red Cross (ICRC) and IFRC (2007), Guidelines for cash transfer programming. Geneva.

Behinderungen

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response. www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf

Genderfragen

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities: The Gender Handbook in Humanitarian Action. Geneva.

Psychosoziale Unterstützung

IASC (2007), Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.

Schulen und öffentliche Gebäude

UN International Strategy for Disaster Reduction, INEE, World Bank (2009), Guidance Notes on Safer School Construction.

Non-Food Items und Nothilfeartikel

IASC Emergency Shelter Cluster (2007), Selecting NFIs for Shelter. Geneva.

IASC Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in humanitarian settings (2009), Decision Tree Diagrams on Factors Affecting Choice of Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Geneva.

ICRC and IFRC (2009), Emergency Items Catalogue. Third Edition. Geneva.

IFRC and Oxfam International (2007), Plastic Sheeting: a guide to the specification and use of plastic sheeting in humanitarian relief. Oxford.

Inter-Agency Procurement Services Offices (2000), Emergency Relief Items: Compendium of Generic Specifications. Vols 1 and 2. United Nations Development Programme. New York.

OCHA (2004), Tents: A Guide to the Use and Logistics of Family Tents in Humanitarian Relief. Geneva.

Mindeststandards im Bereich Gesundheits-maßnahmen

Zum Aufbau dieses Kapitels

Dieses Kapitel ist in zwei Hauptabschnitte gegliedert:

Gesundheitssysteme

Grundlegende Gesundheitsleistungen

Für die Organisation von Gesundheitsleistungen im Zuge der Katastrophenhilfe wird ein Gesundheitssystemansatz für die Gestaltung, Durchführung, Überwachung und Evaluierung von Gesundheitsleistungen als organisatorischer Rahmen gewählt. Mit diesem Ansatz lässt sich am besten sicherstellen, dass vorrangige Gesundheitsbedürfnisse effizient und effektiv identifiziert und befriedigt werden. Dabei werden durchweg Grundsätze wie die Unterstützung der nationalen und lokalen Gesundheitssysteme sowie die Koordinierung und die Standardisierung von Instrumenten und Ansätzen betont.

Die Grundsätze zum Schutz und die Grundstandards sind in Übereinstimmung mit diesem Kapitel anzuwenden.

Obwohl die Standards in erster Linie als Grundlage für erste humanitäre Maßnahmen nach einer Katastrophe konzipiert sind, können sie auch auf die Katastrophenvorsorge (disaster preparedness) angewandt werden.

Jeder Abschnitt umfasst die folgenden Elemente:

- **Die Mindeststandards:** Es handelt sich um qualitative Standards, mit welchen Mindestanforderungen für die Katastrophenhilfe hinsichtlich der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen formuliert werden.
- **Schlüsselaktionen:** Dies sind empfohlene Aktivitäten und Inputs, welche bei der Erfüllung der Mindeststandards hilfreich sind.
- **Schlüsselindikatoren:** Diese Indikatoren sind „Signale“, die anzeigen, ob ein Standard erreicht wurde. Sie bieten eine Möglichkeit, die Prozesse und Ergebnisse der Schlüsselaktivitäten zu messen und zu vermitteln. Dabei beziehen sie sich nicht auf die jeweilige Schlüsselaktivität, sondern auf den Mindeststandard.
- **Richtlinien:** Die Richtlinien umfassen bestimmte Punkte, die bei der Anwendung der Mindeststandards, Schlüsselaktivitäten und Schlüsselindikatoren in verschiedenen Situationen zu berücksichtigen sind. Sie sind eine Orientierungshilfe bei der Bewältigung praktischer Schwierigkeiten und bieten Benchmarks oder Empfehlungen zu den wichtigsten Themen. Zudem behandeln sie kritische Fragen im Hinblick auf die Standards, Aktivitäten oder Indikatoren und bieten eine Beschreibung von Zwangslagen, Kontroversen oder aktuell bestehenden Wissenslücken.

Falls die angegebenen Schlüsselaktivitäten und -indikatoren nicht erreicht werden können, sollten die daraus folgenden negativen Auswirkungen auf die betroffene Bevölkerung abgeschätzt und entsprechende Abhilfemaßnahmen eingeleitet werden.

Die Anhänge am Ende des Kapitels enthalten eine Checkliste für die Bedarfsermittlung von Gesundheitsleistungen, Musterformulare für Meldungen im Rahmen der Gesundheitsüberwachung und Formeln für die Berechnung zentraler Gesundheitsindikatoren. Ferner ist ein Abschnitt mit Quellen und weiterführender Literatur beigefügt.

Inhalt

Einführung 344

1. Gesundheitssysteme 342

2. Grundlegende Gesundheitsleistungen 358

2.1. Grundlegende Gesundheitsleistungen – Kontrolle übertragbarer Krankheiten 361

2.2. Grundlegende Gesundheitsleistungen – Kindergesundheit 371

2.3. Grundlegende Gesundheitsleistungen – Sexuelle und reproduktive Gesundheit 376

2.4. Grundlegende Gesundheitsleistungen – Verletzungen 383

2.5. Grundlegende Gesundheitsleistungen – Psychische Gesundheit 386

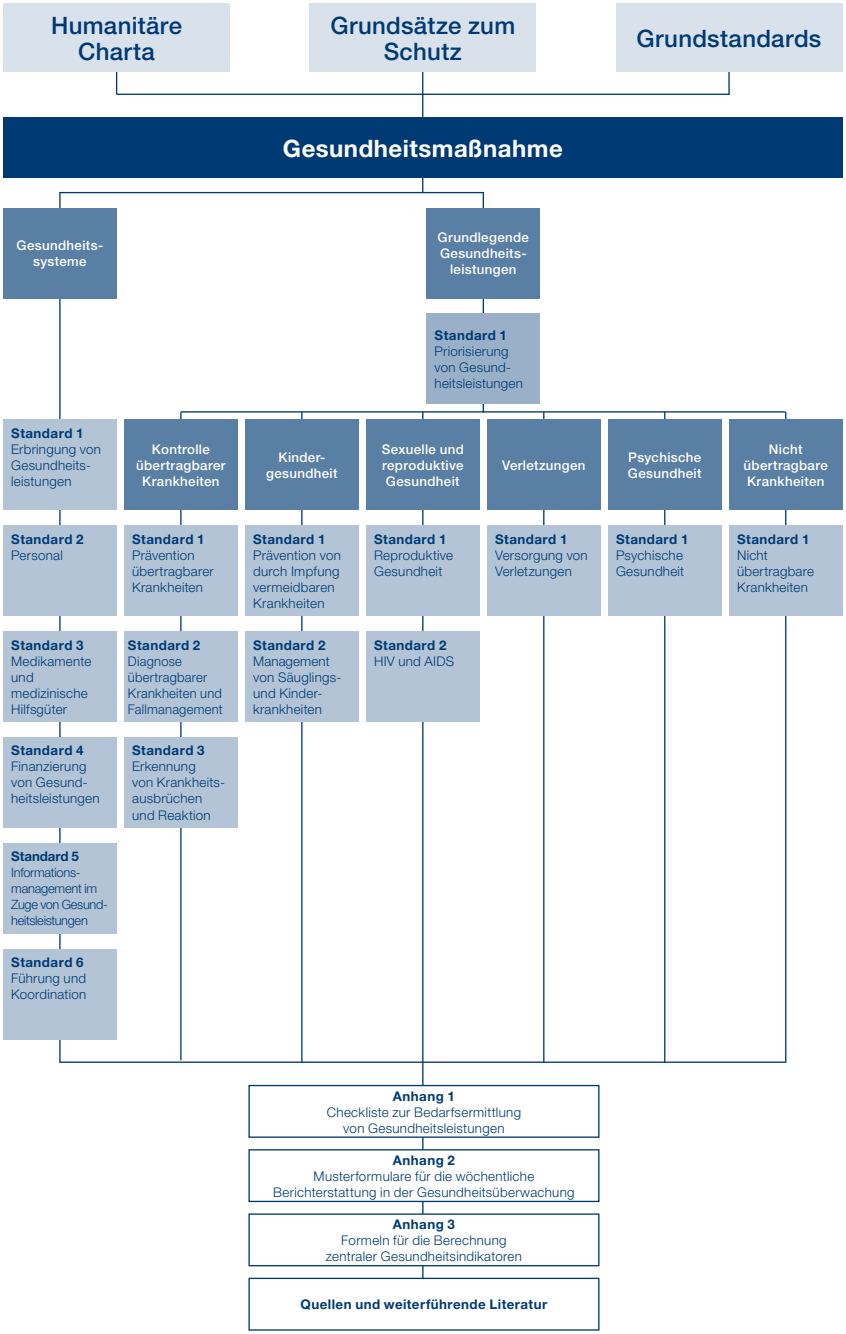
2.6. Grundlegende Gesundheitsleistungen – Nicht übertragbare Krankheiten 389

Anhang 1: Checkliste zur Bedarfsermittlung von Gesundheitsleistungen 391

Anhang 2: Musterformulare für die wöchentliche Berichterstattung in der Gesundheitsüberwachung 394

Anhang 3: Formeln für die Berechnung zentraler Gesundheitsindikatoren 399

Quellen und weiterführende Literatur 401


Humanitäre Charta
Grundsätze zum Schutz
Grundstandards
Gesundheitsmaßnahme
Gesundheits-systeme
Grundlegende Gesundheits-leistungen
Standard 1 Priorisierung von Gesund-heitsleistungen
Standard 1 Erbringung von Gesundheits-leistungen
Kontrolle übertragbarer Krankheiten
Kinder-gesundheit
Sexuelle und reproduktive Gesundheit
Verletzungen
Psychische Gesundheit
Nicht übertragbare Krankheiten
Standard 2 Personal
Standard 1 Prävention übertragbarer Krankheiten
Standard 1 Prävention von durch Impfung vermeidbaren Krankheiten
Standard 1 Reproduktive Gesundheit
Standard 1 Versorgung von Verletzungen
Standard 1 Psychische Gesundheit
Standard 1 Nicht übertragbare Krankheiten
Standard 3 Medikamente und medizinische Hilfsgüter
Standard 2 Diagnose übertragbarer Krankheiten und Fallmanagement
Standard 2 Management von Säuglings- und Kinder-krankheiten
Standard 2 HIV und AIDS
Standard 4 Finanzierung von Gesund-heitsleistungen
Standard 3 Erkennung von Krankheits-ausbrüchen und Reaktion
Standard 5 Informations-management im Zuge von Gesund-heitsleistungen
Standard 6 Führung und Koordination
Anhang 1 Checkliste zur Bedarfsermittlung von Gesundheitsleistungen
Anhang 2 Musterformulare für die wöchentliche Berichterstattung in der Gesundheitsüberwachung
Anhang 3 Formeln für die Berechnung zentraler Gesundheitsindikatoren
Quellen und weiterführende Literatur

Einführung

Verweise auf die humanitäre Charta und das Völkerrecht

Die Mindeststandards zu Gesundheitsmaßnahmen sind praktischer Ausdruck der gemeinsamen Überzeugungen und Verpflichtungen der humanitären Organisationen sowie der gemeinsamen Grundsätze für humanitäre Einsätze, die in der humanitären Charta formuliert werden. Diese Grundsätze, die auf dem Prinzip der Menschlichkeit gründen und ihren Niederschlag im Völkerrecht finden, umfassen das Recht auf ein Leben in Würde, das Recht auf Schutz und Sicherheit und das Recht auf humanitäre Hilfe auf der Basis des Bedarfs. In Anhang 1 (siehe Seite 410) sind eine Auflistung der zentralen rechtlichen und politischen Dokumente, die der humanitären Charta als Grundlage dienten, sowie erläuternde Kommentare für die humanitären Helfer enthalten.

Obwohl im Hinblick auf die vorgenannten Rechte vor allem die Staaten in der Pflicht stehen, tragen die humanitären Organisationen die Verantwortung, ihren Einsatz für die von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen an diesen Rechten auszurichten. Aus diesen allgemeinen Rechten leitet sich eine Reihe spezifischerer Ansprüche ab. Dazu zählen das Recht auf Partizipation, das Recht auf Information und das Recht auf Gleichbehandlung sowie die spezifischen Rechte auf Wasser, Nahrung, Unterkunft und Gesundheit, welche die vorgenannten Rechte untermauern, und die weiteren in diesem Handbuch aufgeführten Mindeststandards.

Jeder hat das Recht auf Gesundheit, das in einer Reihe internationaler Rechtsinstrumente verankert ist. Das Recht auf Gesundheit kann nur dann gewährleistet werden, wenn die Bevölkerung geschützt wird, wenn die für das Gesundheitssystem verantwortlichen Fachleute gut ausgebildet und allgemein gültigen ethischen Prinzipien und beruflichen Standards verpflichtet sind, wenn das System, in welchen sie tätig sind, so ausgelegt ist, dass die Mindestbedarfsstandards erfüllt werden, und wenn die Staaten bereit und in der Lage sind, diese Bedingungen für Sicherheit und Stabilität zu schaffen und zu erhalten. In Zeiten bewaffneter Konflikte dürfen zivile Krankenhäuser und medizinische Einrichtungen unter keinen Umständen Ziel von Angriffen sein, und das medizinische Personal hat ein Recht auf Schutz. Die Ausführung von Handlungen oder Tätigkeiten, die die Neutralität von Gesundheitseinrichtungen gefährden, etwa das Tragen von Waffen, ist verboten.

In den Mindeststandards dieses Kapitels kommt das Recht auf Gesundheit nicht in vollem Umfang zum Ausdruck. Die Sphere-Standards reflektieren jedoch die zentralen Inhalte des Rechts auf Gesundheit, insbesondere in Notfallsituationen, und tragen dazu bei, dieses Recht nach und nach weltweit durchzusetzen.

Die Bedeutung von Gesundheitsmaßnahmen in Katastrophen

Der Zugang zu medizinischer Versorgung hat in den ersten Stadien einer Katastrophe entscheidenden Einfluss auf das Überleben. Katastrophen haben fast immer signifikante Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit und das Wohlergehen der betroffenen Bevölkerungsgruppen. Die Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit können als direkt (z. B. Tod durch Gewalt und Verletzung) oder indirekt (z. B. erhöhte Raten von Infektionskrankheiten und/oder Mangelernährung) beschrieben werden. Diese indirekten Gesundheitsauswirkungen hängen in der Regel mit Faktoren zusammen wie einer unzureichenden Wasserversorgung in Menge und Qualität, dem Zusammenbruch der Sanitärversorgung, einem unterbrochenen oder eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen und einer Verschlechterung der Nahrungsmittelsicherheit. Auch mangelnde Sicherheit, die Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Vertreibung und eine Verschlechterung der Lebensbedingungen (räumliche Enge und unzureichende Notunterkünfte) können die öffentliche Gesundheit gefährden. Durch den Klimawandel verstärken sich die Gefährdungen, Anfälligkeiten und Risiken potenziell.

Vorrangige Ziele der humanitären Hilfe in humanitären Krisen sind die Prävention und Verringerung von Exzessmortalität und -morbidität. Hauptziel ist es, die rohe Mortalitätsrate (CMR) und die Mortalitätsrate von Kindern unter fünf Jahren (U5MR) unter dem Zweifachen der für die Bevölkerung dokumentierten Baseline-Rate vor der Katastrophe zu halten oder auf diesen Wert zu reduzieren (siehe Tabelle „Baseline-Referenzdaten zur Mortalität nach Regionen“, Seite 360). Ausmaß und Muster von Mortalität und Morbidität variieren je nach Art der Katastrophe (siehe Tabelle zu den Auswirkungen bestimmter Katastrophen auf die öffentliche Gesundheit, Seite 338). Die Gesundheitsbedürfnisse der betroffenen Bevölkerung unterscheiden sich daher je nach Art und Ausmaß der Katastrophe.

Der Beitrag des Gesundheitssektors betrifft die Erbringung grundlegender Gesundheitsleistungen einschließlich Präventiv- und Fördermaßnahmen, die die Gesundheitsrisiken in effektiver Weise reduzieren. Grundlegende Gesundheitsleistungen sind vorrangige Gesundheitsinterventionen, mit welchen die häufigsten Ursachen von Exzessmortalität und -morbidität wirksam behoben werden können. Die Implementierung grundlegender Gesundheitsleistungen muss durch Aktivitäten zur Stärkung des Gesundheitssystems unterstützt werden. Die Art der Planung, Organisation und Durchführung von Gesundheitsinterventionen in Reaktion auf

eine Katastrophe kann die bestehenden Gesundheitssysteme und deren künftige Wiederherstellung und Entwicklung entweder verbessern oder unterminieren.

Für die Ermittlung der Leistungsstärke des Systems und die Identifizierung der größten Hürden hinsichtlich Erbringung und Zugang zu Gesundheitsleistungen ist eine Analyse des bestehenden Gesundheitssystems erforderlich. In den frühen Stadien einer Katastrophe kann es sein, dass nur unvollständige Informationen vorliegen und wichtige Entscheidungen hinsichtlich der öffentlichen Gesundheit zu treffen sind, ohne dass alle relevanten Daten zur Verfügung stehen. Es sollte möglichst bald eine sektorübergreifende Beurteilung durchgeführt werden (siehe Grundstandard 3, Seite 69).

Eine Verbesserung der Katastrophenhilfe kann durch bessere Vorbereitung erreicht werden. Sie beruht auf einer Analyse der Risiken und ist eng mit Frühwarnsystemen verbunden. Die Vorbereitung umfasst die Notfallplanung, die Bevorratung mit Ausrüstung und Versorgungsgütern, die Einrichtung bzw. Beibehaltung von Not- und Bereitschaftsdiensten, Kommunikation, Informationsmanagement und Koordinierungsmodalitäten, die Schulung von Personal, die Planung auf Gemeinschaftsebene, Schulungen und Übungen. Durch die Durchsetzung von Bauvorschriften kann die Zahl der Todesfälle und schweren Verletzungen im Zusammenhang mit Erdbeben drastisch reduziert und sichergestellt werden, dass die Gesundheitseinrichtungen nach einer Katastrophe einsatzfähig bleiben.

Auswirkungen bestimmter Katastrophen auf die öffentliche Gesundheit

NB: Selbst bei spezifischen Arten von Katastrophen können die Morbiditäts- und Mortalitätsmuster je nach Kontext sehr stark variieren.

Auswirkung	**Komplexe Notfallsituationen (complex emergencies)**	**Erdbeben**	**Sturmböen (ohne Überschwemmungen)**	**Überschwemmungen**	**Sturzfluten/ Tsunamis**
Todesfälle	Viele	Viele	Wenige	Wenige	Viele
Schwere Verletzungen	Variiert	Viele	Moderat	Wenige	Wenige
Erhöhtes Risiko übertragbarer Krankheiten	Hocg	Variiert*	Gering	Variiert*	Variiert*
Nahrungsknappheit	Verbreitet	Selten	Selten	Variiert	Verbreitet
Größere Vertreibungen	Verbreitet	Selten (können in schwer beschädigten städtischen Gebieten auftreten)	Selten (können in schwer beschädigten städtischen Gebieten auftreten)	Verbreitet	Variiert

** Abhängig von Vertreibungen und den Lebensbedingungen der Bevölkerung nach der Katastrophe*
Quelle: Nach Pan American Health Organization, 1981

Verweise auf andere Kapitel

Aufgrund der Auswirkungen der unterschiedlichen Gesundheitsdeterminanten auf den Gesundheitsstatus sind zahlreiche Standards der anderen Kapitel auch für dieses Kapitel von Belang. Die Fortschritte bei der Erfüllung der Standards in einem Bereich beeinflussen und bedingen oftmals die Fortschritte in den anderen Bereichen. Im Hinblick auf die Effektivität der Katastrophenhilfe ist eine enge Koordination und Zusammenarbeit mit anderen Sektoren erforderlich. Außerdem ist die Koordination mit den örtlichen Behörden, anderen intervenierenden Hilfsorganisationen und Organisationen auf Gemeindeebene erforderlich, um sicherzustellen, dass der Bedarf gedeckt, Doppelarbeit vermieden, der Einsatz der Ressourcen optimiert wird und die Qualität der Gesundheitsleistungen angemessen ist. Sofern dies angebracht ist, wird auch auf bestimmte Standards oder Richtlinien in anderen fachlichen Kapiteln verwiesen. Ferner wird auf begleitende und ergänzende Standards verwiesen.

Verweise zu den Grundsätzen zum Schutz und den Grundstandards

Um die Standards dieses Handbuchs zu erfüllen, sollten sich alle humanitären Organisationen an den Grundsätzen zum Schutz orientieren, selbst wenn sie über kein direktes Schutzmandat und keine spezielle Expertise im Bereich Schutz verfügen. Es handelt sich nicht um „absolute“ Grundsätze: Es liegt auf der Hand, dass das Maß, in welchem die Hilfsorganisationen in der Lage sind, sie zu erfüllen, durch die Umstände eingeschränkt werden kann. Dennoch sind die Grundsätze Ausdruck allgemeiner humanitärer Anliegen, an welchen sich die Maßnahmen zu jeder Zeit orientieren sollten.

Die Grundstandards sind wesentliche Prozess- und Personalstandards, die allen Sektoren gemein sind. Die sechs Grundstandards betreffen die Bereiche Partizipation, Erstbeurteilung, Hilfsmaßnahme, Targeting, Überwachung, Evaluierung, Leistung der Helfer und Beaufsichtigung und Unterstützung des Personals. Sie stellen einen einheitlichen Bezugspunkt für die Vorgehensweisen dar, der allen anderen Standards des Handbuchs als Grundlage dient. Daher sind die Grundstandards für jedes fachliche Kapitel begleitend heranzuziehen, damit die Standards des entsprechenden Kapitels besser erreicht werden können. Insbesondere zur Sicherstellung der Angemessenheit und Qualität einer Hilfsmaßnahme sollte eine weitestgehende Partizipation der von einer Katastrophe betroffenen Menschen – unter anderem der Gruppen und Personen, die in Katastrophen am häufigsten gefährdet sind – angestrebt werden.

Gefährdung, Anfälligkeit und Leistungsfähigkeit der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen

Dieser Absatz ist entsprechend den Grundstandards auszulegen und soll diese untermauern.

Es ist wichtig, eines zu verstehen: Die Tatsache, dass man jung oder alt, weiblich, behindert oder HIV-infiziert ist, bedeutet nicht an sich, dass man schutzbedürftig oder besonders gefährdet ist. Dies ergibt sich vielmehr aus einem Zusammenspiel mehrerer Faktoren: So ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass ein Mensch im Alter von über 70 Jahren, der alleine lebt und einen schlechten Gesundheitszustand aufweist, gefährdeter ist als ein anderer in vergleichbarem Alter und mit ähnlichem Gesundheitsstatus, der in einer Großfamilie lebt und über ausreichendes Einkommen verfügt. Gleichermaßen ist ein dreijähriges Mädchen ohne Begleitung sehr viel gefährdeter, als wenn es sich in der Obhut verantwortlicher Eltern befindet.

Bei der Umsetzung der Standards und Schlüsselaktivitäten im Bereich Gesundheitsmaßnahmen hilft eine Analyse der Gefährdung und Leistungsfähigkeit, dafür zu sorgen, dass im Rahmen der Katastrophenhilfe diejenigen in nicht diskriminierender Weise unterstützt werden, die ein Recht auf Unterstützung haben und am bedürftigsten sind. Hierfür ist es erforderlich, dass man umfassende Kenntnisse des lokalen Kontextes besitzt und versteht, auf welche unterschiedliche Art und Weise sich eine bestimmte Katastrophe auf bestimmte Gruppen von Menschen auswirkt, etwa weil bereits eine Gefährdung besteht (z. B. weil sie sehr arm sind oder diskriminiert werden), weil sie besonderen Bedrohungen ausgesetzt sind (z. B. geschlechtsspezifischer Gewalt, unter anderem sexueller Ausbeutung) und aufgrund der Inzidenz oder Prävalenz von Krankheiten (z. B. HIV oder Tuberkulose) und möglicher Epidemien (z. B. Masern oder Cholera). Katastrophen können bereits bestehende Ungleichheiten verstärken. Es ist jedoch sehr wichtig, die Bewältigungsstrategien, die Widerstands- und die Regenerationsfähigkeit der Menschen zu unterstützen. Ihre Kenntnisse, Kompetenzen und Strategien müssen unterstützt und ihr Zugang zu sozialer, rechtlicher, finanzieller und psychosozialer Unterstützung gefördert werden. Auch die verschiedenen physischen, kulturellen, wirtschaftlichen und sozialen Barrieren, mit welchen sie beim gleichberechtigten Zugang zu diesen Dienstleistungen konfrontiert sind, müssen aus dem Weg geräumt werden.

Die folgenden Aktivitäten konzentrieren sich auf einige zentrale Bereiche, durch die sichergestellt werden kann, dass die Rechte und Fähigkeiten aller gefährdeten Menschen berücksichtigt werden:

- Für optimale Partizipation der Menschen sorgen; sicherstellen, dass alle repräsentativen Gruppen eingebunden werden, insbesondere diejenigen, die weniger wahrgenommen werden (z. B. Personen mit Kommunikations- oder Mobilitätsproblemen, Personen, die in Heimen leben, stigmatisierte Jugendliche und andere unter- oder nicht repräsentierte Gruppen).
- Die Daten im Rahmen der Beurteilung nach Geschlecht und Alter (0 - 80+ Jahre) aufschlüsseln, da dies ein wichtiger Aspekt ist, um sicherzustellen, dass die Vielfalt der Bevölkerungsgruppen im Sektor „Gesundheit“ ausreichend berücksichtigt wird.
- Sicherstellen, dass das Recht auf Information über Ansprüche in einer Weise vermittelt wird, die alle Mitglieder der Bevölkerung einbezieht und für alle zugänglich ist.

Die Mindeststandards

1 Gesundheitssysteme

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheitssysteme als „alle Organisationen, Institutionen und Ressourcen, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, Gesundheitsmaßnahmen durchzuführen". Dies umfasst das gesamte Spektrum der Akteure, die mit der Erbringung, der Finanzierung und dem Management von Gesundheitsleistungen, dem Bemühen um Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten sowie der Erbringung direkter Gesundheitsleistungen auf allen Ebenen – zentral, regional, Bezirk, Gemeinde und Haushalt – befasst sind.

Die Sphere-Standards zu Gesundheitssystemen orientieren sich am WHO-Rahmen zu Gesundheitssystemen, der aus sechs Bausteinen besteht: Führung, Personal, Medikamente und medizinische Hilfsgüter, Finanzierung von Gesundheitsleistungen, Informationsmanagement im Zuge von Gesundheitsleistungen und Erbringung von Leistungen. Zwischen jeder dieser Funktionen bestehen zahlreiche Vernetzungen und Wechselwirkungen, sodass eine Aktivität zu einer Komponente auch die anderen betreffen kann. Diese Bausteine von Gesundheitssystemen sind die Funktionen, die für die Erbringung grundlegender Gesundheitsleistungen erforderlich sind. Die Gesundheitsinterventionen im Rahmen der Katastrophenhilfe sollten in einer Weise ausgelegt und umgesetzt werden, dass sie einen Beitrag zur Stärkung der Gesundheitssysteme leisten.

Standard 1 zu Gesundheitssystemen: Erbringung von Gesundheitsleistungen

Die Menschen haben gleichberechtigten Zugang zu effektiven, sicheren und hochwertigen Gesundheitsleistungen, die standardisiert sind und anerkannten Protokollen und Leitlinien folgen.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Gesundheitsleistungen auf der entsprechenden Ebene des Gesundheitssystems erbringen. Diese Ebenen umfassen Haushalte und Gemeinden, Kliniken oder Gesundheitsstationen, Gesundheitszentren und Krankenhäuser (siehe Richtlinie 1).

- Standardisierte Fallmanagement-Protokolle für die häufigsten Krankheiten anpassen oder erstellen, wobei die nationalen Standards und Leitlinien zu berücksichtigen sind (siehe Richtlinie 2).
- Ein standardisiertes Überweisungssystem einrichten oder stärken und sicherstellen, dass es von allen Hilfsorganisationen angewandt wird (siehe Richtlinie 1).
- In allen Gesundheitseinrichtungen ein standardisiertes Sichtungssystem (Triage) einrichten oder stärken, um sicherzustellen, dass Personen mit Anzeichen für einen Notfall sofort behandelt werden.
- Gesundheitserziehung und -förderung auf der Ebene der Gemeinden und Gesundheitseinrichtungen initiieren (siehe Richtlinie 3).
- Eine sichere und rationelle Nutzung von Blut und Blutprodukten einrichten und befolgen (siehe Richtlinie 5).
- Sicherstellen, dass Laborleistungen verfügbar sind und genutzt werden, wenn es angezeigt ist (siehe Richtlinie 6).
- Die Einrichtung alternativer oder paralleler Gesundheitsdienste, einschließlich mobiler Kliniken und Feldkrankenhäuser, vermeiden (siehe Richtlinien 7-8).
- Die Gesundheitsleistungen in einer Weise auslegen, dass das Recht der Patienten auf Privatsphäre, Vertraulichkeit und Einwilligung nach Aufklärung gewährleistet wird (siehe Richtlinie 9).
- In den Gesundheitseinrichtungen geeignete Abfallmanagement-Verfahren, Sicherheitsmaßnahmen und Infektionskontrollmethoden einführen (siehe Richtlinien 10-11 und Standard 1 zum Abfallmanagement, Seite 134).
- Leichen in einer Weise entsorgen, die würdevoll und kulturell angemessen ist und auf Praktiken basiert, die der öffentlichen Gesundheit nicht schaden (siehe Richtlinie 12 und Standard 1 zum Abfallmanagement, Richtlinie 8, Seite 138).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Es steht eine ausreichende Zahl von Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung, um die grundlegenden Gesundheitsbedürfnisse aller von der Katastrophe betroffenen Menschen zu befriedigen:
  - eine Basisgesundheitsstation/10.000 Menschen (Basisgesundheitsstationen sind Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung, in welchen allgemeine Gesundheitsleistungen angeboten werden)
  - ein Gesundheitszentrum/50.000 Menschen
  - ein Distrikt- oder ländliches Krankenhaus/250.000 Menschen
  - > 10 stationäre und Entbindungsbetten/10.000 Menschen (siehe Richtlinie 1).

- Der Ausnutzungsgrad der Gesundheitseinrichtungen beträgt: 2-4 Neukonsultationen/ Person/Jahr bei der von der Katastrophe betroffenen Bevölkerung und > 1 Neukonsultation/ Person/Jahr bei ländlichen und verstreuten Bevölkerungsgruppen (siehe Richtlinie 4 und Anhang 3: Formeln für die Berechnung zentraler Gesundheitsindikatoren).

Richtlinien

1. ***Versorgungsniveau:*** Die Gesundheitseinrichtungen werden nach dem Versorgungsniveau entsprechend ihrer Größe und den bereitgestellten Leistungen kategorisiert. Die Anzahl und der Standort der erforderlichen Gesundheitseinrichtungen können je nach Kontext variieren.

   Im Rahmen der Gesundheitssysteme muss ebenfalls ein Prozess für die Versorgungskontinuität entwickelt werden. Dies ist am besten durch die Einrichtung eines effizienten Überweisungssystems erreichbar, insbesondere für lebensrettende Maßnahmen. Das Überweisungssystem sollte 24 Stunden täglich und sieben Tage pro Woche einsatzbereit sein.

