

Gemeinsam Handeln um zu Verändern

Perspektiven der SolidarMed Programme für Gesundheit in Afrika

2017 – 2022



Approved by the SolidarMed Board on December 15th 2016

Inhaltsverzeichnis

1	EINFÜHRUNG	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.
2	WER WIR SIND	6
2.1	HERKUNFT.....	6
2.2	STRUKTUR UND GOVERNANZ.....	6
2.3	STRATEGISCHE AUSRICHTUNG.....	7
2.4	PARTNERSCHAFTEN UND NETZWERKE.....	9
2.5	ROLLE.....	11
3	DAS UMFELD	12
3.1	GLOBALER KONTEXT.....	12
3.2	INTERNATIONALE GESUNDHEIT.....	13
3.2.1	<i>Relevanz</i>	13
3.2.2	<i>Thematische Tendenzen</i>	14
3.2.3	<i>Modalitäten der Zusammenarbeit</i>	16
3.2.4	<i>Wissen, Forschung, Innovation</i>	17
3.2.5	<i>Ziele für Nachhaltige Entwicklung</i>	18
3.3	FINANZIELLES UMFELD.....	19
3.3.1	<i>Spendenmarkt</i>	19
3.3.2	<i>Privatwirtschaft</i>	20
3.3.3	<i>Neue Medien</i>	20
3.4	ZUSAMMENFASSUNG UMFELDANALYSE: CHANCEN UND GEFAHREN.....	21
4	BILANZ DER PROGRAMMPHASE 2013-16	23
4.1	INTERNATIONALE AKTIVITÄTEN.....	23
4.1.1	<i>Medizinische Grundversorgung</i>	24
4.1.2	<i>Gesundheitspersonal</i>	27
4.1.3	<i>Zivilgesellschaft und Gemeinden</i>	29
4.1.4	<i>Fach- und Politikdialog</i>	31
4.1.5	<i>Die Programm - Outcomes</i>	34
4.1.6	<i>Stärken und Schwächen</i>	38
4.2	ÖFFENTLICHKEITSARBEIT SCHWEIZ UND LIECHTENSTEIN.....	39
4.2.1	<i>Resultate</i>	39
4.2.2	<i>Herausforderungen und Spannungsfelder</i>	42
4.2.3	<i>Stärken und Schwächen</i>	42
4.3	INSTITUTIONELLE ENTWICKLUNG.....	44
4.3.1	<i>Resultate</i>	45
4.3.2	<i>Herausforderungen und Spannungsfelder</i>	46
4.3.3	<i>Stärken und Schwächen</i>	47
4.4	FINANZIELLE ENTWICKLUNG.....	48
4.4.1	<i>Resultate</i>	48
4.4.2	<i>Herausforderungen und Spannungsfelder</i>	50
4.4.3	<i>Stärken und Schwächen</i>	50
5	WAS IST NEU ?	52
6	STRATEGISCHE ORIENTIERUNG 2017 - 2022	54
6.1	KONZEPTIONELLE GRUNDLAGEN.....	54
6.1.1	<i>Freiheit, Gerechtigkeit, Entwicklung</i>	54
6.1.2	<i>Gesundheit</i>	54

6.1.3	<i>Gesundheitssysteme</i>	56
6.1.4	<i>Gesundheit in den Gemeinden und soziale Determinanten</i>	60
6.1.5	<i>Universal Health Coverage</i>	62
6.1.6	<i>Innovation, Forschung, Dialog</i>	63
6.2	INTERVENTIONSARTEN UND WIRKUNGSMODELL	66
6.2.1	<i>Interventionsarten</i>	66
6.2.2	<i>Wirkungsmodell</i>	69
6.3	STRATEGISCHE LEITLINIEN	70
6.4	ZIELGRUPPEN UND INTERVENTIONSGEBIET	71
6.5	THEMATISCHE ZIELE.....	72
6.6	PROGRAMMATISCHE KOMPONENTEN.....	74
6.6.1	<i>Ziele der Programmkomponenten</i>	74
6.6.2	<i>Details zu den Programkomponenten</i>	75
6.7	ERWARTETE RESULTATE.....	81
6.8	QUERSCHNITTSTHEMEN.....	82
6.8.1	<i>Soziale Gerechtigkeit („equity“)</i>	82
6.8.2	<i>Geschlecht („gender“)</i>	82
6.9	HANDLUNGSGRUNDSÄTZE.....	83
6.9.1	<i>Partizipation und Partnerschaft</i>	83
6.9.2	<i>Evidenz und Kohärenz</i>	83
6.9.3	<i>Nachhaltigkeit</i>	83
6.9.4	<i>Ermächtigung</i>	83
6.9.5	<i>Konfliktsensitives Projektmanagement</i>	84
6.9.6	<i>Kosteneffizienz und -bewusstsein</i>	84
6.10	PARTNERSCHAFTEN UND ALLIANZEN	84
6.10.1	<i>Partnerschaften</i>	84
6.10.2	<i>Vernetzung und Allianzen</i>	85
6.11	ZUSAMMENFASSUNG WIRKUNGSRAHMEN	85
7	MONITORING & CONTROLLING	88
7.1	ÜBERSICHT	88
7.2	MONITORING DER PROGRAMMATISCHEN LEISTUNGSWIRKUNG.....	88
7.2.1	<i>Wirkungsebenen</i>	89
7.2.2	<i>Länderprogramme</i>	90
8	LOGISCHER HANDLUNGSRAHMEN GESAMTPROGRAMM 2017-2022	91
9	BEGLEITSTRUKTUR, PLANUNGSSYSTEM, QUALITÄTSMANAGEMENT	101
9.1	STRATEGISCHES UND OPERATIVES PLANUNGSSYSTEM	102
9.2	QUALITÄTSMANAGEMENT.....	102
9.3	FÜHRUNG.....	103
9.4	MITARBEITER	103
9.5	STRATEGIE	103
9.6	PROZESSE UND ROLLEN	103
9.7	PROGRAMME	103
9.8	RISIKEN UND RISIKOMANAGEMENT	104
9.9	WISSENSMANAGEMENT	105
9.10	KOMMUNIKATIONSMANAGEMENT.....	105
9.11	AUSBlick.....	105
10	BUDGET- UND FINANZIERUNGSPERSPEKTIVEN	107
11	ANHANG I: PERSPEKTIVEN DER LÄNDERPROGRAMME	109

11.1	MOZAMBIQUE.....	109
11.1.1	Context	109
11.1.2	Current Programme.....	109
11.1.3	Review	112
11.1.4	Outlook.....	113
11.1.5	Institutional development	115
11.2	ZIMBABWE	116
11.2.1	Context	116
11.2.2	Current Programme.....	116
11.2.3	Review	119
11.2.4	Outlook.....	120
11.2.5	Institutional development	121
11.3	LESOTHO	122
11.3.1	Context	122
11.3.2	Current Programme.....	122
11.3.3	Review	125
11.3.4	Outlook.....	126
11.3.5	Institutional development	127
11.4	ZAMBIA.....	128
11.4.1	Context	128
11.4.2	Current Programme.....	128
11.4.3	Review	130
11.4.4	Outlook.....	131
11.4.5	Institutional development	132
11.5	TANZANIA.....	134
11.5.1	Context	134
11.5.2	Current Programme.....	134
11.5.3	Review	137
11.5.4	Outlook.....	138
11.5.5	Institutional development	140
12	ANHANG II: SCHRITTE BEI DER UMSETZUNG	141
13	ANHANG III: DETAILS UMFELDDANALYSE	142
14	ANHANG IV: DETAILS STÄRKEN UND SCHWÄCHEN	146
15	ANHANG V	149
15.1	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	149
15.2	GLOSSAR	149
15.3	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	151

1 Einführung

„**Gemeinsam handeln um zu verändern**“ ist das Motto, welches SolidarMed in den nächsten Jahren verwirklichen will. **Partnerschaft** steht dabei im Zentrum, Partnerschaft mit Institutionen vor Ort, dem Privatsektor, der Zivilgesellschaft, akademischen Einrichtungen, Ministerien und Nichtregierungsorganisationen in **Süd und Nord**.

Gemeinsam mit diesen Partnern setzt sich SolidarMed für eine verbesserte Gesundheit im ländlichen Afrika ein. Dafür, dass Menschen **gesund bleiben oder werden**. Dass gesellschaftliche und individuelle **Entwicklung selbstbestimmt möglich** ist. Für gleichberechtigten Zugang zu guter medizinischer Versorgung, unabhängig von Alter, Geschlecht, Einkommen oder Lebenssituation.

SolidarMed möchte also verändern, aber auch die Welt verändert sich. **Ungleichheit** nimmt zu, **Krisen** brechen aus, natürliche **Lebensgrundlagen** werden knapp, **neue Krankheiten** wie Ebola treffen auf schwache Gesundheitssysteme. Von den sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Folgen dieser globalen Veränderungen ist auch die Schweiz betroffen.

Auf diese Herausforderungen reagiert SolidarMed. Im Dezember 2015 hat unsere Organisation einen zweijährigen Prozess zur Bestimmung der **langfristigen strategischen Ausrichtung** abgeschlossen. Umfeld, Markt, Wirkung, Unternehmen und Allianzen wurden analysiert. Vision, Auftrag, Werte und Handlungsgrundsätze wurden überprüft und angepasst. Die Ausrichtung der thematischen Schwerpunkte, Programmarchitektur, geographischen Orientierung und Organisationsstruktur wurde definiert.

Mit dem **übergeordneten Ziel der Grundversorgung** nimmt SolidarMed dabei wichtige Konzepte auf: Den **universellen Zugang** zu medizinischer Versorgung¹ beispielsweise, oder die **nachhaltigen Entwicklungsziele** mit ihren Schnittstellen zwischen **sozialen, ökologischen und ökonomischen Anliegen**.

Die **thematischen Schwerpunkte** wird SolidarMed mittelfristig um die Bereiche „sexuelle und reproduktive Gesundheit“ sowie „nicht – übertragbare Erkrankungen“ ergänzen. Medizinische Dienstleistungen, Gesundheitspersonal und zivilgesellschaftliche Ermächtigung bleiben prioritäre Arbeitsfelder. Die spezifischen Ziele für die Zeitspanne 2017 – 22 sind im logischen Handlungsrahmen definiert, der diesem Dokument beiliegt.

Durch **Aufwertung des Bereiches „Innovation, Forschung, Dialog“** reflektiert SolidarMed zudem die zentrale Bedeutung von Wissen und Lernen. Dialog wird dabei **politisch, fachlich und gesellschaftlich** verstanden. Um hier erfolgreicher zu agieren hebt SolidarMed seine Interventionsebene leicht an, mit Verbleib des operativen Schwerpunkts im Distrikt, gleichzeitig aber Verstärkung des weiteren Standbeines auf regionaler Ebene. Gesamthaft strebt SolidarMed ein fokussiertes, von Mandaten ergänztes Kernprogramm an, dessen erfolgreiche Elemente regional **repliziert und skaliert** werden.

Die Wirkung im Süden ergänzt SolidarMed durch eine kohärent formulierte und mit den programmatischen Schwerpunkten abgestimmte **Öffentlichkeitsarbeit** im Norden; dies wurde auch in der Analyse der Wertschöpfungskette deutlich, die grundsätzlich bestätigt wurde. Organisatorische Prozesse wie die Flexibilisierung von Abläufen, verstärkte Einbindung **lokalen Personals** oder kontinuierliche Verbesserung des **Risikomanagements** werden weitergeführt, die Ausrichtung mit einer Zentrale in der Schweiz und lokal verankerten Länderbüros bleibt bestehen.

Um seine Ziele zu erreichen, wird SolidarMed auch die **Zusammenarbeit mit anderen** stärken, mit akademischen Institutionen, privaten Unternehmen, den Partnern vor Ort und Organisationen in der Schweiz oder in Liechtenstein

Gemäss dem Afrikanischen Sprichwort: „**If you want to go fast, go alone. If you want to go far, go together**“.

