

Zeitschrift: Actio : ein Magazin für Lebenshilfe
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 96 (1987)
Heft: 12

Artikel: "Lang lebe der neue Plan des SRK!" : Langfristige Nothilfe oder Entwicklungszusammenarbeit?
Autor: Kücholl, Verena
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-548798>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 16.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

AUSLAND

Lindern wir wirklich dort Not, wo sie am grössten ist? Eine Frage, die sich Rotkreuz-Mitarbeiter im Laufe ihres Einsatzes immer wieder stellen müssen. Weshalb und welches die Antwort sein kann, zeigt das Beispiel Sudan.

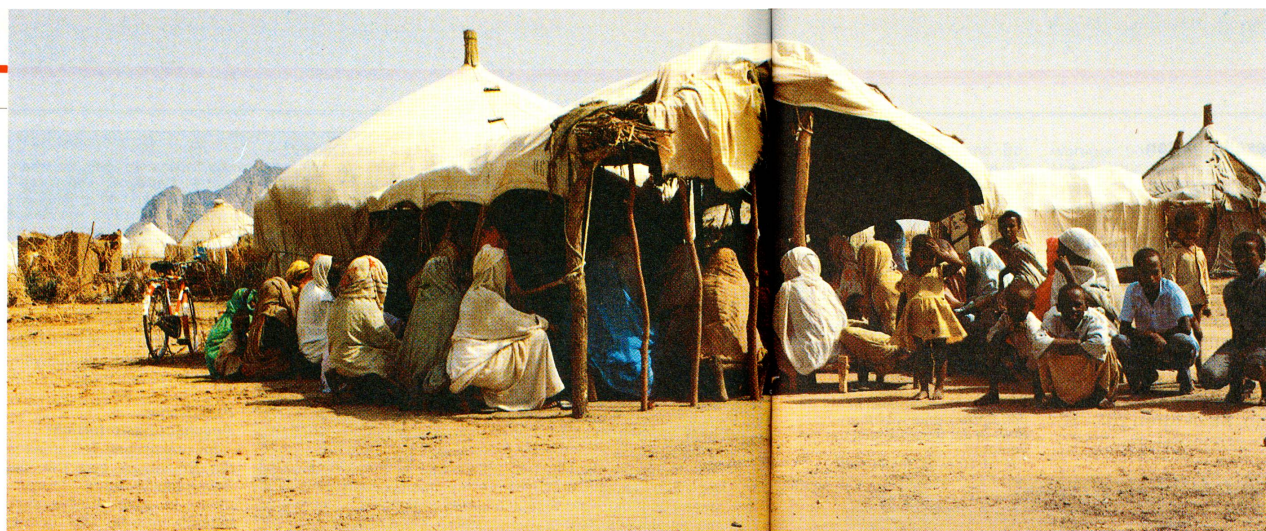
Von Verena Kücholl

Über 25 Jahre Bürgerkrieg in der äthiopischen Provinz Eritrea. Und die Folge davon: Schubweise ziehen mehr und mehr Flüchtlinge in den Ostsudan. Es gibt eigentliche Fluchtrouten – eine Art «Korridore» –, auf denen sie sich niederlassen und die in kleinere und grössere Städte von 50 000 bis 150 000 Einwohnern münden. Die Flüchtlinge sind Bauern, Nomaden oder Städter; es gibt Muslime und Christen; sie gehören teils zum gleichen Stamm wie die Ostsudanesen, teils sind es Stammesfremde.

Organisierte Lager gibt es vergleichsweise wenige. Im Auffanglager Wad Sherifay für eritreische Flüchtlinge suchten zur Zeit der grossen Dürre und Hungerkatastrophe 140 000 Menschen Zuflucht und erhielten Wasser, Nahrung, ein Dach über dem Kopf und medizinische Versorgung, woran das SRK massgeblich mitbeteiligt war. Da in dieser Wüstenlandschaft so viele Menschen aus ökologischen Gründen unmöglich auf so engem Raume leben können, wurden die Flüchtlinge in andere Lager ins Landesinnere umgesiedelt. Die meisten zogen es jedoch vor, in der Nähe der Landesgrenze zu bleiben, um dadurch, zum Beispiel mit Kurzbesuchen, die Geschehnisse in der Heimat mitverfolgen zu können. So hat schliesslich auch dieser letzte immense Flüchtlingsstrom in einem «Korridor» Aufnahme gefunden. Man zählt im Ostsudan inzwischen 680 000 Flüchtlinge, wovon 400 000 in organisierten Lagern leben; die übrigen haben sich unter die Bevölkerung gemischt. Auf jeden Sudanesen kommt ein Eritreer.

