Gesundheitsprogramme im fragilen Kontext. Erfahrungen und Analysen des SRK

Verena Wieland

Zusammenfassung

Der Begriff ‚Fragilität' bezieht sich in der internationalen Zusammenarbeit auf entwicklungshemmende Faktoren eines Landes wie fehlende Legitimität der Regierung, Ausgrenzung ganzer Bevölkerungsgruppen von sozialen und wirtschaftlichen Prozessen, fehlende Sicherheit und schlecht funktionierende Dienstleistungen. Fragilität ist ein dynamischer Prozess, der sich nicht auf gewaltsame Konflikte beschränkt, diese aber fördert. Es sind denn auch die fragilen Länder, die in Entwicklungsbereichen wie Bildung oder Gesundheit am schlechtesten abschneiden und auf Naturkatastrophen nicht adäquat reagieren können. Das Spannungsfeld zwischen humanitärer Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit gewinnt im fragilen Kontext an zusätzlicher Komplexität. Grossangelegte Hilfsaktionen überfordern in der Regel schwache Staaten und lokale Organisationen und führen zu zusätzlicher Abhängigkeit der Bevölkerung. Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) sieht sich in seinem Gesundheitsprogramm in immer mehr Ländern mit einem fragilen Umfeld konfrontiert. Bei der Umsetzung der Gesundheitsarbeit stellen sich in solchen Situationen nicht nur Fragen zu Sicherheit oder Zugang zur Bevölkerung, sondern auch wie angepasst die gewählten Ansätze sind, um Fragilität zu vermindern und nachhaltige Entwicklung zu unterstützen. In seinen Programmen in Haiti und Südsudan hat das SRK 2015 je eine Fallstudie zu diesen Fragen durchgeführt. Die Resultate zeigen, dass Projekte, insbesondere jene der Nothilfe, so gestaltet werden müssen, dass nicht Systeme zusätzlich geschwächt und Entwicklungsprozesse unterlaufen werden. Über ein langfristiges und flexibel reagierendes Engagement, gestützt auf die Ansätze der SRK-Gesundheitspolitik, können zumindest auf lokaler Ebene wesentliche Beiträge geleistet werden, um positiv auf Fragilität Einfluss zu nehmen.

Résumé

Dans le domaine de la coopération internationale, la notion de «fragilité» se réfère aux facteurs qui entravent le développement d'un pays, tels que l'illégitimité du gouvernement, l'exclusion sociale et économique de pans entiers de la population, le manque de sécurité ou le dysfonctionnement des prestations. La fragilité est un processus dynamique qui ne se limite pas aux conflits violents, mais qui les favorise néanmoins. Les pays fragiles sont d'ordinaire les plus mal classés dans des secteurs tels que la formation ou la santé et ne sont pas à même de prendre les mesures qui s'imposent en cas de catastrophe. Dans des contextes marqués par la fragilité, les antagonismes entre aide humanitaire et coopération au développement gagnent en complexité. Fragilisés, les Etats et les organisations locales sont généralement dépassés par les opérations humanitaires d'envergure, qui accroissent par ailleurs la dépendance de la population. Dans le cadre des programmes de santé qu'elle mène à l'étranger, la Croix-Rouge suisse (CRS) est de plus en plus souvent confrontée à des contextes fragiles. Elle doit alors s'interroger non seulement sur les enjeux de sécurité ou d'accès aux populations, mais aussi sur la pertinence de l'approche choisie en vue de réduire la fragilité et de soutenir un développement à long terme. En 2015, la CRS a évalué ses programmes en Haïti et au Soudan du Sud au moyen d'études de cas portant sur ces questions. Il en ressort que les projets – en particulier dans le domaine de l'aide d'urgence – doivent être aménagés de façon à ne pas affaiblir encore plus le système et compromettre les processus de développement. Des contributions majeures réduisant la fragilité peuvent être apportées – du moins au niveau local – dans le cadre d'un engagement durable et flexible fondé sur les approches de la CRS en matière de politique de la santé.

1. Einleitung

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) setzt sich in seiner Auslandarbeit für die Verbesserung der Gesundheit von benachteiligten Bevölkerungsgruppen ein. Es fördert sie in ihren Fähigkeiten, auf gesundheitsrelevante Faktoren Einfluss zu nehmen und unterstützt die Gesundheitsbehörden dabei, die Gesundheitsversorgung so auszubauen, dass alle Zugang haben. In immer mehr Ländern sieht sich das SRK bei der Umsetzung seiner Gesundheitsprogramme jedoch mit der zunehmenden Fragilität des Umfeldes konfrontiert. Aktuelle Beispiele sind Südsudan, Mali, Sudan, Haiti, Bangladesch, Nepal, Pakistan oder Honduras.

In den Projekten dieser Länder stehen oft Sicherheitsfragen, der Zugang zu den Projektgebieten und die Erreichbarkeit der Bevölkerung im Zentrum der Aufmerksamkeit. Aber auch die gewählten Ansätze und Instrumente müssen den Herausforderungen des fragilen Kontexts gerecht werden, damit die Arbeit wirksam ist. Im Rahmen eines Lernprozesses nahm sich das SRK 2015 solcher Fragestellungen an und führte je eine Fallstudie zu seinen Programmen im Südsudan und in Haiti durch. Die Fallstudien untersuchten den Einfluss des fragilen Kontexts auf die Projektumsetzung und überprüften, welche positiven oder negativen Auswirkungen die Projekte auf Fragilität hatten. Angesichts der Tatsache, dass die Entwicklungsprojekte vielfach von Nothilfe überlagert werden, untersuchten die Studien schliesslich auch, wie das SRK in einem fragilen Kontext sinnvoll langfristig engagiert bleiben kann.

2. Fragilität: Eine komplexe Dynamik

2.1. Definition, Ursachen und Folgen von Fragilität

Gemäss der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) sind Staaten fragil, wenn ihre Strukturen nicht über den politischen Willen und/oder die Fähigkeit verfügen, die für Armutsbekämpfung, Entwicklung und die Gewährleistung der Sicherheit und Menschenrechte ihrer Bevölkerung notwendigen Grundfunktionen wahrzunehmen (DEZA, k.A.).

Fragilität beschränkt sich nicht auf gewaltsame Konflikte, auch wenn dort die Folgen besonders ausgeprägt sind. Zentrale Kriterien sind Rechtsstaatlichkeit, Sicherheit, staatliche Dienstleistungen wie z.B. Gesundheit und Bildung, sowie entwicklungsfördernde Rahmenbedingungen. Regierungen in diesen Ländern sind nicht fähig, eine konstruktive und interaktive Beziehung mit der Bevölkerung und der Zivilgesellschaft aufzubauen. Auch sind fragile Länder meist nicht in der Lage, adäquat auf Naturkatastrophen zu reagieren oder entsprechende Vorsorgemassnahmen zu treffen. Die Auswirkungen von Naturkatastrophen und extremen Wettersituationen sind deshalb im fragilen Kontext in der Regel wesentlich gravierender.

Fragilität ist ein dynamischer Prozess, für den es keine einfachen Ursache-Wirkung-Erklärungen gibt. Sie gründet auf einem komplexen und explosiven Mix an Faktoren, die sich gegenseitig verstärken oder reproduzieren. Breit anerkannte Faktoren sind: fehlende Legitimität und innerstaatliche Konflikte durch fehlgeleitete Staatsbildung, z.B. als Folge kolonialer Vergangenheit, Machtkonzentration in der Hand kleiner Eliten, Korruption, Vetternwirtschaft sowie soziale und wirtschaftliche Ausgrenzung von Bevölkerungsgruppen, Interesse nationaler und internationaler Akteure an ungehinderter Ausbeute von Rohstoffen, bandenmässige Unterwanderung des staatlichen Gewaltmonopols und hohe Kriminalität sowie religiöser oder ethno-nationalistischer Extremismus. Krieg und Gewalt hinterlassen Spuren, die ihrerseits die Wurzeln für neue Konflikte bilden. Dies alles in Verbindung mit Armut führt zu einer komplexen Situation, die es äusserst schwierig macht, nachhaltige Entwicklungsprozesse auszulösen. Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass gemäss dem OECD-Bericht (2015a) von den 50

als fragile Staaten[1] aufgeführten Ländern, 33 zur Gruppe der am wenigsten entwickelten gehören und dass sich hier auch jene befinden, die die Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs; vgl. Kasten) nicht oder nur teilweise erreicht haben, so auch Südsudan und Haiti. Im Gesundheitsbereich sind fragile Staaten mit dem für arme Länder bekannten Problem schlecht funktionierender Gesundheitssysteme und den daraus resultierenden Gesundheitslasten, insbesondere hohe Kinder- und Müttersterblichkeit, konfrontiert. Dazu kommen jedoch weitere spezifische Lasten wie Traumatisierung und psychische Störungen, die auf Erfahrungen von Gewalt, Vertreibung oder Vergewaltigung gründen. Ebenso weckt der Umstand, von der Gesundheitsversorgung und Schulbildung ausgeschlossen zu sein, Gefühle der Frustration und Marginalisierung.

In den erwähnten 50 fragilen Staaten leben rund 1.4 Milliarden Menschen, d.h. 20% der Weltbevölkerung (OECD, 2015b). Die Erreichung der im Herbst 2015 deklarierten nachhaltigen Entwicklungsziele (SDG; vgl. Kasten) wird nicht zuletzt wesentlich davon abhängen, ob es der Weltgemeinschaft und den betroffenen Staaten gelingt, fragilitätsfördernden Faktoren entgegenzuwirken und Konflikte zu überwinden.

Die im Jahr 2000 von den Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen (UNO) verabschiedeten **Millenniums-Entwicklungsziele** (Millennium Development Goals, MDG) bildeten einen übergreifenden Rahmen für Entwicklung mit acht bis Ende 2015 zu erreichenden Zielen: Bekämpfung von extremer Armut und Hunger, allgemeine Grundschulbildung, Gleichstellung der Geschlechter, Senkung der Kindersterblichkeit, Verbesserung der Gesundheit von Müttern, Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria, Tuberkulose und anderen schwerern Erkrankungen, ökologische Nachhaltigkeit und Aufbau einer globalen Partnerschaft für Entwicklung. Der UNO-Bericht 2015 zur Erreichung der MDG spricht von „dramatischen und beispiellosen Fortschritten“ selbst in den ärmsten Ländern, macht aber auch darauf aufmerksam, dass die Fortschritte sehr ungleichmässig sind und auf vielen Gebieten Defizite herrschen[2].