2. ***Nationale Standards und Leitlinien:*** Im Allgemeinen sollten die Hilfsorganisationen die Gesundheitsstandards und -leitlinien des Landes befolgen, in welchem die Katastrophenhilfe geleistet wird. Dazu gehören auch Behandlungsprotokolle und Listen essenzieller Arzneimittel. Falls diese überholt sind oder nicht die evidenzbasierte Praxis reflektieren, sollten internationale Standards als Referenz genutzt werden, und die federführende Organisation für den Sektor „Gesundheit“ sollte das Gesundheitsministerium (MOH) bei deren Aktualisierung unterstützen.

3. ***Gesundheitsförderung:*** In Abstimmung mit den örtlichen Gesundheitsbehörden und Gemeindevertretern sollte ein aktives Programm der Gesundheitsförderung in den Gemeinden initiiert werden. Hierbei ist eine ausgewogene Vertretung von Frauen und Männern sicherzustellen. Im Rahmen des Programms sollten Informationen zu den wichtigsten gesundheitlichen Problemen, den Gesundheitsrisiken, zur Verfügbarkeit und zum Standort von Gesundheitsdiensten sowie zu Verhaltensweisen, die die Gesundheit schützen und fördern, bereitgestellt und schädlichen Praktiken entgegengewirkt werden. In den Informationen und Materialien zur öffentlichen Gesundheit sollten eine angemessene Sprache und geeignete Medien genutzt werden. Sie sollten kultursensibel und einfach zu verstehen sein. Schulen und kinderfreundliche Räume sind wichtige Anlaufstellen für die Verbreitung von Informationen und das Ansprechen von Kindern und Eltern (siehe INEE-Mindeststandards im Bereich Bildung – Standard 3 zu Zugang und Lernumfeld).

4. ***Ausnutzungsgrad von Gesundheitsleistungen:*** Es kann keine Mindestschwelle für die Nutzung von Gesundheitsleistungen angegeben werden, da

diese Zahl je nach Kontext variiert. In stabilen ländlichen und verstreuten Bevölkerungsgruppen sollte der Ausnutzungsgrad bei mindestens einer Neukonsultation/Person/Jahr liegen. Bei von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen können durchschnittlich 2-4 Neukonsultationen/Person/Jahr erwartet werden. Falls der Ausnutzungsgrad niedriger als erwartet ist, kann dies auf einen unzureichenden Zugang zu den Gesundheitsleistungen hindeuten. Falls er höher ist, kann dies eine überhöhte Nutzung aufgrund eines spezifischen Problems für die öffentliche Gesundheit oder einer zu niedrigen Schätzung der Zahl der Zielbevölkerung anzeigen. Bei der Analyse des Ausnutzungsgrades sollte idealerweise auch die Nutzung nach Geschlecht, Alter, ethnischer Herkunft und Behinderung berücksichtigt werden (siehe Anhang 3: Formeln für die Berechnung zentraler Gesundheitsindikatoren).

5. ***Sichere Bluttransfusionen:*** Die Maßnahmen sollten mit dem nationalen Bluttransfusionsdienst (BTS) koordiniert werden, sofern dieser existiert. Blut sollte ausschließlich freiwilligen Blutspendern ohne Vergütung abgenommen werden. Es sollte eine gute Laborpraxis eingeführt werden, unter anderem mit Screening für durch Transfusionen übertragbare Infektionen, Blutgruppenbestimmung, Verträglichkeitsprüfungen, Produktion von Blutkomponenten und Lagerung und Transport von Blutprodukten. Unnötige Transfusionen können durch den effektiven klinischen Gebrauch von Blut verringert werden, unter anderem durch den Rückgriff auf Alternativen zur Transfusion (Kristalloide und Kolloide), wann immer dies möglich ist. Das entsprechende klinische Personal sollte geschult werden, um sicherzustellen, dass das Blut sicher ist und klinisch effektiv genutzt wird.

6. ***Laborleistungen:*** Die verbreitetsten übertragbaren Krankheiten können klinisch (z. B. Diarrhoe, akute Atemwegsinfektionen) oder mit Hilfe von Schnelldiagnosetests oder Mikroskopie (z. B. Malaria) diagnostiziert werden. Laboruntersuchungen sind äußerst hilfreich, um bei Verdacht auf Ausbruch einer Krankheit die Ursache zu bestätigen, die Kultur- und Antibiotika-Sensitivität zu überprüfen und somit Fallmanagement-Entscheidungen (z. B. Dysenterie) und die Auswahl von Impfstoffen zu unterstützen, sofern Massenimpfungen angezeigt sind (z. B. Meningokokkenmeningitis). Bei bestimmten nicht übertragbaren Krankheiten, etwa Diabetes, sind Laboruntersuchungen für die Diagnose und Behandlung von entscheidender Bedeutung.

7. ***Mobile Kliniken:*** Bei einigen Katastrophen ist es möglicherweise erforderlich, mobile Kliniken einzurichten, um die Bedürfnisse isolierter oder nomadischer Bevölkerungsgruppen mit eingeschränktem Zugang zur Gesundheitsversorgung zu befriedigen. Mobile Kliniken haben sich auch als entscheidend erwiesen, wenn es darum geht, bei Krankheitsausbrüchen mit einer hohen Zahl erwarteter Fälle, etwa beim Ausbruch von Malaria, den Zugang zur Behandlung zu verbessern. Mobile Kliniken sollten nur nach Abstimmung

mit der federführenden Organisation für den Sektor „Gesundheit“ und den örtlichen Behörden eingerichtet werden (siehe Standard 6 zu Gesundheitssystemen, Seite 342).

8. ***Feldkrankenhäuser:*** Falls die vorhandenen Krankenhäuser schwer beschädigt oder zerstört sind, kann es sein, dass Feldkrankenhäuser die einzige Möglichkeit darstellen, eine Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Es ist jedoch in der Regel effektiver, den vorhandenen Krankenhäusern Ressourcen bereitzustellen, damit sie ihren Betrieb wieder aufnehmen oder die zusätzliche Belastung bewältigen können. Es kann angemessen sein, ein Feldkrankenhaus für die unmittelbare Versorgung traumatischer Verletzungen (in den ersten 48 Stunden), die Sekundärversorgung traumatischer Verletzungen und routinemäßige chirurgische und geburtshilfliche Notfälle (Tage 3-15) oder als provisorische Einrichtung bis zum Wiederaufbau eines beschädigten örtlichen Krankenhauses einzurichten. Da Feldkrankenhäuser sehr stark öffentlich wahrgenommen werden, wird von den Geberländern häufig erheblicher politischer Druck im Hinblick auf deren Einrichtung ausgeübt. Es ist jedoch wichtig, Entscheidungen über die Einrichtung von Feldkrankenhäusern ausschließlich aufgrund des Bedarfs und des Mehrwerts zu treffen.

9. ***Rechte der Patienten:*** Die Gesundheitseinrichtungen und -leistungen sollten in einer Weise ausgelegt werden, dass Privatsphäre und Vertraulichkeit gewährleistet werden. Vor medizinischen oder chirurgischen Behandlungen sollte von den Patienten (oder deren Vormund, falls sie selbst nicht dazu in der Lage sind) eine Einwilligung nach Aufklärung eingeholt werden. Das Gesundheitspersonal sollte sich vergegenwärtigen, dass die Patienten ein Recht auf Information darüber haben, was jedes Verfahren mit sich bringt und welcher Nutzen, welche potenziellen Risiken und welche Kosten und Dauer zu erwarten sind.

10. ***Infektionskontrolle im Umfeld der Gesundheitsversorgung und Patientensicherheit:*** Damit eine Hilfsmaßnahme während einer Katastrophe wirkungsvoll sein kann, sollten sowohl auf nationaler als auch auf peripherer Ebene und auf der Ebene der verschiedenen Gesundheitseinrichtungen kontinuierliche Programme zur Infektionsprävention und -kontrolle (IPC) durchgesetzt werden. Ein IPC-Programm in einer Gesundheitseinrichtung sollte folgende Elemente umfassen:

    - definierte IPC-Richtlinien (z. B. routinemäßige und zusätzliche Infektionskontrollmaßnahmen im Hinblick auf potenzielle Bedrohungen)
    - qualifiziertes, eigens abgestelltes technisches Personal (IPC-Team) für die Durchführung des Infektionskontrollprogramms mit definierter Reichweite, Funktion und Verantwortung
    - ein Frühwarn-Überwachungssystem für die Erkennung des Ausbruchs übertragbarer Krankheiten

- ein definiertes Budget für die Aktivitäten (z. B. Schulung von Personal) und Versorgungsgüter für die Reaktion auf einen Notfall
- verstärkte Standardsicherheitsvorkehrungen und zusätzliche besondere Vorsichtsmaßnahmen, die für eine Epidemie festgelegt wurden
- administrative Kontrollen (z. B. Richtlinien zur Isolation) und ökologische und technische Kontrollen (z. B. Verbesserung der Belüftung)
- Einsatz von persönlicher Schutzausrüstung
- Überwachung der IPC-Verfahren und regelmäßige Überprüfung von Empfehlungen.

11. ***Medizinische Abfälle:*** In Gesundheitseinrichtungen entstehende Sonderabfälle können getrennt werden in: infektiöse Abfälle ohne Verletzungsgefahr, Abfälle mit Verletzungsgefahr (sog. Sharps) und nicht infektiöse gewöhnliche Abfälle. Durch schlechtes Management medizinischer Abfälle werden das Gesundheitspersonal, die Reinigungskräfte, die Personen, die die Abfälle entsorgen, die Patienten und andere Mitglieder der Gemeinde der Gefahr von Infektionen wie HIV und Hepatitis B und C ausgesetzt. Um das Infektionsrisiko zu minimieren, muss daher eine sachgerechte Abfalltrennung am Entstehungsort der Abfälle bis hin zu den endgültigen spezifischen Entsorgungsverfahren durchgeführt werden Das Personal, das für die Handhabung der medizinischen Abfälle zuständig ist, sollte angemessen geschult werden und Schutzausrüstung tragen (Handschuhe und Stiefel sind Mindestanforderungen). Die Entsorgung sollte je nach Abfallart erfolgen: Beispielsweise sollten infektiöse Abfälle ohne Verletzungsgefahr sowie Sharps entweder in geschützten Gruben entsorgt oder verbrannt werden.

12. ***Umgang mit den Überresten von Verstorbenen:*** Wenn Katastrophen zu einer hohen Sterblichkeit führen, ist es erforderlich, eine Vielzahl von Leichen zu entsorgen. Die Bestattung menschlicher Überreste in großer Zahl in Massengräbern basiert häufig auf der fälschlichen Annahme, dass diese ein Gesundheitsrisiko darstellen, falls sie nicht sofort bestattet oder verbrannt werden. Menschliche Überreste stellen allerdings nur in ganz wenigen Sonderfällen (z. B. Todesfälle infolge von Cholera oder hämorrhagischem Fieber) ein Gesundheitsrisiko dar und erfordern besondere Vorsichtsmaßnahmen. Daher sollten die Leichen nicht einfach in Massengräbern entsorgt werden, sondern den Hinterbliebenen sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, ihre Familienmitglieder zu identifizieren und kulturell angemessene Beisetzungen durchzuführen. Eine Massenbestattung kann verhindern, dass ein Totenschein ausgestellt wird, der jedoch für die Geltendmachung gesetzlicher Ansprüche erforderlich ist. Wenn die Bestatteten Opfer von Gewalt sind, sollten forensische Fragen berücksichtigt werden (siehe Standard 2 zu Notunterkünften und Ansiedlung, Richtlinie 3, Seite 296).

Standard 2 zu Gesundheitssystemen: Personal

Die Gesundheitsleistungen werden von geschultem und kompetentem Gesundheitspersonal ausgeführt, das über eine ausreichende Mischung an Kenntnissen und Kompetenzen verfügt, um die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung zu befriedigen.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Den Personalbestand und dessen Kapazität als Schlüsselkomponente für die Beurteilung der Ausgangslage im Bereich Gesundheit prüfen.
- Ungleichgewichte bei der Anzahl der Mitarbeiter sowie der Zusammensetzung hinsichtlich Kompetenzen, Geschlecht und ethnischer Herkunft nach Möglichkeit ausgleichen (siehe Richtlinie 1).
- Das medizinische Personal vor Ort unterstützen und unter Berücksichtigung ihrer Kompetenzen voll in die Gesundheitsleistungen integrieren (siehe Richtlinie 1).
- Sicherstellen, dass in jeder Gesundheitseinrichtung ausreichende Hilfskräfte für unterstützende Aufgaben zur Verfügung stehen.
- Das klinische Personal zur Nutzung klinischer Protokolle und Leitlinien schulen (siehe Richtlinie 2).
- Dem Personal regelmäßig Supervision und Feedback anbieten, um sicherzustellen, dass es die Standards und Leitlinien einhält.
- Die Schulungsprogramme standardisieren und entsprechend den wichtigsten Gesundheitsbedürfnissen und Kompetenzlücken ausrichten.
- Für das gesamte medizinische Personal eine faire und zuverlässige Vergütung sicherstellen, die zwischen allen Hilfsorganisationen und in Zusammenarbeit mit den nationalen Gesundheitsbehörden abgestimmt wird.
- Eine sichere Arbeitsumgebung gewährleisten, unter anderem Basishygiene und Schutz für das gesamte medizinische Personal.

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Es stehen mindestens 22 qualifizierte Gesundheitsarbeiter (Ärzte, Krankenschwestern/-pfleger und Hebammen)/10.000 Menschen zur Verfügung (siehe Richtlinie 1):
  - mindestens ein Arzt/50.000 Menschen
  - mindestens ein/e qualifizierte/r Krankenschwester/-pfleger/10.000 Menschen
  - mindestens eine Hebamme/10.000 Menschen.

- There is at least one Community Health Worker (CHW)/1,000 population, one supervisor/10 home visitors and one senior supervisor.
- Clinicians are not required to consult more than 50 patients a day consistently. If this threshold is regularly exceeded, additional clinical staff are recruited (see guidance note 1 and Appendix 3: Formulas for calculating key health indicators).

Richtlinien

1. ***Personalbestand:*** Das Gesundheitspersonal umfasst ein breites Spektrum an Gesundheitsarbeitern, unter anderem Ärzte, Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen, Clinical Officers oder Physician Assistants (zwischen Ärzten und Krankenschwestern/-pflegern angesiedelte Berufsgruppen), Labortechniker, Pharmazeuten, CHW usw. sowie Führungskräfte und Hilfspersonal. Es besteht kein Konsens über die optimale Ausstattung mit medizinischem Personal für eine Bevölkerungsgruppe. Je nach Kontext kann diese variieren. Allerdings besteht ein Zusammenhang zwischen der Verfügbarkeit des medizinischen Personals und dem Erfassungsgrad von Gesundheitsinterventionen. So kann allein die Anwesenheit einer einzigen weiblichen medizinischen Kraft oder eines Vertreters einer marginalisierten ethnischen Gruppe in der Belegschaft den Zugang von Frauen bzw. Angehörigen einer Minderheitengruppe zu den Gesundheitsleistungen erheblich verbessern. Ungleichgewichte beim Personal sollten durch Versetzung oder Rekrutierung von Gesundheitsarbeitern für Bereiche mit kritischen Defiziten in Bezug auf die Gesundheitsbedürfnisse behoben werden (siehe Grundstandard 6, Seite 81).
2. ***Schulung und Supervision des Personals:*** Das medizinische Personal sollte über die entsprechende Ausbildung und Kompetenzen verfügen und geeignete Leitung für ihre Verantwortungsstufe erhalten. Die Hilfsorganisationen sind verpflichtet, die Mitarbeiter zu schulen und ihnen Supervision zu bieten, um sicherzustellen, dass ihre Kenntnisse auf dem aktuellen Stand sind. Schulung und Anleitung kommt eine hohe Priorität zu, insbesondere wenn das Personal keine Fortbildung erhalten hat oder wenn neue Protokolle eingeführt werden. Die Schulungsprogramme sollten soweit wie möglich standardisiert sein und nach den wichtigsten Gesundheitsbedürfnissen und den durch Supervision identifizierten Kompetenzlücken priorisiert werden. Es sollte Buch darüber geführt werden, wer von wem wann und wo in welchem Bereich geschult wurde. Diese Aufzeichnungen sollten auch dem Bereich Personal der örtlichen Gesundheitsbehörden übermittelt werden (siehe Grundstandard 6, Seite 81).

Standard 3 zu Gesundheitssystemen: Medikamente und medizinische Hilfsgüter

Die Menschen haben Zugang zu einer durchgängigen Versorgung mit den wichtigsten Arzneimitteln und Verbrauchsmaterialien.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die vorhandenen Listen der wichtigsten Arzneimittel des von der Katastrophe betroffenen Landes im Frühstadium der Hilfsmaßnahme prüfen, um zu ermitteln, ob diese angemessen sind (siehe Richtlinie 1).
- Eine standardisierte Liste der wichtigsten Arzneimittel und medizinischen Geräte, die den Gesundheitsbedürfnissen und dem Kompetenzniveau der Gesundheitsarbeiter angemessen sind, erstellen und herausgeben (siehe Richtlinien 1-2).
- Ein effizientes Arzneimittel-Managementsystem einrichten oder (das Vorhandene) anpassen (siehe Richtlinie 3).
- Die Vorhaltung wichtiger Arzneimittel für die Behandlung der häufigsten Krankheiten sicherstellen.
- Arzneimittelspenden nur dann annehmen, wenn die Produkte international anerkannten Leitlinien entsprechen. Spenden, die diesen Leitlinien nicht entsprechen, sollten nicht eingesetzt, sondern sicher entsorgt werden.

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Jede Gesundheitseinrichtung verfügt über einen Vorrat an ausgewählten unentbehrlichen Arzneimitteln und Tracern für mehr als eine Woche (siehe Richtlinie 4).

Richtlinien

1. ***Liste der wichtigsten Arzneimittel:*** Die meisten Länder haben eine anerkannte Liste der wichtigsten Arzneimittel. Dieses Dokument sollte bei Bedarf im Frühstadium der Katastrophenhilfe in Abstimmung mit der federführenden Gesundheitsbehörde geprüft werden, um zu ermitteln, ob es zweckmäßig ist. Gelegentlich bedürfen die Listen der wichtigsten Arzneimittel einer Änderung, z. B. wenn Nachweise einer Resistenz gegenüber empfohlenen antimikrobiellen Substanzen vorliegen. Falls nicht bereits eine aktualisierte Liste vorhanden ist, sollten die von der WHO erstellten Leitlinien befolgt werden. So könnte z. B. auf die Modell-Listen der unentbehrlichen Arzneimittel der WHO zurückgegriffen werden. Der Einsatz von Standard-

Arzneimittelkits sollte auf die frühen Phasen einer Katastrophe begrenzt werden.

2. ***Medizinische Geräte:*** Es sollte eine Liste der erforderlichen Geräte erstellt werden, die auf den unterschiedlichen Ebenen der Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen. In dieser Liste sollten auch die Kompetenzanforderungen an das Personal aufgeführt werden.

3. ***Medikamentenmanagement:*** Die medizinischen Hilfsorganisationen müssen ein effizientes System für das Medikamentenmanagement einrichten. Ziel eines solchen Systems ist es, den wirksamen, kosteneffizienten und rationellen Einsatz hochwertiger Arzneimittel, deren Lagerung und die korrekte Entsorgung abgelaufener Arzneimittel sicherzustellen. Dieses System sollte auf den vier zentralen Elementen des Arzneimittelmanagement-Zyklus basieren: Auswahl, Beschaffung, Verteilung und Einsatz.

4. ***Tracer:*** Diese umfassen eine Liste der unentbehrlichen oder grundlegenden Arzneimittel, die für eine regelmäßige Evaluierung der Funktionsweise des Medikamenten-Managementsystems ausgewählt werden. Die Produkte, die als Tracer ausgewählt werden, sollten in Bezug auf die Prioritäten für die öffentliche Gesundheit vor Ort relevant sein und in den Gesundheitseinrichtungen zu jeder Zeit verfügbar sein. Beispiele sind Amoxicillin und Paracetamol.

Standard 4 zu Gesundheitssystemen: Finanzierung von Gesundheitsleistungen

Die Menschen haben während der Dauer der Katastrophe Zugang zu kostenlosen Leistungen der primären Gesundheitsversorgung.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Finanzielle Ressourcen identifizieren und mobilisieren, um der betroffenen Bevölkerung während der Dauer der Katastrophe am Leistungsort kostenlose Gesundheitsleistungen erbringen zu können (siehe Richtlinie 1).
- Falls über das staatliche System Nutzungsentgelte berechnet werden, sind Vorkehrungen zu treffen, um diese aufzuheben oder für die Dauer der Katastrophenhilfe vorübergehend auszusetzen (siehe Richtlinie 2).
- Dem Gesundheitssystem finanzielle und technische Unterstützung bieten, um Finanzlücken zu schließen, die durch die Aufhebung bzw. Aussetzung von Nutzungsentgelten entstanden sind, und die erhöhte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu bewältigen (siehe Richtlinie 1).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die von der Katastrophe betroffene Bevölkerung erhält während der Dauer der Katastrophenhilfe in allen staatlichen und nicht staatlichen Einrichtungen kostenlose Leistungen der primären Gesundheitsversorgung.

Richtlinien

1. ***Gesundheitsfinanzierung:*** Die Kosten für die Erbringung grundlegender Gesundheitsleistungen variieren je nach Kontext. Dabei umfasst der Kontext das bestehende Gesundheitssystem, die von der Katastrophe betroffene Bevölkerung und die spezifischen Gesundheitsbedürfnisse infolge der Katastrophe. Gemäß der Kommission für Makroökonomie und Gesundheit der WHO würde die Bereitstellung eines Mindestpakets grundlegender Gesundheitsleistungen in einkommensschwachen Ländern Ausgaben in Höhe von mindestens US $ 40/Person/Jahr verursachen (Zahlen von 2008). Es ist anzunehmen, dass die Erbringung von Gesundheitsleistungen im Rahmen einer Katastrophe höhere Kosten verursacht als in einem stabilen Umfeld.

2. ***Nutzungsentgelte*** bezeichnet direkte Zahlungen von Begünstigten am Ort der Leistungserbringung. Nutzungsentgelte behindern den Zugang zur Gesundheitsversorgung und führen dazu, dass arme und besonders gefährdete und anfällige Menschen im Bedarfsfall nicht immer eine angemessene Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen. Ein grundlegender humanitärer Grundsatz lautet, dass die von den Hilfsorganisationen bereitgestellten Leistungen und Güter für die Empfänger kostenlos sein sollten. In Kontexten, in welchen dies nicht möglich ist, kann überlegt werden, ob der betroffenen Bevölkerung Bargeld oder Gutscheine ausgehändigt werden, damit sie Zugang zu den Gesundheitsleistungen erhalten (siehe Nahrungsmittelsicherheit – Standard 1 zu Bargeld- und Gutscheintransfers, Seite 321). Die Aufhebung von Nutzungsentgelten muss von anderen Maßnahmen begleitet werden, um das Gesundheitssystem für die Einnahmenausfälle zu kompensieren und die Nutzung zu erhöhen (z. B. Zahlung von Anreizen für das Gesundheitspersonal, Bereitstellung zusätzlicher Arzneimittelvorräte). Nach der Aufhebung der Nutzungsentgelte muss die Zugänglichkeit und Qualität der Leistungen überwacht werden.

Standard 5 zu Gesundheitssystemen:
Informationsmanagement im Zuge von Gesundheitsleistungen

Gestaltung und Erbringung der Gesundheitsleistungen orientieren sich an der Erhebung, Analyse, Interpretation und Nutzung einschlägiger Daten zur öffentlichen Gesundheit.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Über die Nutzung des bestehenden Gesundheitsinformationssystems (HIS), dessen Anpassung oder den Einsatz eines alternativen HIS entscheiden (siehe Richtlinie 1).
- Sofern dies relevant ist, Beurteilungen und Untersuchungen durchführen, um Informationen zu sammeln, die über das HIS nicht verfügbar, für die Entscheidung über vorrangige Gesundheitsleistungen jedoch ausschlaggebend sind (siehe Richtlinie 2).
- Für alle meldepflichtigen Krankheiten und Gesundheitsbedingungen standardisierte Falldefinitionen entwickeln bzw. einsetzen und sicherstellen, dass sie von allen Hilfsorganisationen angewandt werden.
- Überwachungs- und Frühwarn- (early warning, EWARN-) Systeme zur Erkennung von Krankheitsausbrüchen als Bestandteil des HIS entwickeln und nach Möglichkeit auf dem bestehenden HIS aufbauen (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 3 zur Kontrolle übertragbarer Krankheiten, Seite 366, und Anhang 2: Musterformulare für die wöchentliche Berichterstattung in der Gesundheitsüberwachung).
- Wichtige Krankheiten und Gesundheitsbedingungen über das HIS identifizieren und melden.
- Alle intervenierenden Hilfsorganisationen einigen sich auf eine gemeinsame Zahl, etwa zur Bevölkerung, und nutzen diese (siehe Richtlinie 3).
- Die Gesundheitseinrichtungen und -behörden übermitteln der federführenden Organisation regelmäßig Überwachungs- und andere HIS-Daten. Die Häufigkeit dieser Meldungen variiert je nach Kontext und nach der Art der Daten, z. B. täglich, wöchentlich, monatlich.
- Durchgängig ergänzende Daten aus anderen relevanten Quellen, etwa Untersuchungen, nutzen, um die Überwachungsdaten zu interpretieren und die Entscheidungsfindung zu unterstützen (siehe Richtlinie 2).
- Angemessene Vorsichtsmaßnahmen zum Datenschutz ergreifen, um die Rechte und die Sicherheit der einzelnen Personen und Bevölkerungsgruppen zu gewährleisten (siehe Richtlinie 4).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle Gesundheitseinrichtungen und -organisationen übermitteln der federführenden Organisation regelmäßig innerhalb von 48 Stunden nach Ablauf der Meldefrist einen HIS-Bericht.
- Alle Gesundheitseinrichtungen und -organisationen melden Fälle von Krankheiten mit epidemischem Potenzial innerhalb von 24 Stunden nach Ausbruch der Krankheit (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 3 zur Kontrolle übertragbarer Krankheiten, Seite 366).
- Die federführende Organisation erstellt einen regelmäßigen Informationsbericht zur allgemeinen Gesundheitssituation, einschließlich Analyse und Interpretation der epidemiologischen Daten, sowie einen Bericht über den Erfassungs- und Ausnutzungsgrad der Gesundheitsleistungen.

Richtlinien

1. ***Gesundheitsinformationssystem:*** Ein Überwachungssystem sollte nach Möglichkeit auf dem bestehenden HIS aufbauen. In manchen Katastrophen kann ein neues oder paralleles HIS erforderlich sein. Dies wird anhand einer Beurteilung der Leistung und Eignung des bestehenden HIS und des Informationsbedarfs in der aktuellen Katastrophe festgelegt. Während der Katastrophenhilfe sollten die Gesundheitsdaten folgende Informationen umfassen (und können weitere Daten enthalten):

   - von den Gesundheitseinrichtungen gemeldete Todesfälle, einschließlich der Todesfälle von Kindern unter 5 Jahren
   - proportionale Mortalität
   - fallspezifische Mortalität
   - Inzidenzraten der häufigsten Morbiditäten
   - proportionale Morbidität
   - Nutzungsgrad der Gesundheitseinrichtungen
   - Anzahl der Konsultationen/Kliniker/Tag.

2. ***Datenquellen:*** Bei der Interpretation und Verwendung der Daten zu den Gesundheitseinrichtungen sind die Quelle der Informationen und deren etwaige Beschränkungen zu berücksichtigen. In einem umfassenden HIS ist die Verwendung ergänzender Daten, beispielsweise die Schätzung der Prävalenz von Krankheiten oder Informationen zu spezifischen Gewohnheiten und dem Krankheitsverhalten (health seeking behaviour), für die Entscheidungsfindung von entscheidender Bedeutung. Zu weiteren Datenquellen, die die Analyse optimieren können, gehören bevölkerungsbasierte Untersuchungen, Laborberichte und die Messung der Qualität der erbrachten Leistungen. Die Untersuchungen und die Beurteilung müssen international

anerkannten Qualitätskriterien entsprechen, standardisierte Instrumente und Protokolle heranziehen und möglichst einer Prüfung durch Fachkollegen unterzogen werden.

3. ***Aufschlüsselung der Daten:*** Die Daten sollten nach Geschlecht, Alter, Gefährdung und Anfälligkeit bestimmter Einzelpersonen, der betroffenen und der aufnehmenden Bevölkerungsgruppen und nach Kontext (z. B. Lager- im Vergleich zu anderen Situationen) aufgeschlüsselt werden, soweit dies als Orientierungshilfe für die Entscheidungsfindung zweckmäßig ist. In den frühen Stadien einer Notfallsituation kann eine detaillierte Aufschlüsselung schwierig sein. Die Daten zur Mortalität und Morbidität sollten jedoch wenigstens für Kinder unter fünf Jahren aufgeschlüsselt werden. Falls Zeit und Lage es erlauben, sollte eine detailliertere Aufschlüsselung vorgenommen werden, damit potenzielle Ungleichheiten und besonders gefährdete oder anfällige Menschen besser identifiziert werden können (siehe Grundstandard 3, Seite 69).

4. ***Vertraulichkeit:*** Es sollten ausreichende Vorkehrungen getroffen werden, um die Sicherheit der Menschen wie auch der Daten selbst zu schützen. Die Mitarbeiter sollten Patienteninformationen niemals ohne Genehmigung des Patienten an Dritte weitergeben, die nicht direkt an dessen Versorgung beteiligt sind. Besondere Beachtung verdienen Personen mit intellektueller, psychischer oder sensorischer Störung, die möglicherweise deren Fähigkeit beeinträchtigt, eine Einwilligung nach Aufklärung abzugeben. Daten betreffend Verletzungen, die durch Folter oder andere Menschenrechtsverletzungen (einschließlich sexueller Nötigung), verursacht wurden, müssen mit äußerster Sorgfalt behandelt werden. Es ist zu überlegen, diese Informationen an die entsprechenden Akteure oder Institutionen weiterzugeben, falls die Menschen hierzu nach Aufklärung ihre Einwilligung geben (siehe Standard 1 zu Gesundheitssystemen, Seite 342, und Grundsatz 1 zum Schutz, Richtlinien 7-12, Seiten 40-41).

   Siehe Anhang 2 für Musterformulare zur Überwachung von Mortalität, EWARN und Morbidität. Siehe Anhang 3 für Formeln für die Berechnung zentraler Gesundheitsindikatoren.

Standard 6 zu Gesundheitssystemen: Führung und Koordination

Die Menschen haben Zugang zu Gesundheitsleistungen, die zwischen den Hilfsorganisationen und den Sektoren koordiniert werden, damit die größtmögliche Wirkung erzielt wird.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Sicherstellen, dass Vertreter des Gesundheitsministeriums die Koordination des Sektors „Gesundheit“ nach Möglichkeit steuern oder zumindest eng in diese eingebunden sind.
- Falls das Gesundheitsministerium nicht über die erforderliche Kapazität verfügt oder nicht bereit ist, bei der Hilfsmaßnahme die Führung zu übernehmen, ist eine andere Stelle mit der notwendigen Kapazität zu identifizieren, die die Koordination des Sektors „Gesundheit“ übernehmen kann (siehe Richtlinien 1-2).
- Abhalten regelmäßiger Gesundheitskoordinationssitzungen für die lokalen und externen Partner auf zentraler, regionaler und Feldebene im Sektor „Gesundheit“ und zwischen dem Sektor „Gesundheit“ und anderen Sektoren sowie entsprechender Sitzungen zu Querschnittsthemen (siehe Richtlinie 3 und Grundstandard 2, Seite 65).
- Die spezifischen Verantwortlichkeiten und Kapazitäten jeder Gesundheitsorganisation klären und dokumentieren, um einen optimalen Erfassungsgrad der Bevölkerung sicherzustellen (siehe Richtlinie 1).
- Im Rahmen des Gesundheitskoordinationsmechanismus Arbeitsgruppen einrichten, sofern eine bestimmte Situation dies erfordert (z. B. Vorsorge und Maßnahmen beim Ausbruch von Krankheiten, reproduktive Gesundheit).
- Regelmäßige Aktualisierungen und Mitteilungen zum Sektor „Gesundheit“ erstellen.