¹ Universal Health Coverage

2 Wer wir sind

2.1 Herkunft

SolidarMed entstand im Umfeld des Schweizer Engagements für Afrika zu Beginn des 20ten Jahrhunderts. Zur Unterstützung von in Afrika tätigen Schweizer Missionsärzten wurde 1926 ein Hilfsverein gegründet, der in den folgenden Jahrzehnten **medizinisches Personal für den Einsatz in Missionsgesellschaften** rekrutierte. Nach dem Rückzug der Missionen wurde SolidarMed in den 1960er Jahren zum direkten Partner einheimischer kirchlicher Institutionen, welche die von den Missionen aufgebauten Gesundheitsdienste weiterführten. Noch heute sind kirchliche Strukturen in vielen Ländern Afrikas ein wichtiger Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen². In dieser Zeit begann auch der damalige "Dienst für technische Zusammenarbeit" des Bundes, SolidarMed vereinzelt bei der Realisierung einzelner Vorhaben zu unterstützen, ab den 1970er Jahren unterstützte er SolidarMed auf systematischere Art und Weise als **Entsendeorganisation Schweizer medizinischen Fachpersonals**.

Durch die Entsendung medizinischen Personals trug SolidarMed lange Zeit zur Sicherung der prekären medizinischen Grundversorgung im ländlichen Afrika bei. Im Rahmen der Erklärung von Alma Ata wurde die medizinische Komponente 1978 dann um die Dimension der Prävention erweitert, **die ersten Projekt-Portfolios** entstanden. Nochmals zehn Jahre später vollzog die Organisation 1987 mit der Namensänderung zu "SolidarMed" auch auf der sprachlichen Ebene den Abschied von der „Mission“. Es wurde zum Ausdruck gebracht, dass sich SolidarMed als **Teil einer internationalen solidarischen Bewegung** verstand, die benachteiligten Menschen den bestmöglichen Zugang zu Erhalt und Wiederherstellung von Gesundheit und damit der Möglichkeit zu selbstbestimmter Entwicklung ermöglichen wollte. In dieser Zeit betreute SolidarMed ein breites geographisches Portfolio in West- und Ostafrika, aber auch punktuell in Südamerika.

Im Laufe der 90er Jahre erfolgte dann die geografische Konzentration auf die Region des südöstlichen Afrika, um eine **verstärkte Fachkompetenz** für die zusehends komplexer werdenden Projekte sicherzustellen. Gleichzeitig diversifizierte sich das Interventionsspektrum der Organisation auf Bereiche der Gesundheitsentwicklung wie Spitalmanagement, Aufbau bzw. Unterstützung von Distrikt-Gesundheitssystemen und Gesundheit in Gemeinden. Neben dem Erhalt gewann auch die Entwicklung von Grundversorgung an Bedeutung. Einhergehend damit erhielten Überlegungen zu Wirkung und Nachhaltigkeit einen immer höheren Stellenwert. SolidarMed konsolidierte seine Portfolios zu **kohärenten Programmen** und stellte die **Umsetzung durch Partner** sowie deren Stärkung immer mehr in den Mittelpunkt. Gleichzeitig erwarb sich die Organisation vermehrt fachspezifische Kompetenzen, beispielsweise im Bereich HIV, Mutter-Kind-Gesundheit und **Beratung von Partnerorganisationen**. Die programmatische Professionalisierung ging auch mit einer institutionellen Professionalisierung einher, sowie mit einer Erhöhung des Finanzvolumens.

Heute ist SolidarMed ein modernes, flexibles und **wirkungsorientiertes Hilfswerk**, welches seine humanitären Werte zum Ausbau und zur dauerhaften Verbesserung der medizinischen Grundversorgung solidarisch in Afrika wie auch in der Schweiz und in Liechtenstein vertritt.

2.2 Struktur und Gouvernanz

Juristische Form	Eingetragener Verein
Struktur	Generalversammlung der Mitglieder, ehrenamtlicher Vorstand und Vorstandskommissionen, hauptamtliche Geschäftsstelle und Länderbüros.

² Die 2015 erschienene interessante Lancet-Serie zu „faith based healthcare“ ist zu finden unter: <http://www.thelancet.com/series/faith-based-health-care>

Mitgliedschaften	Medicus Mundi, leDEA, Swiss Malaria Group
Allianzen / Netzwerke (Auswahl)	<p>Die wichtigsten Allianzen in der Schweiz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicus Mundi (SolidarMed vertreten im Vorstand) und somit in der NGO Plattform. Einschließlich Untergruppen wie Aidsfokus, Forschung oder reproduktive Gesundheit - Swiss Malaria Group (SolidarMed vertreten im Vorstand) - Alliance ESTHER (Mitgliedschaft angefragt) - Inselspital Bern und ISPM (Institut für Sozial und Präventivmedizin, Bern) und dadurch Teil von International Epidemiologic Databases to Evaluate AIDS - Forschungspartnerschaft mit Universität Basel <p>Allianzen Süden: Siehe Länderprogramme</p>
Qualitätsstandards	ZEWO-Standards, Swiss Gaap Fer
Akkreditierungen / Anerkennungen	Glückskette, Programmbeitrag DEZA

2.3 Strategische Ausrichtung

Strategische Ausrichtung	Die Schweizerische Organisation für Gesundheit in Afrika
Vision	SolidarMed setzt sich ein für eine Welt, in der alle Menschen gleichberechtigten und finanziell abgesicherten Zugang zu guter Gesundheitsversorgung haben und damit ihr Recht auf Würde, Selbstbestimmung und bestmögliche Gesundheit in allen Lebenslagen verwirklichen können.
Mission	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Grundversorgung Wir unterstützen unsere Partner beim Ausbau und der dauerhaften Verbesserung präventiver, kurativer, rehabilitativer und palliativer Gesundheitsversorgung. • Innovation Wir fördern die lokale Entwicklung und den Transfer von Innovationen. Als Katalysator und Impulsgeber entwickeln und pilotieren wir neue Lösungen zur Stärkung von Gesundheitssystemen. • Wissen und Dialog Wissen ist ein entscheidender Faktor für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Wir arbeiten unsere Erkenntnisse auf, kommunizieren sie und fördern ihre Anwendung durch Dialog und Anwaltschaft. Wir unterstützen unsere Partner bei Erwerb, Dissemination und Anwendung von Wissen. • Anwaltschaft Durch Sensibilisierung und Politikdialog engagieren wir uns für die Bedürfnisse der Menschen in den Partnerländern. Darüber hinaus unterstützen wir unsere Partner in ihren gesundheitspolitischen Anliegen vor Ort.
Werte	<p>Solidarität</p> <p>Unser Engagement gründet auf einer solidarischen und partnerschaftlichen Haltung. Der Name SolidarMed legt davon Zeugnis ab.</p>

	<p>Sozialer Ausgleich Wir setzen uns dafür ein, dass alle Menschen ihr Recht auf körperliche und geistige Gesundheit diskriminationsfrei verwirklichen können, unabhängig von Alter, Lebenslage, Geschlecht, Religion, Wohnort oder Einkommen.</p> <p>Selbstbestimmte Entwicklung Gesundheit befähigt Menschen, die Freiheit zur Lebensgestaltung wahrzunehmen und Potentiale auszuschöpfen. Wir respektieren und fördern das Recht auf selbstbestimmte individuelle und gesellschaftliche Entwicklung.</p> <p>Integrität Fachkompetenz, Erfahrung, Vertrauen und Glaubwürdigkeit sind die Basis und das Kapital unserer Arbeit: SolidarMed verhält sich fair, transparent und respektvoll gegenüber Mitarbeitern, Spendern, Partnern und der lokalen Bevölkerung.</p> <p>Nachhaltigkeit Wir stehen für eine verlässliche, verbindliche und werterhaltende Entwicklung, in der soziale, ökologische und wirtschaftliche Anliegen ausgeglichen zur Geltung kommen.</p>
<p>Arbeitsgrundsätze</p>	<p>Gleichberechtigte Partnerschaft Unser Engagement basiert auf gleichberechtigten Partnerschaften, in denen Ziele gemeinsam definiert und Vorhaben gemeinsam umgesetzt werden.</p> <p>Lokale Entwicklung beschleunigen Kompetenz und Vertrauen sind die Grundlage unserer Arbeit. Wir setzen unser Personal ausbildend, unterstützend, beratend und katalytisch ein.</p> <p>Resilienz stärken Wir stärken die Belastbarkeit von Gesundheits- und Sozialsystemen, damit sie neue und zukünftige Herausforderungen besser und schneller bewältigen können.</p> <p>Hilfe zur Selbsthilfe Wir unterstützen arme und benachteiligte Menschen und Gemeinschaften, die ihre Lebens- und Gesundheitsbedingungen aktiv und dauerhaft verbessern möchten.</p> <p>Fachliche Validierung Unsere Programme basieren auf wissenschaftlich begründeten Strategien im Einklang mit nationalen und internationalen Standards. Wir achten auf bewährte Strategien und erfinden das Rad nicht neu. Wir sind dem Prinzip „do no harm“ verpflichtet.</p> <p>Kohärenz Wir gestalten unsere Programme kohärent, in Ergänzung zu den Initiativen anderer Akteure und im Einklang mit nationalen Zielen. Wir vermeiden Doppelspurigkeiten.</p> <p>Voneinander lernen Wir sind eine lernende Organisation und überprüfen gemeinsam mit unseren Partnern die Resultate und Wirkungen unserer Programme und Projekte systematisch.</p>

	<p>Gemeinsam handeln Wir arbeiten vernetzt mit zivilgesellschaftlichen, privatwirtschaftlichen und staatlichen Akteuren und fördern den Austausch zwischen den verschiedenen Ebenen.</p> <p>Fairer Umgang Wir verhalten uns fair, transparent und respektvoll nach aussen wie nach innen. Wir sind gegenüber Partnern und Mitarbeitenden verbindlich und verlässlich, und pflegen eine offene Kommunikation.</p> <p>Effizienz Mittel und Spenden setzen wir effizient und nach anerkannten Qualitätsstandards ein. Wir fördern gute Gouvernanz und Korruptionsbekämpfung sowohl nach innen wie nach aussen.</p>
Themen	<ul style="list-style-type: none"> • HIV, Tuberkulose, Malaria, NCDs und andere Erkrankungen • Gesundheit von Neugeborenen und Kindern • Sexuelle und reproduktive Gesundheit • Gesundheitssysteme • Gesundheit in Gemeinden und soziale Determinanten
Internationale Programme	SolidarMed arbeitet mit Partnern im ländlichen Afrika, zurzeit in den folgenden Ländern: Lesotho, Zimbabwe, Mozambique, Tansania, Sambia . In den Länderprogrammen sind die entsprechenden Ziele, Modalitäten und Partnerschaften definiert.
Aktivitäten Schweiz und Liechtenstein	In der Schweiz und in Liechtenstein betreibt SolidarMed eine gehaltvolle Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung der Bevölkerung zu Gesundheitsfragen in Afrika. Dies geschieht durch Kampagnen, Anlässe, Informationsveranstaltungen, Medienarbeit, Teilnahme an öffentlichen Debatten und Botschafter. Zudem ist SolidarMed in den wichtigsten Netzwerken in der Schweiz aktiv vertreten, z.B. Medicus Mundi oder die Swiss Malaria Group. Diese Präsenz wird in der nächsten Programmphase ausgebaut werden.
Referenzrahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Erklärung von Alma Ata (Grundversorgung, 1978) • Ottawa Charta (Gesundheitsförderung, 1986) • Kairo-Konsensus (Reproduktive und sexuelle Gesundheit, 1994) • Millennium-Entwicklungsziele (2000) • Sydney Deklaration (operationelle Feldforschung, 2007) • Washington IAS Statement (HIV, 2012) • Erklärung von Kampala (Gesundheitspersonal, 2008) • Erklärungen von Paris, Akkra, Busan (Gouvernanz, Harmonisierung 2005, 2008, 2011) • Ziele für nachhaltige Entwicklung (2015) • Addis Ababa Action Agenda (2015) • UN High level meetings on HIV und NCDs

2.4 Partnerschaften und Netzwerke

Die lokalen, regionalen oder globalen politischen Bedingungen und Interessengruppen verändern sich so rasch, dass die Herausforderungen, denen sich Entwicklungsorganisationen stellen müssen, immer seltener alleine bewältigt werden können. Erfolge sind dann eher möglich, wenn Schnittstellen beachtet, Synergien genutzt und Kompetenzen gebündelt werden. SolidarMed kann und will die identifizierten und zum Teil sehr grossen Probleme im Gesundheitsbereich deshalb nicht alleine angehen. Teil von Netzwerken zu sein und Partnerschaften einzugehen sind Kernvoraussetzungen um Gesundheitssysteme zu stärken.