2015 hat die Weltgemeinschaft einen neuen Zielkatalog **zur nachhaltigen globalen Entwicklung** bis 2030 (*Sustainable development goals*, SDGs), auch ‚Agenda 2030‘ genannt, verabschiedet, der die MDGs ablöst. Die 17 Ziele dieser neuen Entwicklungsagenda verknüpfen das Prinzip der Nachhaltigkeit mit der ökonomischen, ökologischen und sozialen Entwicklung: Zum ersten Mal werden Armutsbekämpfung und Nachhaltigkeit in einer Agenda zusammengeführt. Die SDGs nehmen Anliegen der MDGs auf, erweitern sie jedoch mit ihren insgesamt 169 Unterzielen auf weitere untereinander vernetzte Themen, so auch bezüglich Friedensförderung und Schutz der Umwelt.

Gesundheit erhält mit dem SDG 3 einen gewichtigen Stellenwert. In 12 Unterzielen nimmt es u.a. die drei MDGs zu Gesundheit wieder auf, setzt aber auch ein eigenes Ziel zur Stärkung der Gesundheitssysteme und des allgemeinen Zugangs zu Gesundheitsversorgung[3]. SDG 16 zielt auf die Förderung von friedlichen und inklusiven Gesellschaften. Dazu gehören Rechtstaatlichkeit mit transparenten und effizienten Institutionen, demokratische Teilhabe der gesamten Bevölkerung und Verminderung von Korruption und jeglicher Form von Gewalt.

Die Zielvorgaben richten sich an alle Staaten der Weltgemeinschaft. Sie sind gleichermassen aufgefordert, sich für die Agenda 2030 einzusetzen und aktiv daran zu arbeiten, dass die Situation der Menschen und der Umwelt sich bis 2030 verbessert. Dies bedeutet, dass sich auch die hochentwickelten Länder wie die Schweiz zur Umsetzung der SDGs im eigenen Land verpflichtet haben. Zentrale Aspekte sind hier die entwicklungspolitische Kohärenz, d.h. die Übereinstimmung von Innen- und Aussenpolitik in Bezug auf nachhaltige globale Entwicklung, sowie Klima- und Energiepolitik.

[1] Zu dieser Gruppe zählen Länder wie Südsudan, Mali, Sudan, Bangaldesch, Nepal, Pakistan oder Haiti, in denen das SRK ein Entwicklungsprogramm umsetzt.
[2] Ein Überblick zur Zielerreichung ist auf der Website http://www.un.org/depts/german/millennium/fs_millennium.html im Faltblatt ‚Umsetzungsstand 2015‘ zu finden.
[3] “Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all” (United Nations, 2015).

2.2. Der *New Deal* für die Zusammenarbeit mit fragilen Staaten[4]

Obwohl in der Vergangenheit hohe Summen in die Entwicklungszusammenarbeit mit fragilen Ländern und Regionen geflossen sind, leben die Menschen dort weiterhin unter besonders prekären Bedingungen. In einem gemeinsamen, selbstkritischen Reflexionsprozess haben die OECD, internationale Organisationen und eine Gruppe von aktuell 20 sich als fragil bezeichnenden Staaten (g7+)[5] Leitlinien für eine erfolgreiche Entwicklungszusammenarbeit mit fragilen Staaten erarbeitet. Diese Leitlinien wurden im November 2011 auf dem vierten hochrangigen Forum zur Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit in Busan (Südkorea) unter dem Titel *New Deal for Engagement in Fragile States* verabschiedet.

Der *New Deal* definiert fünf Ziele zur Friedens- und Staatsbildung (*Peacebuilding and Statebuilding Goals,* PSG), an denen sich die internationale Entwicklungszusammenarbeit und die nationalen Agenden orientieren sollen: legitime Regierungsführung, erhöhte Sicherheit für die Bevölkerung, verbesserte Rechtstaatlichkeit, gestärkte wirtschaftliche Grundlagen sowie erhöhte staatliche Einnahmen und Dienstleistungen.

Viele Forderungen des *New Deal* orientieren sich an vorangegangenen internationalen Prozessen. Eine wichtige Referenz sind die OECD DAC-Handlungsprinzipen für internationales Engagement in fragilen Staaten und Situationen (OECD DAC, 2007). Als Innovation gilt aber der Anspruch auf die Führungsrolle der fragilen Staaten: Erstmals haben sie sich aktiv an der Formulierung eines Abkommens zur Überwindung von Fragilität beteiligt und sind auch für die Umsetzung massgeblich verantwortlich. Zudem zielt der *New Deal* auf ein gemeinsames Vorgehen von Gebern und betroffenen Regierungen: Die g7+ Staaten verpflichten sich zu einer Fragilitätsanalyse und klaren Ausrichtung aller Politikbereiche auf die Ziele zur Friedens- und Staatsbildung. Ebenso wird der Einbezug der gesamten Gesellschaft in den Prozess (*whole-of-society*-Ansatz) als essentiell erachtet. Damit erhält der Dialog mit nichtstaatlichen Akteuren, z.B. der Zivilgesellschaft, einen besonderen Stellenwert. Die gemeinsam entwickelte Zukunftsvision soll in einem nationalen Plan und einer Umsetzungsagenda *(Transition Compact)* konkretisiert und von den Gebern bedarfsorientiert unterstützet werden.

Der Südsudan führte 2012 im Rahmen des *New Deal* eine Fragilitätsanalyse durch. Unstimmigkeiten im Verhandlungsprozess und der Ausbruch des gewaltsamen Konflikts Ende 2013 verhinderten jedoch die Unterzeichnung und Umsetzung der Agenda (Details siehe Kapitel 4.1). Haiti ist zwar Mitglied der Gruppe g7+, hat jedoch noch keine Schritte zur Umsetzung des *New Deal* unternommen.

3. Prioritäre Ansätze der SRK-Gesundheitsprogramme

Das SRK legt den Fokus seiner Programme auf jene Bereiche, in denen sich Gesundheitsdienste und Bevölkerung begegnen: Es fördert sowohl die Angebots- als auch die Nachfrageseite und hilft, zwischen den beiden Seiten eine Brücke zu schlagen. Im Sinne der primären Versorgung liegen die Schwerpunkte auf Gesundheitsförderung und Zugang zu qualitativ guten Gesundheitsdiensten. Gleichzeitig unterstützt es die Menschen und ihre Gemeinschaften, die Bedingungen für Gesundheit selbstverantwortlich zu beeinflussen und sie im Dialog mit Behörden mitzubestimmen. In Notsituationen leistet das SRK medizinische Grundversorgung in Unterstützung der zusammengebrochenen oder überforderten Gesundheitsdienste und trägt dazu bei, allfällige Epidemien vorzubeugen bzw. sie einzudämmen.

[4] Die Informationen in diesem Kapitel stützen sich, wo nicht anders erwähnt, auf Inhalte der Webseite des International Dialogue on Peacebuilding and Statebuilding.
[5] Die Zusammenarbeit wird vorgestellt auf der Webseite http://www.g7plus.org/.

Ebenso unterstützt es die Bevölkerung in ihren Bemühungen, im Hinblick auf Katastrophen und Konflikte ihre Resilienz[6] zu erhöhen.

In seiner Gesundheitspolitik für die internationale Zusammenarbeit definiert das SRK vier sich ergänzende Ansätze zur Umsetzung von Gesundheitsprojekten (Swiss Red Cross, 2012, S. 14 f):

- **Stärkung der Gesundheitskompetenzen von Gemeinschaften.** Dazu gehören die Förderung von Gesundheitsinitiativen der Bevölkerung (*Community action for health*), der Aufbau von lokalen Netzwerken freiwilliger Gesundheitshelferinnen und -helfer, die Anerkennung traditioneller Gesundheitssysteme sowie die Erhöhung sozialer Kontrolle über die Gesundheitsdienstleistungen (*Social accountability*).
- **Stärkung der Gesundheitssysteme und Schaffung von Zugang zu Gesundheitsversorgung für alle**[7]. Bei der Stärkung von Gesundheitssystemen liegt der Hauptfokus auf der primären Gesundheitsversorgung, die sowohl in ihrer Qualität als auch in ihrer Verfügbarkeit für benachteiligte und arme Bevölkerungsgruppen verbessert wird. Ebenso unterstützt das SRK die Umsetzung nationaler Gesundheitspolitiken und -strategien auf lokaler Ebene.
- **Förderung eines gesunden Lebens und Einflussnahme auf Determinanten von Gesundheit.** Im Rahmen von Gesundheitsförderung, Sensibilisierung und Infrastrukturmassnahmen unterstützt das SRK Menschen und ihre Gemeinschaften, selbstverantwortlich Einfluss auf gesundheitsrelevante Faktoren zu nehmen: Förderung der Gesundheitskompetenzen (*Health literacy*), Zugang zu Trinkwasserversorgung und sanitären Anlagen sowie Siedlungshygiene und ausgewogene Ernährung. Besondere Beachtung schenkt das SRK den Bedürfnissen und Rechten von Frauen und Mädchen.
- **Policy Dialog und Advocacy für Gesundheit:** Über den Dialog mit Behörden und mit Sensibilisierung von Entscheidungsträgerinnen und -trägern sucht das SRK in seinen Programmen Einfluss auf die Erarbeitung und Umsetzung von Gesundheitsstrategien zu nehmen, die den ärmsten und benachteiligten Bevölkerungsgruppen zugute kommen.

4. Fallstudien zu zwei SRK-Gesundheitsprojekten im fragilen Kontext

Im Rahmen des eingangs erwähnten Lernprozesses führte das SRK je eine Fallstudien zum Basisgesundheitsprojekt im Südsudan und zum Wasser- und Hygieneprojekt in Haiti durch. Die Fallstudien legten den Fokus auf folgende Fragestellungen: Welchen Einfluss hat der fragile Kontext auf die Umsetzung und die Wirkung der Projekte? Wie reagieren die Projekte auf die Herausforderungen der Fragilität? Leisten sie allenfalls implizit einen Beitrag zur Fragilitätsminderung, auch wenn dies kein explizites Projektziel war? Schliesslich suchten die Fallstudien auch eine Antwort auf die Frage, welches angepasste Strategien für ein langfristiges Engagement im dynamischen fragilen Kontext sind (*staying engaged*).

Diese Fragestellungen wurden mit Hilfe eines sogenannten Fragilitätsrahmens (*fragility framework*) untersucht. Dieser umfasst die Schlüsselfaktoren der Fragilität (*key issues driving fragiltity*), d.h. Akteure, Faktoren und Dynamiken, die gewichtigen Einfluss auf die Fragilität des Projektumfeldes haben. Die Analysen der Fallstudien stützen sich auf Interviews mit Schlüsselpersonen (Projektmitarbeitende, Vertreter und Vertreterinnen der Bevölkerung, von

[6] Resilienz beschreibt die Fähigkeit von Individuen, Gemeinschaften, Organisationen oder Ländern, welche dem Risiko von Krisen, Konflikten, Katastrophen sowie deren zugrundeliegender Faktoren der Vulnerabilität ausgesetzt sind, Notlagen zu verhindern, deren Auswirkungen zu verringern und zu bewältigen und sich zeitnah nach einer Krise, einem Konflikt oder einer Katastrophe wieder zu erholen, ohne langfristige Entwicklungsperspektiven zu gefährden (IFRC 2012, Seite 9).