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die federführende Organisation hat ein Strategiedokument für Hilfsmaßnahmen im Sektor „Gesundheit“ entwickelt, um die Interventionen zu priorisieren und die Rolle der federführenden Organisation und der Partnerorganisationen zu Beginn der Notfallmaßnahme zu definieren (siehe Richtlinie 2).

Richtlinien

1. ***Federführende Gesundheitsbehörde:*** Das Gesundheitsministerium sollte als federführende Gesundheitsbehörde fungieren und die Verantwortung für die Steuerung der Hilfe im Sektor „Gesundheit“ übernehmen. In einigen Situationen kann es sein, dass das Gesundheitsministerium nicht über die erforderliche Kapazität verfügt oder nicht bereit ist, in effektiver und unparteiischer Weise die Führungsrolle zu übernehmen. In diesem Fall übernimmt im Allgemeinen die WHO als federführende Organisation für den weltweiten Cluster „Gesundheit“ (global health cluster) die Verantwortung. Falls sowohl das Gesundheitsministerium als auch die WHO nicht über die entsprechende Kapazität verfügen, muss gelegentlich eine andere Organisation die Aktivi-

täten koordinieren. Die federführende Gesundheitsbehörde sollte sicherstellen, dass sich die intervenierenden medizinischen Hilfsorganisationen mit den örtlichen Gesundheitsbehörden absprechen und die Kapazitäten der lokalen Gesundheitssysteme unterstützen (siehe Grundstandard 2, Seite 65).

2. ***Strategie für den Sektor „Gesundheit“:*** Eine wichtige Aufgabe der federführenden Gesundheitsbehörde ist die Entwicklung einer Gesamtstrategie für die Notfallhilfe im Sektor „Gesundheit“. Idealerweise sollte ein Dokument erstellt werden, das die Schwerpunkte und Ziele des Sektors „Gesundheit“ aufführt und die entsprechenden Strategien für deren Umsetzung darlegt. Dieses Dokument sollte nach Abstimmung mit den relevanten Hilfsorganisationen und Gemeindevertretern entwickelt werden und ein möglichst integrativer Prozess beim Erstellen des Dokuments sichergestellten.

3. ***Die Koordinationssitzungen*** sollten handlungsorientiert sein und ein Forum bieten, in welchem Informationen ausgetauscht, Prioritäten identifiziert und überwacht, gemeinsame Gesundheitsstrategien entwickelt und angepasst, spezifische Aufgaben zugewiesen und standardisierte Protokolle und Interventionen abgestimmt werden. Die Sitzungen sollten genutzt werden, um sicherzustellen, dass alle Gesundheitspartner nach Möglichkeit gemeinsame Kennzahlen und sonstige relevante Daten, Instrumente, Leitlinien und Standards heranziehen. Zu Beginn der Katastrophe sollten häufigere Sitzungen abgehalten werden.

2 Grundlegende Gesundheitsleistungen

Grundlegende Gesundheitsleistungen sind präventive und kurative Gesundheitsleistungen, die geeignet sind, die Gesundheitsbedürfnisse von Bevölkerungsgruppen, die von einer Katastrophe betroffen sind, zu befriedigen. Dazu gehören Interventionen, die bei der Prävention und Reduzierung von Exzessmorbidität und -mortalität infolge von übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten sowie der Folgen von Konflikten und Großschadensereignissen am wirkungsvollsten sind. Während einer Katastrophe können die Sterberaten extrem hoch sein. Für die Entwicklung geeigneter grundlegender Gesundheitsleistungen ist es daher entscheidend, die wesentlichen Ursachen von Morbidität und Mortalität zu identifizieren. In diesem Teil des Kapitels „Gesundheit“ werden die Standards zu den grundlegenden Gesundheitsleistungen in sechs Abschnitten kategorisiert: Kontrolle übertragbarer Krankheiten; Kindergesundheit; sexuelle und reproduktive Gesundheit; Verletzungen; psychische Gesundheit; nicht übertragbare Krankheiten.

Standard 1 zu grundlegenden Gesundheitsleistungen: Priorisierung von Gesundheitsleistungen

Die Menschen haben Zugang zu Gesundheitsleistungen, die priorisiert sind, um die Hauptursachen von Exzessmortalität und -morbidität anzugehen.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- In Koordination mit den örtlichen Gesundheitsbehörden Daten zu Gesundheitsproblemen und -risiken sammeln und analysieren mit dem Ziel, auf die wichtigsten Ursachen von Exzessmortalität und -morbidität zu reagieren (siehe Grundstandard 3, Seite 69).
- Besonders gefährdete und anfällige Menschen (z. B. Frauen, Kinder, ältere Menschen, Personen mit Behinderungen usw.) identifizieren, die möglicherweise einem besonderen Risiko ausgesetzt sind (siehe Grundsatz 2 zum Schutz, Seite 41).

- In Abstimmung mit den örtlichen Gesundheitsbehörden Gesundheitsleistungen priorisieren und umsetzen, die geeignet, realisierbar und wirkungsvoll sind, um Exzessmorbidität und -mortalität zu reduzieren (siehe Richtlinie 1).
- Barrieren identifizieren, die den Zugang zu priorisierten Gesundheitsleistungen behindern, und praktische Lösungen finden, um diese aus dem Weg zu räumen (siehe Richtlinie 2).
- Prioritäre Gesundheitsleistungen in Abstimmung mit allen anderen Sektoren/Clustern und Querschnittsthemen implementieren (siehe Grundstandard 2, Seite 65).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die rohe Mortalitätsrate (CMR) wird unter dem Zweifachen des für die Bevölkerung dokumentierten Bezugswerts vor der Katastrophe gehalten oder auf diesen Wert reduziert (siehe Richtlinie 3).
- Die Mortalitätsrate von Kindern unter fünf Jahren (U5MR) wird unter dem Zweifachen des für die Bevölkerung dokumentierten Bezugswerts vor der Katastrophe gehalten oder auf diesen Wert reduziert (siehe Richtlinie 3).

Richtlinien

1. ***Prioritäre Gesundheitsleistungen*** sind grundlegende Gesundheitsleistungen, mit welchen die häufigsten Ursachen von Exzessmortalität und -morbidität wirksam behoben werden können. Sie variieren je nach Kontext, unter anderem je nach Art der Katastrophe und deren Auswirkungen. Prioritäre Gesundheitsleistungen sollten soweit wie möglich auf dem Grundsatz der evidenzbasierten Praxis beruhen und nachgewiesenermaßen der öffentlichen Gesundheit nützen. Wenn die Mortalitätsrate auf einen Wert nahe des Bezugswertes gefallen ist, kann mit der Zeit ein umfassenderes Spektrum an Gesundheitsleistungen eingeführt werden (siehe Grundstandard 4, Seite 74).
2. ***Der Zugang zu Gesundheitsleistungen*** sollte auf den Grundsätzen von Gleichheit und Unparteilichkeit basieren, damit ein gleichberechtigter Zugang nach dem Bedarf und ohne jede Diskriminierung sichergestellt ist. In der Praxis sollten der Standort und die Personalausstattung für die Gesundheitsleistungen so organisiert werden, dass ein optimaler Zugang und Erfassungsgrad sichergestellt wird. Bei der Auslegung der Gesundheitsleistungen sollte den speziellen Bedürfnissen besonders gefährdeter und anfälliger Menschen Rechnung getragen werden. Die Barrieren für den Zugang können physischer, finanzieller, verhaltensmäßiger, kultureller und kommunikativer Natur sein. Es ist sehr wichtig, solche Barrieren für den Zugang zu priorisierten Gesundheitsleistungen zu identifizieren und zu überwinden (siehe Grundstandard 3, Seite 69 und Grundsatz 2 zum Schutz, Seite 41).

3. ***Rohe Mortalitätsrate (CMR) und Mortalitätsrate von Kindern unter 5 Jahren (U5MR):*** Die CMR ist der hilfreichste Gesundheitsindikator für die Überwachung und Evaluierung der Schwere einer Notfallsituation. Eine Verdoppelung des CMR-Bezugswertes oder mehr zeigt einen signifikanten Notfall für die öffentliche Gesundheit an, der unmittelbare Maßnahmen erfordert. Wenn der Bezugswert nicht bekannt oder von zweifelhafter Gültigkeit ist, sollten die Hilfsorganisationen versuchen, die CMR zumindest unterhalb von 1,0/10.000/Tag zu halten.

   Die U5MR ist ein sensitiverer Indikator als die CMR. Wenn der Bezugswert nicht bekannt oder von zweifelhafter Gültigkeit ist, sollten die Hilfsorganisationen versuchen, die U5MR zumindest unterhalb von 2,0/10.000/Tag zu halten (siehe Anhang 3: Formeln für die Berechnung zentraler Gesundheitsindikatoren).

Baseline-Referenzdaten zur Mortalität nach Regionen

Region	**CMR (Todesfälle/ 10.000/Tag)**	**CMR Notfall-schwelle**	**U5MR (Todesfälle/ 10.000/Tag)**	**U5MR Notfall-schwelle**
Afrika südlich der Sahara	0,41	0,8	1,07	2,1
Naher Osten und Nordafrika	0,16	0,3	0,27	0,5
Südasien	0,22	0,4	0,46	0,9
Ostasien und Pazifik	0,19	0,4	0,15	0,3
Lateinamerika und Karibik	0,16	0,3	0,15	0,3
Mittel- und osteuropäische Region/GUS* und Baltikum	0,33	0,7	0,14	0,3
Industrieländer	0,25	0,5	0,03	0,1
Entwicklungsländer	0,22	0,4	0,44	0,9
Am wenigsten entwickelte Länder	0,33	0,7	0,82	1,7
Welt	0,25	0,5	0,40	0,8

** Gemeinschaft unabhängiger Staaten*
Quelle: UNICEF, Zur Situation der Kinder in der Welt 2009 (Daten von 2007)

2.1 Grundlegende Gesundheitsleistungen – Kontrolle übertragbarer Krankheiten

Katastrophen gehen tendenziell mit einem Anstieg von Morbidität und Mortalität aufgrund übertragbarer Krankheiten einher. In vielen Konfliktgebieten gehen zwischen 60 und 90 Prozent der Todesfälle auf vier wesentliche infektiöse Ursachen zurück: akute Atemwegsinfektionen, Diarrhoe, Masern und Malaria (sofern endemisch). Akute Mangelernährung verschärft diese Krankheiten noch, insbesondere bei Kindern unter fünf Jahren. Ein Ausbruch übertragbarer Krankheiten wird weitaus seltener mit plötzlich auftretenden Naturkatastrophen in Verbindung gebracht. Im Falle eines Krankheitsausbruchs stehen diese generell mit Risikofaktoren wie Vertreibung, räumlicher Enge, unzureichenden Notunterkünften, ungenügender und unsicherer Wasserversorgung und unzulänglicher Sanitärversorgung im Zusammenhang.

Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 1 zur Kontrolle übertragbarer Krankheiten: Prävention übertragbarer Krankheiten

Die Menschen haben Zugang zu Informationen und Leistungen, die darauf ausgelegt sind, den übertragbaren Krankheiten vorzubeugen, die am stärksten zu Exzessmorbidität und -mortalität beitragen.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- In Abstimmung mit den relevanten Sektoren allgemeine Präventionsmaßnahmen entwickeln und umsetzen (siehe Richtlinie 1).
- In Abhängigkeit von der lokalen Epidemiologie geeignete Vektorkontrollmethoden für Malaria, Dengue-Fieber und andere vektorübertragene Krankheiten einführen (siehe Richtlinien 2-3).
- Krankheitsspezifische Präventionsmaßnahmen einleiten, z. B. Massenimpfungen gegen Masern, sofern angezeigt (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 1 zur Kindergesundheit, Seite 372).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Inzidenz wichtiger übertragbarer Krankheiten, die für den Kontext relevant sind, ist stabil (steigt nicht).

Richtlinien

1. ***Allgemeine Präventionsmaßnahmen:*** Dazu zählen eine gute Standortplanung, die Bereitstellung von sauberem Wasser und einer angemessenen Sanitärversorgung, der Zugang zu Hygiene-Einrichtungen, Impfungen gegen bestimmte Krankheiten, eine adäquate und sichere Nahrungsmittelversorgung, persönlicher Schutz und Vektorkontrolle sowie Gesundheitserziehung in der Gemeinde und soziale Mobilisierung. Die meisten dieser Interventionen sollten in Abstimmung mit anderen Sektoren entwickelt werden, unter anderem:

   - Notunterkünfte – eine ausreichende Anzahl von Notunterkünften und genügend Platz zwischen ihnen, mit ausreichender Belüftung, insektensicher und von stehendem Wasser abgewandt gelegen, nahe genug an Wasserversorgungs- und Sanitäreinrichtungen (siehe Standards 1-3 zu Notunterkünften und Ansiedlung, Seiten 288-299, und Standard 2 zu Non-Food Items, Seite 315)
   - Wasser, Sanitärversorgung, Hygiene – ausreichende Mengen an sauberem Wasser, angemessene Sanitäreinrichtungen und Hygieneaufklärung (siehe Standards 1-2 zur Hygieneaufklärung, Seiten 104-107, Standards 1-3 zur Wasserversorgung, Seiten 110-117, und Standards 1-2 zur Fäkalienentsorgung, Seiten 120-122)
   - umweltgerechte Sanitärversorgung, sicheres Abfallmanagement und Vektorkontrolle (siehe Richtlinien 2-3, Standard 4 zu Notunterkünften und Ansiedlung, Seite 304, Standards 1-3 zur Vektorkontrolle, Seiten 127-132, Standard 1 zur Abfallentsorgung, Seite 134, und Standard 1 zur Entwässerung, Seite 139)
   - Nahrungsmittelsicherheit, Ernährung und Nahrungsmittelhilfe – Zugang zu ausreichender Nahrung und Management der Mangelernährung (siehe Standards 1-2 zur Säuglings- und Kleinkindernährung, Seiten 182-183, Standards 1-3 zum Management der akuten Mangelernährung und Mikronährstoffmängeln, Seiten 189-198, und Standard 1 zur Nahrungsmittelsicherheit, Seite 202)
   - Gesundheitserziehung und soziale Mobilisierung – Entwicklung von Informationsmaterial, um die effiziente Durchführung der oben genannten Präventionsmaßnahmen sicherzustellen.

2. ***Malariaprävention:*** Entsprechend dem Infektionsrisiko, der Phase des Notfalls und der Mobilität der Bevölkerung, der Art der Notunterkünfte und dem Verhalten des lokalen Vektors in einem Malaria-Endemiegebiet sollten Methoden zur Malariaprävention eingeführt werden. Die Vektorkontrollmaßnahmen, etwa das Besprühen von Innenräumen (indoor residual spraying, IRS) mit einem wirkungsvollen Insektizid und die Verteilung von langlebigen insektizidbehandelten Netzen (LLIN), sollten sich nach den entomologischen

Beurteilungen und Kenntnissen richten. Damit IRS als Kontrollmaßnahme in einer Gemeinde wirkungsvoll ist, sollte der Deckungsgrad mindestens 80 Prozent der Behausungen betragen. LLIN bieten langfristigen persönlichen Schutz und sind das Standardnetz der Wahl. Die Verteilung unbehandelter Netze wird nicht empfohlen (siehe Standard 2 zu Non-Food Items, Seite 315, und Standards 1-3 zur Vektorkontrolle, Seiten 127-132).

Die Priorisierung von LLIN-Verteilungen an Risikogruppen hängt von der Phase der Katastrophe und dem Grad der Malaria-Übertragung ab. In Gebieten mit hoher bis moderater Malaria-Übertragung sollte in der Frühphase von Katastrophen Krankenhauspatienten, schwer mangelernährten Menschen und deren Haushaltsmitgliedern sowie schwangeren Frauen und Kindern unter zwei Jahren Priorität eingeräumt werden. Die nächste Priorität betrifft Personen, die an Nahrungsergänzungsprogrammen teilnehmen, Kinder unter fünf Jahren und Haushalte mit schwangeren Frauen und Kindern unter zwei Jahren. Letztendlich benötigt die gesamte gefährdete Bevölkerung Schutz durch LLIN. In Gebieten mit geringer Übertragung sollten LLIN in der Frühphase von Katastrophen im klinischen Bereich eingesetzt werden (zum Beispiel in therapeutischen Ernährungszentren mit Unterbringung und in Krankenhäusern).

3. ***Dengue-Prävention:*** Die wichtigste Methode der Dengue-Prävention ist die Kontrolle des (larvalen und adulten) Vektors. Die Vektorkontrolle sollte sich bei Dengue-Fieber an den Überwachungsdaten zur Verteilung der Erkrankungsfälle und der Vektordichte orientieren. Das Targeting muss sich auf die produktivsten Brutplätze richten, die je nach Ort variieren können. Im städtischen Raum brüten Aedes-Moskitos in Wasservorratsbehältern und an anderen Orten, an welchen sich Wasser ansammelt (Kunststoffbecher, Altreifen, zerbrochene Flaschen, Blumentöpfe usw.). Die periodische Entwässerung und Entfernung von Behältern ist die effizienteste Möglichkeit, die Zahl der Brutplätze zu verringern. Wasser, das in Häusern gelagert wird, sollte zu jeder Zeit abgedeckt sein, und die Behälter sollten wöchentlich gereinigt werden. Der von der Katastrophe betroffenen Bevölkerung sollten geeignete Wasservorratsbehälter mit Deckeln bereitgestellt werden. Auch durch die Behandlung der Behälter mit einem zugelassenen Larvizid können Larven wirksam beseitigt werden. Durch Besprühen mit einem Insektizid kann die Anzahl adulter Moskitos verringert werden. Es sollten zudem persönliche Schutzmaßnahmen gefördert werden (siehe Standard 2 zu Non-Food Items, Seite 315, und Standards 1-3 zur Vektorkontrolle, Seiten 127-132).

Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 2 zur Kontrolle übertragbarer Krankheiten: Diagnose übertragbarer Krankheiten und Fallmanagement

Die Menschen haben Zugang zu einer effektiven Diagnostik und Behandlung derjenigen Infektionskrankheiten, die am stärksten zu vermeidbarer Exzessmorbidität und -mortalität beitragen.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Informationen für die öffentliche Gesundheitserziehung entwickeln, um die Menschen zu ermutigen, sich bei Fieber, Husten, Diarrhoe usw. frühzeitig um Behandlung zu bemühen.
- In allen Gesundheitseinrichtungen der primären Versorgungsstufe auf der Basis des üblichen Fallmanagement-Protokolls oder des Integrierten Managements von Kinderkrankheiten (Integrated Management of Childhood Illnesses, IMCI) und des Integrierten Managements von Krankheiten im Erwachsenenalter (Integrated Management of Adult Illnesses, IMAI), sofern diese eingesetzt werden, für medizinische Versorgung sorgen und Überweisungsbehandlungen für das Management schwerer Krankheiten anbieten (siehe Richtlinie 1).
- Triage-, Diagnostik- und Fallmanagement-Protokolle für die Frühbehandlung von Erkrankungen wie Lungenentzündung, Malaria, Diarrhoe, Masern, Meningitis, Mangelernährung und Dengue-Fieber einführen und das Personal in Bezug auf die Behandlungsprotokolle schulen (siehe Richtlinien 2-3 und Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 2 zur Kindergesundheit, Seite 375).
- Programme zur Tuberkulosekontrolle erst einführen, wenn die anerkannten Kriterien hierzu erfüllt sind (siehe Richtlinie 4).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Für die Diagnostik und Behandlung verbreiteter Infektionskrankheiten sind standardisierte Fallmanagement-Protokolle einfach verfügbar, und sie werden durchgängig eingesetzt (siehe Richtlinien 1-3 und Gesundheitssysteme – Standard 1 zur Erbringung von Gesundheitsleistungen, Seite 342).

Richtlinien

1. ***Integriertes Management von Kinderkrankheiten (IMCI) und Integriertes Management von Krankheiten im Erwachsenenalter (IMAI):*** Durch frühe und exakte Diagnostik und geeignete Behandlung kann die Sterblichkeit

aufgrund übertragbarer Krankheiten verringert werden. Der Einsatz von IMCI und IMAI, sofern diese Systeme eingeführt sind, oder anderer nationaler diagnostischer Algorithmen ist wichtig für die Sichtung und Klassifizierung von Krankheiten nach Art und Schweregrad und für die Verordnung von geeigneten Behandlungen. Falls Warnsignale auftreten, ist eine Überweisung in eine stationäre Einrichtung angezeigt. Standardisierte Fallmanagement-Protokolle ermöglichen eine adäquate Diagnostik und den rationellen Einsatz von Medikamenten (siehe auch Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 2 zur Kindergesundheit, Seite 374).

2. ***Lungenentzündung:*** Im Hinblick auf die Senkung der Sterblichkeit aufgrund von Lungenentzündung ist eine rasche Verabreichung oraler Antibiotika wie Amoxicillin gemäß den nationalen Protokollen entscheidend. Eine schwere Lungenentzündung erfordert einen Krankenhausaufenthalt und parenterale Behandlung.

3. ***Malaria:*** Für eine erfolgreiche Malariakontrolle ist der Zugang zu einer schnellen und effektiven Behandlung maßgebend. In Malaria-Endemiegebieten sollte ein Protokoll für die Frühdiagnose (weniger als 24 Stunden) von Fieber und die Behandlung mit hochwirksamen Erstlinien-Medikamenten eingeführt werden. Für die Behandlung der Falziparum-Malaria sind Artemisinin-basierte Kombinationstherapien (artemisinin-based combination therapies, ACT) die Norm. Die Wahl der Medikamente sollte in Abstimmung mit der federführenden Gesundheitsbehörde und dem nationalen Malariakontrollprogramm festgelegt werden. Bei der Beschaffung sollte die Qualität der Arzneimittel berücksichtigt werden. Die Diagnose von Malaria sollte vorzugsweise durch Laboruntersuchung erfolgen (Schnelldiagnosetest, Mikroskopie), bevor die Behandlung eingeleitet wird. Die Behandlung der klinischen Malaria sollte jedoch nicht verzögert werden, falls eine Labordiagnose nicht möglich ist.

4. ***Tuberkulose-Kontrolle:*** Eine schlechte Durchführung von Programmen zur Kontrolle der Tuberkulose (TB) kann potenziell mehr schaden als nützen, da die Infektiösität verlängert wird und die Ausbreitung multiarzneimittelresistenter Bazillen gefördert wird. Während das Management einzelner Tuberkulose-Patienten während einer Katastrophe möglich sein kann, sollte ein umfassendes Programm zur Tuberkulose-Kontrolle nur durchgeführt werden, wenn die anerkannten Kriterien hierzu erfüllt sind. Zu diesen Kriterien zählen das Engagement und die Ressourcen einer Hilfsorganisation, eine gesicherte Stabilität der Bevölkerung für mindestens 12-15 Monate und die Sicherstellung einer guten Programmqualität. Nach ihrer Einführung sollten die TB-Kontrollprogramme in das nationale Programm des Landes integriert werden und dem Fünf-Stufen-Plan zur Behandlung von TB (Directly-Observed Therapy, Short-course Strategy) folgen.

In der akuten Phase eines Notfalls ist zu erwarten, dass die potenzielle Unterbrechung aller Behandlungen chronischer Krankheiten einschließlich TB und der Ausfall von Nachuntersuchungen der Patienten zu erheblichen Problemen führen. Zwischen dem medizinischen Notfallpersonal und den Leistungen der etablierten nationalen TB-Programme muss eine enge Zusammenarbeit stattfinden. Dies hilft sicherzustellen, dass die Menschen, die vor der Katastrophe bereits in Behandlung waren, die Therapie fortsetzen können (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 1 zu nicht übertragbaren Krankheiten, Seite 389).

Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 3 zur Kontrolle übertragbarer Krankheiten: Erkennung von Krankheitsausbrüchen und Reaktion

Im Falle von Krankheitsausbrüchen ist für rechtzeitige und effektive Vorbereitung, Erkennung, Untersuchung und Kontrolle gesorgt.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

Erkennung

- Im Rahmen eines breiter angelegten Gesundheitsinformationssystems auf der Basis einer umfassenden Beurteilung des Risikos übertragbarer Krankheiten ein EWARN- (early warning, Frühwarn-) System zur Überwachung von Krankheiten und Einleitung entsprechender Reaktionen einrichten (siehe Richtlinie 1 und Standard 5 zu Gesundheitssystemen, Seite 353).
- Das Gesundheitspersonal und die Community Health Workers im Hinblick auf die Erkennung und Meldung potenzieller Krankheitsausbrüche schulen.
- Den Bevölkerungsgruppen einfache Informationen darüber bereitstellen, welche Symptome epidemisch auftretende Krankheiten aufweisen und wo sie Hilfe erhalten können.

Vorsorge

- Einen Untersuchungs- und Reaktionsplan für Krankheitsausbrüche erstellen (siehe Richtlinie 2).
- Sicherstellen, dass die Protokolle für die Untersuchung und Kontrolle des Ausbruchs verbreiteter Krankheiten, unter anderem die relevanten Behandlungsprotokolle, verfügbar sind und an die entsprechenden Mitarbeiter verteilt werden.

- Sicherstellen, dass für die prioritären Krankheiten Reservebestände unentbehrlicher Materialien zur Verfügung stehen oder über eine vorab identifizierte Quelle schnell beschafft werden können (siehe Richtlinie 3).
- Im Voraus Standorte für die Isolation und Behandlung infektiöser Patienten identifizieren, z. B. Cholera-Behandlungszentren.
- Entweder lokal, regional, national oder in einem anderen Land ein Labor identifizieren, das Krankheitsausbrüche bestätigen kann (siehe Richtlinie 4).
- Sicherstellen, dass für die Infektionserreger, die am wahrscheinlichsten einen plötzlichen Krankheitsausbruch verursachen, vor Ort Materialien für die Probenahme und Transportmedien vorhanden sind (siehe Richtlinie 5).

Kontrolle

- Den Krankheitsausbruch hinsichtlich Zeitpunkt, Ort und Person beschreiben, um stark gefährdete Personen identifizieren und angepasste Kontrollmaßnahmen ergreifen zu können (siehe Richtlinien 6-8).
- Geeignete Kontrollmaßnahmen vorsehen, die auf die Krankheit und den Kontext abgestimmt sind (siehe Richtlinie 9).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Ein schriftlicher Untersuchungs- und Reaktionsplan für Krankheitsausbrüche liegt vor oder wird zu Beginn der Katastrophenhilfe entwickelt.
- Die Gesundheitsbehörden melden der nächsthöheren Ebene des Gesundheitssystems jeden Verdacht auf einen Krankheitsausbruch innerhalb von 24 Stunden nach der Erkennung.
- Die federführende Gesundheitsbehörde leitet innerhalb von 48 Stunden nach der Benachrichtigung eine Untersuchung der gemeldeten Fälle epidemisch auftretender Krankheiten ein.
- Die Letalitätsrate (case fatality rate, CFR) wird unterhalb eines akzeptablen Niveaus gehalten:
  - Cholera – 1 Prozent oder niedriger
  - Shigellen-Dysenterie – 1 Prozent oder niedriger
  - Typhus – 1 Prozent oder niedriger
  - Meningokokkenmeningitis – variiert, 5-15 Prozent
  - Malaria – variiert, < 5 Prozent sollten bei schwerkranken Malariapatienten anvisiert werden
  - Masern – variiert, 2–21 Prozent gemeldeter Fälle in Konfliktgebieten, < 5 Prozent sollten anvisiert werden (siehe Richtlinie 10).

Richtlinien

1. ***Frühwarnsystem für die Erkennung von Krankheitsausbrüchen:*** Zu den zentralen Elementen eines solchen Systems gehören:

   - ein Netzwerk der das System anwendenden Partner
   - dessen Einführung in allen Gesundheitseinrichtungen und auf Gemeindeebene, sofern möglich
   - eine umfassende Risikobeurteilung aller potenziell epidemisch auftretenden Krankheiten
   - die Identifizierung einer kleinen Zahl prioritärer Krankheitsbilder (10-12) für die wöchentliche Überwachung und einer bestimmten Zahl ausgewählter Krankheiten für sofortige „Warnmeldungen" auf der Basis einer Risikobeurteilung (siehe Anhang 2: Musterformulare für die wöchentliche Berichterstattung in der Gesundheitsüberwachung)
   - eindeutige Falldefinitionen für jede Krankheit oder Erkrankung auf dem standardisierten Überwachungsformular
   - die Definition von Warnschwellen für jede prioritäre Krankheit oder Erkrankung zwecks Einleitung einer Untersuchung
   - Kommunikationskanäle, um die schnelle Benachrichtigung der einschlägigen Gesundheitsbehörden über formelle oder informelle Warnungen (Gerüchte, Medienberichte usw.) sicherzustellen
   - ein System für die Erfassung und Reaktion auf unmittelbare Warnungen
   - Datenaufbereitung, Eintrag in eine Standard-Datenbank und Analyse auf wöchentlicher Basis
   - Feedback zur wöchentlichen Überwachung und sofortige Warninformationen an alle Partner
   - regelmäßige Kontrolle, um die Datenqualität sowie die Aktualität und Vollständigkeit der Meldungen sicherzustellen
   - standardisierte Falluntersuchungsprotokolle und -formulare
   - Standardverfahren für den Informationsaustausch und die Einleitung von Maßnahmen bei einem Krankheitsausbruch.

2. ***Untersuchungs- und Kontrollplan für Krankheitsausbrüche:*** Dieser Plan muss mit voller Beteiligung aller Interessengruppen erstellt werden. Die folgenden Themen sollten behandelt werden:

   - Die Kriterien, nach welchen ein Team zur Kontrolle von Krankheitsausbrüchen einberufen wird
   - die Zusammensetzung des Teams zur Kontrolle von Krankheitsausbrüchen
   - die spezifischen Rollen und Verantwortlichkeiten der Organisationen und die Positionen im Team
   - die Vorkehrungen für die Abstimmung und den Informationsaustausch auf lokaler und nationaler Ebene

- die Ressourcen und Einrichtungen, die für die Untersuchung von Krankheitsausbrüchen und entsprechende Maßnahmen bereitstehen
- die Liste der erforderlichen unentbehrlichen Arzneimittel, (Verbrauchs) materialien und Diagnostika.

3. ***Reservebestände:*** Die Vor-Ort-Reserven sollten Material umfassen, das für die Reaktion auf mögliche Krankheitsausbrüche benötigt wird. In einigen Situationen kann ein Standard-Kit für Durchfallerkrankungen oder Cholera erforderlich sein. Bei einigen Hilfsgütern, etwa Meningokokken-Impfstoff, ist es möglicherweise nicht zweckmäßig, vor Ort Bestände vorzuhalten. Bei diesen Artikeln sollten vorab Verfahren für eine rasche Beschaffung, den Versand und die Lagerung erarbeitet werden, sodass sie schnell besorgt werden können.