Aus seinem **Partnerschaftsverständnis** strebt SolidarMed deshalb nicht eine Lösung von Problemen „durch SolidarMed“ an, sondern durch **gestärkte Problemlösungskapazität der Partner** (Organisationen, Institutionen, Menschen). Das Stärken von Gesundheitssystemen als Mittelpunkt der SolidarMed Strategie ist ein systemischer Ansatz und kann nur dann erfolgreich sein, wenn Partner initiativ sind („**partners in the driving seat**“), und in der Zusammenarbeit mit SolidarMed die Balance zwischen Fordern und Fördern getroffen wird. SolidarMed wirkt so vor allem **ausbildend, unterstützend, beratend, katalytisch** und prozessorientiert.

Getragen von den Grundgedanken „Respekt“ und „Solidarität“ und geleitet von der **Vision autonomer Partner**, welche die Anwesenheit von SolidarMed überflüssig machen, arbeitet SolidarMed mit unterschiedlichen Partnern vor Ort: Staatliche Strukturen (z.B. Behörden, Gesundheitswesen, Ministerien), private Strukturen (z.B. private & kirchliche Spitäler, privater Sektor), andere NGOs und Investoren.

Bei der Partnerwahl achtet SolidarMed auf verwandte Grundwerte und Entwicklungsziele der Partnerorganisationen sowie auf deren **Legitimität, Repräsentativität und Initiative**. SolidarMed versteht den Willen zu Eigenverantwortung und Ownership als wichtiger Ausgangspunkt für Empowerment. Sind oben erwähnte Kriterien im Ansatz gegeben, ist auch die Zusammenarbeit mit schwachen Partnerorganisationen möglich. Hier erhalten **Massnahmen des Capacity building** und Empowerment besonderes Gewicht, aber ebenfalls das Risikomanagement. Konkret arbeitet SolidarMed dabei in verschiedenen Formen mit Partnern zusammen, zum Beispiel in **Konsortien mit anderen nationalen oder Schweizer Organisationen** (z.B. PSF in Tansania, VSO in Sambia oder ISF in Mosambik), zum Beispiel in akademischen und **Forschungspartnerschaften** oder in Projekten mit Investitionslogik im Rahmen von **public-private-partnerships**.

Im Rahmen seiner Fokussierung auf Gesundheit, anerkennt SolidarMed auch die Bedeutung der **intersektoriellen Zusammenarbeit** um die Probleme gesamthaft anzugehen. In diesem Zusammenhang übernimmt SolidarMed oft auch eine **Funktion als „Brückenbauer“** und versammelt verschiedene Akteure um den Tisch um die Lösung von Problemen auf mehreren Ebenen zu ermöglichen.

Auch die aktive **Beteiligung an Netzwerken** innerhalb der Programmländer ist wichtig, um die Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren zu sichern, und Wissensaustausch zu fördern. SolidarMed ist beispielsweise ein aktives Mitglied des NGO Netzwerkes NAIMA in Mozambique, der NGO Plattform zu HIV in Zimbabwe oder dem NGO Koordinationszirkel in Lesotho. Durch solche Netzwerke ist es SolidarMed auch möglich, Erfahrungen in den nationalen **politischen Dialog** einfließen zu lassen und so die Strategien auf den verschiedenen nationalen Ebenen direkt oder indirekt zu beeinflussen.

Von seinen Partnern fordert SolidarMed **Transparenz, Effizienz, Partizipation, Verantwortlichkeit und Gerechtigkeit**. Mit allen Partnern werden formale Vereinbarungen getroffen, welche die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten transparent und nachvollziehbar festlegen.

SolidarMed bekennt sich zu den **acht Prinzipien von Istanbul**, die im Rahmen des *Open Forum for CSO Development Effectiveness* verabschiedet worden sind.

In der Schweiz ist SolidarMed ebenfalls Mitglied von verschiedenen Netzwerken, unter anderem Medicus Mundi Schweiz, Aidsfocus oder Swiss Malaria Group. Auch hier stehen die Kohärenz der anwaltschaftlichen Bemühungen und das Weitergeben von Erfahrungen aus den internationalen Programmen im Vordergrund. SolidarMed bringt sich auch in **thematische Netzwerke** ein, ein Beispiel ist das Forschungsnetzwerk IeDEA (International Epidemiologic Databases to Evaluate AIDS), welches vom ISPM in Bern geleitet wird. Akkreditierte Institutionen teilen Daten ihrer langjährigen Kohorten und ermöglichen dadurch wichtige Analysen zu der Wirksamkeit der Behandlung in verschiedenen und sich verändernden Kontexten.

2.5 Rolle

Als unabhängiger, externer Akteur **fördert SolidarMed die Eigenverantwortung der Partner**, indem es Entwicklungsprozesse durch möglichst flexible Unterstützung begleitet.

Dies geschieht in Form von Projektimplementierung, technischer Assistenz, Kapazitätsentwicklung und zivilgesellschaftlicher Ermächtigung innerhalb der Programme und zugunsten bestimmter Zielgruppen. Darüber hinaus wirkt SolidarMed jenseits des direkten Programmgebietes, durch Aufarbeiten, Validieren und Skalieren von „best practice“ - Modellen. Und schliesslich leistet SolidarMed als Vermittlerin und Kommunikatorin auf fachlicher, politischer und gesellschaftlicher Ebene eine wichtige Rolle, denn die Organisation besitzt sowohl die nötige Fachkompetenz wie auch Erfahrung vor Ort. SolidarMed arbeitet dabei **vernetzt und vermittelnd**, zusammen mit dem Privatsektor, akademischen Institutionen, politisch Verantwortlichen und der Zivilgesellschaft.

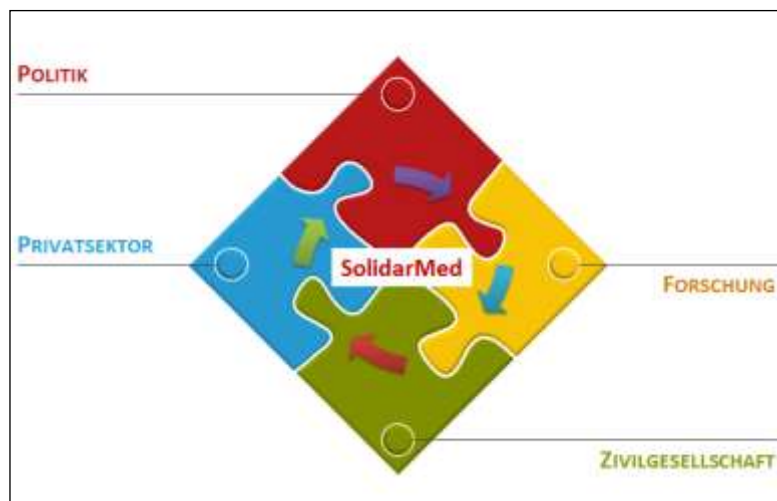


Abbildung 1: Vermittelnde Rolle in einem Multi-Stakeholder-Umfeld

Vermittlung bedeutet für SolidarMed hierbei die aktive **Mitgestaltung von Dialog- und Entscheidungsprozessen**, so dass verschiedene Akteure besser zusammenarbeiten und Entwicklungsperspektiven nachhaltig verwirklichen können.

Durch die **Zusammenarbeit mit dem Privatsektor** trägt SolidarMed zudem zu einer Wertschöpfung bei, die über die Projektimplementierung hinausgeht. Um eine maximale Wirkung zu erzielen arbeitet SolidarMed auch intersektoral, zum Beispiel im Wasserbereich, und in Partnerschaft mit Organisationen, deren Kernkompetenz in anderen Sektoren liegt, zum Beispiel im Bereich Wartung und Unterhalt.

3 Das Umfeld

3.1 Globaler Kontext

In den letzten zwei Jahrzehnten fanden in zahlreichen Entwicklungsländern eindruckliche Entwicklungsschritte statt. Vor allem in den Bereichen Gesundheit und Grundbildung konnten wesentliche Erfolge erzielt werden. Die Lebenserwartung hat zugenommen und das Pro-Kopf-Einkommen ist deutlich gewachsen. Dennoch leben nach wie vor 3,8 Milliarden Menschen in Armut und müssen mit weniger als 2 US-Dollar pro Tag auskommen. Das Armutsrisiko ist für Frauen hierbei deutlich höher als für Männer. Über 800 Millionen Menschen leiden weltweit an Hunger. Ebenso viele Menschen haben keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser. Dies alles in einem globalen Kontext, der sich rasant verändert. Die folgenden Trends mit Relevanz für SolidarMed konnten beobachtet werden³:

Zunehmende Globalisierung: Der Austausch von Gütern, eine bessere Kommunikation und eine erhöhte Mobilität lassen die Regionen der Welt weiter zusammenwachsen.

Eine Welt: Die alten Gewissheiten der Bipolarität (reich-arm; Nord-Süd) sind aufgebrochen. Es gibt nicht mehr zwei, drei oder vier Welten, es gibt eine Welt. Auch die positiven Entwicklungen der BRICs Staaten haben sich fortgesetzt, jedoch verlangsamt. Dabei bleibt festzuhalten, dass sich die BRICs zwar im Rohstoffabbau, Handel und Finanzsektor engagieren, im Bereich der globalen Gesundheit jedoch zurückhalten. Es bleibt abzuwarten, ob und wie sich die BRICS-Länder künftig in diesem Bereich verhalten.

Nachhaltige Entwicklung: Es hat sich gezeigt, dass wirtschaftliches Handeln so gestaltet werden muss, dass sowohl ökologische Grenzen wie auch soziale Kohäsion respektiert werden. „**People, planet, prosperity**“ benennen die Vereinten Nationen dies. Nachhaltigkeit wird so verstanden, dass die Lebenschancen und -räume zukünftiger Generationen durch heutiges Handeln nicht beeinträchtigt werden.

Krisen, Radikalisierung, Flucht: Plötzlich aufbrechende und schwer zu kontrollierende Krisen sind ein Kennzeichen der letzten Jahre. Das Jahr 2015 zählte rund 40 bewaffnete Konflikte – die höchste Zahl seit 15 Jahren: u.a. Syrien, Ukraine, Jemen, Zentralafrikanische Republik, Mali. Politische, religiöse und ökonomische Gründe spielen hierfür allesamt eine Rolle, man denke an Boko Haram oder IS. Die Krisen können dabei einerseits Chancen sein wie in Tunesien, oder aber zu Stagnation oder Chaos führen wie in Ägypten oder Mali. Die Auswirkung: Seit dem zweiten Weltkrieg waren noch nie mehr Menschen auf der Flucht als zu Beginn des Jahres 2016, nämlich 20 Millionen.