[7] Bezüglich der „Dimensionen des Zugangs“ vgl. den Artikel von Monika Christofori-Khadka in diesem Band.

Behörden und von Partnerorganisationen), Diskussionen in Fokusgruppen vor Ort, auf Berichte zu Projektevaluationen sowie auf Fachliteratur. Die nachfolgenden beiden Kapitel basieren, wo nicht anders verwiesen, auf Daten und Informationen der Fallstudien Südsudan (Peterhans, in Erarbeitung) und Haiti (Raehle und Gürler, in Erarbeitung).

4.1. Südsudan: Basisgesundheitsversorgung in Mayendit County

4.1.1. Kontext Südsudan

Die Republik Südsudan ist die jüngste Nation der Welt. Nach mehr als 20 Jahren Krieg, der mit dem Friedensabkommen von 2005 offiziell beendet worden ist, und gestützt auf das Unabhängigkeitsreferendum von Anfang 2011 erfolgte im Juli 2011 die Unabhängigkeit vom Sudan. Der langjährige Konflikt hat rund 2 Millionen Menschen das Leben gekostet und 4 Millionen Menschen in die Flucht getrieben, und er belastet mit multiplen Hypotheken den Aufbau der jungen Nation: Mehr als die Hälfte der rund 8.26 Mio. Einwohner lebt in Armut. Es fehlen Infrastrukturen und ausgebildetes Personal zum Aufbau der Verwaltung und von Dienstleistungen z.B. im Gesundheits- und Bildungsbereich. So haben nur knapp 30% der Bevölkerung Zugang zu Gesundheitsversorgung, 75% der über 15-jährigen sind Analphabeten und die Bevölkerungsmehrheit ist durch Krieg und Vertreibung traumatisiert. Die grossen Erdölvorkommen, eine der Kriegsursachen, führten zu grossen Erwartungen in der Bevölkerung auf einen Aufschwung, der aber nicht eintrat. So hat die Mehrheit der nach dem Friedensschluss ins Land zurückgekehrten Südsudanesen geringe Chancen, eine stabile Existenz aufbauen zu können. Ungenügende Versorgung, Armut, Konflikt und wiederkehrende Naturkatastrophen haben das Land in die Abhängigkeit der internationalen Hilfe geführt. So werden 80% der knappen Gesundheitsversorgung von internationalen Organisationen sichergestellt, das staatliche Angebot konzentriert sich auf einzelne urbane Zentren. Als besondere Hypothek erweisen sich jedoch die ungelösten Machtfragen zwischen den verschiedenen Fraktionen und Machtexponenten aus der Zeit des Unabhängigkeitskampfes. Der schwelende Konflikt brach Ende 2013 wieder aus und stürzte das Land in einen blutigen Bürgerkrieg.

Im November 2013 kam der 2012 mit viel Enthusiasmus aufgenommene *New Deal*-Prozess zu einem Stillstand und mit dem Ausbruch des Konflikts Ende 2013 ganz zum Erliegen. Eine zivilgesellschaftliche Arbeitsgruppe zu Friedensförderung führte 2015 eine Analyse der Gründe für das Scheitern der New Deal-Agenda durch (SPSBD-CSOWG, 2015). Sie zeigt, dass der Prozess technokratisch, von externen Experten bestimmt und in kürzester Zeit durchgeführt worden war. Von Seiten der Regierung war nur ein Ministerium aktiv in den Prozess involviert, Gesamtregierung und Parlament haben die Agenda kaum mitgetragen. Der Einbezug von lediglich 80 Vertretern der Zivilgesellschaft und lokaler Autoritäten während einem zweitägigen Workshop muss als Feigenblatt bezeichnet werden. Der Anspruch des *New Deals* nach nationaler Ownership und Einbezug der gesamten Gesellschaft war folglich nur oberflächlich erfüllt. Eine tatsächliche Partizipation und vertiefte Fragilitätsanalyse erfordern wesentlich mehr Zeit und einen echten Politik-Dialog. Verfälscht wurde die Fragilitätsanalyse zusätzlich durch den Optimismus der allgemeinen Aufbruchsstimmung nach der Unabhängigkeit des Landes, der die Augen aller Beteiligten vor tiefer liegenden Konflikten verschliessen liess. Schliesslich führte die Verknüpfung eines parallel zum New Deal mit dem internationalen Währungsfonds verhandelten Programms [8] zu Protesten in der Bevölkerung und zur Ablehnung durch das Parlament. Der Ausbruch des Konflikts brachte auf Seiten

[8] Der internationalen Währungsfonds (IMF) führte 2013 mit der südsudanesischen Regierung Verhandlungen zur nationalen Steuer- und Wechselkurspolitik (u.a. zur Abwertung der Landeswährung). Die Unterzeichnung der New Deal-Agenda wurde mit der Zustimmung zum IMF-Projekt verknüpft. Da die angestrebte Freigabe des Wechselkurses mindesten kurzfristig für die breite Bevölkerung negative wirtschaftliche Folgen gehabt hätte, aber auch weil einflussreiche politische Kreise wesentlich vom

der Gebergemeinschaft breite Ernüchterung. Mit dem Verlust des Vertrauens in die Südsudanesische Regierung und deren Legitimität ist auch die Weiterführung des Prozesses in Frage gestellt. Die trotz Vorbehalten sinnvollen Prinzipien des *New Deals* sollten jedoch in die Friedensverhandlungen und -abkommen einfliessen.

4.1.2. Das SRK-Engagement im Südsudan

Das SRK ist seit 1998 in mehreren Regionen des heutigen Südsudans (seit 2005 v.a. Unity State) tätig. In einer ersten Phase leistete es, u.a. in Unterstützung des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz (IKRK), humanitäre Hilfe[9]. Nach dem Friedensabkommen von 2005 ging es zu Rehabilitations- und Entwicklungsprojekten im Bereich der primären Gesundheits- und der Trinkwasserversorgung über, leistete parallel dazu aber auch Nothilfe nach Naturkatastrophen. 2008 startete das SRK in Zusammenarbeit mit dem Sudanesischen Roten Halbmond und dem Gesundheitsministerium ein Pilotprojekt zur Basisgesundheitsversorgung in Mayendit County (Unity State), einer stark unterversorgten ländlichen Region mit knapp 100‘000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Mit der Unabhängigkeit des Landes wurde das Projekt in Partnerschaft mit dem neu gegründeten Südsudanesischen Roten Kreuz (SSRC) und dem neuen Gesundheitsministerium weitergeführt. Bis Ende 2013 schaffte das Projekt für rund 95% der Bevölkerung von Mayendit County einen Zugang zu qualitativ guter Gesundheitsversorgung.

Bei der Umsetzung verfolgte das SRK die im Kapitel 3 beschriebenen Ansätze seiner Gesundheitspolitik: Die Stärkung des staatlichen Gesundheitssystems auf primärer Ebene umfasste Bau und Ausrüstung von sechs Gesundheitszentren, Weiterbildung und Coachings des Personals sowie Einbindung der Zentren in das staatliche Referenzsystem (Spital in Bentiu, Unity State). Zur Förderung der Kapazitäten auf Gemeinschaftsebene wurden in den Dörfern rund 250 Rotkreuzfreiwillige und Mitglieder von 27 Gesundheitskomitees ausgebildet und begleitet. Sie unterstützten die Gesundheitsförderung in den Dörfern und stellten den Link zwischen Bevölkerung und Gesundheitszentren sicher. Bedürfnisabklärung, Planung und Monitoring erfolgten unter aktiver Mitwirkung der lokalen Autoritäten, Behörden und Gesundheitskomitees. Schliesslich wurden auch die Strukturen und das Management des südsudanesischen Rotkreuzpartners gestärkt. Als Abschluss einer mehrjährigen Übergabephase sollte das Projekt Anfang 2014 vollständig von der Gesundheitsbehörde von Unity State übernommen werden, was jedoch durch den Ende 2013 ausgebrochenen blutigen Konflikt verunmöglicht wurde.

Mit dem Ausbruch des Konflikts, der insbesondere den Norden des Landes in Mitleidenschaft zog, flohen erneut mehr als eine Million Menschen. Kriegshandlungen und Unsicherheit verunmöglichen den Zugang zu den Projektgebieten. Die Gesundheitsversorgung in den betroffenen Regionen ist weitgehend zusammengebrochen. In Unterstützung des Südsudanesischen Roten Kreuzes und des IKRK konzentriert das SRK seine Hilfe schwerpunktmässig auf die Gesundheitsversorgung für intern vertriebene Menschen. Eine Bestandsaufnahme, was von der im Projekt aufgebauten Infrastruktur weiter besteht, konnte noch nicht gemacht werden. Im Rahmen der Nothilfe stellte das SRK jedoch fest, dass viele der im Gesundheitsprojekt von Mayendit ausgebildeten Rotkreuzfreiwilligen und -mitarbeitenden in den Lagern für intern Vertriebene aktiv sind.

Status Quo profitieren, lehnte das Parlament die Vorlage ab. In der Folge wurden auch andere Programme mit internationaler Finanzierung nicht weiter verhandelt, so auch das für den Gesundheitssektor wichtiges Programm zur Stärkung staatlicher Dienstleistungen.

[9] Humanitäre Hilfe bezieht in der internationalen Zusammenarbeit auf Not- und Katastrophenhilfe, Betreuung von Flüchtlingen und intern vertriebenen Menschen in Lagern, Wiederaufbau etc.

Das SRK ist mit einer Langzeit-Delegierten vor Ort präsent, die eng mit dem nationalen Roten Kreuz zusammenarbeitet und dieses berät. Für die Projektumsetzung ist die Partnerorganisation verantwortlich.