4. ***Referenzlaboratorien:*** Laboruntersuchungen sind hilfreich, um bei Verdacht auf Ausbruch einer Krankheit, bei welcher Massenimmunisierungen angezeigt sein können (z. B. Meningokokkenmeningitis) oder bei welcher die Prüfung der Kultur- und Antibiotika-Sensitivität Fallmanagement-Entscheidungen beeinflussen kann (z. B. Shigellose), die Diagnose zu bestätigen. Außerdem sollte regional oder international ein Referenzlabor identifiziert werden, das bei komplexeren Prüfungen, z. B. der serologischen Diagnose von Masern, Gelbfieber, Dengue-Fieber und viralen hämorrhagischen Fiebern, behilflich sein kann.

5. ***Transportmedien und Schnelltests:*** Materialien für die Probenahme (z. B. Rektumtupfer) und Transportmedien (z. B. Cary-Blair-Medien für Cholera, Shigella, E. coli und Salmonellen) sowie die zur Kühlkette gehörigen Materialien für den Transport sollten vor Ort verfügbar oder leicht zugänglich sein. Darüber hinaus stehen mehrere Schnelltests zur Verfügung, die beim Screening übertragbarer Krankheiten im Feld, unter anderem bei Malaria und Meningitis, hilfreich sein können.

6. ***Untersuchung eines Krankheitsausbruchs:*** Bei der Untersuchung eines Krankheitsausbruchs sind die folgenden zehn Schritte von zentraler Bedeutung:

   1. Feststellen, ob ein Krankheitsausbruch vorliegt
   2. Die Diagnose bestätigen
   3. Einen Fall definieren
   4. Eine Fallzählung durchführen
   5. Eine beschreibende Epidemiologie durchführen (Zeitpunkt, Person, Ort)
   6. Ermitteln, wer gefährdet ist
   7. Hypothesen zur Erklärung der Exposition und der Krankheit entwickeln
   8. Die Hypothesen auswerten
   9. Die Ergebnisse weitergeben
   10. Kontrollmaßnahmen ergreifen.

Diese Schritte müssen nicht unbedingt in der angegebenen Reihenfolge ausgeführt werden. Kontrollmaßnahmen sollten so schnell wie möglich eingeleitet werden.

7. ***Bestätigung des Vorliegens eines Krankheitsausbruchs:*** Es ist nicht immer einfach zu bestimmen, ob ein Krankheitsausbruch vorliegt. Außerdem existieren nicht für alle Krankheiten eindeutige Definitionen der Schwellen für einen Krankheitsausbruch. Für die nachstehend aufgeführten Krankheiten liegen jedoch Schwellenwerte vor:

   - Krankheiten, bei welchen ein einziger Fall auf einen Krankheitsausbruch hindeuten kann: Cholera, Masern, Gelbfieber, virale hämorrhagische Fieber
   - Krankheiten, bei welchen der Verdacht auf einen Krankheitsausbruch besteht, wenn die Erkrankungsfälle oder die Todesfälle aufgrund der Krankheit die für den Ort erwartete Zahl übersteigen oder das Zweifache des früheren wöchentlichen Durchschnitts betragen: Shigellose – in nicht endemischen Gebieten und in Flüchtlingslagern sollte ein einziger Fall von Shigellose Anlass zur Sorge über einen potenziellen Krankheitsausbruch geben
   - Malaria – die Definitionen sind situationsspezifisch. In einer definierten Population und einem definierten Gebiet kann ein Anstieg der Fallzahlen über den für die Jahreszeit zu erwartenden Wert auf einen Krankheitsausbruch hindeuten. Ohne historische Daten umfassen die Warnsignale unter anderem einen beträchtlichen Anstieg im Verhältnis der Fälle von Fieber, die als Malaria bestätigt sind, in den letzten zwei Wochen und eine tendenziell steigende Letalitätsrate in den letzten Wochen
   - Meningokokkenmeningitis – bei Populationen über 30.000: im Meningitis-Gürtel 15 Fälle/100.000 Personen/Woche. Bei einem hohen Risiko eines Krankheitsausbruchs (d. h. kein Krankheitsausbruch in den letzten 3 oder mehreren Jahren und eine Durchimpfungsrate von < 80 Prozent) sinkt diese Schwelle jedoch auf 10 Fälle/100.000 Personen/Woche. In Populationen von weniger als 30.000 wird ein Krankheitsausbruch durch fünf Fälle in einer Woche oder eine Verdoppelung der Fälle im Laufe von drei Wochen bestätigt. In einem Lager lassen zwei bestätigte Fälle in einer Woche auf einen Krankheitsausbruch schließen.
   - Dengue-Fieber – Anstieg der Fälle von Fieber in den letzten zwei Wochen, wobei ein Fieberpatient, der seit 3-5 Tagen krank ist, einen erhöhten IgG-Spiegel (auf der Grundlage der gepaarten Untersuchung aufeinanderfolgender Serumproben) und eine verminderte Thrombozytenzahl (< 20.000) aufweist.

8. ***Maßnahmen bei einem Krankheitsausbruch:*** Schlüsselkomponenten von Maßnahmen im Falle eines Krankheitsausbruchs sind Koordination, Fallmanagement, Überwachung und Epidemiologie, Laborbestimmung, spezi-

fische Präventionsmaßnahmen (je nach Krankheit z. B. Verbesserung der Wasser- und Sanitärversorgung), Risikokommunikation, soziale Mobilisierung, Medienarbeit und Informationsmanagement, Logistik und Treffen von Sicherheitsvorkehrungen.

9. ***Kontrollmaßnahmen:*** Die Kontrollmaßnahmen müssen speziell darauf ausgelegt sein, die Übertragung des Erregers, der den Krankheitsausbruch verursacht, zu stoppen. Die Entwicklung geeigneter Kontrollmaßnahmen in spezifischen Situationen kann sich häufig am bereits vorhandenen Wissen über den Erreger orientieren. Im Allgemeinen umfassen die Maßnahmen die Kontrolle der Quelle und die Expositionsprävention (z. B. durch eine verbesserte Wasserversorgung zwecks Cholera-Prävention), die Unterbrechung der Übertragung und die Verhinderung der Infektion (z. B. durch Massenimpfungen zur Masern-Prävention oder den Einsatz von LLIN zur Malaria-Prävention) und die Veränderung der Wirtsabwehr (z. B. durch rasche Diagnose und Behandlung oder durch Chemoprophylaxe) (siehe Standard 5 zu Gesundheitssystemen, Seite 353, Standards 1-2 zur Wasserversorgung, Seiten 110-113, Standards 1-2 zur Hygieneaufklärung, Seiten 104-107, und Standards 1-3 zur Vektorkontrolle, Seiten 127-132).

10. ***Letalitätsrate:*** Bei übertragbaren Krankheiten kann eine akzeptable Letalitätsrate je nach dem allgemeinen Kontext, der Zugänglichkeit der Gesundheitsleistungen, sowie der Qualität und Schnelligkeit des Fallmanagements variieren. Im Allgemeinen sollte angestrebt werden, die Letalitätsrate so niedrig wie möglich zu halten. Falls sie das erwartete Mindestniveau überschreitet, sollte eine unmittelbare Evaluierung der Kontrollmaßnahmen vorgenommen und korrigierende Maßnahmen eingeleitet werden, um sicherzustellen, dass die Letalitätsrate auf einem akzeptablen Niveau gehalten wird.

2.2 Grundlegende Gesundheitsleistungen – Kindergesundheit

In Notfallsituationen sind Kinder einem besonderen Risiko erhöhter Morbiditäts- und Mortalitätsraten ausgesetzt. Um ihre spezifischen Gesundheitsbedürfnisse zu befriedigen, bedarf es Interventionen, die besonders auf Kinder fokussiert sind. Bei den Interventionen zur Kindergesundheit müssen insbesondere die wichtigsten Ursachen von Exzessmorbidität und -mortalität berücksichtigt werden, einschließlich akuter Atemwegsinfektionen, Diarrhoe, Masern, Mangelernährung und neonataler Ursachen.

Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 1 zur Kindergesundheit: Prävention von durch Impfung vermeidbaren Krankheiten

Kinder im Alter von 6 Monaten bis 15 Jahren besitzen Immunität gegen Masern und haben Zugang zu routinemäßigen Leistungen im Rahmen des Erweiterten Impfprogramms (Expanded Programme on Immunization, EPI) der WHO, sobald sich die Lage stabilisiert hat.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Zu Beginn der Katastrophenhilfe eine Schätzung der Masern-Durchimpfungsrate von Kindern im Alter von 9 Monaten bis 15 Jahren vornehmen, um das Risiko von Krankheitsausbrüchen zu ermitteln (siehe Richtlinie 1).
- Falls die Masern-Durchimpfungsrate bei < 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 (siehe Richtlinien 1-2).
- Sicherstellen, dass alle im Alter von 6-9 Monaten geimpften Säuglinge eine weitere Dosis Masernimpfstoff erhalten, wenn sie das Alter von 9 Monaten erreichen (siehe Richtlinie 3).
- Bei mobilen oder vertriebenen Bevölkerungsgruppen ein laufendes System einrichten, um sicherzustellen, dass mindestens 95 Prozent der Neuankömmlinge in einem Lager oder einer Gemeinde im Alter von 6 Monaten bis 15 Jahren gegen Masern geimpft werden.
- Das EPI wieder aufnehmen, sobald die Lage es erlaubt, und Kinder routinemäßig gegen Masern und andere durch Impfung vermeidbare Krankheiten, die im nationalen Impfplan aufgeführt sind, zu immunisieren (siehe Richtlinie 4).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Bei Abschluss der Impfkampagne gegen Masern:
  - haben mindestens 95 Prozent der Kinder im Alter von 6 Monaten bis 15 Jahren eine Masernimpfung erhalten
  - haben mindestens 95 Prozent der Kinder im Alter von 6-59 Monaten eine angemessene Dosis Vitamin A erhalten.

- Bei Wiederaufnahme der routinemäßigen EPI-Leistungen haben mindestens 90 Prozent der Kinder im Alter von 12 Monaten drei Dosen DPT (Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus) erhalten, was als Stellvertreterindikator für voll immunisierte Kinder gilt.

Richtlinien

1. ***Masern-Durchimpfungsrate:*** In der betroffenen Bevölkerung sollte die Masern-Durchimpfungsrate durch Prüfung der Daten zur Immunisierungsrate ermittelt werden. Auf der Grundlage dieser Prüfung sollte ermittelt werden, ob die routinemäßige Masern-Immunisierungsrate in den vergangenen fünf Jahren bei ≥ 90 Prozent lag oder ob mit einer in den vergangenen zwölf Monaten durchgeführten Impfkampagne gegen Masern ≥ 90 Prozent der Kinder im Alter von 9 Monaten bis 5 Jahren erreicht wurden. Falls die Masern-Durchimpfungsrate bei < 90 Prozent liegt, unbekannt ist oder in Bezug auf die Schätzung der Durchimpfung Zweifel bestehen, sollte die Kampagne aufgrund der Annahme durchgeführt werden, dass die Durchimpfung nicht ausreicht, um Krankheitsausbrüche zu verhindern.

2. ***Altersgruppen für Masernimpfungen:*** Es ist möglich, dass einige ältere Kinder bei vorherigen Impfkampagnen gegen Masern nicht berücksichtigt wurden und dennoch 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. Aus diesem Grund ist es empfehlenswert, bis zum Alter von 15 Jahren eine Impfung durchzuführen. In einem ressourcenarmen Umfeld ist es eventuell nicht möglich, alle Kinder im Alter von 6 Monaten bis 15 Jahren zu impfen. In solch einem Fall sollten vorrangig Kinder im Alter von 6-59 Monaten geimpft werden. Alle Kinder in der Zielaltersgruppe sollten unabhängig von ihrem bisherigen Immunisierungsstatus gegen Masern immunisiert werden.

3. ***Wiederholungsimpfung gegen Masern für Kinder im Alter von 6-9 Monaten:*** Alle Kinder im Alter von 6-9 Monaten, die den Masern-Impfstoff erhalten haben, sollten eine zusätzliche Dosis des Impfstoffs erhalten, wenn sie das Alter von 9 Monaten erreichen, wobei zwischen den beiden Dosen mindestens ein Monat liegen sollte.

4. ***Wiederaufnahme des nationalen EPI-Programms:*** Gleichzeitig mit der Vorbereitung der Massenimpfkampagne gegen Masern sollte in Abstimmung mit den nationalen Behörden mit Plänen zur Wiederaufnahme des EPI-Programms begonnen werden. Eine rasche Wiederaufnahme der EPI-Impfungen schützt die Kinder nicht nur direkt gegen Krankheiten wie Masern, Diphtherie und Keuchhusten, sondern hat den zusätzlichen Nutzen, dass das Risiko von Atemwegsinfektionen vermindert wird.

Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 2 zur Kindergesundheit: Management von Säuglings- und Kinderkrankheiten

Kinder haben Zugang zu prioritären Gesundheitsleistungen, die auf die Behebung der häufigsten Ursachen von Morbidität und Mortalität bei Säuglingen und Kindern ausgelegt sind.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Informationsmaterial zur Gesundheitserziehung erstellen, um die betroffene Bevölkerung zu ermutigen, sich bei jeder Erkrankung eines Säuglings (Fieber, Husten, Diarrhoe usw.) frühzeitig um eine Behandlung zu bemühen. Bei der Gestaltung von Informationsmaterial zur Gesundheitserziehung insbesondere die Kinder berücksichtigen, die nicht durch einen Erwachsenen betreut werden (siehe Standard 1 zu Gesundheitssystemen, Richtlinie 3, Seite 344).
- Entsprechend den Leitlinien des Integrierten Managements von Schwangerschaft und Entbindung (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, IMPAC) möglichst allen Neugeborenen eine grundlegende Versorgung bereitstellen (siehe Richtlinie 1).
- Kindern in Gesundheitseinrichtungen der primären Versorgungsstufe unter Einsatz der nationalen Protokolle oder der IMCI-Leitlinien, sofern diese eingeführt sind, medizinische Versorgung bieten und schwer kranken Kindern eine Krankenhausbehandlung ermöglichen (siehe Richtlinie 2).
- In allen Gesundheitseinrichtungen, in denen erkrankte Kinder behandelt werden, ein standardisiertes System der Notfallbeurteilung und -sichtung einführen, um sicherzustellen, dass Kinder mit Anzeichen für einen Notfall sofort behandelt werden (siehe Richtlinie 3).
- Sicherstellen, dass Kinder, die von Gesundheitsdiensten behandelt werden, ein Screening über ihren Ernährungsstatus erhalten und an Ernährungsdienste überwiesen werden (siehe Standards 1-3 zum Management der akuten Mangelernährung und von Mikronährstoffmängeln, Seiten 189-198).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle Kinder unter fünf Jahren, die an Malaria erkrankt sind, erhalten innerhalb von 24 Stunden nach Einsetzen der Symptome eine wirksame Behandlung mit Malaria-Medikamenten (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 2 zu übertragbare Krankheiten, Seite 364).

- Alle Kinder unter fünf Jahren, die an Diarrhoe erkrankt sind, erhalten sowohl orale Rehydratationssalze (ORS) als auch eine Zink-Supplementierung (siehe Richtlinie 3).
- Alle Kinder unter fünf Jahren, die an Lungenentzündung erkrankt sind, erhalten entsprechende Antibiotika (siehe Richtlinie 5).

Richtlinien

1. ***Neugeborenenversorgung:*** Idealerweise sollten alle Neugeborenen von Geburt an eine qualifizierte Versorgung (vorzugsweise in einer Gesundheitseinrichtung) erhalten, warm gehalten und frühzeitig ausschließlich gestillt werden. Alle Neugeborenen sollten in Bezug auf Probleme, insbesondere im Bereich Ernährung, beurteilt werden, und alle kranken Neugeborenen in Bezug auf eine mögliche Sepsis und lokale Infektionen.
2. ***Integriertes Management von Kinderkrankheiten (IMCI):*** IMCI ist ein integrierter Ansatz für Kindergesundheit, dessen Fokus auf der Betreuung von Kindern unter fünf Jahren auf der primären Ebene der Grundversorgung liegt. Soweit das IMCI in einem Land entwickelt und klinische Leitlinien angepasst wurden, sollten diese Leitlinien vorzugsweise in die standardisierten Protokolle integriert und das Gesundheitspersonal entsprechend geschult werden.
3. ***Sichtung/Triage:*** Die Wirksamkeit von IMCI und der Leitlinien für Überweisungsdienste können erhöht werden, wenn diese in Kombination mit schneller Sichtung und Behandlung eingesetzt werden. Mit Sichtung (Triage) wird die Einteilung von Patienten nach ihren medizinischen Bedürfnissen, den verfügbaren Ressourcen und ihren Überlebenschancen in Prioritätsgruppen bezeichnet. Das klinische Personal, das mit der Betreuung erkrankter Kinder befasst ist, sollte anhand der WHO-Richtlinien zur Sichtung, Beurteilung und Behandlung in Notfallsituationen (Emergency Triage, Assessment and Treatment, ETAT) zur Durchführung von Schnellbeurteilungen geschult werden.
4. ***Management der Diarrhoe:*** Kinder mit Diarrhoe müssen mit ORS mit niedriger Osmolalität behandelt werden und benötigen eine Zink-Supplementierung. Durch ORS mit niedriger Osmolalität wird die Dauer der Durchfall-Episode verkürzt und der Bedarf an intravenös verabreichter Flüssigkeit reduziert.
5. ***Management von Lungenentzündung:*** Kinder mit Husten sollten in Bezug auf schnelle oder schwierige Atmung und Einfall des Brustkorbes beurteilt werden. Kindern mit schneller oder schwieriger Atmung sollte ein geeignetes orales Antibiotikum gegeben werden. Kinder, bei welchen ein Einfall des Brustkorbes festgestellt wird, sollten in ein Krankenhaus überwiesen werden.

6. ***Ausbruch von Keuchhusten oder Diphtherie:*** Der Ausbruch von Keuchhusten ist in einem Umfeld der Vertreibung verbreitet. Eine Impfkampagne als Reaktion auf den Ausbruch von Keuchhusten wird normalerweise vermieden, da bei älteren Menschen, die mit dem Ganzzell-DPT-Impfstoff immunisiert werden, die Gefahr von Komplikationen besteht. Ein Krankheitsausbruch kann jedoch zum Anlass genommen werden, übliche Immunisierungslücken zu schließen. Das Fallmanagement umfasst die Antibiotika-Behandlung der Patienten und die frühzeitige prophylaktische Behandlung der Kontaktpersonen in Haushalten mit einem Säugling oder einer schwangeren Frau. Ausbrüche von Diphtherie sind weniger verbreitet, stellen aber in Bevölkerungsgruppen mit niedriger Diphtherie-Immunität und in räumlicher Enge dennoch eine Bedrohung dar. In Lagern wurden Massenimpfkampagnen mit drei separaten Impfstoffdosen als Reaktion auf Diphtherie-Ausbrüche durchgeführt. Das Fallmanagement umfasst die Verabreichung sowohl von Antitoxin als auch von Antibiotika.

2.3 Grundlegende Gesundheitsleistungen – Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Alle Menschen, eingeschlossen derer, die in Katastrophengebieten leben, haben das Recht auf reproduktive Gesundheit (RH). Um dieses Recht wahrnehmen zu können, benötigen die betroffenen Bevölkerungsgruppen Zugang zu umfassenden Informationen und Leistungen im Bereich RH, um in voller Kenntnis der Sachlage eine freie Wahl treffen zu können. Qualitativ hochwertige RH-Leistungen müssen sich an den Bedürfnissen der betroffenen Bevölkerung orientieren. Sie müssen religiöse Überzeugungen, ethische Werte und den kulturellen Hintergrund der Gemeinde respektieren und gleichzeitig allgemein anerkannten internationalen Menschenrechtsstandards entsprechen.

Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 1 zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit: Reproduktive Gesundheit

Die Menschen haben zu Beginn einer Katastrophe Zugang zu den prioritären Leistungen des Minimum Initial Service Package (MISP, Mindestpaket erster Dienstleistungen) im Bereich reproduktive Gesundheit und nach Stabilisierung der Lage zu umfassender RH.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Eine federführende RH-Organisation im Sektor oder Cluster „Gesundheit“ identifizieren, um die Koordinierung und Umsetzung des MISP zu vereinfachen und sicherzustellen, dass ein (von der federführenden RH-Organisation ernannter) RH-Beauftragter im Sektor oder Cluster „Gesundheit“ eingesetzt wird und arbeitsfähig ist (siehe Richtlinie 1).
- In Abstimmung mit anderen relevanten Sektoren oder Clustern Maßnahmen zur Verringerung des Risikos sexueller Gewalt ergreifen (siehe Richtlinie 3).
- Dienstleistungen für das klinische Management sexueller Gewalt sicherstellen, unter anderem Zugang zu psychologischer, psychosozialer und rechtlicher Unterstützung (siehe Richtlinie 3 und Grundsatz 2 zum Schutz, Richtlinie 7, Seite 43).
- Den Mindestumfang von Dienstleistungen zur HIV-Prävention und zur Behandlung, Versorgung und Unterstützung von HIV-Kranken festlegen, um die Übertragung von HIV einzudämmen (siehe Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 2 zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit, Seite 380).
- Sicherstellen, dass Dienstleistungen im Bereich Geburtshilfe und Neugeborenenversorgung in Notfallsituationen verfügbar sind und zugänglich gemacht werden, und zwar:
  - in Gesundheitszentren – qualifizierte Geburtshelfer und Versorgungsgüter für normale Geburten sowie Basismanagement bei Komplikationen im Bereich Geburtshilfe und Neugeborenenversorgung im Notfall; geburtshilfliche Basisbetreuung im Notfall (Basic Emergency Obstetric Care, BEmOC) und Neugeborenenversorgung
  - in Überweisungskrankenhäusern – qualifiziertes medizinisches Personal und Versorgungsgüter für das umfassende Management von Komplikationen im Bereich Geburtshilfe und Neugeborenenversorgung im Notfall; umfassende geburtshilfliche Notfallbetreuung (Comprehensive Emergency Obstetric Care, CEmOC) und Neugeborenenversorgung
  - ein Kommunikations- und Transportsystem – von der Gemeinde zum Gesundheitszentrum sowie zwischen dem Gesundheitszentrum und dem Überweisungskrankenhaus – für das Management von Notfällen im Bereich Geburtshilfe und Neugeborenenversorgung ist eingerichtet und an sieben Tagen pro Woche rund um die Uhr einsatzbereit (siehe Richtlinie 4).
- Sichtlich schwangeren Frauen und Geburtshelfern „Clean Delivery Kits“ (Materialien für eine hygienische Geburt außerhalb einer Klinik) bereitstellen, um hygienische Hausgeburten zu ermöglichen, wenn der Zugang zu einem qualifizierten Gesundheitsdienstleister und einer Gesundheitseinrichtung nicht möglich ist (siehe Richtlinie 4).

- Die Bevölkerungsgruppen über die Vorteile und die Verfügbarkeit von klinischen Dienstleistungen für die Überlebenden sexueller Gewalt und das Notfallüberweisungssystem für Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung informieren (siehe Richtlinien 3-4).
- Sicherstellen, dass gängige Verhütungsmethoden verfügbar sind, deren Umfang den Bedarf deckt (siehe Richtlinie 2).
- Sobald wie möglich die Einführung umfassender RH-Leistungen planen, die in die primäre Gesundheitsversorgung integriert werden sollen (siehe Richtlinie 1).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle Gesundheitseinrichtungen verfügen über geschultes Personal, ausreichende Versorgungsgüter und Ausrüstung für das klinische Management von Dienstleistungen für Überlebende von Vergewaltigungen auf der Basis von nationalen oder WHO-Protokollen.
- Alle schwangeren Frauen im dritten Trimester haben „Clean Delivery Kits“ erhalten.
- Es stehen mindestens vier Gesundheitseinrichtungen mit BEmOC und Neugeborenenversorgung/500.000 Personen zur Verfügung.
- Es steht mindestens eine Gesundheitseinrichtung mit CEmOC und Neugeborenenversorgung/500.000 Personen zur Verfügung.
- Der Anteil der Entbindungen durch Kaiserschnitt bewegt sich zwischen mindestens 5 Prozent und höchstens 15 Prozent (siehe Richtlinie 4).

Richtlinien

1. ***Mindestpaket erster Dienstleistungen (MISP):*** Das MISP definiert die Dienstleistungen, die für die Prävention RH-spezifischer Morbidität und Mortalität bei Frauen, Männern und Jugendlichen im Umfeld einer Katastrophe am wichtigsten sind. Es umfasst einen koordinierten Katalog von prioritären RH-Leistungen, die im Hinblick auf Prävention und Management der Folgen sexueller Gewalt, Reduzierung der HIV-Übertragung, Prävention von Exzessmorbidität und -mortalität von Müttern und Neugeborenen gleichzeitig einzuführen sind und Beginn der Planung umfassender RH-Dienstleistungen, sobald sich die Lage stabilisiert. Für die Sicherstellung einer kontinuierlichen Betreuung ist die Planung der Integration qualitativ hochwertiger, umfassender RH-Aktivitäten in die primäre Gesundheitsversorgung zu Beginn einer Katastrophe von wesentlicher Bedeutung. Zu einer umfassenden RH-Versorgung gehören die Erweiterung der bestehenden Dienstleistungen, die Ergänzung fehlender Dienstleistungen und die Verbesserung der Servicequalität.

2. ***RH-Hilfsgüter:*** Für das MISP müssen Hilfsgüter bestellt, verteilt und gelagert werden, damit diese unentbehrlichen Produkte der Bevölkerung ohne Verzögerung bereitgestellt werden können. Das Interagency Emergency Health Kit 2006 (ein von verschiedenen Hilfsorganisationen und UN-Institutionen entwickeltes standardisiertes Paket medizinischer Hilfsgüter zum Einsatz in Katastrophen und vergleichbaren Notsituationen großen Ausmaßes) umfasst eine begrenzte Menge an Arzneimitteln für die Postexpositionsprophylaxe von Patienten, Magnesiumsulfat sowie Instrumente und Arzneimittel für die Geburtshilfe, jedoch nicht alle Güter, die für das MISP erforderlich sind. Die Interagency Reproductive Health Kits, die von der Interagency Working Group on RH in Crises (organisationsübergreifende Arbeitsgruppe zur RH in Krisensituationen) entwickelt wurden, enthalten Arzneimittel und Hilfsgüter für einen Zeitraum von drei Monaten.

3. ***Sexuelle Gewalt:*** Alle Akteure in der Katastrophenhilfe müssen sich das Risiko sexueller Gewalt, einschließlich sexueller Ausbeutung und des Missbrauchs durch humanitäre Helfer, bewusst machen und auf entsprechende Prävention und Reaktion hinarbeiten. Die gesammelten Informationen über gemeldete Vorfälle müssen in sicherer und ethischer Weise zusammengestellt und weitergegeben werden, damit die Präventions- und Hilfsmaßnahmen daran ausgerichtet werden können. Die Inzidenz von Fällen von sexueller Gewalt sollte überwacht werden. In allen Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung müssen Mittel und Maßnahmen zur Unterstützung von Überlebenden vorhanden sein, in deren Rahmen qualifiziertes Personal für das klinische Management bereitgestellt wird, das Notfallverhütung (emergency contraception), Postexpositionsprophylaxe für die HIV-Prävention, Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen (Sexually Transmitted Infections, STI) auf Verdachtsdiagnose, Wundbehandlung, Tetanusprävention und Hepatitis-B-Prävention umfasst. Der Einsatz von Notfallverhütung stellt eine Wahl dar, die nur die Frauen selbst treffen können. Die Frauen sollten eine unvoreingenommene Beratung erhalten, damit sie ihre Entscheidung in voller Kenntnis der Fakten fällen können. Den Überlebenden sexueller Gewalt sollte bei der Inanspruchnahme klinischer Behandlung und der entsprechenden Überweisung geholfen werden und sie sollten Zugang zu psychologischer und psychosozialer Unterstützung erhalten.

   Auf Verlangen der Überlebenden sollte Sicherheitspersonal zum Schutz und für die rechtliche Unterstützung bereitgestellt werden. Untersuchungen und Behandlungen sollten nur vorgenommen werden, wenn die Überlebenden ihre Einwilligung nach Aufklärung gegeben haben. Vertraulichkeit ist in allen Stadien von wesentlicher Bedeutung (siehe Standard 5 zu Gesundheitssystemen, Richtlinie 4, Seite 355, und Grundsatz 1 zum Schutz, Richtlinien 7-12, Seiten 40-41).

4. ***Geburtshilfe und Neugeborenenversorgung im Notfall:*** Etwa vier Prozent einer von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerung sind normalerweise schwangere Frauen. Bei etwa 15 Prozent aller schwangeren Frauen werden während der Schwangerschaft oder bei der Entbindung unvorhergesehene Komplikationen auftreten, die eine geburtshilfliche Notfallbetreuung erfordern. Bei 5-15 Prozent aller Entbindungen ist ein chirurgischer Eingriff, etwa ein Kaiserschnitt, erforderlich. Um Mortalität und Morbidität bei Mutter und Kind infolge von Komplikationen zu verhindern, sollten in allen Gesundheitseinrichtungen der primären Versorgungsstufe für sämtliche Geburten, für BEmOC und die neonatale Reanimation qualifizierte Geburtshelfer bereitstehen. Zu den BEmOC-Funktionen zählen die parenterale Verabreichung von Antibiotika, Uterotonika (Oxytocin) und Antikonvulsiva (Magnesiumsulfat), die manuelle Entfernung der Nachgeburt mittels geeigneter Technologien, die manuelle Entfernung der Plazenta, die assistierte vaginale Entbindung (Vakuum- oder Zangenentbindung) und die Reanimation von Mutter und Neugeborenem. Zu den CEmOC-Funktionen gehören alle BEmOC-Maßnahmen sowie chirurgische Eingriffe in Vollnarkose (Kaiserschnittentbindung, Laparotomie) und rationelle und sichere Bluttransfusionen.

   Mit dem Überweisungssystem sollte sichergestellt werden, dass Frauen oder Neugeborene in eine Gesundheitseinrichtung der primären Versorgungsstufe mit BEmOC und Neugeborenenversorgung und ein Krankenhaus mit CEmOC und Neugeborenenversorgung überwiesen werden und über die Mittel für die An- und Rückreise verfügen.

Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 2 zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit: HIV und AIDS

Die Menschen haben während einer Katastrophe Zugang zum Mindestumfang von Dienstleistungen zur HIV-Prävention und zur Behandlung, Versorgung und Unterstützung von HIV-Kranken.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- In allen Gesundheitseinrichtungen Standard-Vorsichtsmaßnahmen und sichere Verfahren für die Abfallentsorgung einführen (siehe Richtlinie 2 und Standard 1 zu Gesundheitssystemen, Richtlinien 10-11, Seiten 346-347).
- Eine sichere Blutversorgung und rationelle Nutzung von Bluttransfusionen einführen und entsprechende Richtlinien befolgen (siehe Richtlinie 2 und Standard 1 zu Gesundheitssystemen, Richtlinie 5, Seite 345).
- Für den Zugang zu hochwertigen, kostenlosen Kondomen für Männer und Frauen sowie Informationen zur richtigen Anwendung von Kondomen sorgen.