Luxuriöse Versorgungsinseln

Das SRK ist seit sieben Jahren mit einem medizinischen



«Lang lebe der neue Plan des SRK!»

Langfristige Nothilfe oder Entwicklungs-zusammenarbeit?

Nothilfeprogramm für eritreische Flüchtlinge tätig, zu dem auch die Sudanesen Zugang haben, was sie rege ausnützen. Am Anfang stand die Übernahme eines Projektes des Schweizerischen Katastrophenhilfskorps, das sich zu diesem Einsatz entschieden hatte, als nach einer Grossoffensive kriegsverletzte Eritreer in die Stadt Kassala kamen und dort rasch chirurgisch versorgt werden mussten – eine Aufgabe, die das sudaneseische Gesundheitswesen nicht noch zusätzlich verkraften konnte. Das SRK führte das Programm weiter und baute es in Richtung medizinische Grundversorgung aus, denn wenn auch kaum noch Schwerverletzte über die Grenze kamen, nahm die Zahl der Flüchtlinge doch ständig zu, und der Sudan war immer weniger in der Lage, ihnen und den eigenen Leuten adäquate Gesundheitsdienste zur Verfügung zu stellen. Daher bildeten sich dann auch mehr und mehr Lager, wo sich ausländische Hilfsorganisationen um die heimatlos Gewordenen kümmerten.

Während die sudanesischen Gesundheitsstrukturen immer stärker überfordert waren und sich die Gesundheitsversorgung für die lokale Bevölkerung verschlechterte, bauten die Hilfswerke medizinische Dienstleistungen auf, welche gemessen am Standard des Landes, wie luxuriöse Inseln medizinischer Versorgung wir-

ken mussten. Es gab genügend Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger, Laboranten, Köchen- und Reinigungspersonal, Nachtwächter, Chauffeure und alles, was dazu gehört, wie Nahrung, Wasser, Medikamente, Autos, Benzin und natürlich Geld. Diese ausländischen medizinischen Versorgungssysteme waren jedoch nicht «selbstversorgend», denn es konnten zum Beispiel keine Röntgenaufnahmen gemacht und vor allem keine Operationen durchgeführt werden. Wenn sich also bei einer gebärenden Frau ein Kaiserschnitt aufdrängte, musste man sie ins Regierungsspital bringen. Bei solchen Gelegenheiten wurde einem der krasse Gegensatz zwischen den wohlversorgten und wohlfunktionierenden medizinischen Programmen der Hilfswerke und dem überlasteten, defizitären sudanesischen Gesundheitssystem ganz besonders schmerzhaft bewusst.

Neue Marschrichtung

Der in Not geratenen Bevölkerung zu helfen, hat sich das SRK auf die Fahnen geschrieben. Wie sich nun aber die Dinge entwickelt hatten, war es langsam zweifelhaft, ob man sich immer noch auf der Seite der grössten Not befand. Es wurde also eine Denkpause eingeschaltet, eine Standortbestimmung gemacht und eine neue Marschrichtung festgelegt. Diese Evaluation fand im vergangenen Frühling statt.

Die neue Richtung heisst Integration der Gesundheitsdienste, Entwicklungszusammenarbeit, Flüchtlingsbetreuung und -vorsorge. Die vom SRK aufgebauten Dienstleistungen sind personell, materiell und finanziell von ihm abhängig. Geht der Fall, der Sudan müsste sie tragen, käme es zu einem Absinken des Niveaus oder, noch wahrscheinlicher, zu einem Zusammenbrechen des gegenwärtig gut funktionierenden Programms. Hier nun die entscheidende Frage: Wie muss die Hilfeleistung des SRK an die Flüchtlinge konzipiert werden, damit sie auch längerfristig Bestand hat? Denn die Annahme, dass es mit einer kurzfristigen Hilfe getan sei, hat der Lauf der Zeit schon längst widerlegt.