4.1.3. Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsprojekt und fragilem Kontext

Der als Grundlage für die Fallstudie erarbeitete Fragilitätsrahmen stellt für das Projektumfeld in Mayendit County vor Ausbruch des Konflikts Ende 2013 folgende **Schlüsselfaktoren der Fragilität**[10] fest:

- Der Bevölkerung hat weder die Möglichkeiten, an sozialen, wirtschaftlichen und politischen Prozessen teilzuhaben, noch gerechten Zugang zu Ressourcen und Dienstleistungen. Dies hat ein starkes Gefühl der Marginalisierung und des Ausschlusses sowie eine Polarisierung der Gesellschaft zur Folge.
- Erosion der sozialen Kohäsion aufgrund der Kriegserlebnisse (Trauma, Auflösung der Familien und Gemeinschaften, Kindersoldaten usw.), des grossen Misstrauens zwischen den Dörfern und in Folge der verbreiteten Gewalt in den Dörfern und in der Familie.
- Traditionelle Konfliktlösungsmechanismen gingen verloren bzw. sind nicht mehr tauglich für die Lösung aktueller Konflikte. Die starke Verbreitung von Waffen, Gewalt zwischen den Gemeinschaften (nicht mehr nur entlang ethnischer Grenzen) sowie Entführungen und Vergewaltigung führen zu einer allgemeinen Unsicherheit.
- Schwache Regierungs- und Verwaltungsstrukturen, v.a. auf lokaler Ebene, mit ständig wechselnden Beamten und schwacher Legitimität in der Gesellschaft. Staatsbeamte werden als korrupt und in Vetternwirtschaft entlang ethnischer Grenzen verstrickt wahrgenommen. Traditionelle gesellschaftliche Strukturen werden durch neue staatliche Verwaltungsstrukturen in Frage gestellt und geschwächt.
- Sehr hohe Erwartungen der Bevölkerung an den Friedensprozess und an die neue Regierung (insbesondere bezüglich Sicherheit und wirtschaftliche Entwicklung) wurden durch die Unfähigkeit des Staates, diese Erwartungen zu erfüllen, enttäuscht. Dies führte zu Frustration und sinkender Legitimation der Regierung bei der Bevölkerung.
- Starke und weiter wachsende Abhängigkeit von internationaler humanitärer Hilfe. Die Regierung übernimmt wenig Verantwortung und das Engagement der Bevölkerung für Selbsthilfe, -verantwortung und -initiative ist geschwächt.

Diese Schlüsselfaktoren hatten alle einen unmittelbaren Einfluss auf die Projektumsetzung und -wirkung sowie auf deren Nachhaltigkeit. Die Fallstudie zum Basisgesundheitsprojekts in Mayendit County zeigt jedoch auf, dass die konsequente Anwendung der SRK-Ansätze half, den Einfluss von Fragilität auf das Projekt zu mindern, wenn nicht sogar aufzufangen und dass das Projekt einen Beitrag zu leisten vermag, negative Faktoren und Dynamiken abzubauen. Die Fallstudie machte aber auch die Grenzen der Einflussnahme ersichtlich. Die folgenden Abschnitte zeigen die wichtigsten Wechselwirkungen zu den oben aufgeführten Schlüsselfaktoren auf.

Zentral für die erfolgreiche Projektumsetzung war der **konsequente Einbezug aller Beteiligten**, d.h. der Bevölkerung über ihre Strukturen wie Ältestenräte, Gesundheitskomitees, Frauengruppen, der nationalen und lokalen Behörden, des Gesundheitspersonals und des lokalen Roten Kreuzes. Der Umstand, dass Information, Bedürfniserhebung und Planung im Rahmen von Versammlungen unter Beteiligung der verschiedenen Interessensgruppen statt-

[10] Die aufgeführten Aspekte beziehen sich auf das unmittelbare Projektumfeld. Nicht aufgeführt sind Schlüsselaspekte der Fragilität, die die nationale Ebene bzw. übergreifende Aspekte betreffen, auf welche das Projekt keinen Einfluss nehmen kann: z.B. ungelöste Machtansprüche und Legitimitätsfragen innerhalb der Regierung, Grenzkonflikte mit Sudan, Einbruch der Erdöleinnahmen etc.

fanden, trug zu Transparenz und wachsendem Vertrauen bei. Diese inklusive Vorgehensweise half mit, die Fragmentierung der Gesellschaft zu verhindern bzw. abzubauen und neue Dialogmechanismen aufzubauen. Allerdings kann noch keine Aussage gemacht werden, inwieweit diese Mechanismen auch ausserhalb des Gesundheitsprojekts zum Tragen kamen, da der Zugang zur Region weiterhin nicht möglich ist..

Die Menschen in der Projektregion hatten sich daran gewöhnt, auf Hilfe von aussen zu warten. Und auch die Beamten und das Gesundheitspersonal zeigten in ihrer Arbeit wenig Initiative. Fehlende Ressourcen und Unterstützung von oben, aber auch der häufige Personalwechsel bei der Gesundheitsbehörde verzögerten die **Übernahme von Verantwortung**. Im Laufe eines kontinuierlichen Ermächtigungsprozesses (*Empowerment)* erreichte das Projekt, dass die Bevölkerung in den Dialog mit Behörden und Gesundheitsdiensten trat, ihre Bedürfnisse artikulierte und Verbesserungsvorschläge einbrachte. Dies hatte unter anderem zur Folge, dass die Beamten in ihrer willkürlichen Ressourcenverteilung eingeschränkt wurden. Gleichzeitig initiierte das Projekt zusammen mit den Gesundheitsdiensten und Behörden einen Reflexionsprozess zur Definition einer gemeinsamen Vision für eine bedürfnisgerechte Gesundheitsversorgung. Die Umsetzung der gemeinsam entwickelten Vision wurde durch die Verbesserung und Ausrüstung der Gesundheitsinfrastruktur sowie mit Weiterbildung und Coaching des Personals unterstützt, was wesentlich zu Motivation und Engagement aller Beteiligten beitrug.

Schliesslich unterstützte das Projekt den **Ausbau des Gesundheitssystems** in einer stark unterversorgten Region und ermöglichte den gleichberechtigten Zugang zu gut funktionierenden Gesundheitsdiensten für die gesamte Bevölkerung, auch in schwer zugänglichen Gebieten. Mit dem Fokus auf die besonderen Bedürfnisse von Frauen und Kindern wurden zudem die durch den fragilen Kontext am meisten Benachteiligten erreicht. Die breite Anerkennung dieser Dienstleistungen durch die Bevölkerung half mit, eine konstruktivere Beziehung zwischen Bevölkerung und Behörden aufzubauen. Das Südsudanesische Rote Kreuz spielte dabei eine wichtige Mittlerrolle.

Das Projekt orientierte sich an der nationalen Gesundheitspolitik und strebte die Integration ins staatliche Gesundheitssystem an. Der Umstand, dass die Gesundheitsversorgung im ruralen Umfeld grossmehrheitlich von internationalen Nichtregierungsorganisationen (*Non-governmental Organization,* NGO) umgesetzt wird, wirkte sich jedoch erschwerend auf die Sicherstellung der **Nachhaltigkeit** aus: Der Anspruch des SRK, die neuen Gesundheitsdienste gemeinsam mit den Gesundheitsbehörden aufzubauen und die Verantwortung schrittweise zu übergeben, war für Behörden und Bevölkerung eine ungewohnte Vorstellung. Zu sehr waren sie gewohnt, dass Hilfe und Dienstleistungen von internationalen Organisationen erbracht werden. Erst im Laufe des Empowerment-Prozesses wurde ihnen bewusst, dass die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung eine Aufgabe des Staates ist und sie einen Beitrag leisten können. Der häufige Wechsel der verantwortlichen Beamten erschwerte das Verständnis für das Projekt zusätzlich und erforderte wiederholte Verhandlungs- und Planungsanläufe, so dass die Übergabe in mehreren Etappen stattfand und mehr Zeit in Anspruch nahm als geplant.

Im Hinblick auf eine breite und nachhaltige Wirkung müssen die Gesundheitsdienste eine kritische Grösse erreichen, d.h. das Projekt muss auf Nachbardistrikte und die Region ausgedehnt werden (*scaling-up*) und es muss ins nationale Referenzsystem integriert sein. Letzteres wurde mit dem Anschluss an das staatliche Spital im Provinz-Hauptort Bentiu erreicht. Hingegen leitete das SRK 2012 ein vergleichbares Basisgesundheitsprojekt nicht in einem Nachbardistrikt sondern in einer anderen Region, in Upper Nile State, ein. Dieser Schritt erfolgte auf Wunsch der Gesundheitsbehörden und des lokalen Roten Kreuzes, die wenig klare Vorstellungen von langfristiger Systemstärkung durch *Scaling-up* hatten, sondern die Deckung unmittelbare Bedürfnisse in der Nachbarprovinz priorisierten. Die räumlichen und

verwaltungstechnischen Distanzen zwischen den beiden Projekten erwiesen sich als zu gross, die Wirkung blieb auf die lokale Ebene beschränkt.

Die beschriebenen Prozesse waren zwar sehr aufwändig, erforderten hohe Flexibilität und hatten zum Teil grössere Verzögerungen in der Projektumsetzung zur Folge. Sie brachten jedoch ein relativ hohes Mass an *Ownership* der Beteiligten und vermochten negative Einflüsse der Fragilität auf das Projekt aufzufangen. Der inklusive Ansatz, der lokale Bedürfnisse und Prioritäten aufnahm, trug zur hohen Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung bei und brachte den lokalen Behörden und dem Südsudanesischen Roten Kreuz erstmals Anerkennung als Gesundheitsdienstleister. Somit leistete das Projekt einen kleinen Beitrag zur Legitimierung staatlicher Institutionen.

Zuwenig Aufmerksamkeit schenkte das Projekt Faktoren wie den **psychischen Folgen** eines Lebens in konstanter Unsicherheit und der Traumatisierung durch Kriegserlebnisse, sowohl der Bevölkerung, der Rotkreuzfreiwilligen und -mitarbeitenden als auch des Gesundheitspersonals. Für die Überwindung von Fragilität und die nachhaltige Entwicklung sind diese Faktoren jedoch grundlegend. Sie müssen folglich in der SRK-Gesundheitspolitik und in der Gesundheitsarbeit im fragilen Kontext einen grösseren Stellenwert erhalten und von Anfang an berücksichtigt werden.

Das Südsudanesische Rote Kreuz ist dank seiner lokalen Strukturen und Freiwilligen vor Ort präsent und hat eine wichtige Funktion, nicht nur in der unmittelbaren Projektumsetzung, sondern auch als Brücke zwischen Bevölkerung und Behörden. Mit der Gründung des neuen Staats musste sich auch die nationale Rotkreuzgesellschaft neu konstituieren. Dies erweist sich angesichts des in jeder Hinsicht schwierigen Kontexts als komplexe Herausforderung. Ausbildung und Coaching der lokalen Mitarbeitenden und Freiwilligen sowie ihre Begleitung im Dialog mit Behörden, Dorfältesten, NGOs und anderen Akteuren ermöglichten dem Roten Kreuz, eine aktive Rolle zu übernehmen und tragen zu seiner breiten Anerkennung bei. Dabei gilt es, darauf zu achten, dass das Rote Kreuz zwar den Staat in der Erfüllung seiner Aufgaben unterstützt, ihn aber nicht substituiert. Diese Gefahr besteht vor allem im Sog grosser Hilfsaktionen und unter dem Druck internationaler Partnerorganisationen, schnell Resultate auszuweisen. Aber auch in den Entwicklungsprogrammen müssen die unterschiedlichen Rollen und Aufgaben der Akteure klar und transparent definiert sein.