- Sicherstellen, dass die Gesundheitseinrichtungen allen Patienten mit Symptomen sexuell übertragbarer Infektionen syndromisches Management bereitstellen.
- Sicherstellen, dass innerhalb von 72 Stunden nach einer potenziellen HIV-Exposition Leistungen der Postexpositionsprophylaxe (PEP) bereitgestellt werden (siehe Richtlinie 3).
- Die Informationen in zugänglichen Formaten bereitstellen und sowohl der breiten Öffentlichkeit als auch hoch gefährdeten Gruppen (z. B. Sexarbeiter/-innen) Aufklärung zur HIV-Prävention bieten.
- Die Prävention der Mutter-Kind-Übertragung (Prevention of Mother-To-Child Transmission, PMTCT) von HIV durch Sicherstellung des Zugangs zu Kontrazeptiva, sauberen und sicheren Entbindungen (einschließlich geburtshilflicher Notfallbetreuung) gewährleisten und anti-retrovirale (ARV) Medikamente bereitstellen (siehe Richtlinie 4).
- Säuglinge, deren Mütter bekanntermaßen HIV-positiv sind, behandeln, versorgen und unterstützen, unter anderem durch Anleitung und Beratung zur Säuglingsernährung (siehe Standard 2 zur Säuglings- und Kleinkindernährung, Seite 183).
- Sicherstellen, dass HIV-Infizierte eine gesundheitliche Versorgung erhalten, unter anderem eine Prophylaxe mit Cotrimoxazol für HIV-bedingte Infektionen.
- Sicherstellen, dass Menschen, die vorher eine anti-retrovirale Therapie (ART) erhielten, weiter behandelt werden (siehe Richtlinie 4).
- Verbindungen zwischen den HIV- und Tuberkulose-Programmen herstellen, sofern solche Programme existieren.
- Sicherstellen, dass Menschen mit erhöhtem HIV-Expositionsrisiko Zugang zu HIV-Präventionsmaßnahmen gegen die sexuelle Übertragung von HIV haben und dass bekannte injizierende Drogenkonsumenten Zugang zu sauberen Spritzenbestecken erhalten, sofern diese Leistungen bereits angeboten werden.
- In der Phase nach der Katastrophe Pläne zur Verbesserung der Reichweite der HIV-Kontrollmaßnahmen initiieren (siehe Richtlinie 1).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Menschen mit dem höchsten HIV-Expositionsrisiko werden gezielt in ein HIV-Präventionsprogramm eingebunden.
- Schwangere Frauen, die bekanntermaßen HIV-positiv sind, erhalten ARV-Medikamente zwecks PMTCT.
- Bei 100 Prozent der Bluttransfusionen erfolgt ein Screening für durch Transfusionen übertragbare Infektionen einschließlich HIV.

- Personen mit potenzieller HIV-Exposition (berufliche Exposition im Umfeld der Gesundheitsversorgung und nicht berufliche Exposition) erhalten innerhalb von 72 Stunden nach einem Vorfall eine PEP.
- Alle Gesundheitseinrichtungen der Primärversorgung verfügen über antimikrobielle Substanzen, um Patienten mit Symptomen einer STI syndromisches Management bereitstellen zu können.

Richtlinien

1. ***HIV-Kontrolle:*** Der in den Schlüsselaktivitäten dieses Standards beschriebene Mindestumfang der Leistungen zur HIV-Prävention und zur Behandlung, Versorgung und Unterstützung von HIV-Kranken besteht aus Aktivitäten, die der Sektor „Gesundheit" zwecks Prävention der HIV-Übertragung und Versorgung und Unterstützung von HIV-Infizierten durchführen muss. Sie sollten in den frühen Stadien der Katastrophenhilfe implementiert werden.
2. ***Prävention der HIV-Übertragung im Umfeld der Gesundheitsversorgung:*** Die Prävention der Übertragung von HIV im Umfeld der Gesundheitsversorgung (z. B. Krankenhäuser, Kliniken, Impfkampagnen) hat in den frühen Stadien der Katastrophenhilfe vorrangige Bedeutung. Zu den wichtigsten Aktivitäten gehören die Anwendung der Standard-Vorsichtsmaßnahmen, die Einführung von Verfahren für sichere und rationelle Bluttransfusionen und die sachgerechte Entsorgung medizinischer Abfälle (siehe Standard 1 zu Gesundheitssystemen, Richtlinien 5, 10-11, Seiten 345-347).
3. ***Postexpositionsprophylaxe:*** Die PEP zur Prävention von HIV-Infektionen umfasst Beratung, die Beurteilung des HIV-Expositionsrisikos, Einwilligung nach Aufklärung, die Beurteilung der Quelle und der Beschaffung von ARV-Medikamenten. Die PEP sollte jedoch nicht bei Personen durchgeführt werden, von welchen bekannt ist, dass sie HIV-positiv sind. Beratung und Tests sollten nie obligatorisch sein, und die Durchführung der PEP sollte während des Wartens auf die Untersuchungsergebnisse nicht aufgeschoben werden.
4. ***Anti-retrovirale Medikamente:*** Die Bereitstellung von ARV für die PMTCT, PEP und langfristige ART ist auch in Katastrophensituationen realisierbar. Im Rahmen der Katastrophenhilfe muss die Fortsetzung der ART bei Patienten, die vor der Katastrophe bereits in Behandlung waren, als vorrangig betrachtet werden. Schwangere Frauen, die bereits eine ART erhalten, sollten die ARV ohne Unterbrechung weiter einnehmen. Gemäß dem nationalen Protokoll sollten schwangere Frauen, die bekanntermaßen HIV-positiv sind, nach Möglichkeit die ARV zur PMTCT erhalten.

Hinweis

Caritas Internationalis und ihre Mitglieder unterstützen keine Form der künstlichen Geburtenkontrolle oder die Verteilung entsprechender Mittel.

2.4 Grundlegende Gesundheitsleistungen – Verletzungen

Verletzungen sind in der Regel die Hauptursache von Exzessmortalität und -morbidität infolge von plötzlich auftretenden Naturkatastrophen wie etwa Erdbeben. Bei vielen plötzlich auftretenden Naturkatastrophen handelt es sich um Großschadensereignisse. Das heißt, es werden mehr Menschen zu Patienten, als anhand der Routineverfahren mit den lokal verfügbaren Ressourcen bewältigt werden kann. Auch Verletzungen durch physische Gewalt stehen mit komplexen Notsituationen im Zusammenhang. So treten beispielsweise in bewaffneten Konflikten die meisten traumabedingten Todesfälle in unsicheren Regionen fernab von Gesundheitseinrichtungen auf, weshalb sie normalerweise nicht durch medizinische Versorgung verhindert werden können. Um solche Todesfälle zu verhindern, sind Interventionen mit dem Ziel erforderlich, die Zivilbevölkerung zu schützen (siehe Grundsatz 3 zum Schutz, Richtlinien 1-5, Seite 44).

Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 1 zu Verletzungen: Versorgung von Verletzungen

Die Menschen haben während einer Katastrophe Zugang zu einer effektiven Versorgung von Verletzungen, sodass vermeidbarer Morbidität, Mortalität und Behinderung vorgebeugt wird.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Sicherstellen, dass das lokale medizinische Personal und die Personen, die die Hilfsmaßnahme im Sektor „Gesundheit“ koordinieren, mit dem Management eines Massenanfalls von Verletzten vertraut sind (siehe Richtlinie 1).
- Bei Großschadensereignissen ein standardisiertes Sichtungssystem mit klaren Vorgaben zur Beurteilung, Priorisierung, Basisreanimation und Überweisung einrichten (siehe Richtlinie 1).
- Sicherstellen, dass die wesentlichen Grundsätze und Kompetenzen für die Leistung von Erster Hilfe und Basisreanimation von den Gesundheitsarbeitern allgemein verstanden werden (siehe Richtlinie 2).
- Sicherstellen, dass das lokale medizinische Personal mit den Kernprinzipien der Wundbehandlung vertraut ist (siehe Richtlinie 3).
- Patienten mit verschmutzten Wunden und Personen, die an Rettungs- oder Aufräumeinsätzen beteiligt sind, mit einem Tetanusimpfstoff impfen, der ein Toxoid enthält (siehe Richtlinie 4).

- Standardisierte Protokolle für die Überweisung verletzter Patienten für die Weiterbehandlung, einschließlich Chirurgie und postoperativer Versorgung, erstellen (siehe Richtlinie 5).
- Sicherstellen, dass die definitiven Leistungen der Trauma- und chirurgischen Behandlung und der posttraumatischen und postchirurgischen Rehabilitation nur von Hilfsorganisationen mit entsprechender Expertise und adäquaten Ressourcen festgelegt werden (siehe Richtlinie 5).
- Sicherstellen, dass verletzten Patienten und Personen mit Behinderungen sobald wie praktisch möglich die üblichen Hilfsgeräte und Mobilitätshilfen (z. B. Rollstühle, Krücken) zur Verfügung gestellt werden und dass diese Hilfen vor Ort repariert werden können (siehe Richtlinie 6).

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle Gesundheitseinrichtungen verfügen über qualifiziertes Personal und Systeme für das Management eines Massenanfalls von Verletzten.

Richtlinien

1. ***Sichtung:*** Sichtung (Triage) bezeichnet den Prozess der Kategorisierung von Patienten nach dem Schweregrad ihrer Verletzung oder Erkrankung und die Priorisierung der Behandlung nach der Verfügbarkeit der Ressourcen und den Überlebenschancen der Patienten. Bei Großschadensereignissen kann Personen mit schweren, lebensbedrohlichen Verletzungen eine niedrigere Priorität eingeräumt werden als Verletzten mit besseren Überlebenschancen. Es existiert kein standardisiertes Sichtungssystem. Weltweit sind mehrere Systeme im Einsatz. Die verbreitetste Klassifizierung basiert auf einem System mit vier Farbcodierungen: Rot signalisiert hohe Priorität, Gelb steht für mittlere Priorität, Grün wird für ambulante Patienten verwendet und Schwarz für Verstorbene.
2. ***Erste Hilfe und medizinische Grundversorgung:*** Zu den entscheidenden Verfahren gehören die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Atmung, wofür das Freimachen und Freihalten der Atemwege erforderlich sein kann, ebenso wie die Blutungskontrolle und die intravenöse Verabreichung von Flüssigkeiten je nach Bedarf. Diese Verfahren können dazu beitragen, Personen mit lebensbedrohlichen Verletzungen vor dem Transfer in ein Überweisungszentrum zu stabilisieren und ihre Überlebenschancen selbst bei schweren Verletzungen erheblich zu verbessern. Andere nicht operative Verfahren sind ebenso lebenswichtig, so die Reinigung und das Verbinden von Wunden, die Verabreichung von Antibiotika und die Tetanusprophylaxe.

3. ***Wundbehandlung:*** In den meisten Katastrophen erscheinen zahlreiche Patienten erst mehr als sechs Stunden nach einer Verletzung zur Behandlung. Durch dieses verspätete Erscheinen erhöht sich das Risiko einer Wundinfektion und vermeidbarer Exzessmortalität beträchtlich. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, dass das lokale medizinische Personal mit den entsprechenden Grundsätzen und Protokollen für Prävention und Management von Wundinfektionen vertraut ist. Dies umfasst den verzögerten primären Wundverschluss und das Waschen von Wunden sowie die chirurgische Entfernung von Fremdkörpern und abgestorbenem Gewebe.

4. ***Tetanus:*** In plötzlich auftretenden Naturkatastrophen, die in der Regel mit einer großen Zahl von Verletzungen und Trauma-Fällen einhergehen, kann das Tetanusrisiko relativ hoch sein. Obwohl Massenimmunisierungen gegen Tetanus nicht empfohlen werden, ist ein Toxoidimpfstoff gegen Tetanus (DT oder Td – Diphtherie- und Tetanusimpfstoffe – oder DPT je nach Alter und Vorimpfungen) empfehlenswert bei Patienten mit verschmutzten Wunden und Personen, die an Rettungs- oder Aufräumeinsätzen beteiligt sind, welche sie einem Risiko aussetzen. Personen mit verschmutzten Wunden, die vorher nicht gegen Tetanus geimpft wurden, sollten eine Dosis Tetanus-Immunglobulin (TIG) erhalten, sofern dieses verfügbar ist.

5. ***Trauma- und chirurgische Behandlung:*** Die chirurgische Behandlung unfallbedingter Verletzungen und die Kriegschirurgie retten Menschenleben und bewahren vor langfristigen Behinderungen. Sie erfordern eine spezielle Ausbildung und bestimmte Ressourcen, über die nur wenige Hilfsorganisationen verfügen. Ein ungenügender oder ungeeigneter chirurgischer Eingriff kann mehr schaden, als wenn kein Eingriff vorgenommen würde. Ferner können chirurgische Eingriffe, auf die keine unmittelbare Rehabilitation folgt, hinsichtlich der Wiederherstellung der funktionellen Leistungsfähigkeit des Patienten zu einem völligen Scheitern führen. Daher sollten diese Leistungen, die Leben retten und Behinderungen vorbeugen können, nur von Organisationen und Fachleuten mit dem einschlägigen Fachwissen erbracht werden.

6. ***Postoperative Rehabilitation bei traumabedingten Verletzungen:*** Durch frühzeitige Rehabilitation können die Überlebenschancen und die Lebensqualität verletzter Überlebender erheblich verbessert werden. Bei Patienten, die Hilfsgeräte (etwa Prothesen und Mobilitätshilfen) benötigen, ist auch eine physische Rehabilitation erforderlich. Eine Kooperation mit gemeindebasierten Rehabilitationsprogrammen, sofern vorhanden, kann die postoperative Versorgung und Rehabilitation verletzter Überlebender optimieren.

2.5 Grundlegende Gesundheitsleistungen – Psychische Gesundheit

Psychische und psychosoziale Probleme treten überall im Umfeld der humanitären Hilfe auf. Durch die Schrecken, Verluste, Unwägbarkeiten und zahlreiche weitere Stressfaktoren im Zusammenhang mit Konflikten und anderen Katastrophen sind die Menschen einem erhöhten Risiko verschiedener sozialer, verhaltensbezogener, psychischer und psychiatrischer Probleme ausgesetzt. Die psychologische und psychosoziale Unterstützung umfasst multisektorale Maßnahmen (siehe untenstehendes Diagramm „Interventionspyramide"). Diese unterstützenden Maßnahmen erfordern eine koordinierte Umsetzung, z. B. durch eine cluster- oder sektorübergreifende Arbeitsgruppe. Der unten stehende Standard zur psychischen Gesundheit fokussiert auf die Aktivitäten der Akteure der Gesundheitsversorgung. Der Leser sollte auch den Grundstandard 1, Seite 62, und den Grundsatz 3 zum Schutz, Seite 43, heranziehen.

Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 1 zur psychischen Gesundheit: Psychische Gesundheit

Die Menschen haben Zugang zu Gesundheitsleistungen zwecks Prävention oder Verringerung psychischer Gesundheitsprobleme und einer damit verbundenen Funktionsbeeinträchtigung.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Sicherstellen, dass die Interventionen auf der Basis der identifizierten Bedürfnisse und Ressourcen entwickelt werden.
- Die Gemeindemitglieder einschließlich der marginalisierten Menschen in die Lage versetzen, Selbsthilfe und soziale Unterstützung in der Gemeinde zu stärken (siehe Richtlinie 1).
- Sicherstellen, dass die Gemeindearbeiter, unter anderem freiwillige Helfer und das Personal in Gesundheitsdiensten, Menschen in akuter Not, die extremen Stressfaktoren ausgesetzt waren, psychologische Erste Hilfe leisten (siehe Richtlinie 2).
- Sicherstellen, dass in jeder Gesundheitseinrichtung mindestens ein Mitarbeiter für das Management diverser schwerer psychischer Gesundheitsprobleme bei Erwachsenen und Kindern zur Verfügung steht (siehe Richtlinie 3).
- Für die Sicherheit, die Befriedigung der grundlegenden Bedürfnisse und die Wahrung der Rechte von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen in Institutionen sorgen (siehe Richtlinie 4).

- Den Schaden in Verbindung mit Alkohol und Drogen auf ein Mindestmaß begrenzen.
- Im Rahmen der frühen Wiederherstellung (early recovery) Pläne zur Entwicklung eines nachhaltigen psychiatrischen Systems innerhalb der Gemeinden initiieren (siehe Richtlinie 5).

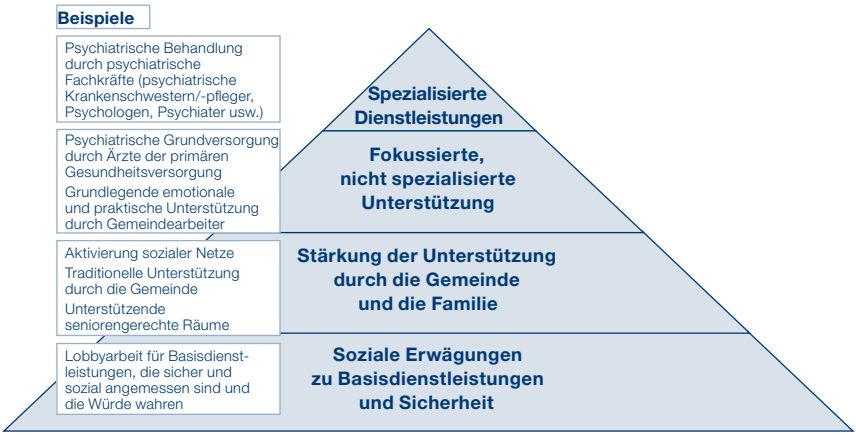
Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle Gesundheitseinrichtungen verfügen über qualifiziertes Personal und Systeme für das Management psychischer Gesundheitsprobleme.

Richtlinien

1. ***Community self-help and social support:*** Selbsthilfe und soziale Unterstützung innerhalb der Gemeinden sind ein zentrales Element der umfassenden multi-sektorbezogenen psychologischen und psychosozialen Unterstützung (siehe nachstehendes Diagramm) (siehe Grundstandard 1, Seite 62, Grundsatz 3 zum Schutz, Richtlinie 15, Seite 46, und Grundsatz 4 zum Schutz, Richtlinien 9-13, Seite 49. Die Gesundheitsorganisationen beschäftigen oder beauftragen häufig Gemeindearbeiter und freiwillige Helfer, welche die Gemeindemitglieder einschließlich der marginalisierten Menschen in die Lage versetzen können, Selbsthilfe und soziale Unterstützung innerhalb der Gemeinden zu stärken.

Interventionspyramide



Quelle: Interagency Steering Committee Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, 2010

2. ***Psychologische Erste Hilfe:*** Akute Angst nach Belastung durch extreme Stressfaktoren (z. B. traumatische Ereignisse) wird am besten nach den Grundsätzen der psychologischen Ersten Hilfe behandelt, die irrtümlicherweise häufig als klinische Intervention betrachtet wird. Dabei handelt es sich

jedoch vielmehr um die Beschreibung eines menschlichen, unterstützenden Zugehens auf einen Mitmenschen, der leidet und möglicherweise Unterstützung benötigt. Sie umfasst eine grundlegende, unaufdringliche, pragmatische Betreuung, die sich auf das Zuhören konzentriert, aber das Gespräch nicht erzwingt. Ferner beinhaltet sie eine Beurteilung der Bedürfnisse und Besorgnisse, die Sicherstellung, dass die grundlegenden Bedürfnisse befriedigt sind, die Ermutigung zu sozialer Unterstützung durch wichtige Bezugspersonen und den Schutz vor weiterem Schaden. „Psychologisches Debriefing" (d. h. das Unterstützen der Entlastung der Person durch kurzes, aber systematisches Berichten über ihre Wahrnehmungen, Gedanken und emotionalen Reaktionen während eines vor Kurzem erfolgten stressvollen Ereignisses) ist bestenfalls ineffektiv und sollte nicht angewandt werden. Gleichermaßen sollten Benzodiazepine beim Management einer akuten Notlage vermieden werden, da sie den natürlichen Erholungsprozess stören können.

3. ***Psychiatrische Grundversorgung:*** Die psychischen Gesundheitsprobleme eines Menschen können auf den Notfall zurückzuführen sein, schon vorher bestanden haben oder beides zugleich. Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen sollten Zugang zu einem Netz gemeindebasierter sozialer Unterstützung sowie zu klinischer Behandlung durch die vorhandenen Gesundheitsdienste (z. B. Allgemeinkrankenhäuser, Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung usw.) erhalten. Die Organisation klinischer psychiatrischer Grundversorgung umfasst gewöhnlich entweder die Organisation von Schnellkursen und Anleitung für das allgemeine Gesundheitspersonal oder die Aufnahme einer psychiatrischen Fachkraft in die Klinik. Die wichtigsten Psychotropika und Antiepileptika müssen vorrätig sein. Personen, die bereits vor der Krise in psychiatrischer Behandlung waren, benötigen Zugang zur Weiterbehandlung.

4. ***Menschen in Institutionen:*** Psychiatrische Anstalten und Wohnheime für Menschen mit schweren psychischen Problemen müssen, insbesondere im Frühstadium der Krise, regelmäßig besucht werden, denn das Risiko der schweren Vernachlässigung oder des Missbrauchs von Menschen in diesen Institutionen ist ausgesprochen hoch. Während der gesamten Dauer der Krise muss für Sicherheit, körperliche Grundbedürfnisse (Wasser, Nahrung, Notunterkünfte, Sanitärversorgung und medizinische Versorgung), die Überwachung der Menschenrechte und psychiatrische und psychosoziale Grundversorgung gesorgt werden.

5. ***Frühe Wiederherstellung (early recovery):*** Da sich die Raten eines breiten Spektrums an psychischen Störungen durch humanitäre Krisen erhöhen, müssen Pläne zur Entwicklung eines psychiatrischen Systems initiiert werden, um den Erfassungsgrad wirksamer psychiatrischer Behandlungen im gesamten betroffenen Gebiet zu verbessern (siehe Grundstandard 4, Seite 74).

2.6 Grundlegende Gesundheitsleistungen – Nicht übertragbare Krankheiten

Durch die Alterung der Bevölkerung und eine höhere Lebenserwartung haben sich die Krankheitsprofile in vielen Ländern, unter anderem in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, von infektiösen hin zu nicht übertragbaren Krankheiten (non communicable diseases, NCD) verlagert. Infolgedessen kommt den NCD im Umfeld von Katastrophen eine immer größere Bedeutung als einem zentralen Problem für die öffentliche Gesundheit zu. Zunehmende Gesundheitsprobleme aufgrund der Verschärfung bestehender chronischer Erkrankungen sind daher zu einem häufigen Merkmal vieler Katastrophen geworden.

Grundlegende Gesundheitsleistungen – Standard 1 zu nicht übertragbaren Krankheiten: Nicht übertragbare Krankheiten

Die Menschen haben Zugang zu wesentlichen Therapien zur Verringerung von Morbidität und Mortalität aufgrund akuter Komplikationen oder der Verschärfung ihrer chronischen Erkrankungen.

Schlüsselaktivitäten (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Die Prävalenz von NCD beurteilen und dokumentieren und die Daten an die Hilfsorganisationen weitergeben, die im Rahmen der Katastrophe intervenieren (siehe Richtlinie 1).
- Die Identifizierung der Personen mit NCD, die vor dem Notfall in Behandlung waren, sicherstellen und dafür sorgen, dass sie weiter behandelt werden. Einen plötzlichen Abbruch von Behandlungen vermeiden.
- Sicherstellen, dass Menschen mit akuten Komplikationen und einer Verschärfung lebensbedrohlicher NCD (z. B. Herzkrankheiten, schwerem Bluthochdruck) und Personen mit Schmerzen (z. B. Schmerzen aufgrund von Krebs im fortgeschrittenen Stadium) eine Behandlung erhalten.
- In Situationen, in welchen keine Behandlung für NCD zur Verfügung steht, eindeutige Standardarbeitsanweisungen für die Überweisung erstellen.
- Sicherstellen, dass über das primäre Gesundheitssystem unentbehrliche Diagnosegeräte, zentrale Labortests und Medikamente für das routinemäßige, laufende Management von NCD zur Verfügung stehen. Diese Medikamente müssen in der Liste der wichtigsten Arzneimittel enthalten sein.
- Sicherstellen, dass für Menschen mit Mobilitäts- oder Kommunikationsproblemen Hilfsgeräte (z. B. Gehhilfen) verfügbar sind.

Schlüsselindikatoren (entsprechend den Richtlinien auszulegen)

- Alle Gesundheitseinrichtungen der Primärversorgung verfügen über eindeutige Standardarbeitsanweisungen für die Überweisung von Patienten mit NCD in Gesundheitseinrichtungen der Sekundär- und Tertiärversorgung.
- Alle Gesundheitseinrichtungen der Primärversorgung verfügen über ausreichende Medikamente für die Weiterbehandlung von Personen mit NCD, die vor dem Notfall in Behandlung waren.

Richtlinie

1. ***Nicht übertragbare Krankheiten*** umfassen Herzkrankheiten, Schlaganfall, Hypertonie, chronische Niereninsuffizienz, Bronchialasthma, dialysepflichtige Niereninsuffizienz, insulinabhängige Diabetes und Epilepsie. In Notfallsituationen sind Personen mit chronischen Erkrankungen einem besonders hohen Risiko der Verschärfung ihrer Erkrankung oder von Komplikationen wie Sekundärinfektionen ausgesetzt und gefährdet, wenn die Behandlung unterbrochen wird. Die klinische Stabilisierung und Fortführung der Therapie chronischer Krankheiten sollte im Umfeld der humanitären Hilfe ein Kernbereich der Maßnahmen im Sektor „Gesundheit“ sein.

   Menschen mit NCD benötigen eine langfristige Medikation und Nachsorge. Das routinemäßige, laufende Management von NCD sollte über das primäre Gesundheitssystem mit Medikamenten aus der Liste der unentbehrlichen Arzneimittel gewährleistet werden. Es wird jedoch generell nicht empfohlen, während des humanitären Einsatzes neue Therapiemaßnahmen oder -programme für das Management chronischer Erkrankungen einzuführen, insbesondere wenn zu erwarten ist, dass die Maßnahme oder das Programm nach der Notfallphase nicht fortgesetzt wird.

Anhang 1

Checkliste zur Bedarfsermittlung von Gesundheitsleistungen

Vorbereitung

- Die vorhandenen Informationen zu der von der Katastrophe betroffenen Bevölkerung beschaffen.
- Vorhandene Landkarten und Luftaufnahmen beschaffen.
- Demografische Daten und die Gesundheitsdaten.

Sicherheit und Zugang

- Ermitteln, ob andauernde natürliche oder vom Menschen geschaffene Gefährdungen bestehen.
- Die allgemeine Sicherheitslage, unter anderem die Präsenz von bewaffneten Streitkräften, ermitteln.
- Ermitteln, in welcher Weise humanitäre Hilfsorganisationen Zugang zu der von der Katastrophe betroffenen Bevölkerung haben.

Demografische Daten und Sozialstruktur

- Die Gesamtgröße der von der Katastrophe betroffenen Bevölkerung ermitteln und die Bevölkerungsdaten nach Alter und Geschlecht aufschlüsseln.
- Gruppen mit erhöhtem Risiko identifizieren, z. B. Frauen, Kinder, ältere Menschen, Personen mit Behinderungen.
- Die durchschnittliche Haushaltsgröße ermitteln und die Anzahl der von Frauen und Kindern geführten Haushalte schätzen.
- Die bestehende Sozialstruktur ermitteln, unter anderem Autoritäts-/Einflusspositionen.

Hintergrundinformationen zur Gesundheit

- Bereits vor der Katastrophe bestehende Gesundheitsprobleme in dem Katastrophengebiet identifizieren.

- Vorbestehende Gesundheitsprobleme im Herkunftsland von Flüchtlingen (bei Binnenvertriebenen: Herkunftsregion) identifizieren.
- Bestehende Gesundheitsrisiken, z. B. potenziell epidemisch auftretende Krankheiten, identifizieren.
- Die bisherigen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung identifizieren.
- Die Leistung der Funktionsbereiche des Gesundheitssystems analysieren.

Mortalitätsrate

- Die rohe Mortalitätsrate berechnen.
- Die altersspezifische Mortalitätsrate berechnen (z. B. Mortalitätsrate von Kindern unter 5 Jahren).
- Die fallspezifische Mortalitätsrate berechnen.
- Die proportionale Mortalitätsrate berechnen.

Morbiditätsrate

- Die Inzidenzrate der wichtigsten Krankheiten mit Bedeutung für die öffentliche Gesundheit ermitteln.
- Nach Möglichkeit die alters- und geschlechtsspezifische Inzidenzrate der wichtigsten Krankheiten ermitteln.

Verfügbare Ressourcen

- Die Kapazität des Gesundheitsministeriums des von der Katastrophe betroffenen Landes ermitteln.
- Den Status der nationalen Gesundheitseinrichtungen ermitteln, einschließlich deren Gesamtzahl nach Art der bereitgestellten Behandlung, dem physischen Status und dem Zugang.
- Die Anzahl und Kompetenzen des verfügbaren Gesundheitspersonals ermitteln.
- Die verfügbaren Gesundheitsbudgets und Finanzierungsmechanismen ermitteln.
- Die Leistungsfähigkeit und den Funktionsstatus der bestehenden öffentlichen Gesundheitsprogramme ermitteln, z. B. des Erweiterten Impfprogramms (EPI, Expanded Program on Immunization).
- Die Verfügbarkeit von standardisierten Protokollen, wichtigen Arzneimitteln, Versorgungsgütern und Logistiksystemen ermitteln.

- Den Status des vorhandenen Überweisungssystems ermitteln.
- Das Umweltschutzniveau in den Gesundheitseinrichtungen ermitteln.
- Den Status des bestehenden Gesundheitsinformationssystems ermitteln.

Daten anderer relevanter Sektoren

- Ernährungsstatus
- Nahrung und Nahrungsmittelsicherheit
- Umweltbedingungen
- (Not-)Unterkünfte – Qualität der (Not-)Unterkünfte
- Bildung – Gesundheits- und Hygieneerziehung

Anhang 2

Musterformulare für die wöchentliche Berichterstattung in der Gesundheitsüberwachung

Formular 1 zur Überwachung der Mortalität *

Standort: . . . . . .

Datum vom Montag:. . . . . Bis Sonntag:. . . . . .

Gesamtpopulation zu Beginn dieser Woche: . . . . . .

Geburten in dieser Woche: . . . . . Todesfälle in dieser Woche: . . . . . .

Neuzugänge in dieser Woche (falls zutreffend): . . . . Abgänge in dieser Woche: . . . . . .

Gesamtpopulation zum Ende der Woche:. . . . . Gesamtpopulation unter 5 Jahren: . . . . .

	0-4 Jahre		5+ Jahre		Gesamt
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	
Unmittelbare Ursache					
Akute Infektion der unteren Atemwege					
Cholera (Verdacht)					
Diarrhoe – blutig					
Diarrhoe – wässrig					
Verletzung – nicht unfallbedingt					
Malaria					
Müttersterbefall – direkt					
Masern					
Meningitis (Verdacht)					
Neonatal (0–28 Tage)					
Sonstige					
Unbekannt					
Gesamt nach Alter und Geschlecht					
Tiefer liegende 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 erhoben werden können*

- Sonstige Ursachen der Mortalität können je nach Kontext und epidemiologischem Muster hinzugefügt werden.

- Das Alter kann weiter aufgeschlüsselt werden (0-11 Mon., 1-4 Jahre, 5-14 Jahre, 15-49 Jahre, 50-59 Jahre, 60-69 Jahre, 70-79 Jahre, 80+ Jahre), soweit machbar.