● 1. Änderung: SRK-Nothilfe wird in die lokalen Strukturen integriert. Im Ostsudan gibt es ein staatliches Basisgesundheitsprogramm, welches den gleichen theoretischen Richtlinien wie das SRK-Programm folgt; es funktioniert mehr schlecht als recht, da es an vielem mangelt. Mit den sudanesischen Gesundheitsbehörden konnte inzwischen vereinbart werden, dass das SRK-Projekt zunehmend in ihre Gesundheitsstruktur integriert wird, wodurch sie die Verantwortung übernehmen, das SRK ihnen aber bei der Durchführung hilft und zum Beispiel die Saläre der Flüchtlinge, die für das Programm arbeiten,

übernimmt oder Medikamente beisteuert.

Mit dieser Ankoppelung soll eine gegenseitige Befruchtung erreicht werden: Zum einen trägt der Sudan dort, wo es ihm möglich ist, zur Bewältigung der Flüchtlingsprobleme bei, zum anderen kann zur Verbesserung und Stärkung des sudanesischen Gesundheitssystems beigetragen werden, womit ein Entwicklungseffekt erzielt wird.

● 2. Änderung: Die Zielbevölkerung wird ausgeweitet. Das SRK betreibt ein kleines Gesundheitszentrum in einem Quartier der Stadt Kassala, wo viele eritreische Flüchtlinge leben, sowie ein grösseres Zentrum mit Bettenstation im Auffanglager Wad Sherifay. Unterversorgt ist dagegen der ganze «Korridor», von dem zu Beginn die Rede war. Hier liegt der zweite Ansatzpunkt für eine Änderung. Das neue Programm heisst nicht mehr Nothilfe für eritreische Flüchtlinge, sondern Medizinische Entwicklungshilfe für die von Flüchtlingen stark betroffene Region des ländlichen Kassala (was dem «Korridor» entspricht).

Kombiniert mit der ersten Änderung bedeutet dies, dass das SRK den sudanesischen Behörden dabei hilft, das ländliche Gesundheitssystem zu stärken und die weiterhin zuwandernden Flüchtlinge darin einzubeziehen. Die ansässige Bevölkerung muss dann entsprechend weniger in das medizinisch privilegierte Lager wandern,

um sich behandeln zu lassen, und das in Dörfern aufgebaute Versorgungsnetz bricht nicht zusammen, falls die Flüchtlinge einmal das Land verlassen sollten.

● 3. Änderung: Vorbeugen statt heilen

Dritt-Welt-Länder sind in der Regel arme Länder und können sich die teure kurative Medizin nicht leisten, weshalb diese auch gar nicht zufriedenstellend funktionieren kann. Im SRK-Programm wird daher das Schwergewicht vermehrt auf die vorbeugende Gesundheitserziehung gelegt. So bleiben seit Juni 1987 an einem Tag in der Woche die Ambulatorien im Auffanglager geschlossen, und das Personal geht in die Sektionen, um mit der Lagerbevölkerung zu diskutieren, den Männern, Frauen und Kindern zuzuhören, sich belehren und aufklären zu lassen und das eigene Wissen weiterzugeben. Anstelle der Abgabe von Medikamenten wird aufgezeigt, wie sich Krankheiten vermeiden lassen.

Das gleiche gilt auch für die umliegenden Dörfer, wo man mit einigen wenigen Medikamenten auskommen muss, da der Sudan sich etwas anderes gar nicht leisten kann. Erworbenes Wissen im Bereich der Gesundheitserziehung hat zudem den Vorteil, dass es überall hin mitgenommen, wieder angewendet und sogar von jedermann weitergegeben werden kann.

«Gesundheitstag» im Lager Wad Sherifay: Einmal in der Woche geht das Gesundheitspersonal des SRK in die Lagersektionen, um mit den Lagerinsassen vorbeugende Gesundheitsmassnahmen zu diskutieren. (Bild: Verena Kücholl)

Es kann nicht nur Gewinner, es muss auch Verlierer geben. Die Verlierer sind hier die kurative Medizin und jene Privilegierten, die sich materiell oder ideell an ihr bereichern. Da jedoch eine medizinische Behandlung den Verlust von Gesundheit voraussetzt, ist die Vermeidung dieser Dienstleistung doch wohl eher ein Gewinn.