Wie in all seinen Programmländern ist das SRK auch im Südsudan langfristig engagiert, je nach Situation und Bedarf werden die Entwicklungsprogramme durch humanitäre Hilfe ergänzt oder überbrückt. Diese Strategie erlaubt es dem SRK, flexibel auf sich verändernde Situationen und auf Katastrophen zu reagieren. Die **langfristige Präsenz** im Land ermöglicht gute Kenntnisse des Kontextes und etablierte Beziehungen zu den Partnerorganisationen. Die Fallstudie Südsudan zeigt jedoch auch, dass das SRK in der **Kontextanalyse** dem Fragilitätsaspekt zu wenig Rechnung getragen hat. So bestand in der Projektequipe vor Ort und an der SRK-Zentrale zwar ein hohes Bewusstsein für die Komplexität des Kontextes, es gab aber keine ausgereiften Szenarien, wie auf sich abrupt verschlechternde Situationen reagiert werden soll. Die Fallstudie und andere Analysen (SPSBD-CSOWG, 2015) legen nahe, dass nach Jahrzehnten des Bürgerkriegs und eines Lebens in sehr prekären Umständen Fragilität als eine Art ‚courant normal' betrachtet wurde. Aufbruchsstimmung und Zweckoptimismus trugen zusätzlich dazu bei, dass der Dynamik der Fragilität nicht die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Die grosse Mehrheit der internationalen Akteure, das SRK inbegriffen, wurde denn auch vom Ausbruch des gewaltsamen Konflikts Ende 2013 überrascht. Und wie diese musste das Rote Kreuz seine Mitarbeitenden aus Sicherheitsgründen aus den vom Krieg betroffenen Regionen abziehen und die Arbeit abbrechen.

Da die Region weiterhin schwer zugänglich und eine vertiefte Bestandsaufnahme der Situation vor Ort unmöglich ist, steht eine Wiederaufnahme des Projektes in Mayendit County in

absehbarer Zeit nicht in Aussicht. Im Sinn des *staying engaged* wird jedoch die Rückkehr erwogen werden, sobald die Sicherheitslage es zulässt. Aktuell konzentriert sich das SRK auf die Gesundheitsarbeit mit den geflüchteten Menschen, wobei auch die ansässige Bevölkerung einbezogen wird. Es kann sich dabei auch auf die im Gesundheitsprojekt ausgebildeten Rotkreuz-Mitarbeitenden und -Freiwilligen stützen. Auch in dieser Übergangsphase von humanitärer Hilfe zu Entwicklungsprojekten kommen die Ansätze der SRK-Gesundheitspolitik zur Anwendung, heute jedoch mit einem grösseren Fokus auf spezifische Anforderungen des fragilen Umfelds.

4.2. Haiti: Sauberes Wasser, Latrinen und Hygiene in Léogane

4.2.1. Kontext Haiti

Bereits vor dem grossen Erdbeben Anfang 2010 war Haiti das ärmste Land der westlichen Hemisphäre und eines der am wenigsten entwickelten der Welt. 80% der 10.32 Mio. Einwohner und Einwohnerinnen lebt unter der Armutsgrenze von 2 US$ pro Tag und über zwei Drittel der aktiven Bevölkerung hat kein regelmässiges Einkommen. Die Kleinbauern leben von prekärer Subsistenzwirtschaft[11]. Der Ausbau landwirtschaftlicher Flächen ist begrenzt, da der Regenwald bereits 1990 zu 98% abgeholzt war. Geschätzte 1.5 Millionen Haitianerinnen und Haitianer suchen ihr Einkommen im Ausland, v.a. in den USA und in der Dominikanischen Republik.

Haiti liegt in der Zone der tropischen Wirbelstürme, die in zunehmender Frequenz übers Land ziehen, Häuser und Landwirtschaft beschädigen und die weit vorgeschrittene Bodenerosion weiter verschärfen. Auch befindet sich Haiti in einer seismisch aktiven Region und wurde im Laufe seiner Geschichte von mehreren grossen Erbeben heimgesucht. Das Erdbeben vom Januar 2010 zog drei Millionen Menschen in Mitleidenschaft, 220‘000 Menschen verloren das Leben, 1.3 Millionen wurden obdachlos. Besonders betroffen waren die stark besiedelte Hauptstadt Port-au-Prince sowie die Küstenstädte Léogane und Jacmel mit ihrem Hinterland. Viele Gebäude, unter anderem mehrere Ministerien, das Parlament, Spitäler und Schulen waren so stark beschädigt, dass sie nicht renoviert werden konnten.

Doch auch die gigantische internationale Antwort auf die Erdbebenkatastrophe mit insgesamt über neun Milliarden US-Dollar an Hilfeleistungen (Ramachandran und Walz, 2014) vermochte wenig an der prekären Situation in Haiti zu ändern. Im Gegenteil, rund sechs Jahren nach dem Erbeben zeigt sich, dass trotz unzähliger Hilfsprogramme nur wenige nachhaltige Ergebnisse erzielt worden sind und das Land weiterhin von finanzieller und technischer Hilfe aus dem Ausland abhängig ist. Grosse Defizite bestehen in den öffentlichen Dienstleistungen wie Infrastruktur, Erziehung und Gesundheit. Die Gesundheitsstatistiken belegen die untersten Ränge im internationalen Vergleich. 74% der Bevölkerung hat keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser, 83% keine Toiletten, im ganzen Land gibt es keine Abwassersysteme oder Kläranlagen. So erstaunt es nicht, dass sich bei der 2010 ausgebrochenen Cholera-Epidemie in kurzer Zeit mindestens 470‘000 Menschen infizierten, wovon mehr als 6‘000 starben.

Nur 10 Staaten werden weltweit als noch fragiler als Haiti eingeschätzt (FFP 2015). Hauptfaktoren für diesen bedenklichen Rang sind, allen voran, die sehr schwache Legitimität von Regierung, Parlament und Parteien sowie die hohe, alle Sektoren durchziehende Korruption. Die Unfähigkeit der Regierung, die wirtschaftliche Entwicklung zu fördern, macht das Land fast vollständig vom Import lebenswichtiger Güter und von der internationalen Hilfe abhängig.

[11] In der Subsistenzwirtschaft werden Produkte vorrangig zur Selbstversorgung produziert, allfällige kleine Überschüsse werden auf dem lokalen Markt verkauft oder eingetauscht. Subsistenzlandwirtschaft wird in der Regel von Kleinstbetrieben innerhalb von Familien und Dorfgemeinschaften praktiziert. Aufgrund sozialer, wirtschaftlicher und ökologischer Entwicklungen sind die traditionellen Subsistenzsysteme fast überall gestört und erlauben nur noch ein prekäres Überleben.

Die weit geöffnete Schere zwischen einer kleinen, reichen Elite und der armen Bevölkerungsmehrheit verursacht tiefe Gräben in der Gesellschaft. Da kaum jemand Steuern bezahlt bzw. bezahlen kann, kümmert es wenig, was die Regierung mit Steuereinnahmen macht. So ist es nicht verwunderlich, dass staatliche Dienstleistungen (Infrastruktur, Gesundheit, Bildung) nur rudimentär oder aber von internationalen Organisationen erbracht werden.

Haiti wurde nach dem Erbeben von einer Welle internationaler Hilfe überrollt. Das oft fehlende Verständnis der internationalen Organisationen für die sozialen und politischen Dynamiken des haitianischen Kontextes, aber auch die Überforderung von Regierung und Behörden mit der Situation erschwerten den Dialog zwischen nationalen und internationalen Akteuren sowie die Koordination der Hilfe. Im Rahmen dieser Hilfsaktionen kam es zu diversen Korruptionsfällen sowohl nationaler wie auch internationaler Akteure. Die massiv angewachsene Präsenz internationaler Organisationen hat die Lebenshaltungskosten vor allem in der Hauptstadt stark in die Höhe getrieben und gleichzeitig ein markantes Lohngefälle zwischen den lokalen Angestellten internationaler Organisationen und den Beamten oder Angestellten lokaler Betriebe verursacht. Der seit 2013 einsetzende Rückzug internationaler humanitärer Organisationen hat zur Folge, dass viele dieser Angestellten arbeitslos werden. Immerhin erlangten sie mit der Arbeit in Projekten eine höhere Qualifizierung und somit bessere Chancen auf dem begrenzten Arbeitsmarkt. Mit dem Abzug der internationalen Organisationen brechen auch viele der erbrachten Dienstleistungen ein. Nur wenige Organisationen haben für ihr Programm eine Ausstiegsstrategie entwickelt, welche die Übergabe an lokale Strukturen gewährleistet.

4.2.2. Das SRK-Engagement in Haiti

Das SRK nahm seine Arbeit in Haiti nach dem Erdbeben von 2010 auf. Während der Nothilfephase war es unter dem Dach der Internationalen Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften (IFRC) aktiv, welcher die Koordination mit anderen internationalen Organisationen und mit der Regierung oblag. Daneben koordinierte das SRK seine Projekte mit verschiedenen Schweizer Hilfswerken. Das bereits vor dem Erbeben prekäre haitianische Gesundheitssystem war mit der Situation nach der Katastrophe überfordert. Deshalb lag ein Hauptaugenmerk des SRK während der Nothilfephase auf der elementaren Gesundheitsversorgung. Die vom SRK entsandten medizinischen Fachkräfte waren in der Mutter-Kind-Versorgung und in der Cholera-Bekämpfung aktiv. Sie arbeiteten mit lokalen Fachkräften zusammen und förderte diese durch Capacity building. In Léogâne, dem Epizentrum des Erbebens, baute das SRK ein temporäres Schulgebäude und unterstützte die stark beschädigte Tuberkulose-Klinik mit Zelten und Medikamenten. Nebst der Aktivitäten im Gesundheitsbereich trug das SRK mit seinem mobilen Logistikteam zur effizienten Abfertigung und Verteilung internationaler Hilfsgüter der IFRC bei.

Mit der allmählichen Beruhigung der Situation konnten die Grundlagen für die Wiederaufbauphase gelegt werden. Ausgangspunkt war der Häuserbau für 600 am schwersten betroffenen Familien von Palmiste-à-Vin im Distrikt Léogâne. Die Bauarbeiten erfolgten unter Einbezug der Familien und in Zusammenarbeit mit der ortsansässigen Organisation Congrégation des Petits Frères de Saint Thérèse (PFST). In Ergänzung zum Häuserbau wurde 2011 eine Projekt für Wasserversorgung, Latrinenbau und Hygieneförderung (*Water, Sanitation and Hygiene*, WASH) für 1200 Familien eingeleitet. Sie leben in den Dörfern des hügeligen Hinterlands von Léogâne von der Subsistenzlandwirtschaft, ohne stabiles Einkommen und mit Unterstützung im Ausland lebender Angehöriger.