- Die Todesfälle sollten nicht nur von den Gesundheitseinrichtungen gemeldet werden, sondern auch Meldungen von lokalen und religiösen Führern, Gemeindearbeitern, Frauengruppen und Überweisungskrankenhäusern enthalten.

Formular 2 zur Überwachung der Mortalität *

Standort: . . . . . .

Datum vom Montag:. . . . . Bis Sonntag:. . . . . .

Gesamtpopulation zu Beginn dieser Woche: . . . . . .

Geburten in dieser Woche: . . . . . Todesfälle in dieser Woche: . . . . . .

Neuzugänge in dieser Woche (falls zutreffend): . . . . Abgänge in dieser Woche: . . . . . .

Gesamtpopulation zum Ende der Woche:. . . . . Gesamtpopulation unter 5 Jahren: . . . . .

			Direkte Todesursache													Tiefer liegende Ursachen						
Nr.	Geschlecht (m, f)	Alter (Tage = T, Monate = M, Jahre = J)	Akute Infektion der unteren Atemwege	Cholera (Verdacht)	Diarrhoe – blutig	Diarrhoe – wässrig	Verletzung – nicht unfallbedingt	Malaria	Mütterstterbefall – direkt	Masern	Meningitis (Verdacht)	Neonatal (0–28 Tage)	Nicht übertragbare Krankheit (bitte angeben)	Sonstige (bitte angeben)	Unbekannt	AIDS (Verdacht)	Mangelernährung	Mütterstterbefall – indirekt	Sonstige (bitte angeben)	Datum (TT/MM/JJ)	Unterbringung am Standort (z. B. Trakt-Nr.)	Im Krankenhaus oder zu Hause gestorben
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						

** Dieses Formular wird verwendet, wenn genügend Zeit für die Erfassung der Daten zu den einzelnen Todesfällen vorhanden ist. Es ermöglicht eine Analyse nach Alter, die Untersuchung des Krankheitsausbruchs nach Standorten und des Ausnutzungsgrades der Einrichtung.*

- Die Häufigkeit der Berichterstattung (d. h. täglich oder wöchentlich) richtet sich nach der Anzahl der Todesfälle.

- Andere Todesursachen können je nach Situation hinzugefügt werden.

- Die Todesfälle sollten nicht nur von den Gesundheitseinrichtungen am Standort gemeldet werden, sondern auch Meldungen von lokalen und religiösen Führern, Gemeindearbeitern, Frauengruppen und Überweisungskrankenhäusern enthalten.

- Nach Möglichkeit sollten auf der Rückseite des Formulars Falldefinitionen vermerkt werden.

Musterformular zur wöchentlichen EWARN-Berichterstattung *

* Dieses Formular ist in der akuten Phase des Notfalls zu verwenden, wenn ein hohes Risiko epidemisch auftretender Krankheiten besteht.

Datum vom Montag: . . . . Bis Sontag: . . . . . .

Stadt/Dorf/Siedlung/Lager: . . . . . .

Provinz: . . . . . Distrikt: . . . . . Subdistrikt: . . . . . .

Name des Standorts: . . . . • Stationär • Ambulant • Gesundheitszentrum • Mobile Klinik

Unterstützende Hilfsorganisation(en): . . . . . Meldende Stelle & Kontaktnummer:. . . . .

Gesamtpopulation: . . . . . Gesamtpopulation unter 5 Jahren: . . . . .

A. AUFGESCHLÜSSELTE WÖCHENTLICHE DATEN

Neue Fälle voon:	MORBIDITÄT		MORTALITÄT		Gesamt
	< 5 Jahren	5 Jahren & älter	< 5 Jahren	5 Jahren & älter	
AUFNAHMEN GESAMT					
TODESFÄLLE GESAMT					
Akute Atemwegsinfektion					
Akute wässrige Diarrhoe					
Akute blutige Diarrhoe					
Malaria – Verdacht/bestätigt					
Masern					
Meningitis (Verdacht)					
Akutes hämorrhagisches Fiebersyndrom					
Akutes Gelbsucht-Syndrom					
Akute schlaffe Lähmung (AFP)					
Tetanus					
Sontige Fieber > 38,5°C					
Verletzungen/Wunden					
Sonstiges					
Gesamt					

- Mehr als eine Diagnose ist möglich; die wichtigste sollte gemeldet werden. Jeder Fall sollte nur einmal gezählt werden.
- Bitte nur Fälle aufnehmen, die in der Überwachungswoche behandelt wurden (bzw. Todesfälle, die in dieser Zeit auftraten).
- Bitte „0“ (null) angeben, wenn während der Woche kein Fall oder Todesfall mit einem der oben im Formular aufgeführten Syndrome aufgetreten ist.
- Todesfälle sind nur in den Abschnitt „Mortalität“, NICHT in den Abschnitt „Morbidität“ einzutragen.
- Die Falldefinitionen für jede überwachte Erkrankung sind auf der Rückseite des Formulars zu vermerken.
- Die Morbiditätsursachen können entsprechend der Epidemiologie oder Risikobeurteilung der Krankheit hinzugefügt oder entfernt werden.
- Zweck der EWARN-Überwachung ist die Früherkennung von epidemisch auftretenden Krankheiten.
- Die Daten zu Erkrankungen wie Mangelernährung sollten eher durch Untersuchungen (Prävalenz), nicht durch Überwachung (Inzidenz) erhoben werden.

B. WARNMELDUNG IM FALLE EINES KRANKHEITSAUSBRUCHS

Falls Sie zu einem beliebigen Zeitpunkt den Verdacht haben, dass eine der folgenden Krankheiten ausgebrochen ist, melden Sie dies bitte per SMS oder Telefon …….. oder per E-Mail …….. unter Angabe möglichst präziser Informationen zu Zeitpunkt, Ort und Anzahl der Fälle und Todesfälle:

Cholera, Shigellose, Masern, Polio, Typhus, Tetanus, Hepatitis A oder E, Dengue-Fieber, Meningitis, Diphtherie, Keuchhusten, hämorrhagisches Fieber

(Die Liste der Krankheiten variiert je nach der Epidemiologie der Krankheit in dem Land).

Musterformular zur laufenden Berichterstattung zur Überwachung der Morbidität *

* Die Überwachung der Morbidität kann nach der akuten Phase anhand einer Erweiterung von EWARN, gegebenenfalls durch Aufnahme weiterer Krankheiten und Überwachung weiterer Indikatoren, erfolgen.

Standort: . . . . . .

Datum vom Montag: . . . . . Bis Sonntag: . . . . . .

Gesamtpopulation zu Beginn dieser Woche: . . . . . .

Geburten in dieser Woche/diesem Monat: . . . . . Todesfälle in dieser Woche/diesem Monat: .

Neuzugänge in dieser Woche/diesem Monat (falls zutreffend): . . . . . .

Abgänge in dieser Woche/diesem Monat: . . . . . .

Gesamtpopulation zum Ende der Woche/des Monats: . . Gesamtpopulation unter 5 Jahren: . . . . . .

Morbidität	Unter 5 Jahren (neue Fälle)#			5 Jahre und älter (neue Fälle)			Gesamt	Rezidiv-fälle
Diagnose*	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Neue Fälle	Gesamt
Akute Atemwegs-infektion**								
Akute wässrige Diarrhoe								
Akute blutige Diarrhoe								
Malaria – Verdacht/ bestätigt								
Masern								
Meningitis – Verdacht								
Akutes hämorrhagi-sches Fiebersyndrom								
Akutes Gelbsucht-Syndrom								
Akute schlaffe Lähmung (AFP)								
Tetanus								
Sonstiges Fieber > 38,5°C								
AIDS – Verdacht ***								
Augenkrankheiten								
Mangelernährung ****								
Verletzungen – unfallbedingt								
Verletzungen – nicht unfallbedingt								
Sexuell übertragbare Krankheiten								
Genitales Geschwür								
Ausfluss aus der männlichen Harnröhre								
Vaginalausfluss								
Unterbauch-schmerzen								
Hautkrankheiten								
Nicht übertragbare Krankheiten (z. B. Diabetes)								
Würmer								
Sonstige								
Unbekannt								
Gesamt								

* *Mehr als eine Diagnose ist möglich; die Morbiditätsursachen können entsprechend dem Kontext und dem epidemiologischen Muster hinzugefügt oder entfernt werden.*

** *Akute Atemwegsinfektionen: In einigen Ländern kann diese Kategorie in Infektionen der oberen und unteren Atemwege unterteilt sein.*

*** *Die HIV-/AIDS-Prävalenz wird am wirksamsten durch Untersuchungen bestimmt.*

**** *Die Prävalenz von Mangelernährung wird am besten durch Schnelluntersuchungen (MUAC oder Screening von Körpergewicht/Körperlänge) bestimmt, da durch die Überwachung nur festgestellt werden kann, wer zur Behandlung erscheint.*

\# *Die Altersgruppen können, soweit machbar, weiter aufgeschlüsselt werden.*

WARNMELDUNG IM FALLE EINES KRANKHEITSAUSBRUCHS

Falls Sie zu einem beliebigen Zeitpunkt den Verdacht haben, dass eine der folgenden Krankheiten ausgebrochen ist, melden Sie dies bitte per SMS oder Telefon …….. oder per E-Mail…… ……... unter Angabe möglichst präziser Informationen zu Zeitpunkt, Ort und Anzahl der Fälle und Todesfälle:
Cholera, Dysenterie/Shigellose, Masern, AFP, Typhus, Tetanus, Hepatitis, Dengue-Fieber, Meningitis, Diphtherie, Keuchhusten, hämorrhagisches Fieber.

Besuche in einer Gesundheitseinrichtung	Unter 5 Jahren			5 Jahre und älter			Gesamt	
	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich
Besuche gesamt								

Nutzungsgrad: Anzahl der Besuche pro Person und Jahr in einer Gesundheitseinrichtung = Gesamtzahl der Besuche in 1 Woche / Gesamtpopulation x 52 Wochen
- Das Alter kann weiter aufgeschlüsselt werden (0-11 Mon., 1-4 Jahre, 5-14 Jahre, 15-49 Jahre, 50-59 Jahre, 60+ Jahre), sofern machbar.

Anzahl der Konsultationen pro Kliniker: Anzahl der Gesamtbesuche (neue und Rezidivfälle) / FTE- („Full-Time Equivalent“-) Kliniker in einer Gesundheitseinrichtung / Anzahl der Tage, an welchen die Gesundheitseinrichtung pro Woche geöffnet hat.

Anhang 3

Formeln für die Berechnung zentraler Gesundheitsindikatoren

Rohe Mortalitätsrate (CMR))

Definition: Die Anzahl der Todesfälle in der Gesamtbevölkerung, einschließlich Frauen und Männer und sämtlicher Altersgruppen.

Formel:

$$\frac{\text{Gesamtzahl der Todesfälle in dem beobachteten Zeitraum}}{\text{Gefährdete Bevölkerung zur Mitte des beobachteten Zeitraums x Anzahl der Tage in dem Zeitraum}} \times 10.000 \text{ Personen} = \text{Todesfälle/10.000 Personen/Tag}$$

Mortalitätsrate von Kindern unter 5 Jahren (U5MR)

Definition: Die Anzahl der Todesfälle von Kindern unter 5 Jahren in der Bevölkerung.

Formel:

$$\frac{\text{Gesamtzahl der Todesfälle von Kindern} < 5 \text{ Jahren in dem beobachteten Zeitraum}}{\text{Gesamtzahl der Kinder} < 5 \text{ Jahren x Anzahl der Tage in dem Zeitraum}} \times 10.000 \text{ Personen} = \text{Todesfälle/10.000 Kinder unter 5 Jahren/Tag}$$

Inzidenzrate

Definition: Die Anzahl der neuen Fälle einer bestimmten Krankheit, die in einem bestimmten Zeitraum bei einer gefährdeten Bevölkerungsgruppe auftreten.

Formel:

$$\frac{\text{Anzahl der neu aufgetretenen Fälle einer bestimmten Krankheit in einem bestimmten Zeitraum}}{\text{Bevölkerung, die dem Krankheitsrisiko ausgesetzt ist x Anzahl der Monate in dem Zeitraum}} \times 1.000 \text{ Personen} = \text{Neu aufgetretene Fälle einer bestimmten Krankheit/1.000 Personen Monat}$$

Letalitätsrate (CFR)

Definition: Das Verhältnis der Todesfälle durch eine bestimmte Erkrankung zur Anzahl der Erkrankten.

Formel:

$$\frac{\text{Anzahl der Todesfälle durch die Krankheit in dem beobachteten Zeitraum}}{\text{Menschen, die in dem Zeitraum an der Krankheit erkrankt sind}} \times 100 = x\,\%$$

Nutzungsgrad von Gesundheitseinrichtungen

Definition: Die Anzahl der Besuche ambulanter Patienten pro Person und Jahr. Nach Möglichkeit sollte zwischen neuen und alten Besuchen unterschieden werden. Für die Berechnung des Ausnutzungsgrades sollten die **neuen** Besuche zugrunde gelegt werden. Häufig ist es jedoch schwierig, zwischen neuen und alten Besuchen zu differenzieren. Daher werden sie während einer Katastrophe oft als Gesamtbesuche zusammengefasst.

Formel:

$$\frac{\text{Gesamtzahl der Besuche in einer Woche}}{\text{Gesamtbevölkerung}} \times 52 \text{ Wochen} = \text{Besuche/Person/Jahr}$$

Anzahl der Konsultationen pro Kliniker und Tag

Definition: Durchschnittliche Zahl der Gesamtkonsultationen (neue und Rezidivfälle) jedes Klinikers pro Tag.

Formel:

$$\frac{\text{Gesamtzahl der Konsultationen (neue und Rezidivfälle)}}{\text{Anzahl der FTE*-Kliniker in einer Gesundheitseinrichtung}} \div \text{Anzahl der Tage, an welchen die Gesundheitseinrichtung pro Woche geöffnet hat}$$

** FTE (Full-Time Equivalent, Vollzeitäquivalent) bezeichnet die äquivalente Anzahl der Kliniker, die in einer Gesundheitseinrichtung tätig sind. Falls zum Beispiel sechs Kliniker in der Ambulanz arbeiten, zwei von ihnen jedoch halbtags tätig sind, ergibt sich die Anzahl der FTE-Kliniker wie folgt: 4 Vollzeitkräfte + 2 Halbtagskräfte = 5 FTE-Kliniker.*

Quellen und weiterführende Literatur

Quellen

Internationale Rechtsinstrumente

The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR General Comment 14, 11 August 2000. UN Doc. E/C.12/2000/4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

World Health Organization (WHO) (2002), 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. Health & Human Rights Publication Issue No. 1. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545690.pdf

Gesundheitssysteme

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. Geneva. www.exacteditions.com/exact/browse/436/494/2635/2/47?dps=on

Inter-Agency Steering Committee (IASC) Global Health Cluster (2009), Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster. WHO. Geneva.

Management Sciences for Health (1997), Managing Drug Supply, 2nd edition. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2009), Emergency Health Information System. www.unhcr.org/pages/49c3646ce0.html

Pan American Health Organization (PAHO) (2000), Natural Disasters: protecting the public's health. Scientific Publication No. 575. Washington DC.

WHO (1994), Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations. Geneva.

WHO (1999), Guidelines for Drug Donations, 2nd edition. Geneva.

WHO (2000), World health report 2000 – Health systems: improving performance. Geneva. www.who.int/whr/2000/en/index.html

WHO (2001), Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Geneva.

WHO (2009), Model Lists of Essential Medicines. Geneva. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html

WHO (in press), The Interagency Emergency Health Kit: Medicines and Medical Devices for 10,000 People for Approximately 3 Months, 4th edition. Geneva.

WHO and PAHO (2001), Health Library for Disasters. Geneva. http://helid.desastres.net/

WHO (2009), Model Lists of Essential Medicines. Geneva. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html

WHO (in press), The Interagency Emergency Health Kit: Medicines and Medical Devices for 10,000 People for Approximately 3 Months, 4th edition. Geneva.

WHO and PAHO (2001), Health Library for Disasters. Geneva. http://helid.desastres.net/

Kontrolle übertragbarer Krankheiten

Heymann, David L (2008), Control of Communicable Diseases Manual, 19th edition. American Public Health Association. Washington DC.

WHO (2002), Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks. Geneva.

WHO (2005), Communicable disease control in emergencies. Geneva.

WHO (2005), Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Field Handbook. Geneva.

WHO (2007), Tuberculosis Care and Control in Refugee and Displaced Populations: An Interagency Field Manual, 2nd edition.Geneva.

Kindergesundheit

WHO (1997), Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines. Macmillan. London.

WHO (2005), IMCI Handbook (Integrated Management of Childhood Illness). Geneva.

WHO (2005), Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO (2008), Manual for the health care of children in humanitarian emergencies. Geneva.

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2009), The State of the World's Children 2009. New York. www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

IASC (2009), Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC_HIV_Guidelines_2009_En.pdf

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (2010 revision for field review), Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.

Women's Commission for Refugee Women and Children (2006), Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health: A Distance Learning Module. http://misp.rhrc.org/

WHO (2006), Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice, 2nd edition. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf

WHO and UNHCR (2004), Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for use with Refugees and Internally Displaced Persons. Geneva.

WHO, United Nations Population Fund (UNFPA) and Andalucia School of Public Health (2009), Granada Consensus on Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery. Granada, Spain.

Verletzungen

Hayward-Karlsson, J et al (1998), Hospitals for War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a Surgical Hospital in an Area of Armed Conflict. International Committee of the Red Cross (ICRC). Geneva.

PAHO (1995, reprint 2001), Establishing a Mass Casualty Management System. Washington DC. www.disasterpublications.info/english/viewtopic.php?topic=victimasmasa

WHO (2005), Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care tool kit: Disaster Management Guidelines. Geneva. www.who.int/surgery/publications/Disastermanagguide.pdf

Psychische Gesundheit

IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/

WHO (2010), mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. Geneva.
www.who.int/mental_health/

WHO, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), Psychological First Aid Guide. Geneva.

Nicht übertragbare Krankheiten

Spiegel et al (2010), Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks. Lancet, Vol. 375, 23 January 2010.

WHO (2008), The Management of Cardiovascular Disease, Diabetes, Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Emergency and Humanitarian Settings. Draft, 28 February 2008. Geneva.

WHO (2009), WHO Package of Essential Non-communicable Disease Interventions (WHO PEN). Geneva.

Weiterführende Literatur

Internationale Rechtsinstrumente

Mann, J et al (eds) (1999), Health and Human Rights: A Reader. Routledge. New York.

Baccino-Astrada, A (1982), Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts. ICRC. Geneva.

Gesundheitssysteme

Beaglehole, R, Bonita, R and Kjellstrom, T (2006), Basic Epidemiology, 2nd edition. WHO. Geneva.

IASC Global Health Cluster (2010), GHC position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Geneva.

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2008), Public health guide in emergencies. Geneva.
www.ifrc.org/what/health/relief/guide.asp

Médecins sans Frontières (MSF) (1997), Refugee Health. An Approach to Emergency Situations. Macmillan. London.

Noji, E (ed) (1997), The Public Health Consequences of Disasters. Oxford University Press. New York.

Perrin, P (1996), Handbook on War and Public Health. ICRC. Geneva.

WHO (2006), The Interagency Emergency Health Kit 2006. Geneva.

Grundlegende Gesundheitsleistungen

Checchi, F and Roberts, L (2005), Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies. Humanitarian Practice Network. Overseas Development Institute. London. www.odihpn.org

MSF (2006), Rapid health assessment of refugee or displaced populations. Paris.

SMART (2006), Measuring Mortality, Nutritional Status and Food Security in Crisis Situations: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition. www.smartindicators.org

UNHCR (2009), UNHCR's Priniciples and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other Persons of Concern. Geneva. www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=4b4c4fca9&query=referral%20guidelines

WHO (1999), Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies. Geneva.

Kontrolle übertragbarer Krankheiten

Cook, GC, Manson, P and Zumla, AI (2008), Manson's Tropical Diseases, 22nd edition. WB Saunders.

Connolly, MA et al (2004), Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. The Lancet. London.

WHO (2004), Cholera outbreak, assessing the outbreak response and improving preparedness. Geneva.

WHO (2005), Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to shigella dysenteriae type 1. Geneva.

Kindergesundheit

WHO (2005), Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2003), Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Geneva.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546220.pdf

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Inter-agency Standing Committee (2006), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Emergencies. Geneva.

International Rescue Committee (2003), Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

UNFPA and Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations (2008), The Reproductive Health Kit for Emergency Situations.

UNHCR (2006), Note on HIV/AIDS and the Protection of Refugees, IDPs and Other Persons of Concern. Geneva. www.unhcr.org/444e20892.html

UNHCR (2007), Antiretroviral Medication Policy for Refugees. Geneva. www.unhcr.org/45b479642.html

UNHCR and Southern African Clinicians Society (2007), Clinical guidelines on antiretroviral therapy management for displaced populations. www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=46238d5f2&query=art%20guidelines

UNHCR, WHO and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2009), Policy Statement on HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees, Internally Displaced Persons and other Persons of Concern to UNHCR. Geneva. www.unhcr.org/4b508b9c9.html

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2000, reprint 2007), Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf

Verletzungen

International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO) (2001), ISPO consensus conference on appropriate orthopaedic technology for low-income countries: conclusions and recommendations. Prosthetics Orthotics International. Vol. 25, pp 168–170.

ISPO Code of Conduct for International Non-Governmental Prosthetics, Orthotics, and Mobility Assistance: www.usispo.org/code.asp

Landmines Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Programme Guide: implementing P&O services in poor settings: guide for planners and providers of services for persons in need of orthopaedic devices. Geneva.

Landmine Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Project Guide: supporting P&O services in low-income settings a common approach for organizations implementing aid projects. Geneva.

MSF (1989), Minor Surgical Procedures in Remote Areas. Paris.

WHO (1991), Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology. Geneva.

Psychische Gesundheit

UNHCR and WHO (2008), Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide. Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/

WHO (2009), Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneva. www.who.int/mental_health/

Nicht übertragbare Krankheiten

Fauci, AS et al (eds) (2008), Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th edition. McGraw Hill Professional. New York.

Foster, C et al (eds), The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33rd edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers. Philadelphia.

Tierny, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (eds) (2003), Current Medical Diagnosis and Treatment, 42nd edition. McGraw-Hill/Appleton & Lange. New York

Anhänge

Anhang 1

Zentrale Dokumente, die der humanitären Charta zugrunde liegen

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 Menschenrechte, das humanitäre Völkerrecht (IHL), das Flüchtlingsrecht und humanitäre Einsätze. Dabei wird nicht versucht, regionale Gesetze und Entwicklungen zu erfassen. Die Liste umfasst zudem eine Reihe weiterer Leitlinien, Grundsätze, Standards und Rahmendokumente, an welchen sich die humanitäre Charta orientiert. Da es sich zwangsläufig um eine sehr selektive Auflistung handelt, werden auf der Website des Sphere Project weitere Ressourcen und Web-Links zu diesen Dokumenten bereitgestellt. Aus Platzgründen werden lediglich die Dokumente kommentiert, für welche eine Einführung oder besondere Erläuterung erforderlich schien, da sie neueren Datums sind oder bestimmte Passagen enthalten, die sich auf Katastrophen oder Konflikte beziehen.

Die Dokumente werden unter den folgenden Überschriften thematisch geordnet:

1. ***Menschenrechte, Schutz und Gefährdung – allgemein***
2. ***Bewaffnete Konflikte und humanitäre Hilfe***
3. ***Flüchtlinge und Binnenvertriebene***
4. ***Katastrophen und humanitäre Hilfe – allgemein***

Um sicherzustellen, dass der Status jedes Dokuments eindeutig ist, werden die Texte unter den folgenden Unterüberschriften jeweils weiter untergliedert:

1. ***Völkerrechtliche Verträge und Gewohnheitsrecht (sofern zutreffend)***
2. ***UN- und weitere förmlich verabschiedete zwischenstaatliche Leitlinien und Grundsätze***
3. ***Rahmen der humanitären Strategie, Leitlinien und Grundsätze***

1. Menschenrechte, 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 Gefährdung und Anfälligkeit zählen.

1.1. Völkerrechtliche Verträge und Gewohnheitsrecht betreffend Menschenrechte, Schutz und Gefährdung

Das Völkervertragsrecht betreffend die Menschenrechte gilt für Staaten, die dem entsprechenden Vertrag beigetreten sind; das Gewohnheitsrecht (z. B. das Verbot von Folter) gilt jedoch für alle Staaten. 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 verkündet 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

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (UDHR) von 1948, verabschiedet mit Resolution 217 A(III) der UN-Generalversammlung vom 10. Dezember 1948.

Die UDHR, die im Jahr 1948 von der UN-Generalversammlung verkündet wurde, legte zum ersten Mal allgemein zu schützende, grundlegende Menschenrechte fest. Die UDHR ist kein völkerrechtlicher Vertrag; es besteht jedoch allgemein Einigkeit darüber, dass sie zu einem Bestandteil des Völkergewohnheitsrechts geworden ist. Im ersten Satz der Präambel wird das Konzept der „angeborenen Würde“ des Menschen als fundamentale Basis 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 (UNO-Pakt II), 1966, verabschiedet mit Resolution 2200A (XXI) der UN-Generalversammlung vom 16. Dezember 1966, in Kraft getreten am 23. März 1976, Vertragssammlung der Vereinten Nationen, Bd. 999, S. 171, und Bd. 1057, S. 407. www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm

Zweites Fakultativprotokoll zum UNO-Pakt II (über die Abschaffung der Todesstrafe), 1989, verabschiedet mit Resolution 44/128 der UN-Generalversammlung vom 15. Dezember 1989, in Kraft getreten am 11. Juli 1991, Vertragssammlung der Vereinten Nationen, Bd. 1642, S. 414. www2.ohchr.org/english/law/ccpr-death.htm

Die Vertragsstaaten des UNO-Paktes II haben die Rechte aller in ihrem Gebiet befindlichen und ihrer Herrschaftsgewalt unterstehenden Personen zu 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.

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 von Vertragsverletzung;* Bewegungsfreiheit und freie Wohnsitzwahl; keine unrechtmäßige Ausweisung von Ausländern; Gleichheit vor dem Gesetz, fairer Prozess und Unschuldsvermutung in Strafverfahren; Nichtrückwirkung;* Anerkennung der gleichen Rechtsfähigkeit;* Privatleben; Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit;* unbehinderte Meinungsfreiheit, freie Meinungsäußerung und friedliche Versammlung; Vereinigungsfreiheit; Recht auf Eheschließung und Familiengründung; 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 (Sozialpakt), 1966, verabschiedet mit Resolution 2200A (XXI) der UN-Generalversammlung vom 16. Dezember 1966, in Kraft getreten am 3. Januar 1976, Vertragssammlung der Vereinten Nationen, Bd. 993, S. 3 www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm

Die Vertragsstaaten versichern, „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 zu kommen haben.

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 (Rassendiskriminierungskonvention), 1969, verabschiedet mit Resolution 2106 (XX) der UN-Generalversammlung vom 21. Dezember 1965, in Kraft getreten am 4. Januar 1969, Vertragssammlung der Vereinten Nationen, Bd. 660, S. 195. www2.ohchr.org/english/law/cerd.htm

Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (Frauenrechtskonvention), 1979, verabschiedet mit Resolution 34/180 der UN-Generalversammlung vom 18. Dezember 1979, in Kraft getreten am 3. September 1981, Vertragssammlung der Vereinten Nationen, Bd. 1249, S. 13. www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm

Übereinkommen über die Rechte des Kindes (Kinderrechtskonvention), 1989, verabschiedet mit Resolution 44/25 der UN-Generalversammlung vom 20. November 1989, in Kraft getreten am 2. September 1990, Vertragssammlung der Vereinten Nationen, Bd. 1577, S. 3. www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

Fakultativprotokoll betreffend die Beteiligung von Kindern an bewaffneten Konflikten, 2000, verabschiedet mit Resolution A/RES/54/263 der UN-Generalversammlung vom 25. Mai 2000, in Kraft getreten am 12. Februar 2002, Vertragssammlung der Vereinten Nationen, Bd. 2173, S. 222. www2.ohchr.org/english/law/crc-conflict.htm

Fakultativprotokoll betreffend den Verkauf von Kindern, die Kinderprostitution und die Kinderpornographie, 2000, verabschiedet mit Resolution A/RES/54/263 der UN-Generalversammlung vom 25. Mai 2000, in Kraft getreten am 18. Januar 2002, Vertragssammlung der Vereinten Nationen, Bd. 2171, S. 227. www2.ohchr.org/english/law/crc-sale.htm
Der Kinderrechtskonvention sind fast alle Staaten beigetreten. Sie fasst die grundlegenden Menschenrechte von Kindern neu und identifiziert Situationen, in welchen sie besonderen Schutz benötigen (z. B. wenn sie von ihrer Familie getrennt wurden). Die Protokolle fordern von den Vertragsstaaten positive Maßnahmen zu besonderen Problemen im Bereich des Kinderschutzes.

Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention, CRPD), 2006, verabschiedet mit Resolution A/RES/61/106 der UN-Generalversammlung vom 13. Dezember 2006, in Kraft getreten am 3. Mai 2008, Vertragsdatenbank der Vereinten Nationen, Kapitel IV, 15. www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm

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, 1948, verabschiedet mit Resolution 260 (III) der UN-Generalversammlung vom 9. Dezember 1948, in Kraft getreten am 12. Januar 1951, Vertragssammlung der Vereinten Nationen, Bd. 78, S. 277 www2.ohchr.org/english/law/genocide.htm

Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, 1984, verabschiedet mit Resolution 39/46 der UN-Generalversammlung vom 10. Dezember 1984, in Kraft getreten am 26. Juni 1987, Vertragssammlung der Vereinten Nationen, Bd. 1465, S. 85. www2.ohchr.org/english/law/cat.htm

Diesem Übereinkommen ist eine sehr große Zahl von Staaten beigetreten. Auch wird das Verbot von Folter heute generell als Teil des Völkergewohnheitsrechts betrachtet. Ein öffentlicher Notstand gleich welcher Art oder Krieg dürfen nicht als Rechtfertigung für Folter geltend gemacht werden. Die Ver¬tragsstaaten dürfen 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, verabschiedet von der Diplomatischen Konferenz in Rom vom 17. Juli 1998, in Kraft getreten am 1. Juli 2002, Vertragssammlung der Vereinten Nationen, Bd. 2187, S. 3. www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/585?OpenDocument

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 betreffend Menschenrechte, Schutz und Gefährdung

Internationaler Aktionsplan von Madrid über das Altern, 2002, Zweite Weltversammlung zu Fragen des Alterns der UN, Madrid, 2002, gebilligt mit Resolution 37/51 der UN-Generalversammlung vom 3. Dezember 1982. www.globalaging.org/agingwatch/events/CSD/mipaa+5.htm

Grundsätze der Vereinten Nationen für ältere Menschen, 1991, Resolution 46/91 der UN-Generalversammlung vom 16. Dezember 1991. www2.ohchr.org/english/law/olderpersons.htm

1.3. Humanitäre Rahmendokumente, Leitlinien und Grundsätze betreffend Menschenrechte, Schutz und Gefährdung

Protecting Persons Affected by Natural Disasters: IASC Operational Guidelines on Human Rights and Natural Disasters (Schutz von Menschen, die von Naturkatastrophen betroffen sind: Verfahrensrichtlinien des IASC zu Menschenrechten und Naturkatastrophen), 2006, Ständiger interinstitutioneller Ausschuss (IASC). www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx

International Law and Standards Applicable in Natural Disaster Situations (Völkerrecht und Standards für Naturkatastrophensituationen) (IDLO Legal Manual), 2009, International Development Law Organization (IDLO). www.idlo.int/DOCNews/352doc.pdf

Inter-agency guiding principles on unaccompanied and separated children (Organisationsübergreifende Leitprinzipien betreffend unbegleitete und von ihren Familien getrennte Kinder), 2002, entwickelt vom ICRC, dem Amt des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Flücht¬linge (UNHCR), dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF), World Vision International, Save the Children UK und dem International Rescue Committee, 2009. www.icrc.org

Gender Handbook in Humanitarian Action (Gender-Handbuch für humanitäre Einsätze), 2006, Ständiger interinstitutioneller Ausschuss. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf_gender-genderh

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (IASC-Leitlinien betreffend psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung in Notfallsituationen), 2007, Ständiger interinstitutioneller Ausschuss. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf_mhps-default

INEE Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction (INEE-Mindeststandards zur Bildung in Notfallsituationen, chronischen Krisen und der frühen Wiederaufbauphase) von 2007, in der aktualisierten Fassung von 2010, Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (seit 2008 formell als Begleitstandards von Sphere anerkannt). www.ineesite.org/index.php/post/inee_minimum_standards_overview/

2. Bewaffnete Konflikte, humanitäres Völkerrecht und humanitäre Hilfe

2.1. Völkerrechtliche Verträge und Gewohnheitsrecht betreffend bewaffnete Konflikte, das humanitäre Völkerrecht und die humanitäre Hilfe

Im humanitären Völkerrecht werden die Schwellen genannt, ab welchen ein gewaltsamer Konflikt zu einem „bewaffneten Konflikt“ wird, womit die Anwendung dieser besonderen rechtlichen Regelungen erforderlich wird. 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 Zusatzprotokolle und die Regeln der Studie über das humanitäre Völkergewohnheitsrecht.