Ungleicher Fortschritt: Der afrikanische Kontinent ist, mit einem Anteil von weniger als einem Prozent am Welthandel, noch vergleichsweise wenig in die globale Wirtschaft integriert und weit von den Einkommensmargen der Industrieländer entfernt. Und doch findet sich dort, wo einigermassen stabile Zustände herrschen, ein zunehmendes **Wirtschaftswachstum**. Die Afrikanische Entwicklungsbank beispielsweise sieht den Anteil der Mittelschicht an der Bevölkerung stetig wachsen. Den positiven Prognosen zum Trotz hat das gute Wirtschaftswachstums bisher jedoch weniger die Armut reduziert als Ungleichheiten und die **Wachstums-Wohlstands-Kluft** vergrößert: Wenige Menschen besitzen immer mehr, die Mehrheit bleibt arm. Angesichts enormer Bedürfnisse fällt es selbst verantwortungsbewussten Regierungen schwer, die Prioritäten richtig zu setzen, haben sie doch pro Einwohnerin oder Einwohner ein bis zu hundertmal kleineres Budget für soziale Entwicklung zur Verfügung als ein durchschnittliches OECD-Land.

Rechtsstaatlichkeit und Regierungsführung: Die meisten Staatsapparate, speziell in Afrika, sind zentralisiert, die Macht konzentriert sich auf wenige Personen, die Beamten sind ungleich auf die Ethnien verteilt und un-

³ Siehe auch: Global Trends 2030: Alternative Worlds; National Intelligence Council (2013) und die diesbezügliche Review in „Foreign Affairs“

terbezahlt. Die Parlamente der noch jungen Demokratien sind nicht in der Lage, die Geldflüsse in den Ministerien wirksam zu kontrollieren, zu oft herrscht Missmanagement und Korruption. In den meisten Entwicklungsländern Afrikas stimmen die **Rahmenbedingungen** zur Gründung oder Ansiedelung von Privatfirmen nicht. Viele Entwicklungsländer – vor allem in Afrika – tragen zu wenig zu ihrer eigenen Entwicklung bei. Das finanzpolitische Ziel aller armen Länder müsste es sein, durch ein transparentes, funktionierendes und breit abgestütztes Steuerwesen das Investitionsbudget des Staates auf ein nachhaltiges und international übliches Niveau zu erhöhen.

Demografischer Wandel und Urbanisierung: Die sehr **junge afrikanische Bevölkerung** hat vor kurzem die Milliardengrenze überschritten und dürfte sich bis 2050 verdoppeln. Bald wird die Hälfte der Bevölkerung Afrikas sowie zwei Drittel der lateinamerikanischen und der asiatischen Bevölkerung in Städten leben. Wegen des demografischen Drucks sind die Mängel in den sozialen Bereichen – trotz steigender Investitionen zur Förderung von Gesundheit, Erziehung und Bildung – erheblich.

Druck auf natürliche Ressourcen: Entwicklung erhöht den Druck auf die natürlichen Ressourcen, von denen sie selbst abhängt. Wasser als Ressource wird knapp – und zu einer Konfliktquelle. Nahrungsmittel werden als Viehfutter und Treibstoff missbraucht. Der mit ihrer rasanten Entwicklung einhergehende Ressourcenverbrauch von Schwellenländern wie China, Brasilien oder Indien zeigt, in welchem fatalen Abhängigkeitsverhältnis wirtschaftliche Entwicklung und die Ausbeutung natürlicher Ressourcen stehen. Die internationale Zusammenarbeit ist daher gefordert, Lösungen zu finden, die ökonomisches Wachstum mit einem nachhaltigen Ressourcenverbrauch in Einklang bringen und **planetare Grenzen** respektieren.

Eine relevante, auch von SolidarMed diskutierte Zusammenfassung globaler Trends auf Makro-Ebene findet sich in der Publikation „**Global Trends 2030: Alternative Worlds**“ des National Intelligence Council⁴ (2013).

3.2 Internationale Gesundheit

3.2.1 Relevanz

Die Relevanz des Themas liegt in den folgenden Zusammenhängen begründet:

- **Gesundheit ist ein Menschenrecht:** Das Recht auf bestmögliche Gesundheit ist ein unveräusserliches Menschenrecht, Teil der menschlichen Würde und Voraussetzung für soziale Gerechtigkeit.
- **Gesundheit schafft Freiheit:** Gesundheit ist Voraussetzung gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Entwicklung, ein individuelles Gut, welches Menschen den Weg aus der Armutsfalle ermöglicht und sie vor dem Zurückfallen dahin schützt. Verbesserte Gesundheit trägt damit zu grösserer gesellschaftlicher und individueller Freiheit bei.
- **Gesundheit ist die Grundlage für Wohlstand:** Gesundheit – dies hat die WHO Kommission für Makroökonomie klar aufgezeigt – fördert die wirtschaftliche Entwicklung und Wachstum. Gesunde Menschen können an Arbeitsprozessen teilnehmen. Sozialsysteme schützen Menschen davor, Investitionen durch Krankheit zu verlieren. Spitäler, Ausbildungszentren und Produktionsstätten bieten Arbeit und Absatzmärkte für Entrepreneure und Angestellte.
- **Gesundheit führt zu Sicherheit:** Gesundheit ist Voraussetzung für die effektive Bekämpfung von Armut und damit für gesellschaftliche Stabilität und die Vorbeugung von Krisen. Auch der Schutz vor existierenden und aufkommenden Risiken in einer globalisierten Welt, man denke zum Beispiel an Pandemien wie

⁴ <https://globaltrends2030.files.wordpress.com/2012/11/global-trends-2030-november2012.pdf>

Ebola, hängt eng mit Gesundheit zusammen. Gesundheit fördert somit die individuelle und kollektive Sicherheit.

Internationale Gesundheit ist jedoch nicht nur ein relevanter Bereich, sondern auch ein sehr dynamischer. In den letzten fünf Jahren kann man die folgenden wichtigen Entwicklungen nachzeichnen.

3.2.2 Thematische Tendenzen

Die **fortschreitende Globalisierung** führt dazu, dass Länder und Menschen weltweit zunehmend voneinander abhängig und miteinander verbunden sind. Ereignisse in einem Teil der Welt können sich rasant über den ganzen Globus ausbreiten. Grenzüberschreitende Gesundheitsprobleme verdeutlichen dies besonders gut. Jüngste Beispiele sind das Wiederaufleben von Polio, die Ausbreitung **antimikrobieller Resistenzen** und die **Ebola** Epidemie.

Ein wichtiger Versuch, diesen Herausforderungen gerecht zu werden, fand zunächst in den Millenniumentwicklungszielen und einer nie dagewesenen Mobilisierung von Ressourcen seinen Ausdruck.

Das Resultat ist eine deutliche **Verbesserung des Gesundheitszustandes** vieler Menschen in Ländern mit niedrigen Einkommen:

- Die Kindersterblichkeit ist weltweit von 12 auf 6 Millionen Todesfälle pro Jahr gesunken (1990-2014)
- 15,8 Millionen Menschen erhalten eine lebensrettende Behandlung mit HIV Medikamenten (2015)
- Auch die Anzahl der HIV- Neuinfektionen ist gesunken: Um 35% zwischen 2000 und 2015
- 4 Millionen Malaria-Todesfälle konnten weltweit verhindert werden (2001-2014)
- Die Müttersterblichkeit konnte weltweit um 45% reduziert werden (1990-2013)
- Die Todesfälle durch Tuberkulose wurden um 41% verringert (1990-2010)

Diese Fortschritte sind ermutigend und zeigen, dass sich Engagement und Investitionen lohnen. Der Gesundheitssektor ist der Bereich der Entwicklungszusammenarbeit, der in den letzten 20 Jahren die größten Erfolge erzielen konnte.

Die **Erfolge jedoch sind fragil und umkehrbar**. Resistenzbildung, Finanzknappheit, Veränderung von Übertragungswegen oder humanitäre Krisen sind einige der Ursachen, die Malaria, HIV oder auch Durchfallerkrankungen wieder aufflammen lassen können. Zudem sind die **Erfolge nicht gleich oder gerecht verteilt** und es bleiben große Herausforderungen bestehen. Einige davon sind:

- In Ländern südlich der Sahara bleibt die **Müttersterblichkeit** unakzeptabel hoch. Geburt und Schwangerschaftskomplikationen sind die zweithäufigste Todesursache junger Frauen (UNFPA 2014): Alle zwei Minuten stirbt eine Frau bei der Geburt.
- Armut und wirtschaftliches Wachstum nehmen in vielen Ländern gleichzeitig zu, die Weltbank nennt das „growth – prosperity – gap“. **Soziale Ungleichheiten** in Bezug auf Geschlecht, Alter, Einkommen oder geografischer Lage werden immer deutlicher, besonders in den Ländern, in denen die höchste Anzahl der Armen lebt.
- Alle 20 Sekunden steckt sich ein Mensch neu mit HIV an, 2 Millionen allein im letzten Jahr. Die Anzahl der mit dem HI- Virus infizierten Menschen wächst weiter, inzwischen auf 37 Millionen Bei den 10 bis 19 - jährigen nimmt auch die Anzahl der **HIV Todesfälle** zu (UNAIDS). Im letzten Jahr sind insgesamt 1,2 Millionen Menschen an HIV gestorben.
- 200 Millionen Menschen erkranken jedes Jahr an **Malaria**, jede Minute stirbt ein Kind daran (600'000 Menschen pro Jahr weltweit), die meisten davon in Afrika.
- 2 bis 3 Milliarden Menschen haben keinen nachhaltigen Zugang zu **sicherem Trinkwasser und Siedlungshygiene**. Durchfallerkrankungen, Typhus und eine hohe Anzahl von Todesfällen sind die Konsequenz.
- Arme Länder verfügen nicht über die notwendigen Sozialsysteme, um **finanzielle Risiken** abzufedern. Jedes Jahr verarmen 100 Millionen Menschen durch Kosten, die durch Krankheit verursacht werden (WHO).

Auch strukturelle Schwächen im Ansatz der Millenniumentwicklungsziele haben zu diesen Herausforderungen beigetragen. So hat der Fokus auf spezifische Krankheiten und Bevölkerungsgruppen zu vertikalen Strategien und schließlich zur **Fragmentierung des Gesundheitssystems** geführt. Ein umfassender Ansatz zur Stärkung von Gesundheitssystemen wurde vernachlässigt, darunter die **Gesundheitsvorsorge**, Qualitätsmanagement in den Gesundheitsdiensten sowie Mechanismen zur sozialen Absicherung.

Das Jahr 2015 war deshalb von der Debatte und Verabschiedung der **Ziele für nachhaltige Entwicklung** geprägt. Gesundheit als Bedingung und Ergebnis sozialer Kohäsion, ökonomischen Wachstums und ökologischer Nachhaltigkeit wurde dabei in Ziel drei festgeschrieben und das Konzept der **Grundversorgung - Universal Health Coverage** – bestätigt.