Angesichts der grossen Bedürfnisse und der Fragilität des Landes entschloss sich das SRK 2013 für ein langfristiges Engagement in Haiti. Die SRK-Länderstrategie setzt den geografischen Schwerpunkt im Distrikt Léogâne und inhaltlich auf Gesundheit und Resilienz der Gemeinschaften. Bezüglich Resilienz zielt das SRK auf die Fähigkeiten der Bevölkerung und

lokalen Behörden, Katastrophenrisiken zu vermindern, Katastrophen vorzubeugen bzw. besser zu bewältigen (*Disaster Risk Reduction*, DRR). Im Gesundheitsbereich stehen während einer ersten Phase Gesundheitsdeterminanten und gesundheitsbewusstes Verhalten der Bevölkerung mit Schwerpunkt auf WASH im Zentrum. 2014 erweiterte das SRK sein Programm mit einem zweiten WASH-Projekt für 10‘000 Personen in zwei Gemeinden des Distrikts Léogâne. In denselben Gemeinden beginnt das SRK 2016 mit einem Projekt zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung. Die in diesen Projekten gewählten Ansätze folgen der SRK-Gesundheitspolitik (vgl. Kapitel 3).

Im Gesundheitsprogramm sind die Partner des SRK das Haitianische Rote Kreuz (CRH) und die Behörden für Wasser- und Abwasserversorgung (Direction Nationale de l’Eau Potable et de l’Assainissement, DINEPA). Auf Gemeindeebene sind die lokale Verwaltungsbehörde (Conseil d’administration de la section communale, CASEC) und die Gemeindevertretung (Assemblées de la section communale, ASEC) wichtige Ansprechpartner. Letztere setzt sich aus Bewohnerinnen und Bewohnern der Gemeinde zusammen, repräsentiert diese und artikuliert gegenüber den CASEC Bedürfnisse und Anliegen der Bevölkerung. Die ASEC haben aber keine Entscheidungsgewalt. Das Haitianische Rote Kreuz war vor dem Erdbeben eine kleine Organisation mit wenigen, auf die Hauptstadt ausgerichteten Aktivitäten wie z.B. einem Blutspendedienst. Es erlitt durch das Erbeben beträchtliche Infrastrukturschäden und war dem grossen Ansturm internationaler Hilfe in keiner Hinsicht gewachsen. Die Koordination der Hilfsoperation der Rotkreuzbewegung lag deshalb in den Händen der IFRC. 2013 entschied das CRH, in Léogâne eine Rotkreuz-Filiale aufzubauen. Trotz Unterstützung durch IFRC, SRK und weiteren Rotkreuzgesellschaften hat dieses lokale Rote Kreuz Ende 2015 erst sehr beschränkte Kapazitäten.

Von den nach dem Erdbeben in Léogâne tätigen 30 Rotkreuzgesellschaften waren 2015 noch drei aktiv. Ab 2016 wird das SRK als alleinige Rotkreuzgesellschaft in Léogâne tätig sein. Ähnliche Entwicklungen zeigen sich auch bei anderen internationalen NGOs, so ist auch das von MSF geführte Spital seit dem Rückzug der Organisation geschlossen, da es vom Gesundheitsministerium nicht weitergeführt wird.

2015 ist das SRK mit einem Landes- und einem Fachdelegierten vor Ort präsent. In den beiden Projektteams für WASH und DRR arbeiten lokale Fachleute, die vom CRH angestellt sind. Für die Mobilisierung der Bevölkerung und in der Hygieneprävention stützten sich die Projektteams auf die Equipes d’Intervention Communautraires (EIC), die sich aus Freiwilligen aus den Dörfern zusammensetzen. Die Strategie zur Bildung von EIC war auf gemeinsame Initiative von CRH und Zivilschutzbehörde 2012 erarbeitet worden.

4.2.3. Wechselwirkungen zwischen Projekt und fragilem Kontext

Der als Grundlage für die Fallstudie erarbeitete Fragilitätsrahmen stellt für das Projektumfeld in Léogâne folgende **Schlüsselfaktoren der Fragilität** fest:

- Anhaltende Erosion des sozialen Zusammenhaltes auf Gemeindeebene, Verlust von Eigeninitiative der Bevölkerung und Behörden sowie der traditionellen Formen der Nachbarschaftshilfe.
- Ein Staat der nicht fähig und nicht willens ist, seine Grundfunktionen auszuüben und sich als Garant für Sicherheit, öffentliche Dienste und wirtschaftliche Entwicklung zu etablieren.
- Fehlende Mechanismen für eine gerechte Verteilung von Ressourcen und Dienstleistungen als Folge von Nepotismus und Korruption.
- Abhängigkeit von externer Unterstützung infolge langjähriger humanitärer Hilfe und Abzug vieler internationaler Organisationen nach Abschluss der Wiederaufbauprojekte.

Die beiden WASH-Projekte legen grossen Wert auf **Partizipation der Bevölkerung**, z.B. bei Bedürfnisabklärung und Projektaktivitäten. Die Erosion des sozialen Zusammenhalts in der Bevölkerung, aber auch fehlende Initiative und Bereitschaft für ein freiwilliges Engagement, machten die Umsetzung dieses Ansatzes jedoch schwierig. Der Zusammenhalt innerhalb von Gemeinschaften hat seit Jahren abgenommen und wurde nicht zuletzt auch durch die internationale Hilfe untergraben. So hat z.B. der sogenannte „Geld für Arbeit"-Ansatz (*Cash for Work,* CFW*)* während der Wiederaufbauphase traditionelle Formen der Nachbarschaftshilfe weitgehend abgelöst. Hier erhält die Bevölkerung für unqualifizierte manuelle Arbeit Geld ausbezahlt, z.B. bei Materialtransport oder auf Baustellen. Gleichzeitig verursachte die massive Verteilung von Hilfsgütern durch die internationale Hilfe in der Bevölkerung und auch bei Behörden eine Haltung des „abwarten und sehen was kommt". Der Druck von Geldgebern und auch die Erwartung der Bevölkerung, dass Leistungen schnell und effizient erbracht werden, bewegt die meisten Organisationen dazu, Einsätze der Bevölkerung zu entgelten statt langwierig Selbsthilfe-Kapazitäten zu fördern.

Wie die anderen in Léogâne tätigen Organisationen, stützte sich auch das SRK während der Wiederaufbauphase auf die Arbeitskraft der Bevölkerung. Allerdings nicht unter Anwendung des herkömmlichen CFW-Ansatzes. Vielmehr erhielten die Leute einen Arbeitsvertrag und arbeiteten nach einer kurzen Anlehre und unter technischer Anleitung mit. Aus den an der Mitarbeit interessierten Einwohnern wählten die Gemeinden Gruppen für mehrere Rotationen aus, so dass die Mehrheit der Interessierten zum Einsatz kam. Da das SRK auf die Einhaltung internationaler Standards für den Wiederaufbau achtet, musste das meiste Material über lokale Anbieter importiert werden. Während jedoch beim Häuserbau Qualitätsstandards wie z.B. die Erbebensicherheit zwingend sind, ist bei sanitären Anlagen die Verwendung von lokalem Material, das von der Bevölkerung repliziert werden kann, ein nachhaltigeres Vorgehen. Im Unterschied zum ersten WASH-Projekt, in dem noch vorfabrizierte Latrinenkomponenten einsetzt worden sind, ist das zweite, in Nachbargemeinden durchgeführte WASH-Projekt zu einer lokal angepassten Lösung übergegangen. Anhand verschiedener Modelle aus lokal erhältlichen Materialien entscheiden die Leute selbst, welche Latrine sie bauen wollen. Die unterschiedlichen Material-Standards und Ansätze der beiden Projekte führten zu einer Unzufriedenheit[12] in der Bevölkerung des zweiten Projekts Sie fühlten sich gegenüber den Nachbarn, die noch Latrinen erhalten hatten, benachteiligt.

Der bereits erwähnte Druck, in kurzer Frist Projekte zu entwickeln, hat auch zur Folge, dass viele Organisationen Kontextanalysen und **Bedürfnisabklärungen** in kürzester Zeit machten, zum Teil mit vordefinierten Zielen und thematischen Prioritäten. Der Einbezug der Bevölkerung wird so zum Feigenblatt. Gleichzeitig wissen Behörden und Bevölkerungsvertreter aufgrund langjähriger Erfahrung mit Hilfsprojekten, wem sie was wie präsentieren müssen, um Hilfe zu erlangen. In den SRK-Projekten sind auf lokaler Ebene die Gemeindevertretung ASEC wichtige Dialogpartner in der Bedürfnisabklärung. Da ihre Mitglieder auf freiwilliger Basis arbeiten und keine Entscheidbefugnisse haben, ist ihr Engagement von Initiative und Interesse der einzelnen Personen abhängig. Der Einbezug der ASEC ist deshalb aufwändig. Die Kompetenz, auf kommunaler Ebene Entscheide zu treffen, liegt bei den lokalen Verwaltungsbehörden CASEC. Erfahrungen im ersten WASH-Projekt zeigten, dass die Beamten der CASEC oft im Interesse eigener Kreise oder politischer Ziele handeln, was zu Missmut und Unruhe in der Bevölkerung führte. Als Gegenmassnahme unterstützte das SRK die Bildung von Komitees, die sich aus Vertretern aller beteiligten Gruppen (ASEC, CASEC, EIC und Projektteam) zusammensetzten, Entscheide validierten und Informationsflüsse transpa-

[12] Zu Unmut in der Bevölkerung führten auch die grossen Qualitätsunterschiede im Häuserbau, z.T. innerhalb derselben Gemeinde. Sie reichen von temporärem Obdach, das bereits wieder zerfällt, bis zu solide gebauten Häusern. Auch innerhalb der Rotkreuzfamilie gab es hierzu ein markantes Gefälle.

rent machten. Dies trug wesentlich zur Beruhigung und besseren Integration der Bevölkerung bei. Der Übergang zu langfristig angelegten Projekten gibt dem SRK den notwenigen Raum für umfassende Kontextanalysen und den besseren Einbezug der Bevölkerung bei Projektplanung und -umsetzung.