2.1.1. Zentrale humanitäre Völkerrechtsverträge

Die vier Genfer Abkommen von 1949

Zusatzprotokoll zu den Genfer Abkommen über den Schutz der Opfer internationaler bewaffneter Konflikte (Protokoll I), 1977

Zusatzprotokoll zu den Genfer Abkommen über den Schutz der Opfer nicht internationaler bewaffneter Konflikte (Protokoll II), 1977
www.icrc.org/ihl.nsf/CONVPRES?OpenView

Die vier Genfer Abkommen – welchen 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 im Felde (I) und zur See (II), mit der Behand¬lung der Kriegsgefangenen (III) und dem Schutz von Zivilpersonen in bewaffneten Konflikten (IV). Sie gelten in erster Linie für internationale bewaffnete Konflikte; eine Ausnahme hierzu stellen Artikel 3, der allen Abkommen gemein ist und nicht internationale Konflikte betrifft, 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 zusätzlichen Protokollen nicht beigetreten.

2.1.2. Völkerrechtliche Verträge betreffend Waffen, deren Einsatz eingeschränkt oder verboten ist, und Kulturgut

Neben dem oben dargelegten 'Genfer Recht' existiert auch ein Gesetzeskorpus, das häufig als das „Haager Recht" zu bewaffneten Konflikten beschrieben 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/ihl.nsf

2.1.3. Humanitäres Völkergewohnheitsrecht

Das humanitäre Völkergewohnheitsrecht bezieht sich auf das Kriegsvölkerrecht, das die Staaten durch ihre Aussagen, Politik und Praxis als gewohnheitsrechtlich begründete Regeln anerkannt haben, die für alle Staaten gelten, und zwar unabhängig davon, ob sie den humanitären Völkerrechtsverträgen beigetreten sind. Es wurde keine Liste der gewohnheitsrechtlichen Regeln erstellt; die nachstehende Studie stellt jedoch die verbindlichste Auslegung dar.

Customary International Humanitarian Law (CIHL) Study [Studie über das humanitäre Völkergewohnheitsrecht], IKRK, Henckaerts, J-M., und Doswald-Beck, L., Cambridge University Press, Cambridge & New York, 2005.
www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/612?OpenDocument

Die Studie deckt nahezu den gesamten Anwendungsbereich des Kriegsvölkerrechts ab. In der Studie werden 161 spezifische Regeln aufgelistet mit einer Erläuterung, ob die jeweilige Regel auf internationale bewaffnete Konflikte bzw. nicht internationale bewaffnete Konflikte anzuwenden ist. Obwohl einige juristische Kommentatoren die Methodik der Studie kritisieren, geht sie doch aus einem auf über zehn Jahre angelegten, umfassenden Konsultations- und Forschungsprozess hervor, und es wird weithin anerkannt, dass sie für die Auslegung der gewohnheitsrechtlichen Regeln maßgebend ist.

2.2. UN- und weitere förmlich verabschiedete zwischenstaatliche Grundsätze und Leitlinien betreffend bewaffnete Konflikte, das humanitäre Völkerrecht und die humanitäre Hilfe

Aide-mémoire des UN-Sicherheitsrates zum Schutz von Zivilpersonen in bewaffneten Konflikten, 2002, aktualisierte Fassung von 2003 (S/PRST/2003/27). www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=S/PRST/2003/27
Hierbei handelt es sich nicht um eine für die Staaten verbindliche Resolution, sondern ein Leitlinien¬dokument für den UN-Sicherheitsrat in Bezug auf die Erhaltung des Friedens und akute Konflikt¬situationen, das aus Konsultationen mit einer Reihe von UN-Organisationen und dem IASC hervorging.

Resolutionen des UN-Sicherheitsrates betreffend sexuelle Gewalt und Frauen in bewaffneten Konflikten, insbesondere Resolutionen 1820 (2008), 1888 (2009) und 1889 (2009)
Alle Resolutionen des UN-Sicherheitsrates nach Jahr und Nummer: www.un.org/documents/scres.htm

2.3. Humanitäre Rahmendokumente, Leitlinien und Grundsätze betreffend bewaffnete Konflikte, das humanitäre Völkerrecht und die humanitäre Hilfe

Professional standards for protection work carried out by humanitarian and human rights actors in armed conflict and other situations of violence [Berufliche Standards für Schutzaufgaben, die von humanitären und Menschenrechtsakteuren in bewaffneten Konflikten und anderen Gewaltsituationen ausgeführt werden], 2009, IKRK.. www.icrc.org

3. Flüchtlinge und Binnenvertriebene

Der UNHCR – das UN-Flüchtlinghilfswerk – verfügt gemäß der Flüchtlingskonvention und dem entsprechenden Protokoll über ein besonderes rechtliches Mandat für den Schutz von Flüchtlingen. Von der UN-Generalversammlung wurde die Organisation zudem beauftragt, im Hinblick auf den Schutz von Binnenvertriebenen mit den Staaten zusammenzuarbeiten. Auf der Website des UNHCR stehen umfangreiche Ressourcen bereit.

3.1. Völkerrechtliche Verträge zugunsten von 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 historisch richtungsweisend waren.

Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge von 1951 (in der jeweils aktuellen Fassung), verabschiedet von der Bevollmächtigtenkonferenz der Vereinten Nationen über die Rechtsstellung von Flüchtlingen und staatenlosen Personen, Genf, vom 2.–25. Juli 1951, in Kraft getreten am 22. April 1954, Vertragssammlung der Vereinten Nationen, Bd. 189, S. 137.

Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge, 1967, notifiziert von der UN-Generalversammlung mit Resolution 2198 (XXI), 2.–16. Dezember 1966, Vertragssammlung der Vereinten Nationen, Bd. 606, S. 267. www.unhcr.org/protect/PROTECTION/3b66c2aa10.pdf

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 über bestimmte Aspekte von Flüchtlingsproblemen in Afrika, 1969, verabschiedet von der Versammlung der Staats- und Regierungschefs auf ihrer Sechsten Ordentlichen Beratung, Addis Abeba, 10. September 1969. www.unhcr.org/45dc1a682.html

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, vom 22. Oktober 2009, im Oktober 2010 noch nicht in Kraft getreten. www.unhcr.org/4ae9bede9.html

Diese erste multilaterale Konvention zugunsten von Binnenvertriebenen wurde im Oktober 2009 ursprünglich von 17 Staaten der Afrikanischen Union unterzeichnet; damit sie in Kraft treten kann, sind jedoch 15 formelle Beitritte/Ratifizierungen erforderlich.

3.2. UN- und weitere förmlich verabschiedete zwischenstaatliche Grundsätze und Leitlinien betreffend Flüchtlinge und Binnenvertriebene

Leitgrundsätze betreffend Binnenvertreibung, 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 UN-Generalversammlung als 'ein wichtiger internationaler Rahmen für den Schutz von Binnenvertriebenen'. www.idpguidingprinciples.org/

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.

4. Katastrophen und humanitäre Hilfe – allgemein

4.1. Völkerrechtliche Verträge betreffend Katastrophen und humanitäre Hilfe

Übereinkommen über die Sicherheit von Personal der Vereinten Nationen und beigeordnetem Personal, 1994, verabschiedet mit Resolution 49/59 der UN-Generalversammlung vom 9. Dezember 1994, in Kraft getreten am 15. Januar 1999, Vertragssammlung der Vereinten Nationen, Bd. 2051, S. 363. www.un.org/law/cod/safety.htm

Fakultativprotokoll von 2005 zum Übereinkommen über die Sicherheit von Personal der Vereinten Nationen und beigeordnetem Personal, verabschiedet mit Resolution A/60/42 der UN-Generalversammlung vom 8. Dezember 2005, in Kraft getreten am 19. August 2010. www.ocha.unog.ch/drptoolkit/PNormativeGuidanceInternationalConventions.html#UNSpecificConventions

In dem Übereinkommen wird der Schutz auf UN-Einsätze zur Friedenssicherung beschränkt, sofern die UN nicht ein 'außergewöhnliches Risiko' erklärt – eine unpraktische 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 über die Nahrungsmittelhilfe, 1999, ein separates Rechtsinstrument im Rahmen des Getreidehandels-Übereinkommens von 1995, verwaltet vom Nahrungsmittelhilfe-Ausschuss durch das Sekretariat des Internationalen Getreiderates (IGC).

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, Vertragssammlung der Vereinten Nationen, Bd. 2296, S. 5.
http://www.tampere-convention.org

Rahmenübereinkommen der Vereinten Nationen über Klimaänderungen, 1992 (Klimarahmenkonvention, UNFCCC), verabschiedet von der Konferenz der Vereinten Nationen über Umwelt und Entwicklung, Rio de Janeiro, 4. - 14. Juni 1992, befürwortet von der UN-Generalversammlung mit Resolution 47/195 vom 22. Dezember 1992, in Kraft getreten am 21. März 1994, Vertragssammlung der Vereinten Nationen, Bd. 1771, S. 107. http://unfccc.int/essential_background/convention/items/2627.php

Kyoto-Protokoll zur Klimarahmenkonvention, 1997, verabschiedet auf der dritten Sitzung der Kon¬ferenz der Vertragsstaaten zur Rahmenkonvention, Kyoto, Japan, vom 11. Dezember 1997 und in Kraft getreten am 16. Februar 2005, Vertragssammlung der Vereinten Nationen, Bd. 2303, S. 148. http://unfccc.int/essential_background/kyoto_protocol/items/1678.php

Die Klimarahmenkonvention und das Kyoto-Protokoll befassen sich mit der dringenden Notwendigkeit, Strategien zur Anpassung an den Klimawandel und zur Risikoreduzierung umzusetzen und die lokale Leistungs- und Widerstandsfähigkeit insbesondere derjenigen Länder zu stärken, die anfällig für Naturkatastrophen sind. Der Schwerpunkt liegt auf Strategien zur Reduzierung von Katastrophen- und Risikomanagement, insbesondere im Hinblick auf Klimaänderungen.

4.2. UN- und weitere förmlich verabschiedete zwischenstaatliche Grundsätze und Leitlinien betreffend Katastrophen und humanitäre Hilfe

Stärkung der Koordination von humanitären Hilfseinsätzen der Vereinten Nationen, mit Anhang, Leitprinzipien, Resolution 46/182 der Generalversammlung vom 19. Dezember 1991.
www.reliefweb.int/ocha_ol/about/resol/resol_e.html

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.

Hyogo-Rahmenaktionsplan 2005-2015: Stärkung der Widerstandsfähigkeit der Nationen und Gemeinschaften gegen Katastrophen, verabschiedet von der Weltkonferenz für Katastrophenvorsorge von 2005. www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm

Dieses Dokument legt Strategien für Staaten und humanitäre Organisationen dar, um Katastrophenrisikoreduzierung (disaster risk reduction) in die Umsetzung von Programmen der Katastrophenhilfe, Wiederherstellung und Vorsorge einzubeziehen und in die nachhaltige Entwicklung zu integrieren und somit die Widerstandsfähigkeit zu stärken.

Guidelines for the domestic facilitation and regulation of international disaster relief and initial recovery assistance (Richtlinien zur nationalen Erleichterung und Regelung der internationalen Katastrophenhilfe und anfänglichen Wiederaufbauhilfe) (IDRL-Richtlinien), 2007, verabschiedet von der 30. Internationalen Konferenz vom Roten Kreuz und Roten Halbmond (die auch die Vertragsstaaten der Genfer Abkommen umfasst)
www.ifrc.org/what/disasters/idrl/index.asp

4.3. Rahmen der humanitären Strategien, Leitlinien und Grundsätze betreffend Katastrophen und humanitäre Hilfe

Verhaltenskodex der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung und der Nichtregierungsorganisationen (NGO) in der Katastrophenhilfe (siehe Anhang 2: Verhaltenskodex auf Seite 423).

Fundamental Principles of the International Red Cross and Red Crescent Movement (Fundamentale Grundsätze der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung), 1965, verabschiedet von der 20. Internationalen Konferenz vom Roten Kreuz. www.ifrc.org/what/values/principles/index.asp

HAP Standards in Humanitarian Accountability (HAP-Standards zur Rechenschaftspflicht im humanitären Bereich)], 2007, Humanitarian Accountability Partnership (eine internationale Selbstregulierungsorganisation für den humanitären Bereich einschließlich Zertifizierung) www.hapinternational.org

Principles and Good Practice of Humanitarian Donorship (Grundsätze und bewährte Verfahren für humanitäre Hilfe), 2003, gebilligt von der Konferenz der Geberländer von Stockholm, den UN-Organisationen, den Nichtregierungsorganisationen und der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung und unterzeichnet von der Europäischen Kommission und 16 Staaten.
www.goodhumanitariandonorship.org

Principles of Partnership: A Statement of Commitment (Grundsätze der Zusammenarbeit: Eine Verpflichtungserklärung), 2007, gebilligt auf der Sitzung der Global Humanitarian Platform (einem Forum des Dialogs zwischen UN- und anderen humanitären Organisationen) vom Juli 2007.
www.globalhumanitarianplatform.org/ghp.html

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 von Roten Kreuz gemeinsam verfasst[1]

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).*

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 welchen 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 würden.

Definitionen

NRO: Der Begriff NRO (Nichtregierungsorganisationen) bezeichnet hier sowohl nationale als auch internationale Organisationen, die sich unabhängig von der Regierung des Landes, in welchem 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 Internatio¬nale 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.

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 des Empfängers 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 ge¬schwächt, 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.

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, außer insoweit diese Politik mit unseren eigenen unabhängigen Leitlinien übereinstimmt. Wir werden uns oder unseren Beschäftigten niemals wissentlich – oder durch Fahrlässigkeit – erlauben, 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 werden wir uns für die außenpolitischen Interessen von Geberländern instrumentalisieren lassen. 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 freiwil¬lige Bereitstellung von Arbeitskraft und Finanzmitteln durch engagierte Menschen zur Unter¬stützung 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 welchen 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 und Anfälligkeiten 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 welche 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 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 der externen 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, in offener Weise 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 Katastrophen-Hilfsorganisationen um Medienberichterstattung in Fällen, in welchen 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 Ar¬beitsumfeld 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.

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

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.

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 erforderlich machen. 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.

Anhang 3:

Abkürzungen und Akronyme

ACT	artemisinin-based combination therapy – Artemisinin-basierte Kombinationstherapie
ALNAP	Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action – Netzwerk zur Evaluierung von Rechenschaft und Verantwortung in der humanitären Hilfe
ART	anti-retroviral therapy – anti-retroviralen Therapie
ARV	anti-retroviral – anti-retroviral
BEmOC	basic emergency obstetric care – geburtshilfliche Basisbetreuung im Notfall
BMI	body mass index – Body-Mass-Index
BMS	breastmilk substitutes – Muttermilchersatzprodukte
BTS	blood transfusion service – Bluttransfusionsdienst
CE-DAT	Complex Emergency Database – internationale Initiative zur Überwachung und Evaluierung des Gesundheitsstatus in Katastrophensituationen
CEmOC	comprehensive emergency obstetric care – umfassende geburtshilfliche Notfallbetreuung
CFR	case fatality rate – Letalitätsrate
CIHL	Customary International Humanitarian Law – Studie über das humanitäre Völkergewohnheitsrecht
cm	centimetre – Zentimeter
CMR	crude mortality rate – Mortalitätsrate
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities – UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, oder Behindertenrechtskonvention

CTC	cholera treatment centre – Cholera-Behandlungscenter
DAC	Development Assistance Committee – Entwicklungshilfekomitee der OECD
DPT	diphtheria, pertussis and tetanus – Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus
EPI	Expanded Programme on Immunization – Rahmen des Erweiterten Impfprogramms
ETAT	Emergency Triage, Assessment and Treatment – Sichtung, Beurteilung und Behandlung in Notfallsituationen
EWARN	early warning – Frühwarnsysteme
FTE	full-time equivalent – Vollzeitäquivalent
HIS	health information system – Gesundheitsinformationssystem
ICRC	International Committee of the Red Cross – Internationales Komitee vom Roten Kreuz
IDP	internally displaced person – Binnenvertriebende
IFE	infant feeding in emergencies – Leitlinien zur Säuglings- und Kleinkindernährung für den Einsatz in Notfallsituationen
IGC	International Grains Council – Internationaler Getreiderat
IHL	international humanitarian law – internationales humanitäres Völkerrecht
IMAI	Integrated Management of Adult Illness – Integriertes Managements von Krankheiten im Erwachsenenalter
IMCI	Integrated Management of Childhood Illnesses – Integriertes Managements von Kinderkrankheiten
IMPAC	Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, Integriertes Managements von Schwangerschaft und Entbindung
IPC	infection prevention and control – Programme zur Infektionsprävention und -kontrolle
IRS	indoor residual spraying – Besprühen von Innenräumen
IYCF	infant and young child feeding – WHO-Indikatoren für Säuglings- und Kleinkindernährung
km	kilometre – Kilometer
LBW	low birth weight – Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht
LEDS	light-emitting diodes – Leuchtdioden
LLIN	long-lasting insecticide-treated net – langlebige insektizidbehandelte Netze
MISP	Minimum Initial Service Package – Mindestpaket erster Dienstleistungen
MOH	Ministry of Health – Gesundheitsministerium
MSF	Médecins sans Frontières – Ärzte ohne Grenzen
MUAC	mid upper arm conference – mittlerer Oberarmumfang
NCDs	non-communicable diseases – nicht übertragbare Krankheiten

NCHS	National Center for Health Statistics – zentrale US-Behörde für Gesundheitsstatistik
NFI	non-food item – Non-Food Item
NGO	non-governmental organisation – Nichtregierungsorganisation
NICS	Nutrition in Crisis Information System – Ernährung in Krisensituationen
NTU	nephelolometric turbidity units – nephelometrischer Trübungswert
OAU	Organization of African Unity (now African Union) – Organisation der Afrikanischen Einheit
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs – Büro der Vereinten Nationen für die Koordinierung humanitärer Angelegenheiten
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development – Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights – Amt des Hochkommisars der Vereinten Nationen für Menschenrechte
ORS	oral rehydration salts – orale Rehydratationssalze
PEP	post-exposure prophylaxis – Postexpositionsprophylaxe
PMTCT	prevention of mother-to-child transmission (of HIV) – Mutter-Kind-Übertragung
PoUWT	point-of-use water treatment – Vor-Ort-Wasseraufbereitung
Q&A	quality and accountability – Qualität und Rechenschaftspflicht
RH	reproductive health – reproduktive Gesundheit
SCM	supply chain management – Lieferkettenmanagement
SMART	Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions – Programm zur Überwachung und Evaluierung von humanitären Hilfsmaßnahmen
STIs	sexually transmitted infections – sexuell übertragbare Infektionen
TB	tuberculosis – Tuber¬kulose
TIG	tetanus immune globulin – Tetanus-Immunglobulin
U5MR	under-5 mortality rate – Mortalitätsrate von Kindern unter fünf Jahren
UDHR	Universal Declaration of Human Rights – Allgemeine Erklärung der Menschenrechte
UN	United Nations – Vereinte Nationen
UNFCCC	United Nations Framework Convention on Climate Change – Klimarahmenkonvention
UNFPA	United Nations Population Fund – Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees – Amt des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Flüchtlinge
UNICEF	United Nations Children's Fund – Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen

USAID	United States Agency for International Development – Behörde der Vereinigten Staaten für internationale Entwicklung
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
WSP	water safety plan – Wassersicherheitsplan

Index

A

Abfallmanagement 92, 94, 95, 101, 105, 114, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 131, 134, 136, 138, 140, 150, 151, 217, 343, 362

AIDS

siehe HIV und AIDS

Akute Mangelernährung 158, 160, 161, 165, 167, 178, 179, 180, 188, 190, 192, 195, 196, 197, 198, 255, 257, 273, 361

siehe Mangelernährung

Ältere Menschen 18, 19, 53, 88, 99, 211, 258

siehe auch Besonders gefährdete Menschen

Ambulante Behandlung 188, 194, 195, 197

siehe auch Stationäre Behandlung

Analyse der Gefährdung und Leistungsfähigkeit 340

Anthropometrische Untersuchungen 178

Aufnehmende Gemeinde 79, 325

Auswirkungen auf Gesundheit 301

B

Baden

siehe Waschen

Bargeld- und Gutscheintransfers V, 12, 77, 108, 158, 160, 164, 167, 174, 175, 183, 190, 195, 201, 203, 204, 206, 214, 224, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 238, 239, 240, 244, 311, 352

siehe auch Nahrungsmitteltransfers

Baumaterialien 124, 125, 281, 284, 289, 291, 292, 306, 308, 309, 311, 314, 325, 326

Bedarfsermittlung 93, 102, 142, 159, 277, 312, 333, 334, 335, 391

siehe auch Erstbeurteilung

siehe auch Risikobeurteilung

Behinderte Menschen 259

siehe auch Menschen mit Behinderungen

Beriberi 179, 199, 208

Beschäftigung 161, 166, 174, 201, 203, 235, 236, 241, 242, 244, 245, 304, 325, 426

Besondere Bedürfnisse 109, 230, 316

siehe auch Besonders gefährdete Menschen

Besonders gefährdete Menschen 25, 26, 36, 45, 52, 61, 163, 242, 296, 392, 406, 410, 418, 419, 420, 433

siehe auch Ältere Menschen

siehe auch Frauen

siehe auch HIV-Infizierte

siehe auch Kinder

siehe auch Menschen mit Behinderungen

Bestattung 135, 138, 347

Kulturell angemessene Bestattungen

Bestattung von Leichen 135, 138

siehe auch Entsorgung von Leichen

Betreuungspersonen 19, 105, 122, 181, 183, 184, 185, 187, 198, 211, 212, 229, 252, 256, 258, 301

Bettzeug 128, 129, 276, 278, 279, 282, 292, 311, 315, 316, 326

siehe auch Non-Food Items (NFI)

siehe auch Wärmekomfort

Beurteilung

siehe Erstbeurteilung, Bedarfsermittlung, Risikobeurteilung

Beurteilungen der Nahrungsmittelsicherheit 158, 160, 161, 171, 172, 173, 176, 179, 180, 199, 201, 204, 208, 209, 210, 219, 223, 246, 248, 252, 268, 294,

Bewährtes Verfahren 4, 294, 306, 315, 422

siehe auch best practice

Bewältigungsstrategien 17, 19, 100, 164, 165, 170, 175, 201, 202, 203, 204, 249, 281, 286, 290, 340

Bewegungsfreiheit 42, 43, 45, 337, 412

Binnenvertriebene (IDPs, internally displaced people)

siehe Besonders gefährdete Menschen

siehe auch Gastfamilien

Biologische Waffen 417

Brennstoff 187, 205, 213, 214, 225, 228, 230, 279, 285, 292, 296, 309, 313, 318, 319, 320, 326, 327

siehe auch Kochen

siehe auch Öfen

C

Cholera 94, 95, 100, 117, 148, 150, 151, 169, 286, 340, 347, 367, 369, 370, 371, 394, 395, 396, 398, 405, 433

Chronische Mangelernährung

siehe Mangelernährung

CMR

siehe Rohe Mortalitätsrate

Community Health Workers 143, 366

Community Mapping 114

D

Daten 40, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 80, 100, 112, 116, 129, 142, 170, 177, 179, 252, 257, 258, 287, 322, 338, 341, 353, 354, 355, 357, 358, 360, 370, 373, 389, 391, 393, 395, 396

siehe auch Evaluierung

siehe auch Überwachung

Vertraulichkeit von Daten

Dengue-Fieber 127, 132, 150, 361, 363, 364, 369, 370, 396, 398

Diagnose 12, 199, 335, 345, 364, 365, 369, 371, 396, 397

siehe auch Krankheit

Diarrhoe 150, 187, 193, 198, 200, 211, 345, 361, 364, 371, 374, 375, 394, 395, 396, 397

siehe auch Durchfallerkrankung

Diphtherie 373, 376, 385, 396, 398, 433

siehe auch DPT

Do no harm' (Grundsatz) 201, 238

DPT (Diphtherie, Pertussis und Tetanus) 373, 376, 385, 433

siehe auch Diphtherie

siehe auch Keuchhusten (Pertussis)

siehe auch Tetanus

Durchfallerkrankungen 115, 116, 127, 150, 253, 369

siehe auch Diarrhoe

Dürre 205, 247

E

Eigentum 16, 34, 35, 48, 294, 295

Eigentumsverhältnisse

siehe Eigentum

Eltern 47, 100, 122, 169, 204, 230, 286, 340, 344

siehe auch Betreuungspersonen

Entscheidungsfindung 16, 27, 67, 80, 98, 171, 177, 180, 234, 250, 353, 354, 355

Entsorgung von Leichen 138, 155, 156

siehe auch Bestattung von Leichen

Entwässerung 92, 94, 97, 101, 114, 127, 131, 132, 139, 140, 141, 146, 147, 155, 297, 298, 310, 362, 363

siehe auch Grundwasser

siehe auch Oberflächenwasser

siehe auch Regenwasser

siehe auch Verschmutzung

EPI (Expanded Programme on Immunization)

siehe Erweitertes Impfprogramm

Erdbeben 164, 290, 293, 338, 383

Ernährung iv, 1, 2, 4, 7, 14, 27, 96, 157, 158, 160, 161, 162, 163, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 186, 189, 193, 199,

201, 204, 205, 208, 209, 210, 211, 212, 219, 223, 229, 239, 246, 252, 269, 272, 294, 362, 375, 413, 434

siehe auch Mangelernährung

siehe auch Mikronährstoffmängel

siehe auch Nahrung, Nahrungsmittel

siehe auch Unterernährung

Erosion 140, 141, 310

Abbau der Güterausstattung

Erstbeurteilung 10, 12, 27, 38, 56, 58, 69, 71, 72, 73, 74, 80, 86, 87, 99, 100, 102, 103, 106, 114, 116, 128, 158, 160, 161, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 186, 189, 191, 197, 199, 201, 203, 204, 206, 208, 209, 210, 212, 214, 218, 219, 223, 224, 231, 232, 234, 237, 246, 248, 250, 251, 252, 255, 257, 258, 259, 260, 263, 268, 269, 270, 278, 279, 285, 287, 290, 293, 294, 322, 338, 339, 341, 348, 354, 366, 375, 382, 383, 388, 425, 433

siehe auch Bedarfsermittlung

siehe auch Risikobeurteilung

Erste Hilfe 84, 384, 386, 387

Erweitertes Impfprogramm 178, 372, 373, 392, 433

Essgeschirr 118, 230, 317

siehe Kochen; Utensilien

Evaluierung v, 5, 9, 10, 12, 16, 60, 79, 81, 88, 99, 105, 169, 177, 178, 202, 205, 206, 227, 231, 241, 285, 332, 339, 351, 360, 371, 432, 434

siehe auch Daten

siehe auch Überwachung

Existenzbedarf 40, 42

Existenzgrundlagen iv, 16, 109, 158, 160, 161, 163, 165, 167, 171, 172, 173, 174, 180, 202, 208, 231, 232, 236, 237, 240, 242, 244, 248, 269, 306

Existenzsicherung 46, 77, 161, 175, 203, 204, 210, 219, 231, 233, 235, 237, 238, 240, 241, 245, 252, 284, 294, 304, 325

siehe auch Existenzgrundlagen

F

Fäkale Kontaminierung 121

Fäkalien

siehe Abfallmanagement

siehe auch Toiletten

Fäkalienassoziierte Krankheiten 95, 97, 150

siehe auch Krankheit

Fäkalienentsorgung 92, 94, 97, 101, 105, 115, 120, 121, 122, 124, 127, 131, 140, 145, 146, 154, 155, 298, 362

Fäko-orale Krankheiten

siehe Krankheit

Feldkrankenhäuser 343, 346

siehe auch Gesundheitszentrum

siehe auch Krankenhäuser

siehe auch Mobile Kliniken

Fliegen 123, 127, 128, 131, 134, 136, 137, 150

Flüchtlinge 18, 25, 98, 129, 163, 242, 410, 418, 419, 420, 434

Frauen 13, 17, 18, 24, 36, 40, 45, 46, 47, 59, 64, 65, 69, 72, 73, 76, 77, 83, 98, 104, 106, 107, 108, 109, 117, 118, 119, 122, 123, 125, 126, 129, 142, 145, 149, 167, 173, 175, 181, 183, 184, 185, 206, 207, 209, 210, 213, 222, 224, 225, 226, 229, 230, 232, 234, 236, 241, 242, 244, 246, 248, 255, 258, 262, 263, 265, 296, 305, 315, 316, 317, 319, 323, 325, 326, 327, 344, 349, 358, 363, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 391, 399, 412, 413, 418, 425

siehe auch Besonders gefährdete Menschen

siehe auch Geschlechtsspezifische Gewalt

siehe auch Privatsphäre

siehe auch Schwangere Frauen

Beteiligung von Frauen

Frühwarnsysteme 78, 174, 244, 368, 433

G

Gastfamilien 71, 276, 282, 291, 298, 311, 323

Geburtshelfer 143, 377, 380

siehe auch Frauen

Genfer Abkommen 25, 43, 163, 416, 422

Geschlechtsspezifische Gewalt 51

Gesundheitseinrichtungen 136, 143, 151, 195, 289, 293, 297, 304, 306, 336, 338, 343, 344, 346, 347, 348, 350, 351, 353, 354, 364, 368, 374, 375, 377, 378, 380, 381, 382, 383, 384, 386, 387, 390, 392, 393, 394, 395, 400