Damit versucht die Weltgemeinschaft auch auf Trends zu reagieren, die sich schon jetzt deutlich abzeichnen:

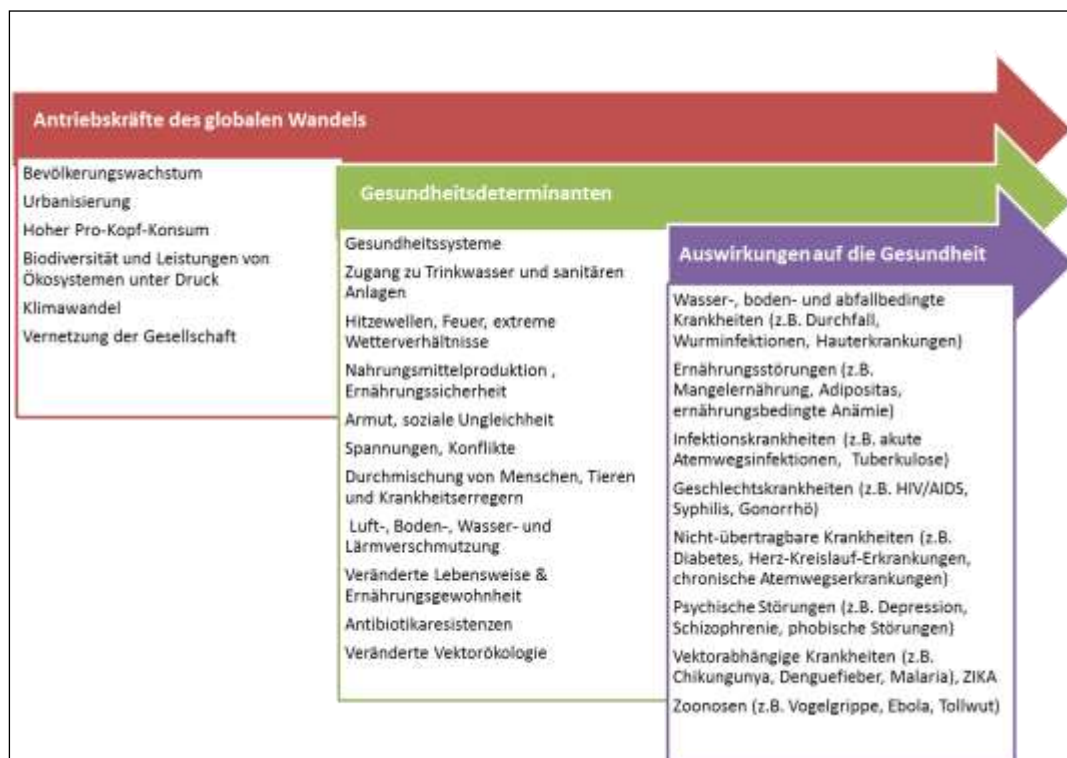


Abbildung 2: Antriebskräfte des globalen Wandels und Auswirkungen auf Gesundheit

- **Demographischer und epidemiologischer Übergang:** Die Menschheit wächst und altert - zum ersten Mal in der Geschichte der Menschheit werden im Jahr 2020 mehr Alte als Kinder auf der Welt leben. Veränderte Lebensgewohnheiten und wandelnde Ernährung fördern zudem die Ausbreitung von nicht-übertragbaren Krankheiten wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes
- **Begrenzte natürliche Ressourcen:** Klimawandel sowie die Verschmutzung von Wasser, Luft und Boden infolge der Industrialisierung bringen Gesundheitsrisiken mit sich
- **Wachsende Anzahl fragiler Kontexte:** Gewalt durch kriegerische Konflikte, Kriminalität und häusliche Gewalt ist weit verbreitet. Durch Gewalt wird wiederum Trauma produziert und die psychische Gesundheit beeinträchtigt.
- **Pandemien und neu auftretende Erkrankungen:** Erkrankungen wie Ebola, MERS oder ZIKA beginnen lokal, um sich dann rasch auszubreiten. Sie erfordern eine koordinierte Antwort, in der Prävention, effektive Notfallmaßnahmen und langfristige Investitionen kombiniert werden.
- Zunehmende Mobilität führt zur Vermehrung von Unfällen und Verletzungen. Mit fortschreitender Reduktion der Infektionserkrankungen steht zudem immer mehr die **gesunde Lebensqualität ohne Behinderung** im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

Das **nachhaltige Entwicklungsziel für Gesundheit** ist breit definiert ("Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern") und spricht die meisten der bestehenden und neuen Gesundheitsherausforderungen an. Die ehrgeizigen Ziele haben jedoch nur dann eine Chance auf Umsetzung, wenn folgende Punkte beachtet werden:

- Fragilität, Ungleichheit und schwache Gesundheitssysteme führen dazu, dass Impfstoffe, Medikamente oder Moskitonetze bei denen nicht ankommen, die sie benötigen. Die Stärkung der medizinischen Grundversorgung und das Schaffen belastbarer Gesundheitssysteme sind deshalb Schlüsselfaktoren im Umgang mit den meisten der bestehenden und zukünftigen Herausforderungen. Qualifiziertes und motiviertes **Gesundheitspersonal**, angemessene **Infrastruktur** und ein Minimum **essentieller Dienstleistungen** sind das Rückgrat davon.
- Eine **strategische Wende** ist unerlässlich, weg von einem Fokus auf individuelle Krankheiten und hin zum Bewahren guter Gesundheit und einer breiteren Konzeptualisierung in der auch die **Determinanten von Gesundheit** berücksichtigt werden wie Einkommen, Bildung oder Geschlecht. Ein solch umfassender Ansatz zur Lösung von Gesundheitsproblemen erfordert auch die **intersektorale Zusammenarbeit** und Kohärenz verschiedener Politikbereiche.
- Neue globale Akteure - aufstrebende Schwellenländer, philanthropische Organisationen, private Firmen und soziale Unternehmen - die in der Ära der Millenniumentwicklungsziele entstanden sind müssen für die globale Gesundheit mehr Mitverantwortung übernehmen. Diese Akteure - SolidarMed inbegriffen - müssen vermehrt **Partnerschaften** und **Multi-Stakeholder** Koalitionen eingehen um die breite Post-2015-Agenda umzusetzen. Die Rolle nicht-staatlicher Akteure wie Privatwirtschaft, Nichtregierungsorganisationen und philanthropische Organisationen muss in der globalen Gesundheitsstruktur als auch in Bezug auf neue Partnerschaftsmodelle klarer definiert werden.
- Zur besseren Koordination der diversen Akteure, größerer Kohärenz der Strategien und höherer Wirksamkeit der eingesetzten Finanzmittel ist zudem eine **Reform der globalen Gesundheitsinstitutionen** notwendig.
- 41 der 49 ärmsten Länder können die medizinische Grundversorgung ihrer Bevölkerung nicht aus eigener Kraft finanzieren und sind auf internationale Solidarität angewiesen (WHO). Auch zur **Finanzierung der nachhaltigen Entwicklungsziele** müssen zusätzliche Finanzmittel bereitgestellt, rational verteilt und effizient eingesetzt werden. Der Absatz zu Gesundheit in der Addis Ababa Action Agenda ist jedoch ernüchternd und lässt befürchten, dass dies nicht ohne weiteres der Fall sein wird.

3.2.3 Modalitäten der Zusammenarbeit

Die vormals klar strukturierte Welt der Gesundheits-Zusammenarbeit ist komplexer geworden, die Anzahl der Akteure und ihre Beziehungen haben sich vervielfacht. Stiftungen, Privatwirtschaft, Themenverbände, Forschungsinstitute, Staats- und internationale Organisationen, Finanzierungskonsortien, zivilgesellschaftliche und religiöse Gruppen agieren in wechselnden Allianzen. In diesem **Multi-Stakeholder-Umfeld** hat die WHO ihre Führungsrolle verloren, die Situation wird häufig als fragmentiert oder führungslos bezeichnet. Das „kollektive Handeln“ von einst ist in „hyper-kollektives Handeln“ multipler Akteure mit unterschiedlichen Interessen übergegangen. Die Konsequenz: Die in Busan formulierten Ziele (z.B. „Harmonisierung“) sind immer schwerer zu erreichen, eine **Reform** des Systems **internationaler Gesundheitsgouvernanz** scheint dringend notwendig.

Die Diskussion der letzten Jahre hat den **Wert krankheitsspezifischer Programme** und Ziele bestätigt, denn solche Programme sind ergebnisorientiert, ermöglichen Wirkungsmessung und erleichtern die Mittelbeschaffung. Es besteht jedoch Einvernehmen, dass sie immer auch systemstärkend angelegt sein müssen, denn nur so kann Nachhaltigkeit befördert, Schaden vermieden („do no harm“) und Wirkung potenziert werden. Fachleute sprechen von einem **diagonalen Ansatz**. Dieser Diskussion auf programmatischer Ebene steht auf politischer Ebene die Diskussion über Projektansätze versus Budgethilfe gegenüber: Auch hier plädieren viele für einen diagonalen Ansatz verschiedener Modalitäten: einen **Mixed modality approach**. Ebenso hat sich die Einschätzung durchgesetzt, dass Zusammenarbeit geprägt sein soll von dem, was Partner wirklich wollen und brauchen („demand driven“), von Eigenverantwortung („partners in the driving seat“) und von Partizipation. Schliesslich

wird anerkannt, dass Entwicklungsprozesse in der Regel durch angepasste, **kontextspezifische Ansätze** unter **Einbezug der Zivilgesellschaft** befördert werden.

Zu veränderten Modalitäten gehört auch die **Bereitstellung von Finanzmitteln**: Die globale Gesundheits-Entwicklungshilfe (DAH, Development Assistance for Health) ist in den letzten 30 Jahren zunächst deutlich angestiegen, seit fünf Jahren jedoch stagnierend oder rückgängig.

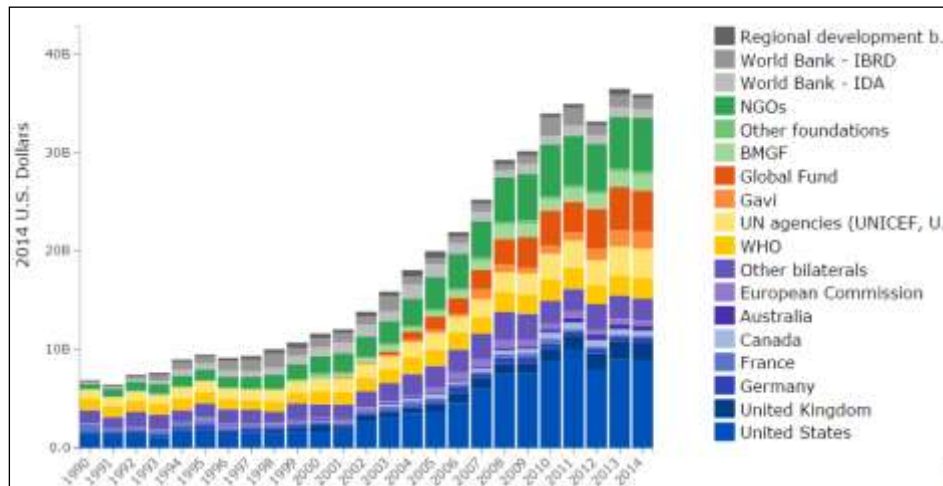


Abbildung 3: Mittel der Entwicklungszusammenarbeit für Gesundheit (DAH).

Quelle: Insitute for Health Metrics, Washington.

Auch heute noch orientiert sich die Vergabe dabei oft mehr an politischen Interessen und administrativen Entwicklungen als am wirklichen Bedarf. Dabei besteht durchaus Einvernehmen, dass Finanzmittel verstärkt **bedarfsorientiert und innerhalb nationaler Systeme** eingesetzt werden sollen, und nicht parallel.

In Zeiten finanzieller Turbulenzen kann die Mobilisierung notwendiger Ressourcen für eine verbesserte globale Gesundheit jedoch nur dann gelingen, wenn:

1. Partnerländer verstärkt selbst **Anstrengungen zur Eigenfinanzierung** unternehmen
2. Der **Privatsektor** für die Finanzierung verstärkt mit einbezogen wird
3. Die **BRICS** stärker in die internationale Verantwortung mit eingebunden werden
4. Alle Implementierungspartner für **grössere Effizienz** der eingesetzten Mittel sorgen
5. Die **Wirkung** eingesetzter Mittel **messbarer** wird. Dies bedeutet: Stärkung nationaler Gesundheits-Informationssysteme
6. **Alternative Finanzierungsmechanismen** weiter erprobt und angewandt werden.