Mit dem von der Regierung deklarierten Abschluss der Nothilfephase fordert die nationale Politik von der Bevölkerung seit Ende 2014 höhere Eigenleistungen[13]. Es zeigt sich jedoch, dass die Mehrheit der Bevölkerung noch nicht bereit ist, diesen Wechsel zu vollziehen. Zu sehr hat sie sich an die Hilfe gewöhnt. Ebenso muss die Raison d'être und Einbettung der Equipes d'Intervention Communautraires EIC überdacht werden, insbesondere, ob sie die richtige Struktur zur Förderung der Entwicklung in den Dörfern sind. Die **Freiwilligen** dieser Equipen waren während der Nothilfe- und Wiederaufbauphase stark mit Verteilung von Gütern beschäftigt und werden von der Bevölkerung vor allem in dieser Funktion wahrgenommen. Sie befinden sich in der schwierigen Situation, einerseits selbst ein neues Rollenverständnis entwickeln zu müssen und andererseits der Bevölkerung die neue Situation zu erklären und sie für ein grösseres Engagement zu motivieren. Erschwerend kommt hinzu, dass die durch den Zivilschutz und das Haitianische Rote Kreuz ins Leben gerufenen EIC noch immer nicht in eine offizielle Struktur eingebunden sind. Die beiden Initianten konnten sich nicht einigen, wer die schlussendliche Verantwortung für die EIC zu tragen hat. Die Nachhaltigkeit dieser lokalen Struktur, die eine wichtige Stütze der Arbeit in den Dörfern ist, hängt über das Engagement des SRK-Projekts hinaus vorerst in der Luft.

Die **Abwesenheit staatlicher Strukturen** bzw. deren Unfähigkeit elementare Aufgaben wahrzunehmen, erschweren den Prozess zur Stärkung lokaler Strukturen zusätzlich. Obwohl das SRK seine Arbeit auf staatlichen Pläne abstützt und die Zusammenarbeit mit Behörden aktiv sucht, sind diese nur schwer zu motivieren, ihre Verantwortung zu übernehmen. Die Fachmitarbeiter der Wasser- und Gesundheitsbehörden sind in den Dörfern wenig präsent. Dies liegt auch daran, dass sie von ihren vorgesetzten Strukturen auf regionaler oder nationaler Ebene kaum unterstützt werden. Will das SRK kurz- oder mittelfristig sicht- und spürbare Resultate aufweisen, wie sie auch von der Bevölkerung erwartet werden, ist es gedrängt, Aufgaben dieser Behörden übernehmen. Somit ist es bei der Projektumsetzung wesentlich stärker involviert als dies seine Strategien und Konzepte vorsehen.

Ähnliche Herausforderungen stellen sich bei der Stärkung des Haitianischen Roten Kreuzes als lokal verankerter Akteur. Aufgrund der schwachen Funktionsfähigkeit des CRH hat das SRK eine starke Präsenz im Projektgebiet, was dazu führt, dass die Bevölkerung Projekt, Equipe und Freiwilligen eine SRK-Identität zuschreiben. Ungeachtet der CRH-Logos auf T-Shirts oder Fahrzeugen wird das CRH noch kaum als eigenständiger Akteur wahrgenommen und anerkannt. Und falls doch, mit der Vorstellung, dass es dank internationaler Geldgeber über genügend Ressourcen verfügt, um Güter zu verteilen oder Dienstleistungen zu erbringen. Seine nachhaltige Präsenz ist noch wenig gesichert.

Insgesamt ist festzustellen, dass in Haiti der Übergang zu vermehrter Eigeninitiative und die Schaffung resilienter gemeinschaftsbezogener Strukturen einen langen Atem, flexible, der Situation angepasste *Empowerment*-Ansätze sowie kontinuierliches Capacity building der Partnerorganisationen erfordern. Der Ansatz der nachhaltigen Systemstärkung ist unter diesen Umständen nur langfristig umsetzbar..

[13] 2013 deklarierte das Ministerium für öffentliche Arbeit, Verkehr und Kommunikation (Ministère de Travaux Publics, Transport et Communication) den Abschluss der Nothilfephase per Ende 2014. Dies hat u.a. für die WASH-Projekte zur Folge, dass der Bau von individuellen Latrinen nicht mehr subventioniert werden darf. Folglich darf auch kein Material mehr zur Verfügung gestellt werden, wie dies im ersten WASH-Projekt der Fall war. Die Familie muss nun für den Bau einer eigenen Latrine selbst sämtliche Leistungen erbringen und Kosten tragen.

5. Übergreifende Schlussfolgerungen

Die beiden Fallstudien kommen bezüglich der Fragestellungen des Lernprozesses zu einer Reihe von Konklusionen, die auf zwei Ebenen anzusiedeln sind. Einerseits zeigen sie auf, dass die SRK-Gesundheitsprojekte positiv auf Schlüsselfaktoren der Fragilität einwirken können, aber auch wo sie auf Grenzen stossen (vgl. Kapitel 5.1). Andererseits ziehen die Fallstudien ein Fazit zu Prinzipien, die für die erfolgreiche Arbeit im fragilen Kontext massgebend sind, v.a. auch in der humanitären Hilfe (vgl. Kapitel 5.2).

Übergreifend kann aus den beiden Fallstudien die folgende vorläufige[14] Schlussfolgerung gezogen werden: Friedensförderung und Konfliktmediation sind keine Schwerpunkte des SRK-Programms, im Zentrum seiner Arbeit stehen Gesundheit, Verminderung von Katastrophenrisiken und humanitäre Hilfe. Das SRK kann jedoch in seinen Programmen mit den definierten Ansätzen zumindest auf lokaler Ebene auf Faktoren Einfluss nehmen, die Fragilität fördern oder vermindern. Um positiven Einfluss zu nehmen, braucht es keine zusätzlich definierten Zielsetzungen, aber eine sehr sorgfältige Analyse dieser Faktoren und der Wechselwirkungen zwischen Fragilität und Projekt. Schliesslich müssen explizite Massnahmen getroffen werden, welche die Fragilitäts-sensitive Umsetzung der Arbeit gewährleisten.

5.1. Konklusionen zu zentralen Schlüsselfaktoren der Fragilität

Als Schlüsselfaktoren zur Verringerung der Fragilität, auf welche das SRK mit seinen Projekten Einfluss nehmen kann, nennen die Fallstudien:

- Verteilungsgerechtigkeit und Förderung sozialer Kohäsion,
- Förderung von Ownership und Prozessen auf lokaler Ebene,
- Stärkung lokaler Organisationen und des Gesundheitssystems sowie
- Verbindung lokaler und nationaler Prozesse.

Insgesamt sind diese Elemente in den Ansätzen der SRK-Gesundheitspolitik enthalten. Grenzen zeigen sich dort, wo die Projekte zu lokal angelegt sind, um auf übergreifende Prozesse Einfluss nehmen zu können, und auch dort, wo grosse internationale Hilfsaktionen auf rasche Hilfe angelegt sind. Sie setzten dem SRK ein enges Korsett, das wenig Raum für entwicklungsfördernde Ansätze lässt.

Die beiden Fallstudien und auch Fachliteratur zum Thema stellen fest, dass soziale Ausgrenzung ein wichtiger Faktor von Fragilität ist. Das zentrale Stichwort ist hier **Verteilungsgerechtigkeit** (*Equity*). Es bezieht sich unter anderem auf Zugang zu Dienstleistungen und Teilhabe an sozialen und politischen Prozessen für die gesamte Bevölkerung. Auch das SDG 3 setzt mit dem Unterziel zu flächendeckender Gesundheitsversorgung (*Universal Health Coverage*) den Akzent auf *Equity*. Für fragile Staaten wird die Erreichung dieses Unterziels jedoch wesentlich komplexer und langwieriger sein. Dazu braucht es nationale Ownership in der Ausarbeitung und Umsetzung der Gesundheitspolitik, es braucht aber auch einen starken Fokus auf die Bedürfnisse der Bevölkerung. Mit dem Ziel, Zugang zu Gesundheitsversorgung für alle, insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu schaffen, unterstützt das SRK diese Prozesse. Die Ansätze seiner Gesundheitspolitik umfassen wichtige Aspekte zur Förderung der Verteilungsgerechtigkeit wie Systemstärkung, Ermächtigung und Resilienz der Bevölkerung. Allerdings müssen diese Ansätze konsequent und auch flexibel, auf die konkrete Situation angepasst, umgesetzt werden.

Viele internationalen Initiativen und Programme zielen auf die Entwicklung der nationalen staatlichen Ebene, so auch der *New Deal*. Dies ist zwar zwingend, aber nicht ausreichend für

[14] Als dieser Beitrag Anfang 2016 verfasst wurde, war der Lernprozess noch nicht abgeschlossen. Eine übergreifende Analyse und die Schlussfolgerungen für das SRK-Engagement in fragilen Ländern sowie die Publikation der Fallstudien sind bis Sommer 2016 geplant.

die Überwindung von Fragilität. Grundlegende Veränderungsprozesse finden auf **lokaler Ebene** und durch die Bevölkerung statt und müssen dort gefördert werden. Gleichzeitig können diese lokalen Prozesse aber nur nachhaltig sein, wenn das grössere Umfeld sie zulässt und aufnimmt. Es ist deshalb wichtig auf beiden Ebenen anzusetzen und die Prozesse miteinander zu verbinden. Dazu sind Dialogbereitschaft und Engagement der staatlichen und der zivilgesellschaftlichen Akteure notwendig. Das SRK ist vor allem auf lokaler Ebene aktiv, kann aber mithelfen, eine **Brücke zwischen den verschiedenen Ebenen** zu schlagen. Eine nachhaltige Wirkung erzielt es jedoch nur, wenn erfolgreiche Projekte auf grössere Gebiete ausgedehnt werden (*Scaling-up*), um eine kritische Masse für den Politikdialog zu erreichen.

Um schlüssige Aussagen machen zu können, ob bzw. in wie weit die Stärkung von Gesundheitssystemen zu Staatsbildung beiträgt, braucht es weitere Forschung. In der Fachliteratur präsentierte Studien sind widersprüchlich. Es gibt jedoch anerkannte Ansätze und Strategien, wie über die **Stärkung von Gesundheitssystemen zu Stabilisierung einer fragilen Situation** beigetragen werden kann. Dazu gehören - nebst *Equity* - die Legitimität der Regierung fördernde Elemente: die Stärkung der Gesundheitsbehörden in ihrer Funktion, die (Wieder-) Herstellung der Rechenschaft der Behörde gegenüber der Bevölkerung (*Accountability*) und von Vertrauen sowie die Stärkung des sozialen Vertrags (CORDAID, 2014). Die Integration der Projekte in nationale (Gesundheits-) Politiken ist ein wichtiges Instrument zur Systemstärkung, wird aber dort stumpf, wo die Politiken und Strategien zwar deklariert sind, der politische Wille und/oder die Finanzen zur Umsetzung fehlen. Hier haben lokale Organisationen die Funktion, über Politikdialog und Advocacy die Umsetzung einzufordern und zu unterstützen. Das SRK muss seine Partnerorganisationen dabei mit Capacity building und technischer Hilfe unterstützen.