Zurückstehen können

All den Vorteilen, wie sie beschrieben worden sind, zum Trotz bin ich der Meinung, dass Lagerflüchtlinge zu den unterprivilegiertesten Menschen gehören. Denn Kost, Unterkunft und medizinische Dienstleistungen können den Wert einer Dorfgemeinschaft nicht wettmachen. Was bedeutet es für eine Frau, die gewohnt ist, dass ihr während und nach der Geburt von Verwandten geholfen wird, wenn ihr eine fremde Frau für ein paar Stunden hilft und Ratschläge erteilt? Wie kommt ein Familienoberhaupt damit zurecht, dass ihm keine Dorfältesten bei wichtigen Entscheidungen beistehen? Oder was nützt der Maturitätsabschluss, wenn die Möglichkeiten der weiteren Ausbildung fehlen?

In dieses Vakuum hinein muss sich etwas entwickeln, das vom SRK nicht gesteuert werden kann. Diesem kulturellen Etwas gilt es aber, den nötigen Freiraum zu gewähren. Es geht also nicht an, dass eine humanitäre Organisation alles für die von ihr Abhängigen regelt, sondern sie muss die ihr anvertraute Bevölkerung zu sich selber finden und sich selbst helfen lassen, damit sich etwas eigenes, eine Art Lagerkultur und ein entsprechendes soziales System entwickeln kann.

Das SRK kann eine solche Entwicklung fördern, indem es Verantwortung an Flüchtlinge abgibt: Flüchtlinge als Leiter der einzelnen Dienstleistungszweige einsetzt, wenn sie sich dafür qualifiziert haben, und neben ihnen als Berater zurücksteht; die Bevölkerung Ausschüsse bilden lässt, mit denen zusammen das Gesundheitsprogramm überwacht und den Bedürfnissen

angepasst wird; Weiterbildungsprogramme anregt, sofern sie für das Lager oder die Region von Nutzen sind; Flüchtlinge im Umgang mit den sudanesischen Behörden eine zentrale Rolle spielen und sie zum Wohl der lokalen Bevölkerung einen Beitrag leisten lässt – zum Beispiel wenn sie ihre Erfahrungen voll und ganz in den Dienst neuankommender Flüchtlinge stellen oder ein Vorsorge-Programm aufbauen und es im Ernstfall mit der nötigen externen Hilfe auch durchführen.

Begriffen, worum es geht

Mit diesem Entwicklungsansatz wurde vorerst das medizinische Personal des Lagers vertraut gemacht. Die ersten Schritte sind zögernd. Wie der Ausschnitt aus einem Brief an die Leserinnen und Leser von «Actio» jedoch zeigt, können sie durchaus nachvollzogen werden. Der Vorsteher des Lagerambulatoriums – er ist 35-jährig, Vater einer 21 Monate alten Tochter, muslimischer Hochländer, ehemaliger eritreischer Widerstandskämpfer und vor 6 Jahren in den Sudan gekommen – schreibt:

«Das SRK spielte (in den vergangenen Jahren) eine grosse Rolle im medizinischen und im Ernährungsbereich, und es ist immer noch darauf aus, den Leuten zu helfen, indem es sie lehrt, in Zukunft von sich selbst abhängig zu sein. Und wir glauben, dass die Gesundheitserziehung die richtige Waffe ist, um gegen die ansteckenden Krankheiten – die durch mangelnde Hygiene hervorgerufen werden – anzukämpfen. Dieser neue Plan der Gesundheitserziehung, den das SRK uns brachte, wird von unseren Leuten innerhalb und ausserhalb des Lagers voll und ganz akzeptiert. Desgleichen muss es jedem Flüchtling klar sein, dass er nicht immer auf Hilfe von aussen warten muss. Zum Beispiel kann eine Familie die eigenen Kinder anleiten, bis sie bewusst genug geworden sind, um ihren eigenen Weg zu gehen. Vielleicht gibt es einmal keine Hilfsorganisationen mehr für uns. Wir müssen daher jetzt dem Weg der Gesundheitserziehung folgen, und jede Familie muss sich selbst um die entsprechende Lehre kümmern ... Lang lebe der neue Plan des SRK!» □