Die **Addis Ababa Action Agenda** jedoch, in der die entsprechenden Finanzmodalitäten reflektiert sind, ist in Bezug auf Kohärenz und Vision im Gesundheitsbereich überraschend enttäuschend.

3.2.4 Wissen, Forschung, Innovation

Die Entwicklung und Definition der **Nachhaltigen Entwicklungsziele** zeigen klar auf, dass die lokalen Probleme im Gesundheitsbereich nur dadurch nachhaltig gelöst werden können, dass Interventionen aus **verschiedenen Sektoren auf verschiedenen Ebenen** miteinander abgestimmt sind.

Während Partnerschaften und Netzwerke ein Teil des Prozesses sind, um diese Ziele zu erreichen (siehe weiter vorne), kommt der Generation, Dokumentation, Aufarbeitung und Weitergabe von Wissen ebenfalls eine wichtige Rolle zu.

Dem Ansatz, Probleme nachhaltig zu lösen misst SolidarMed vor diesem Hintergrund immer mehr Bedeutung bei. Im überarbeiteten **Konzept zum Wissensmanagement** der Organisation beispielsweise sind Analyse und

Kommunikation von Wissen und Erfahrungen nicht nur ein interner Faktor zur Verbesserung der Programmqualität, sondern direkt an die Resultate der Programme gekoppelt: „**Das Richtige, richtig tun**“. Da die vielversprechendsten Innovationen nicht selten an der Implementierung scheitern, steht für SolidarMed die **Frage des „Wie“** und weniger des „Was“ im Vordergrund („implementation research“). Auf Basis des angeschafften Wissens muss aber auch gehandelt werden, um der Zielbevölkerung möglichst schnell einen Mehrwert zu bieten. Für SolidarMed steht deshalb immer die **Relevanz von Forschungsfragen** für die Menschen in den Programmgebieten und die Verbesserung deren Gesundheit im Vordergrund. Vorhandenes Wissen effizient, praktisch und effektiv umzusetzen, ist also ein wichtiges Ziel jeder Intervention von SolidarMed.

Durch die **strukturierte Integration von Forschungsfragen und -dokumentation in Projekte und PPCM – Zyklen** generiert SolidarMed Informationen, welche den Menschen in den Programmgebieten direkt zugutekommen.

Andererseits bringt SolidarMed seine Erfahrung und Wissen **in den Politikdialog** ein, was wiederum die Möglichkeit schafft, erfolgreiche Interventionen zu skalieren und eine Wirkung über das Programmgebiet hinaus zu erzielen. SolidarMed versteht Politikdialog hierbei nicht als einheitlichen Bereich, sondern unterteilt verschiedene Intensitätsstufen. In der vergangenen Programmphase hat SolidarMed vor allem als „intermediary“, „translator“ und „knowledge broker“ gehandelt; in der kommenden Programmphase wird es auch darum gehen ebenfalls den Bereich des „**systems-level facilitator**“ vermehrt zu erschliessen, bzw. mit **anderen Organisationen** zusammenzuarbeiten, welche diese Aufgabe übernehmen können. Limitationen in den Finanzen sind hier für SolidarMed allerdings eine Begrenzung.

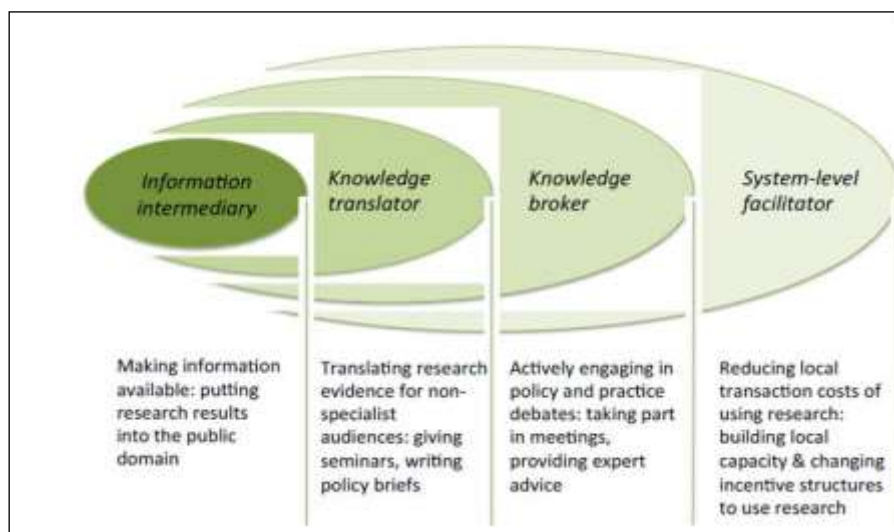


Abbildung 4: Verschiedene Intensitätsstufen bei politischen Dialogprozessen.

Quelle: Knowledge Broker Forum.

In diesem Sinne übernimmt SolidarMed eine wichtige Rolle bei der **Überbrückung des sogenannten „knowledge-policy gap“**. In einem multi-stakeholder Umfeld wirkt SolidarMed mit seiner evidenz-basierten Fachkompetenz in Gesundheitsfragen effektiv an Veränderungsprozessen mit.

3.2.5 Ziele für Nachhaltige Entwicklung

Die Millenniumsentwicklungsziele wurden oft dafür kritisiert, dass sie die ökologische Dimension von Nachhaltigkeit nicht stark genug berücksichtigen. Der Schutz und die nachhaltige Nutzung natürlicher Ressourcen war zwar eines der vier Themenfelder der Millenniumserklärung und wurde auch als MDG 7 zu einem der Millenniumsziele. Die Vereinbarungen bleiben aber weit hinter den heute als notwendig erachteten Schritten zurück. Die Ziele waren zudem zu isoliert, Schnittstellen fanden wenig Beachtung, komplexe und zwischenzeitig auch gewachsene Herausforderungen wurden nicht angemessen reflektiert.

Um zwischen **sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Anliegen** auszugleichen, liegt mit den Zielen zur nachhaltigen Entwicklung nun ein angepasster, umfassenderer Zielrahmen vor. Dieser gilt nicht nur für arme, sondern auch für wohlhabende Länder und hat damit einen **Anspruch auf Universalität**.



Abbildung 5: Die 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung.
Wichtige Fragen wie zum Monitoring bleiben noch offen.

Im **dritten SDG mit seinen zwölf Unterzielen** wird spezifisch auf **Gesundheit** Bezug genommen. Auch folgende SDGs sind mit direktem Bezug zur Gesundheit: 1 Armut, 2 Ernährung, 5 Gleichberechtigung von Frau und Mann, 6 Wasser und Sanitäres, 9 Infrastruktur, 10 Verteilungsgerechtigkeit, 12 Konsum und Produktion, 13 Klimawandel, 15 Ökosysteme, 17 Implementierungspartnerschaften. Für SolidarMed stellen die Ziele für nachhaltige Entwicklung eine wichtige Grundlage dar.

3.3 Finanzielles Umfeld

3.3.1 Spendenmarkt

Zwar spenden Schweizerinnen und Schweizer jährlich über 1,6 Milliarden Franken für gute Zwecke, besonders tun sie dies jedoch unter dem Eindruck und den Emotionen von Katastrophen. Gemäss dem Forschungsinstitut gfs-zürich spenden bis zu 80 Prozent der Menschen für humanitäre Krisensituationen. Für ein in stabilen Entwicklungskontexten agierendes Hilfswerk wie SolidarMed ist dies eine Herausforderung. Zudem gilt der **Schweizer Spendenmarkt** als **gesättigt**. Es herrscht eine harte, professionelle Konkurrenz um das Engagement der Bevölkerung und viele Organisationen investieren viel Geld in Erfolg versprechende Fundraising- und Kommunikationsmassnahmen. Dazu kommen mehr und mehr internationale Akteure und Hilfsorganisationen wie zum Beispiel World Vision oder Save The Children, welche in der Schweiz Büros eröffnen, Spenden sammeln und den Wettbewerb somit gleichzeitig verschärfen.

Das **Thema Gesundheit** ist bei den Schweizer Spenderinnen und Spendern weiterhin beliebt. Es wird hierbei nicht unterschieden, ob es sich hier um armutsbedingte Krankheiten oder um Krankheiten die vordergründig in der westlichen Welt und somit auch im näheren Umfeld der Befragten auftreten, z.B. Krebs oder Alzheimer. Für die meisten Menschen ist Gesundheit etwas, das sie je nach Umfeld oder Alter mehr oder weniger beschäftigt.

Auch das **Thema der Entwicklungszusammenarbeit** hat bei der spendenden Bevölkerung etwas an Beliebtheit gewonnen. Gleichzeitig aber gibt es jedoch auch nationale Tendenzen, die sich sowohl in der politischen Landschaft wie auch in der Spendenbereitschaft niederschlagen. Spendende als auch Nicht-Spendende finden, dass Spenden nur sinnvoll sei, wenn auch die **Ursachen** von Leid und Not bekämpft würden und wenn das Spenden als **Hilfe zur Selbsthilfe** dient. Mit anderen Worten: Spenderinnen und Spender wollen mit ihrer Unterstützung eine Veränderung zum Besseren bewirken und Resultate von Hilfsmassnahmen sehen. Hilfswerke müssen ver-

mehrt ihre **Wirkung zeigen** und so ihre **Relevanz unter Beweis stellen**. Dass das Gleichgewicht zwischen plakativer Emotionalität und professioneller Umsetzung ein Balanceakt ist, ist hierbei kein Geheimnis: Mit „Veränderungsprozessen in Gesundheitssystemen“ lassen sich nur schwer Spenden generieren, mit an Malaria leidenden Kindern jedoch schon.

Wenn Organisationen es nicht schaffen, Gönner an sich zu binden, dann spenden viele oft nur **einmalig**: für eine gute Kampagne oder eine medial stark präsente Katastrophe. Dies zeigt die Bedeutung von Massnahmen zur Spenderbindung, auch für Organisationen wie SolidarMed. Erfolgreiche Organisationen binden Spendende dadurch während der gesamten Spenderpyramide (Interessenten -> Erstspender -> Mehrfachspender -> Dauerspender -> Mehrfachspender -> Erblasser).

3.3.2 Privatwirtschaft

Von Privatunternehmen besteht eine konstante Nachfrage nach Partnerschaften zur Verwirklichung der **sozialen unternehmerischen Verantwortung (CSR)**. Dies bestätigen die Zahlen des „gfs-Spendenbarometers“ genauso wie der „European Communication Monitor“, in dem Unternehmen nach den künftig wichtigsten Kommunikationsdisziplinen gefragt wurden. Hier liegt jedoch vor allem dann ein Potential, wenn Hilfsorganisationen gross und professionell genug sind, um kommunikationswirksam den Zielen sozialen Unternehmertums gerecht zu werden. In diesem Fall kann eine echte Win-Win-Situation entstehen.

Eine weitere Möglichkeit zum Generieren von Finanzmitteln sind Investitionen in soziale Wirkung (**Social Impact Investment**). Dabei werden neue Investoren und zusätzliche private Mittel für Zwecke der Entwicklungsfinanzierung mobilisiert. Während der Großteil des Kapitalmarkts nicht werteorientiert, sondern vor allem gewinnmaximierend agiert, bieten Impact Investments den Kapitalanlegern eine **freiwillige Werteorientierung**. Impact Investments stellen einen **kleinen aber dynamisch wachsenden Teil** des Kapitalmarkts für Nichtregierungsorganisationen wie SolidarMed dar. Ob Impact Investment in grösserem Umfang die Wahrnehmung von Verantwortung auf den Kapitalmärkten und Finanzierung von Nichtregierungsorganisationen wie SolidarMed verbessern kann, ist jedoch noch unklar. Erforderlich ist häufig ein Gewinnverzicht der Investoren, wie beim SolidarMed Investitionsprojekt in Sambia. Positiv ist auf jeden Fall, dass Impact Investments deutlich machen, dass ethische und einzelwirtschaftliche Ziele „Hand in Hand“ gehen können. Insgesamt muss man jedoch auch realistisch bleiben: Viele entwicklungspolitisch sinnvolle Investitionen sind einzelwirtschaftlich nicht rentabel, vor allem im ländlichen Afrika, und eignen sich daher nicht für Impact Investments.