Beide Fallstudien zeigen, dass **lokal verankerte Organisationen** ein zentrales Element für erfolgreiche Arbeit im fragilen Kontext sind. Wichtig ist dabei, dass weder die Absorptionskraft der Partner überfordert, noch ihre Ownership unterlaufen wird. Dies erfordert eine realistische Einschätzung der Kapazitäten der Partnerorganisationen und einen transparenten Dialog. Das SRK setzt in seinen Projekten auf die Stärkung seiner Partnerorganisationen durch Capacity buidling und Coaching bei der Projektumsetzung. Bei jungen Rotkreuzgesellschaften wie jene des Südsudans oder schwachen wie in Haiti, ist dies ein langfristiger Prozess.

Das Spannungsfeld zwischen humanitärer Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit gewinnt im fragilen Kontext an zusätzlicher Komplexität. So ist die Nachhaltigkeitsfrage, etwa bei einem Basisgesundheitsprojekt im Südsudan, schwieriger zu beantworten. Die Fallstudie zeigt, dass die Gesundheitsdienste samt Infrastruktur mit dem Ausbruch des Konflikts zusammenbrachen, dass die Aus- und Weiterbildung der lokalen Partner und des Gesundheitspersonals sowie die Empowerment-Prozesse in der Bevölkerung jedoch weiter wirken. Um Entwicklungsprozesse im fragilen Kontext anstossen zu können, muss der Nachhaltigkeitsbegriff folglich überdacht werde. Als komplexe Herausforderung erweist sich auch die Forderung der Entwicklungszusammenarbeit, dass die Priorität der Arbeit auf Systemstärkung zu legen, folglich über die Erbringung von Dienstleistungen zu stellen sei. Wo die Gesundheitsdienste fehlen, ist der Bedarf an Versorgung gross. Nach Katastrophen und in Krisensituationen rufen die Bedürfnisse und Ansprüche der Bevölkerung nach Hilfe mit unmittelbaren Massnahmen. Humanitäre Hilfe ist denn auch Teil des SRK-Mandats und Situationen wie in Haiti erfordern die direkte Projektumsetzung. Die grossen internationalen Hilfsaktionen setzen dem SRK, als vergleichsweise kleinem Akteur, bei der Projektumsetzung ein enges Korsett. Trotzdem ist es insbesondere in lang anhaltenden Notsituationen wichtig, die humanitäre Hilfe so zu gestalten, dass Entwicklungsprozesse ermöglicht und Systeme nicht zusätzlich geschwächt werden. So muss z.B. immer wieder sorgfältig abgewogen werden, wie lange und in welcher Form Güter verteilt, Dienstleistungen gratis erbracht oder Ansätze wie CFW

(Geld für Arbeit) verwendet werden, um nicht die Abhängigkeit der Bevölkerung zu vergrössern und staatliche Systeme zu unterlaufen.

5.2. Zentrale Prinzipien für erfolgreiche Arbeit im fragilen Kontext

Gemäss den Fallstudien sind die wichtigsten Prinzipien für die erfolgreiche Arbeit im fragilen Kontext:

- Langfristiges auf Entwicklung angelegtes Engagement und die Flexibilität, schnell auf veränderte Bedürfnisse reagieren zu können,
- gute Kenntnisse der lokalen Realität und sorgfältige Risiko- und Fragilitätsanalyse mit entsprechenden Szenarien und Krisenplan,
- Zusammenarbeit mit lokalen Partnern, transparenter Dialog und effektive Koordinationsmechanismen zwischen den Partnern sowie
- ein alle Ebenen umfassendes Sicherheitsdispositiv.

Der Anspruch, trotz widriger Umstände aktiv zu bleiben (*staying engaged*) erfordert nebst dem Willen zu langfristigem Engagement eine mit den lokalen Partnern geteilte Vision, das gemeinsames Verständnis von Fragilität und die Flexibilität, sehr kurzfristig auf Veränderungen eingehen zu können. Die **kontinuierliche Präsenz vor Ort** erlaubt den vertieften Dialog mit den Partnern und den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses. So konnte das SRK im Südsudan dank seiner guten Verankerung sehr schnell und angepasst auf die Katastrophe reagieren. Die langfristige Präsenz vor Ort ermöglicht gute Kenntnisse des Arbeitsumfelds, allerdings muss die regelmässig durchgeführte Kontextanalyse Fragilitätsaspekte miteinbeziehen. Und die entsprechenden Massnahmen wie z.B. die Erarbeitung von Szenarien, Notfallplänen, Sicherheits- und Einsatzdispositivs etc. müssen koordiniert mit allen Partnern erarbeitet werden. Gleichzeitig ist es wichtig, über qualifizierte Mitarbeitende und über die finanziellen Mittel zu verfügen, die ein flexibles Reagieren erlauben.

Staying engaged heisst im Idealfall, dass trotz Konfliktsituation die Beziehung zu Bevölkerung und lokalen Partnern im Projektgebiet nicht abgebrochen und humanitäre Hilfe geleistet wird. Aus Sicherheitsgründen haben internationale Akteure während gewaltsamer Konflikte aber kaum mehr Zugang zur Bevölkerung. Lokal verankerte Organisationen verfügen in solchen Situationen meist über mehr Möglichkeiten, weiterhin vor Ort aktiv zu sein, indem sie einheimische Mitarbeitende und Freiwillige aus der Bevölkerung einsetzt. Aber auch diese sind gefährdet. Das Sicherheitsdispositiv muss deshalb alle Projektebenen umfassen, auch jene der lokalen Mitarbeitenden und der Freiwilligen. Wenn externe Projektverantwortliche keinen Zugang mehr haben, sind Monitoring und Evaluation sehr eingeschränkt. Somit fehlen oft auch die Informationen für eine umfassende Berichterstattung an Geldgeber. Auch in dieser Hinsicht sind Flexibilität und das Vertrauen zwischen den Partnern zentral, wenn es darum geht, im fragilen Kontext engagiert zu bleiben. Als Teil der Rotkreuzbewegung ist das SRK in ein etabliertes Netzwerk eingebunden, das eine reelle Chance bietet, auch in einem fragilen Kontext langfristig engagiert zu bleiben.

Literaturverzeichnis

Caritas (2014), *In den Zwängen fragiler Staatlichkeit*. Caritas zur Arbeit in fragilen Situationen. Caritas–Positionspapier_Oktober 2014, Luzern. https://www.caritas.ch/fileadmin/media/caritas/Dokumente/Positionspapiere/Caritas_PP_Fragile_Staaten_D.pdf (Zugriff: 07.12.2015)

CORDAID (2014), *Universal Health Coverage in fragile States. A radical rethinking of the political economy of health.* https://www.cordaid.org/media/publications/Cordaid_Universal_health_coverage_in_fragile_states__Research_report_2014.pdf (2015-11-15)

Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit DEZA (k.A.), *Kennzeichen fragiler Kontexte*. Fragile Kontexte und Prävention. Webseite, https://www.eda.admin.ch/deza/de/home/themen/fragile-kontexte-und-praevention/kennzeichen-fragiler-kontexte.html (Zugriff: 07.12.2015)

Fund for Peace FFP (2015), *The Fragile States Index.* Website, http://fsi.fundforpeace.org/rankings-2015, (Zugriff am 17.09.2015).

International Dialogue on Peacebuilding and Statebuilding. Webseite, http://www.pbsbdialogue.org/en/ (Zugriff: 06.12.2015)

IFRC, International Federation of Red Cross and Red Cresent Societies (2012), *The road to resilience*. Bridging relief and development for a more sustainable future. IFRC discussion paper on resilience. http://www.ifrc.org/PageFiles/96178/1224500-Road%20to%20resilience-EN-LowRes%20(2).pdf

OECD DAC (2007), *Principles and rules for good international engagement in fragile states and situations.* http://www.oecd.org/dacfragilestates/43463433.pdf (Zugriff: 12.12.2015)

OECD DAC International Network on conflict and fragility (2012), *Fragile States 2013: Resource flows and trends in a shifting world.* http://www.oecd.org/dac/governance-peace/conflictandfragility/docs/FragileStates2013.pdf (Zugriff: 07.12.2015)

OECD (2015a), *States of Fragility 2015, Meeting Post-2015 Ambitions*. Published on March 26, 2015. http://www.oecd.org/dac/states-of-fragility-2015-9789264227699-en.htm (Zugriff: 14.11.2015)

OECD (2015b), *Aspekte der Fragilität 2015. Lassen sich die Ambitionen der Post-2015-Agenda erfüllen? (*deutsche Version) http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/4315015e.pdf?expires=1449492692&id=id&accname=guest&checksum=13BF6E60133C0D2C3B08773CFB5D729E (Zugriff: 10.12.15)

Peterhans, Bernadette (in Erarbeitung), *South Sudan – A country riddled by Nation building and Crisis*. Case study. SRK Bern.

Raehle, Nicole und Sibel Gürler (in Erarbeitung), *Political instability and natural disasters: the case study Haiti*. SRK Bern.

Ramachandran, Vijaya and Julie Walz (2013), *Haiti's earthquake generated a $9bn response - where did the money go?* s.l.: The Guardian UK, 2013, September 29.

Swiss Red Cross (2012), *Health Policy for International Cooperation 2012 – 2017*. Bern, February 2012.

Schweizerisches Rotes Kreuz (2013), *Strategie 2020 des Schweizerischen Roten Kreuzes für die Internationale Zusammenarbeit*. August 2013.

SPSBD-CSOWG, Sustainable peace, state building and development, CSO working group (2015), *The New Deal implementation in South Sudan*. *A South Sudanese civil society perspective paper*. Civil Society Platform for Peacebuilding and Statebuilding. http://www.cspps.org/documents/130616042/130793247/New+Deal+Perspective+Paper++Final+2015.pdf/449c693d-61de-4d67-b3ef-4de932d6d788 (Zugriff am 20.12.15)

United Nations (2015), *Sustainable Development Goals.* Website, http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/ (Zugriff 20.12.15)

Verner, Dorte (2007), *The Haitian People: Demographics, Poverty, and Socioeconomic Outcomes and Risks*. In: Social Resilience and State Fragility in Haiti - A World Bank Country Study. Washington, D.C.: The World Bank

Vereinte Nationen (2015), *Millenniums-Entwicklungsziele Bericht 2015*. Publikationen. http://www.un.org/depts/german/millennium/fs_millennium.html (Zugriff 20.12.15)

Vereinte Nationen (2015), *Millenniums-Entwicklungsziele: Umsetzungsstand 2015*. Publikationen, Faltblatt. http://www.un.org/depts/german/millennium/fs_millennium.html (Zugriff 20.12.15)

World Health Organization & United Nations Children's Fund (2015), Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation; Haiti. (Website), http://www.wssinfo.org/documents/?tx_displaycontroller[type]=country_files (Zugriff am 17.09.2015)