Gesundheitserziehung 343, 362, 364, 374

Gesundheitsinformationssystem (HIS) 353, 354, 433

Gesundheitsleistungen 49, 84, 127, 132, 137, 138, 168, 179, 185, 187, 191, 193, 196, 200, 210, 231, 243, 253, 304, 332, 333, 334, 335, 337, 338, 339, 342, 343, 344, 345, 348, 349, 351, 352, 353, 354, 355, 358, 359, 361, 364, 365, 366, 371, 372, 374, 376, 377, 380, 383, 386, 389, 391, 405

Grundlegende Gesundheitsleistungen

Zugang zu Gesundheitsleistungen

Gesundheitsversorgung 27, 36, 49, 164, 185, 195, 245, 246, 296, 343, 345, 346, 351, 352, 378, 379, 382, 386, 387, 388, 392

Gesundheitszentrum 179, 343, 377, 396

siehe auch Feldkrankenhäuser

siehe auch Medizinisches Personal, Gesundheitsarbeiter

siehe auch Mobile Kliniken

siehe auch Krankenhäuser

Grundlegende Gesundheitsleistungen

siehe Gesundheitsleistungen

Grundsatz der Menschlichkeit 6, 22

Grundsätze zum Schutz iv, 1, 2, 6, 7, 22, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 58, 92, 123, 158, 168, 276, 332

siehe auch Grundstandards

siehe auch Humanitäre Charta

siehe auch Mindeststandards

Grundstandards iv, 1, 2, 4, 6, 7, 37, 42, 48, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 68, 69, 70, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 81, 92, 96, 99, 102, 103, 105, 158, 161, 162, 168, 169, 171, 173, 177, 189, 194, 211, 217, 218, 223, 224, 227, 229, 231, 236, 252, 276, 279, 285, 286, 290, 291, 292, 293, 294, 303, 305, 306, 322, 313, 332, 335, 338, 339, 340, 349, 355, 356, 357, 358, 359, 386, 387, 388

siehe auch Grundsätze zum Schutz

siehe auch Humanitäre Charta

siehe auch Mindeststandards

siehe auch Mortalitätsrate von Kindern unter fünf Jahren (U5MR)

Grundwasser 136, 145

siehe auch Entwässerung

siehe auch Oberflächenwasser

siehe auch Regenwasser

siehe auch Verschmutzung

siehe auch Wasserquellen

Gutscheine

siehe Bargeld- und Gutscheintransfers

H

Händewaschen 103, 123, 126, 148, 151

siehe auch Seife

siehe auch Waschen

Hausmüll 134, 135, 136, 137

siehe auch Abfallmanagement

Helfer (humanitäre) 5, 7, 56, 58, 60, 70, 72, 81, 82, 83, 84, 87, 96, 99, 143, 162, 169, 280, 286, 336, 339, 379, 386, 387

Hepatitis (A, B, C) 135, 138, 150, 347, 379, 396, 398

Hilfe i, ii, iii, vi, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 54, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 90, 92, 96, 98, 99, 106, 152, 158, 162, 169, 240, 244, 274, 276, 280, 284, 291, 294, 307, 313, 336, 337, 345, 356, 366, 383, 384, 386, 387, 390, 408, 410, 416, 418, 420, 421, 422, 424, 425, 426, 427, 429, 430, 431, 432, 436

Hilfsorganisationen

siehe Humanitäre Organisationen

HIS

siehe Gesundheitsinformationssystem

HIV-Infizierte 18, 72, 77, 184, 196, 211, 230, 246, 263, 381

siehe auch HIV- und AIDS-Infizierte

HIV und AIDS v, 13, 18, 72, 77, 88, 98, 99, 100, 112, 113, 118, 125, 153, 169, 181, 184, 186, 187, 190, 191, 193, 195, 196, 197, 204, 207, 211, 225, 230, 244, 246, 253, 257, 263, 266, 270, 271, 272, 286, 335, 340, 347, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 394, 395, 397, 403, 405, 406, 434

siehe auch HIV- und AIDS-Infizierte

HIV- und AIDS-Infizierte v, 13, 18, 72, 77, 88, 98, 99, 112, 113, 118, 125, 153, 169, 184, 190, 195, 196, 211, 225, 230, 246, 253, 263, 266, 272, 286, 335, 340, 380, 381, 394, 395, 397, 406

Humanitäre Charta iii, iv, vi, 2, 6, 20, 21, 28, 32, 43, 44, 54, 58, 75, 76, 90, 95, 274, 279, 408, 436

siehe auch Grundsätze zum Schutz

siehe auch Grundstandards

siehe auch Mindeststandards

Humanitäre Hilfe vi, iii, 4, 5, 6, 11, 12, 15, 17 24, 26, 33, 34, 42, 43, 46, 56, 58, 59, 62, 74, 76, 77, 80, 83, 84, 85, 92, 96, 158, 162, 276, 280, 336, 410, 416, 418, 420, 421,422,425

Humanitäre Krisen 388

Humanitäre Organisationen 6, 11, 22, 23 26, 30, 33, 35, ,37, 40, 41, 44, 45, 46, 47, 49, 59, 60, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 98, 99, 101, 130, 133, 136, 164, 168, 178, 182, 203, 216, 217, 224, 225, 234, 235, 246, 258, 285, 289, 339, 343, 344, 348, 349, 351, 352, 353, 355, 357, 360, 365, 379, 384, 385, 389, 391, 396, 422, 428, 429

Hygieneaufklärung iv, 1, 2, 4, 7, 91, 92, 94, 95, 96, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 113, 117, 120, 126, 142, 143, 154, 229, 311, 312, 313, 362, 371, 435

siehe auch Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung

I

IDPs

siehe Binnenvertriebene

IMAI 364, 365, 433

siehe Integriertes Management von Krankheiten im Erwachsenenalter

IMCI

siehe Integriertes Management von Kinderkrankheiten

Immunisierung 193

siehe auch Impfung

Impfung 335, 372, 373

siehe auch Immunisierung

Infektionskrankheiten 97, 134, 337, 364

siehe Übertragbare Krankheiten

Insekten 128, 129, 150, 217

Integration 175, 195, 233, 273, 378

Integriertes Management von Kinderkrankheiten 364, 365, 374, 375, 402, 433

Integriertes Management von Krankheiten im Erwachsenenalter 364

J

Jungen 17, 24, 36, 59, 69, 76, 149, 315
siehe auch Kinder

K

Katastrophen ii, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 33, 34, 38, 45, 46, 48, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 82, 83, 84, 96, 97, 99, 100, 101, 107, 111, 112, 116, 121, 126, 127, 130, 132, 133, 139, 142, 143, 162, 163, 164, 167, 169, 173, 174, 176, 179, 180, 188, 189, 190, 195, 202, 203, 204, 206, 207, 211, 212, 213, 222, 223, 224, 225, 229, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 238, 240, 242, 243, 245, 248, 249, 250, 251, 263, 276, 281, 282, 283, 284, 286, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 299, 300, 301, 302, 304, 306, 308, 309, 311, 312, 313, 314, 315, 317, 318, 319, 322, 323, 326, 327, 332, 336, 337, 338, 339, 340, 343, 344, 345, 346, 347, 350, 351, 352, 354, 357, 358, 359, 361, 363, 366, 376, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 385, 386, 389, 391, 392, 400, 410, 411, 420, 421, 422, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432
siehe auch Erstbeurteilungen

Katastrophenhilfe 1, 4, 8, 11, 16, 20, 26, 43, 56, 63, 98, 100, 167, 169, 182, 206, 246, 251, 280, 284, 286, 313, 332, 338, 339, 340, 342, 344, 350, 351, 352, 354, 367, 372, 379, 382, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431

Katastrophenvorsorge 5, 11, 60, 71, 78, 84, 92, 158, 276, 332, 421

Keuchhusten 373, 376, 396, 398, 433
siehe auch DPT

Kinder v, 13, 16, 18, 19, 40, 45, 46, 49, 51, 65, 71, 83, 87, 104, 107, 108, 109, 113, 118, 122, 124, 143, 149, 161, 166, 167, 181, 184, 186, 192, 196, 197, 198, 204, 205, 206, 207, 209, 210, 226, 227, 230, 252, 253, 255, 256, 257, 261, 262, 265, 316, 317, 320, 323, 326, 335, 355, 358, 360, 363, 371, 372, 373, 374, 375, 380, 381, 391, 399, 411, 415, 434
siehe auch Besonders gefährdete Menschen
siehe auch Säuglinge

Kleidung 24, 84, 111, 128, 129, 151, 253, 266, 276, 278, 279, 282, 292, 311, 312, 315, 316, 326
siehe auch Non-Food Items (NFI)
siehe auch Wärmekomfort
Schutzkleidung

Kleinkinder
siehe Kinder

Klimawandel v, 12, 13, 16, 72, 78, 337, 421

Kliniker 354, 398, 400

Kochen 40, 96, 110, 111, 113, 117, 118, 205, 210, 213, 228, 229, 230, 279, 281, 285, 296, 300, 302, 313, 317, 319, 326, 327
siehe auch Brennstoff
siehe auch Öfen
siehe auch Utensilien

Konflikte 4, 7, 10, 14, 15, 18, 19, 22, 24, 25, 26, 33, 34, 44, 45, 59, 60, 62, 70, 76, 77, 97, 163, 164, 202, 205, 221, 236, 240, 290, 293, 336, 410, 414 416, 417, 418

Koordinierung 7, 12, 27, 56, 58, 65, 66, 67, 68, 85, 98, 106, 109, 135, 136, 138, 168, 182, 235, 285, 289, 290, 322, 332, 377, 421, 426, 427, 429, 430, 431, 434

Krankenhäuser 44, 117, 148, 149, 336, 342, 343, 346, 375, 380, 382, 390
siehe auch Feldkrankenhäuser
siehe auch Gesundheitszentrum
siehe auch Medizinisches Personal, Gesundheitsarbeiter
siehe auch Mobile Kliniken

Krankheit 72, 97, 127, 164, 166, 181, 205, 211, 238, 293, 345, 354, 367,

368, 369, 370, 371, 373, 395, 396, 399, 400
siehe auch Fäkalienassoziierte Krankheit
siehe auch Mikronährstoffmängel
siehe auch Übertragbare Krankheit
siehe auch Vektorübertragene Krankheit
siehe auch Wasserassoziierte Krankheit
Krieg
siehe Konflikte
Künstliche Säuglingsnahrung
siehe Säuglings- und Kleinkindernährung

L

Laborleistungen 343, 345
Laboruntersuchung 345, 365, 369
Lager 39, 45, 71, 107, 135, 221, 283, 291, 298, 355, 370, 372, 396
siehe auch Notunterkünfte
siehe auch Siedlung
Latrinen
siehe Toiletten
Letalitätsrate 367, 370, 371, 400, 432
LLIN 362, 363, 371, 433
siehe auch Malaria
siehe auch Moskitokontrolle
Lungenentzündung 364, 365, 375

M

Mädchen 17, 24, 36, 46, 59, 65, 69, 72, 76, 98, 100, 108, 109, 119, 123, 125, 126, 142, 149, 169, 175, 244, 286, 315, 319, 340
siehe auch Frauen
siehe auch Geschlechtsspezifische Gewalt
siehe auch Kinder
Malaria 127, 129, 130, 131, 132, 146, 150, 186, 193, 200, 210, 253, 345, 361, 362, 363, 364, 365, 367, 369, 370, 371, 374, 394, 395, 396, 397, 402
siehe auch Langlebige insektizid-behandelte Netze (LLIN)
siehe auch Moskitokontrolle
Malariaprävention
Mangelernährung 16, 158, 159, 160, 161, 164, 165, 167, 168, 177, 178, 179, 180, 181, 186, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 201, 206, 210, 211, 255, 256, 257, 258, 260, 273, 337, 361, 362, 364, 371, 374, 394, 395, 396, 397
siehe auch Ernährung
siehe auch Mikronährstoffmängel
siehe auch Nahrungsergänzung
siehe auch Säuglings- und Kleinkindernährung
siehe auch Unterernährung
Märkte 164, 174, 203, 210, 219, 233, 237, 242, 245, 246, 251, 269, 298, 311
Masern 100, 169, 179, 198, 200, 210, 253, 286, 340, 361, 364, 367, 369, 370, 371, 372, 373, 394, 395, 396, 397, 398
siehe auch Impfung
siehe auch Vitamin A
Medikamente 335, 342, 350, 365, 381, 382, 389, 390
siehe auch Medizinische Hilfsgüter
Medikamentenmanagement
Medizinische Abfälle 137, 155, 156, 347
siehe auch Abfallmanagement
Medizinische Hilfsgüter 335, 342, 350
siehe auch Medikamente
siehe auch Unentbehrliche Arzneimittel
Medizinisches Personal, Gesundheitsberater 377
Meningitis 364, 369, 370, 394, 395, 396, 397, 398
siehe auch Immunisierung
siehe auch Impfung
Menschen mit Behinderungen v, 13, 19, 20, 40, 42, 71, 99, 109, 113, 118, 119, 123, 124, 145, 167, 191, 211, 222,

225, 226, 230, 242, 246, 259, 290, 296, 414, 432
siehe auch Besonders gefährdete Menschen

Menschenrechte 24, 65, 76, 388, 410, 411, 413, 415, 434
siehe auch Rechte

Menstruation 126, 145
siehe auch Frauen

Mikronährstoffmängel 161, 165, 179, 186, 188, 189, 193, 198, 199, 206, 210, 260, 261, 273
siehe auch Mangelernährung
siehe auch Nahrungsergänzung

Milch 183, 215, 253
siehe auch Muttermilch
siehe auch Nahrungsergänzung

Mindestpaket erster Dienstleistungen 376, 378, 433

Mindeststandards i, ii, iii, vi, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 17, 20, 22, 24, 26, 27, 28, 54, 56, 75, 77, 79, 81, 90, 91, 92, 96, 97, 101, 112, 157, 158, 162, 163, 168, 171, 274, 275, 276, 280, 281, 288, 294, 307, 313, 331, 332, 336, 337, 342, 344, 408, 416, 436
siehe auch Grundsätze zum Schutz
siehe auch Grundstandards
siehe auch Humanitäre Charta

Mineralstoffe 209, 210, 264

Mobile Kliniken 396, 345
siehe auch Feldkrankenhäuser
siehe auch Gesundheitszentren
siehe auch Krankenhäuser

Mobilisierung der Bevölkerung 104, 105, 127, 188, 190, 194, 195

Monitoring 5, 12, 52, 78, 79, 80, 81, 88, 99, 178, 267, 269, 405, 434
siehe auch Überwachung
siehe auch Mortalitätsrate von Kindern unter fünf Jahren (U5MR)
siehe auch Rohe Mortalitätsrate (CMR)

Mortalitätsrate von Kindern unter fünf Jahren (U5MR) 337, 359
siehe auch Rohe Mortalitätsrate (CMR)

Moskitokontrolle 131, 132
siehe auch Langlebige insektizid-behandelte Netze (LLIN)
siehe auch Malaria

Muttermilch 185, 186
siehe auch Milch
siehe auch Nahrungsergänzung

N

Nagetiere 128, 129, 136, 217

Nahrung 24, 27, 39, 96, 105, 162, 163, 164, 165, 167, 171, 173, 174, 179, 180, 184, 185, 186, 187, 188, 206, 208, 209, 211, 212, 213, 214, 228, 229, 230, 232, 247, 248, 249, 252, 253, 258, 262, 282, 305, 311, 317, 336, 362, 388, 393
siehe auch Ernährung
siehe auch Kochen
siehe auch Mangelernährung
siehe auch Mikronährstoffmängel
siehe auch Nahrungsmitteltransfers
siehe auch Unterernährung
Essensrationen
Genetisch veränderte Nahrungsmittel
Lagerung von Nahrungsmitteln
Nahrungszubereitung, Zubereitung von Nahrung
Zugang zu Nahrungsmitteln

Nahrungsergänzung 188, 190, 191, 195, 206, 207
siehe auch Mangelernährung
siehe auch Mikronährstoffmängel
siehe auch Säuglings- und Kleinkindernährung
siehe auch Stillen

Nahrungsmittelhilfe iv, 176, 186, 199, 202, 203, 210, 362, 420

Nahrungsmittelsicherheit iv, 1, 2, 4, 7, 108, 154, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 183, 185, 186, 190, 193, 195, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 214, 215, 216, 217, 219, 222, 223, 228, 230, 231, 234, 235, 236, 237, 240, 241, 242, 244, 245, 246, 248, 249, 252, 266, 268, 269, 271, 294, 307, 311, 313, 314, 319, 337, 352, 362, 393

Nahrungsmitteltransfers 158, 160, 167, 174, 175, 179, 183, 188, 193, 199, 200, 201, 205, 206, 207, 211, 212, 214, 216, 217, 219, 222, 224, 226, 228, 230, 231, 234, 235, 239, 243, 244, 247, 266, 307, 314, 319

siehe auch Bargeld- und Gutscheintransfers

Nahrungsmittelunsicherheit 164, 165, 172, 173, 174, 175, 192, 203, 204, 223, 236, 247

Nationale Behörden 133

Naturgefahren 293, 306

Niacin 199, 208, 262, 264

Nichtdiskriminierung 24

Nicht übertragbare Krankheit 358, 395, 433

siehe auch Krankheit

siehe auch Übertragbare Krankheit

Nichtzurückweisung 26

Non-Food Items iv, 1, 2, 4, 7, 108, 109, 143, 214, 230, 275, 276, 278, 279, 280, 281, 282, 284, 285, 286, 289, 290, 299, 302, 303, 304, 305, 307, 311, 312, 313, 314, 315, 317, 318, 320, 322, 326, 330, 362, 363

siehe auch Bettzeug

siehe auch Kleidung

Notunterkünfte iv, 1, 2, 4, 7, 14, 109, 129, 140, 168, 225, 232, 233, 275, 276, 278, 279, 280, 281, 282, 284, 285, 286, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 295, 296, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 319, 320, 322, 323, 324, 325, 326, 337, 362, 388

siehe auch Lager

siehe auch Eigentum

siehe auch Privatsphäre

siehe auch Risikobeurteilung

siehe auch Siedlung, Ansiedlung

siehe auch Umweltauswirkung

siehe auch Unterkünfte

siehe auch Wärmekomfort

Belüftung

Materialien für Notunterkünfte

Übergangsunterkünfte

Nutzvieh v, 14, 111, 112, 144, 148, 154, 164, 231, 239, 241, 246, 249, 284, 296

O

Oberflächenwasser 121, 122, 132, 134, 139, 140, 297

siehe auch Entwässerung

siehe auch Grundwasser

siehe auch Regenwasser

siehe auch Verschmutzung

Ödeme 258

Öfen 204, 230, 279, 292, 299, 303, 318, 319, 320, 326, 327

siehe auch Brennstoff

siehe auch Kochen

siehe auch Utensilien

Öffentliche Gesundheit 97, 98 101, 102, 104, 114, 116, 159, 160, 161, 163, 180, 189, 198, 199, 208, 210, 260, 261, 337, 338, 345, 351, 360, 389, 392

ORS 200, 375, 434

Örtliche Behörde, kommunale Behörden, lokale Behörden 5, 71, 79, 233

P

Pellagra 179, 199, 208, 273

Persönliche Hygiene 107, 117, 325

Planung 5, 16, 20, 64, 65, 67, 75, 81, 83, 98, 105, 106, 109, 125, 136, 140, 167, 175, 179, 180, 186, 204, 208, 209, 216, 226, 233, 238, 260, 263, 279, 284, 288, 290, 291, 293, 294, 295, 297, 302, 305, 307, 308, 315, 337, 338, 378, 426, 429, 430

Privatsphäre 107, 123, 291, 298, 299, 301, 311, 343, 346

siehe auch Frauen

siehe auch Notunterkünfte

Programmgestaltung 7, 74, 75, 76, 190, 194, 212, 213, 302

Psychische Gesundheit 53, 334, 335, 386, 403, 406

Psychosoziale Unterstützung 20, 330

Q

Qualitäts- und Rechenschaftspflicht 4, 5, 7, 15, 15, 434

Quarantänebereiche 297

R

Rationen 185, 188, 189, 193, 206, 208, 209, 225, 226, 227, 263, 266

siehe Nahrungsmittel, Essensrationen

Rechte ii, 4, 6, 8, 15, 16, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 30, 32, 33, 36, 38, 39, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 64, 71, 96, 97, 100, 162, 163, 169, 170, 202, 224, 280, 281, 284, 286, 287, 295, 296, 336, 337, 340, 341, 343, 346, 353, 376, 386, 411, 412, 413, 414, 417, 425, 432

siehe auch Menschenrechte

siehe auch Nichtdiskriminierung, Gleichbehandlung

Rechtsmissbrauch

Rechtsverletzungen

Regenwasser 139

Reproduktive Gesundheit 335, 376

Riboflavinmangel 208

Risikobeurteilung 368, 396

Rohe Mortalitätsrate (CMR) 337, 359, 360, 399, 432

siehe auch Entwässerung

siehe auch Grundwasser

siehe auch Oberflächenwasser

siehe auch Verschmutzung

S

Saatgut 174, 231, 239, 240, 241, 246, 247, 250, 251, 272

siehe auch Nahrungsmittel, genetisch veränderte Nahrungsmittel

Sanitärversorgung iv, 1, 2, 4, 7, 14, 27, 67, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 101, 112, 113, 114, 117, 142, 143, 145, 151, 153, 164, 186, 289, 298, 325, 326, 337, 361, 362, 371, 388, 435

siehe auch Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung

siehe auch Wasserversorgung

sauberes Trinkwasser 281

siehe auch Verschmutzung

siehe auch Wasserversorgung

Säuglinge 109, 128, 167, 184, 185, 186, 187, 193, 195, 196, 197, 252, 253, 255, 256, 262, 316, 320, 326, 372, 373, 376, 381, 433

siehe auch Besonders gefährdete Menschen

siehe auch Kinder

siehe auch Stillen

Säuglings- und Kleinkindernährung 158, 160, 166, 167, 176, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 194, 200, 209, 213, 215, 227, 230, 252, 253, 270, 362, 381, 433

siehe auch Nahrungsergänzung

siehe auch Unterernährung

Schulen 44, 63, 64, 106, 123, 142, 148, 149, 206, 229, 243, 281, 284, 289, 290, 293, 296, 297, 304, 306, 313, 323, 325, 330, 344

Schulung 98, 113, 114, 116, 167, 219, 234, 260, 284, 305, 321, 338, 347, 349

Schwangere Frauen 209, 381, 382

siehe auch Besonders gefährdete Menschen

siehe auch Frauen
Delivery Kits
schwere Mangelernährung
siehe Mangelernährung
SCM 161, 206, 217, 218, 219, 220, 434
siehe Supply-Chain-Management
Seife 103, 109, 118, 126, 138, 145
siehe auch Händewaschen
siehe auch Waschen
siehe auch Wäschewaschen
sexuelle Ausbeutung 40, 84, 100, 169, 226, 286, 305, 340, 379
sexueller Missbrauch 82, 226
Sicherheit 6, 14, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 33, 35, 38, 39, 44, 45, 46, 68, 70, 73, 76, 77, 95, 96, 97, 102, 103, 107, 108, 118, 119, 120, 125, 132, 133, 162, 216, 217, 220, 221, 222, 227, 228, 229, 230, 234, 244, 249, 271, 280, 281, 282, 288, 290, 291, 297, 298, 299, 300, 301, 306, 312, 318, 319, 320, 323, 326, 336, 337, 353, 355, 386, 387, 388, 391, 420, 428
Sichtung 365, 375, 384, 433
siehe auch Triag
Siedlung 115, 129, 131, 135, 139, 140, 297, 298, 396
siehe auch Notunterkünfte bzw. (Not-)Unterkünfte
Gemeinschaftssiedlung
Temporäre Siedlung
Skorbut 179, 199, 208
soziale Netzwerke 46
Stationäre Behandlung 195, 197
siehe auch Ambulante Behandlung
Stillen 181, 184, 185, 186, 187, 193, 256
Supply-Chain-Management (SCM) 161

T

Targeting 76, 77, 79, 89, 99, 169, 171, 205, 222, 223, 225, 232, 235, 271, 285, 339, 363
siehe auch Zielgruppenbestimmung
Tetanus 135, 138, 373, 385, 396, 397, 398, 433, 434
siehe auch DPT
Thiamin 199, 208, 264
Toiletten 94, 95, 103, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 132, 139, 140, 145, 147, 148, 149, 151, 225, 298
siehe auch Verschmutzung
siehe auch Wasserversorgung
Transfers
siehe Bargeld- und Gutscheintransfers; Nahrungsmitteltransfers
Triage 343, 364, 375, 384, 433
Tuberkulose 18, 100, 169, 190, 191, 195, 196, 197, 253, 263, 286, 304, 340, 365, 381
Typhus 127, 128, 150, 367, 396, 398
siehe auch Sichtung

U

Überflutung 140, 147
Überschwemmungen 16, 72, 121, 123, 124, 164, 240, 243, 290, 293, 297, 310
Übertragbare Krankheiten 335, 358, 374, 389, 390 394, 397, 404, 407, 433,
siehe auch Krankheit
siehe auch Nicht übertragbare Krankheit
Überwachung v, 16, 42, 44, 105, 113, 114, 116, 118, 169, 177, 178, 180, 183, 187, 190, 202, 205, 210, 216, 218, 223, 226, 227, 228, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 241, 260, 277, 285, 302, 332, 339, 347, 355, 360, 366, 368, 370, 388, 394, 395, 396, 397, 427, 432, 434
siehe auch Daten
siehe auch Evaluierung
siehe auch Monitoring
Umweltauswirkung 279, 308, 309, 325
Unentbehrliche Arzneimittel 136, 344, 350, 351, 365, 369, 379, 389, 390
siehe auch Medikamente

siehe auch Medizinische Hilfsgüter

Unterernährung 163, 164, 165, 166, 167, 168, 173, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 188, 192, 195, 244, 252, 253, 257

siehe auch Ernährung

siehe auch Mangelernährung

siehe auch Mikronährstoffmängel

siehe auch Nahrungsergänzung

siehe auch Säuglings- und Kleinkindernährung

Unterkünfte 67, 96, 162, 283, 284, 292, 294, 295, 301, 325, 336, 393

Utensilien 214, 225, 226, 228, 230, 279, 285, 317

siehe auch Kochen

siehe auch Öfen

V

Vektorübertragene Krankheit 127, 146

siehe auch Krankheit

siehe auch Wasserassoziierte Krankheit

Vergütung 242, 243, 244, 246, 345, 348

Verhaltenskodex 1, 2, 26, 43, 63, 82, 83, 182, 183, 184, 280, 422, 423, 424, 425

Verletzung 14, 38, 337, 384, 385, 394, 395

Verschmutzung 17, 134, 140

siehe auch Grundwasser

siehe auch Oberflächenwasser

siehe auch Regenwasser

siehe auch Toiletten

siehe auch Wasserquellen

Verteilungssysteme 206, 224

Verwaltungsbüros 297

Vitamin A 179, 186, 198, 253, 264, 273, 372

Vitamin C 199, 264

Vitamin D 264

Völkerrecht 22, 24, 36, 42, 44, 96, 162, 163, 280, 336, 410, 415, 416, 418, 420, 424, 433

Von einer Katastrophe betroffene Bevölkerung 10, 34, 107, 139, 174, 229, 300

Von einer Katastrophe betroffene Menschen 69

Vor-Ort-Wasseraufbereitung 115, 116, 434

siehe auch Wasserversorgung

W

Wärmekomfort 299, 300, 311, 315, 316

siehe auch Bettzeug

siehe auch Kleidung

Waschen 117, 118, 123, 129, 138, 145, 148, 302, 316, 385

siehe auch Händewaschen

siehe auch Seife

siehe auch Wäschewaschen

Wäschewaschen 118

siehe auch Seife

siehe auch Waschen

WASH 92, 94, 95, 96, 97, 100, 101, 102, 103, 104, 153, 154, 168, 188, 268, 294, 297, 435

siehe auch Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung

Wasserassoziierte Krankheit 96, 114

siehe auch Krankheit

siehe auch Vektorübertragene Krankheit

Wasserquellen 111, 114, 115, 116, 122, 130, 140, 144, 220

siehe auch Verschmutzung

siehe auch Wasserversorgung

Wassersammelstellen 144

siehe auch Sauberes Trinkwasser

siehe auch Verschmutzung

siehe auch Wasserversorgung

Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung (WASH) 92, 94, 95, 96, 101

Wassersicherheitsplan (water safety plan, WSP) 114, 154, 435

Wasserversorgung 92, 94, 101, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 120, 122, 123, 125, 127, 143, 144, 150, 154, 214, 230, 296, 311, 312, 337, 361, 362, 371
siehe auch Sauberes Trinkwasser
siehe auch Vor-Ort-Wasseraufbereitung
siehe auch Wassersammelstellen
siehe Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung
Werkzeuge 122, 139, 141, 174, 231, 238, 239, 241, 246, 279, 284, 302, 307, 311, 313, 314, 320, 321, 327
siehe auch Non-Food Items (NFIs)
Wiederaufbau 13, 231, 232, 239, 283, 288, 290, 324, 346
Wiederherstellungsphase v, 11
Wohnen 35, 96, 280, 281
siehe Notunterkünfte bzw. (Not-)Unterkünfte

Z

Zielgruppenbestimmung 171, 222, 271
siehe auch Sichtung
Zivilgesellschaftliche Organisationen 11

Humanitäre Charta und Mindeststandards in der humanitären Hilfe

Das Recht auf ein Leben in Würde

Das Sphere Project ist eine Initiative, die Standards festlegt und fördert, an welchen sich die internationale Gemeinschaft bei der Nothilfe für die von Katastrophen betroffenen Menschen orientieren kann.

Mit diesem Handbuch will Sphere zu einer Welt beitragen, in welcher das Recht aller von Katastrophen betroffenen Menschen auf Wiederherstellung ihrer Lebens- und Existenzgrundlagen anerkannt und entsprechend gehandelt wird, und zwar in einer Weise, die ihnen ein Mitspracherecht sichert, ihre Würde wahrt und ihre Sicherheit gewährleistet.

Dieses Handbuch enthält:

- Eine humanitäre Charta: rechtliche und moralische Grundsätze, in welchen die Rechte der von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen zum Ausdruck kommen
- Grundsätze zum Schutz
- Grund- und Mindeststandards in vier zentralen lebensrettenden humanitären Sektoren: Wasser-, Sanitärversorgung und Hygieneaufklärung; Nahrungsmittelsicherheit und Ernährung; Notunterkünfte, Ansiedlung und Non-Food-Items; Gesundheitsmaßnahmen. Sie beschreiben, **was bei einem humanitären Einsatz erreicht werden muss, damit die von einer Katastrophe betroffenen Bevölkerungsgruppen überleben und sich unter stabilen Bedingungen und in Würde erholen können.**

Das Sphere-Handbuch erfreut sich breiter Zustimmung bei Organisationen und Einzelpersonen und bietet dem humanitären Bereich eine **gemeinsame Sprache für die Zusammenarbeit in Katastrophen- und Konfliktsituationen entsprechend den Kriterien von Qualität und Rechenschaftspflicht**.

Das Sphere-Handbuch verweist auf eine Reihe von „Begleitstandards“, die seinen Anwendungsbereich bei Hilfseinsätzen auf speziellere Bedürfnisse des humanitären Sektors ausweiten.

The Sphere Project wurde im Jahr 1997 von einigen humanitären NRO und der Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung initiiert.

ISBN 978-3-88579-473-8

9 783885 794738