3.3.3 Neue Medien

Das **Online-Fundraising** ergänzt den Vorteil der zielgruppengenauen Ansprache eines Mailings per Post um die Möglichkeit der direkten Interaktion seitens der Nutzer. Es ist zudem deutlich schneller als herkömmliche Fundraising – Medien. Die Möglichkeit zum Ansprechen unterschiedlicher Zielgruppen durch gezielte Strukturierung von Inhalten und Analysierbarkeit der Spenderinteressen (Webanalytik/Tracking) sind weitere Vorteile. Eine gute multimediale Ansprache bietet Non-Profit-Organisationen die Möglichkeit, Spender zu aktivieren und emotional zu involvieren. Die leichte Reproduzierbarkeit von Werbemitteln und Kostenstruktur von Online Werbemaßnahmen kommt dabei auch mittelgrossen NPOs wie SolidarMed zugute. Die durchschnittliche Online-Spende ist deutlich höher als die herkömmliche Spende, wenn sie über ein Spendenformular auf der Homepage der NPO getätigt wird. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dem Spender komplementär zu den traditionellen Spendenmöglichkeiten eine Auswahl der beliebtesten Internet-Bezahlverfahren für seine Spende anzubieten.

Dennoch muss die Bedeutung der neuen Medien auch im Kontext gesehen werden: Noch immer werden über 99% der Spenden in der Schweiz über traditionelle Plattformen und –wege getätigt, z.B. über LSV oder Postbank. Und die Bedeutung traditioneller Wege des NPO - Marketing wie Stand- oder Telefonaktionen, Kampagnen oder Medien wird sicherlich auch langfristig bestehen bleiben..

Mit dem Wandel von der konventionellen Dialogkommunikation zur heutigen Netzwerkkommunikation sind auch die **Ansprüche und Kommunikationsverhalten** anders geworden. Die Anspruchsgruppen sind es gewohnt,

dass Organisationen den Austausch suchen, sei es direkt oder insbesondere mit den neuen sozialen Medien über verschiedene Netzwerke. Die Distanz zu den Anspruchsgruppen hat sich verkleinert, somit auch die Hürden, miteinander in Kontakt zu treten – im positiven wie im negativen Sinn. Die Kommunikationsarbeit ist dadurch komplexer geworden. Die Organisationen sehen sich so gezwungen, mehr Ressourcen und Kommunikationsarbeit für die Spendengewinnung und die Spenderbindung bereit zu stellen.

Auch neue Plattformen wie zum Beispiel kiva.org oder betterplace.org, wo man für eine Vielzahl von Projekten spenden oder gleich selbst Projekte aufgeben kann, haben sich schnell etabliert. Auch immer mehr online findet das Model „Cause related Marketing“ statt, auf buynhelp.ch kann man zum Beispiel für verschiedene Hilfsorganisationen eine Provision, die man je nach Höhe des Kaufpreises des erstandenen Produktes erhält, direkt „weitere spenden“.

Ein weiterer Trend ist die **Nutzung sämtlicher Onlinekanäle via mobiler Geräte**, unabhängig von einem Computer zuhause oder im Büro.

3.4 Zusammenfassung Umfeldanalyse: Chancen und Gefahren

Chancen	Gefahren
<p><u>International</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit als Thema ist nach wie vor relevant, mit steigendem Bedarf. • Medizinische Grundversorgung („primary health care“) hat an Bedeutung gewonnen und wird diese behalten. • Neue Themenfelder sind chronische Krankheiten, emerging diseases, Schnittstellen mit Bereichen der SDGs, Gesundheitssysteme im Sinne von UHC • Finanzmittel werden verstärkt evidenz-basiert eingesetzt, alternative Finanzierungsmechanismen werden erprobt, z.B. Impact Investment. SolidarMed hat diesbezüglich eine gute Erfolgsbilanz und ist flexibel. • Nationale Gesundheitsbehörden benötigen kompetente und zuverlässige Partner, welche an der Basis Erfahrungen und auf Makro-Ebene Informationen in den Politikdialog einbringen können. • Zunehmend werden Gelder durch dezentralisierte Strukturen lokal vergeben (kann auch eine Gefahr sein) 	<p><u>International:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rückgang in der Finanzierung von Gesundheitsprogrammen gefährdet positive Trends. • Themen-Konkurrenz und Gesundheits-Fatigue: Thema ist komplex, und weder einfach zu verstehen noch zu vermitteln. • Krisen und Konflikte unterminieren nachhaltige Entwicklung von Gesundheitssystemen. • Ökonomische („z.B. Frankenstärke), soziale („z.B. Migration“) und politische („z.B. Populismus bei verunsicherten Bevölkerungsgruppen“) Faktoren führen dazu, dass die EZA unter Druck kommt und politisiert wird. • Steigende Anforderungen seitens institutioneller Partner an das Qualitätsmanagement / Nachvollziehbarkeit / Transparenz / Wirkungsnachweis führt zu erhöhtem administrativen Aufwand oder Rosinen – Pickerei. Langfristig angelegte systemstärkende Projekte können immer schwieriger finanziert werden.
<p><u>Schweiz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • In der Schweiz kann SolidarMed im konstruktiven Dialog mit diversen Entwicklungsakteuren wie DEZA, BAG, Tropeninstitut, Pharmafirmen und anderen eine wichtige Rolle bei der Gestaltung von gesellschaftlichen und politischen Prozessen spielen, gerade auch im Hinblick auf die SDGs • Das Thema Gesundheit ist im Schweizer Spen- 	<p><u>Schweiz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stagnierendes Spendenvolumen bei privaten und institutionellen Gebern aufgrund der Finanzkrise und zunehmender Wettbewerbsintensität im Spendenmarkt behindern langfristige Planungsmöglichkeiten. Verteuerung des Spendefrankens bzw. weniger Umsatz. • Nationale Tendenzen, politisches Rückzugsdenken und eine Instrumentalisierung von Entwicklungszu-

<p>denmarkt beliebt und hat Tradition. SolidarMed hat hier eine klare Positionierung mit hoher Kompetenz und effiziente / schlanke Strukturen. Dies fördert Vertrauen und Glaubwürdigkeit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit einer gehaltvollen Öffentlichkeitsarbeit kann SolidarMed wirkungsvoll zur Sensibilisierung der Schweizer Öffentlichkeit zu Fragen von Gesundheit, Wohlstand und Sicherheit in einer zunehmend globalisierten Welt beitragen. 	<p>sammenarbeit können dazu führen, dass die Kompetenzen von SolidarMed in Schweizer Netzwerken weniger gefragt sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Netzwerkkommunikation erhöht die Ansprüche / Erwartungen und dadurch die Komplexität in der Kommunikation. Professionalisierung erhöht die Kosten pro Spendenfranken. • SolidarMed ist im romanischen Teil der Schweiz nur mässig präsent und hat dort bisher weniger Investoren gefunden. Aufgrund der mittleren Organisationsgrösse stellen Expansionspläne eine Herausforderung dar.
---	--

4 Bilanz der vergangenen Programmphase 2013-16

4.1 Internationale Aktivitäten

Die übergeordnete Zielsetzung des SolidarMed-Programms 2013 - 2016 war die Verbesserung der Gesundheitssituation von benachteiligten Bevölkerungsgruppen in ländlichen Gebieten, die Förderung ihres Selbsthilfepotentials und ihrer Einflussnahme.

Die Programmstrategie beruhte auf den folgenden **vier Arbeitsschwerpunkten**:

- Medizinische Versorgung in den Programmgebieten
- Die Situation des Gesundheitspersonals
- Gesundheitskompetenzen und –Kapazitäten auf Gemeindeebene
- Dialog- und Entscheidungsprozesse

Durch Engagement in den Schwerpunkten hat SolidarMed zur Verbesserung in **drei thematischen Bereichen** beigetragen:

- Malaria, HIV, TB und andere Krankheiten
- Gesundheit von Schwangeren, Müttern und Neugeborenen
- Gesundheit von Kindern

Die Intensität des Engagements von SolidarMed in den einzelnen Länderprogrammen und Bereichen während der letzten Programmphase lässt sich wie folgt zusammenfassend darstellen:

	Arbeitsschwerpunkte				Themenbereiche		
	Medizinische Grundversorgung	Gesundheitspersonal	Gesundheit in Gemeinden	Dialog und Anwaltschaft	Infektionskrankheiten	Mütter und Neugeborene	Kinder
Lesotho	XXX	X	XX	XX	XXX	X	X
Mosambik	XXX	XX	XX	XXX	XXX	XXX	XX
Tansania	XXX	XXX	XXX	X	XXX	XX	XX
Sambia	X	XXX	-	XX	XX	XX	XX
Zimbabwe	XXX	X	XX	XX	XXX	XXX	X

- = kein thematischer Schwerpunkt, X = geringes thematisches Engagement, XX = mittleres thematisches Engagement, XXX = grosses thematisches Engagement

Wir geben nun zunächst die Programmoutputs, und weiter unten dann die Programmoutcomes wieder:

Ausgewählte Programmoutputs aus dem Zeitraum 2013-15

Grundversorgung

- 10 Distrikte setzten Entwicklungspläne um
- 16 Spitäler erhöhten Kapazitäten zu Diagnose und Behandlung
- 141 Gesundheitszentren boten medizinische Dienste im ländlichen Raum an
- 1'991'772 Männer, Frauen und Kinder erhalten eine ambulante Behandlung ihrer akuten oder chronischen Erkrankung, wie z.B. Malaria oder Lungenentzündung.
- 51'990 Menschen waren in chronischer Pflege für eine HIV Erkrankung

Gesundheitspersonal

- Pflegeschulen konnten die Ausbildungskapazitäten erweitern

- 1 universitärer Studiengang wurde auf- und ausgebaut
- 10 Ausbildungsspitäler wurden beraten
- 505 Kliniker, Krankenpfleger und Hebammen wurden neu ausgebildet
- 2641 Kliniker, Krankenpfleger und Hebammen wurden weiter ausgebildet
- 35 Personalwohnungen, 2 Klassenzimmer und ein Studentenwohnheim im ländlichen Raum wurden neu geschaffen

Gesundheit in den Gemeinden

- 2423 Gesundheitsberater wurden ausgebildet, weitergebildet oder unterstützt
- 831 Dorfgesundheitsgruppen wurden gestärkt
- 36'358 Frauen und Kinder erhielten ein Moskitonetz
- 4,09 Mio. Kondome wurden verteilt
- 436'293 Menschen nahmen das verbesserte Angebot an, einen HIV Test zu machen
- 59 Gemeinden profitierten von dezentralen Fahrradambulanzen mit 6'433 Transfers⁵

In den Programmkomponenten hat SolidarMed die folgenden Schwerpunkte gesetzt (anbei auch Beispiele für konkret erfolgte Initiativen) und Resultate erzielt:

4.1.1 Medizinische Grundversorgung

Schwerpunkte 2013-2016	<ul style="list-style-type: none"> • Partnerschaften mit Distrikten, Spitälern und Gesundheitszentren zur Verbesserung der Grundversorgung • Verbesserung der Qualität und Quantität von Diagnose, Behandlung und Pflege: Leistungsspektrum, Pflegekontinuum, Überweisung und Referenzsysteme, Patientenzentrierung und Bedarfsorientierung, Standards und normierte operationelle Prozesse • Dezentrale Dienstleistungen zur Gesundheit von Schwangeren und im Bereich HIV • Prävention und Behandlung von HIV/Aids in Zimbabwe, Tansania, Mosambik und Lesotho • Prävention und Management von Malaria in Mosambik und Tansania • Verbesserter Zugang zu integrierter Behandlung von Infektionskrankheiten in allen Einsatzländern: Schwerpunkte TB (Tansania, Zimbabwe, Lesotho), Malaria (Mosambik, Tansania) und HIV (Tansania, Zimbabwe, Lesotho und Mosambik) • Vorbeugung und Behandlung von Erkrankungen bei Kindern (Durchfall, Atemwegserkrankungen, Masern etc.) auf Gemeindeebene (Tansania, Mosambik) • Pilotierung innovativer Strategien zu Diagnose, Behandlung und Service Delivery
Beispiele von umgesetzten Massnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Umsetzung von Spitalentwicklungsplänen (Infrastruktur, Management, Material, Maschinen, Personalhäuser etc.) • Beratung und Unterstützung beim Aufbau neuer Dienstleistungsstrukturen und der Erweiterung des Angebotsspektrums, zum Beispiel geburtshilfliche Notfallversorgung • Entwicklung verbesserter Überweisungsmodelle • Qualitätssicherung in Bereichen Gynäkologie, TB, HIV, Ambulanz, OP • Pilotieren alternativer Modelle zur Medikamentenausgabe • Schulung und Verbreitung von „Standard Operational Procedures“, nach WHO Richtlinien z.B. in Labors • Verbesserung von Outreach-Diensten zur Gesundheitsversorgung in den Gemeinden, z.B. durch mobile Kliniken

⁵ Davon > 90% schwangere Frauen

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Entsendung von Fachpersonal zur Unterstützung beim klinischen Coaching und Mentoring als auch bei der Erhaltung der Grundversorgung |
|--|---|

4.1.1.1 Resultate

Von einer ganzheitlichen Grundversorgung erwartet ein Patient drei Dinge: Hilfe beim Erhalt guter Gesundheit, Diagnose und Behandlung im Krankheitsfall und eine angemessene Pflege bei chronischen Zuständen. Diese drei Punkte waren SolidarMed in der letzten Programmphase ein zentrales Anliegen und entsprechend intensiv war unser Engagement in diesen Bereichen.

Dabei leisten private und öffentliche Spitäler im afrikanischen Kontext nicht nur einen wichtigen Beitrag zur direkten medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung. Sie lagern und verteilen auch medizinische Güter, kontrollieren die Qualität an Gesundheitszentren, liefern notwendige Informationen zum effizienten Einsatz begrenzter Finanzmittel und sichern die medizinische Fachkompetenz im Distrikt. Mit dem sie umgebenden Distrikt-Gesundheitssystem sind sie deshalb untrennbar verbunden. Der Erfolg und die Entwicklung von Distriktspitalern hängt von vielen Faktoren ab, viele davon außerhalb des spitaleigenen Einflussbereiches. Beispiele sind Kostenrückerstattung, Medikamentennachschub oder die gesetzlichen Grundlagen. SolidarMed hat sich im Bereich der **integrierten Basisversorgung** deshalb auf Prioritäten konzentriert, die zusammen mit den Partnern formuliert wurden, beeinflussbar waren und eine nachvollziehbare Wirkung entfaltet haben. Dazu gehörten die folgenden Bereiche:

- **Unterstützung der Entwicklung von 10 Distrikten, 16 Spitälern und 141 Gesundheitszentren**
- Grundinvestitionen in **Infrastruktur, Ausrüstung, Kommunikation und Transport**. Beispiele sind die Beschaffung von Material und Geräten für Diagnose, Röntgen, Ultraschall, Laborgeräte, geburtshilfliche Notfallinstrumentarium, Operationsausrustung, Krankenwagen, Fertigstellung von Kliniken oder Rehabilitation von Wassersystemen.
- **Qualitativ und fachlich gute klinische Behandlung** unabhängig der Krankheits- und Lebenssituation des Patienten. Beispiele sind u.a. der Aufbau von Systemen zur verbesserten klinischen Kapazität im Bereich HIV (Mosambik) und Spitalmedizin (Zimbabwe), Stärkung lokaler Kompetenzen zur geburtshilflichen und operativen Versorgung (Zimbabwe, Sambia und Tansania), Standardisierung klinischer Algorithmen (Lesotho), Ausbau der Mutter-Kind-Versorgung (Tansania) oder Unterstützung von Familienplanung und Nachgeburtsprechstunde (Mosambik).
- Aufbau von **Kapazitäten in nicht-klinischen Bereichen des Gesundheitswesens**, wie Verwaltung, Logistik oder Finanzierung. Beispiele sind u.a. das Stärken von Laboratorien zur verbesserten Diagnostik (Lesotho, Mosambik, Tansania), Aufbau der Wasserversorgung an Spitälern (Tansania und Mosambik), Unterstützung von Gemeindemodellen zur besseren Behandlung HIV Patienten (Zimbabwe), Erarbeitung von Spitalplanen (Tansania und Mosambik), Transport von Blutproben für das Labor (Zimbabwe) oder Qualitatzirkel in Lesotho.
- Effizientere Grundversorgung dank **Technologie und Innovationen**. Beispiele sind u.a. das Einführen verbesserter Diagnosemethoden in der Schwangerschaft (Mosambik), Labortests zur vereinfachten Verlaufskontrolle bei HIV (Zimbabwe, Mosambik, Lesotho) oder gynäkologische Notfallversorgung (Mosambik).

In Zusammenarbeit mit seinen Partnerdistrikten und -spitälern hat SolidarMed also vielfältige Leistungen erbracht: Ausbau von Infrastruktur, Beschaffung von Geräten, klinische Ausbildung und Coaching, Einführung neuer Gesundheitsstrategien, Unterstützung in der Spitalfinanzierung, Capacity-Building in Klinik und Management, Maßnahmen zur verbesserten Personalsituation, Unterstützung beim Krankentransport und viele mehr (siehe auch Details in den Länderberichten).

Im Zentrum der Zusammenarbeit stand dabei immer die langfristige Partnerschaft auf Augenhöhe, mit Wissenstransfer und Austausch in beiden Richtungen. Der Erfolg solcher Partnerschaften ist dann möglich, wenn beide Partner kompetent, lernbereit, verlässlich und kulturell sensibel sind. Für SolidarMed galt hierbei das Prinzip „Fördern und Fordern“.

Als Konsequenz der oben genannten Aktivitäten erhielten zwischen 2013 und 2015 51'990 Menschen eine Behandlung oder Pflege ihrer HIV Erkrankung, der grösste Teil davon in der Nähe ihres Dorfes. Und 1'991'772

Menschen konnte eine ambulante Behandlung offeriert werden, so dass sie das Spital am gleichen Tag wieder verlassen konnten.

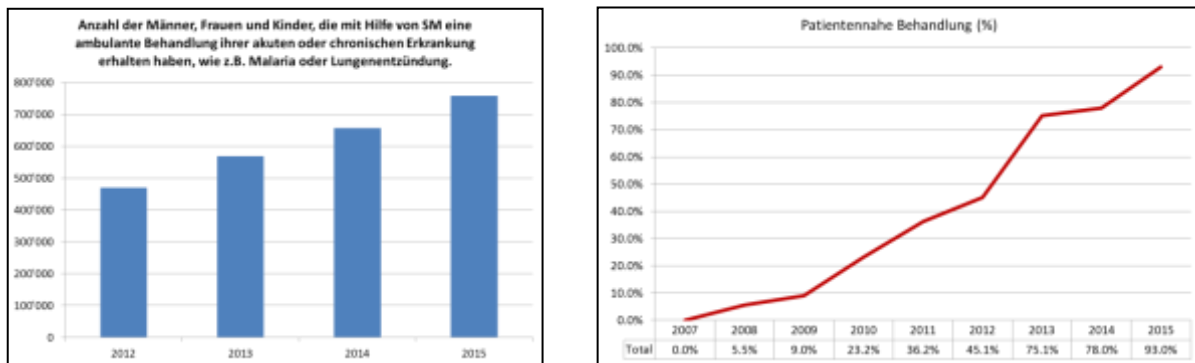


Abbildung 6: Anteil der Patienten in den von SolidarMed unterstützten HIV Programmen, die ihre Medikamente in der Nähe ihres Dorfes abholen können. Sowie Anzahl der ambulanten Behandlungen in den von SolidarMed unterstützten Gesundheitseinrichtungen

4.1.1.2 Herausforderungen und Spannungsfelder

SolidarMed war in der vergangenen Programmphase auch mit Herausforderungen konfrontiert. Im Bereich der medizinischen Grundversorgung war SolidarMed unter anderem mit folgenden Herausforderungen konfrontiert:

- Schwache Gesundheitssysteme können krankheitsspezifische Programme langfristig nicht tragen und müssen deshalb gestärkt werden. An der **Integration vertikaler Programme in Gesundheitssysteme** führt deshalb kein Weg vorbei. Reine Systemstärkung ohne krankheitsspezifischen Fokus hingegen bringt oft wenig greifbare Resultate und ist schwer zu fundraisen. Die Integration braucht jedoch Zeit und muss aktiv geplant werden; ist aber auch abhängig von Umgebungsfaktoren. Krankheitsspezifische Interventionen bringen „quick wins“, systemstärkende Interventionen müssen langfristig angelegt sein.
- HIV ist zu einer chronischen Erkrankung geworden. Die Stärkung von Strukturen zur nachhaltigen Betreuung von HIV Patienten ist gleichzeitig die Grundlage für **verbessertes Management nicht über-tragbarer Krankheiten wie Bluthochdruck oder Diabetes**. Gleichzeitig sind dafür wenig Finanzmittel und wenige technische Standards verfügbar.
- Es relativ einfach, ein innovatives Modell zu etablieren, zum Beispiel Kaiserschnitt an einem ländlichen Gesundheitszentrum. Finanzallokation, Monitoring oder Verabschiedung von Richtlinien sind jedoch weitgehend ausserhalb des Einflussbereiches einer NGO und seiner direkten Partner. Es ist deshalb viel schwieriger, die Qualität eines innovativen Modelles dauerhaft zu gewährleisten oder es zu skalieren. **Für Innovation und Skalierung braucht es unterschiedliche Kompetenzen** - im ersten Fall eher technische und im zweiten Fall diplomatische. Beides in einem Länderprogramm sicherzustellen ist eine Herausforderung.
- SolidarMed arbeitet mit Spendengeldern und Spender erwarten mit Recht einen möglichst wirkungsvollen und werterhaltenden Einsatz der gespendeten Mittel. Doch während es relativ einfach ist, einen Operationstrakt zu bauen, so kann es manchmal schwierig sein, Unterhalt und Wartung durch die Partner langfristig zu gewährleisten. Zur Werterhaltung der getätigten Massnahmen definiert SolidarMed deshalb innerhalb seiner Projekte, und vor allem im Infrastrukturbereich, regelmässig Massnahmen zum Aufbau oder Stärkung von Kapazitäten im Bereich Unterhalt und Wartung.
- Im Gegensatz zu dem was viele denken sind noch viele medizinische und entwicklungsstrategische Fragen offen. Mit Felderfahrung, langfristigen Partnerbeziehungen, Fachkompetenz und guter Vernetzung hat SolidarMed einen komparativen Vorteil beim Erwerb und bei der Vermittlung von Erfahrung und Wissen aus dem Feld. Der **Spagat zwischen Implementation im ländlichen Gebiet und Politikdialog auf nationaler Ebene** ist jedoch eine - oft auch geographische - Herausforderung und gelingt nicht immer.
- Die **Harmonisierung von Strategien** und Monitoring in regionalen, länderübergreifenden Programmen hat den Vorteil, dass Wirkung besser aufgezeigt und erfolgreiche Modelle regional repliziert werden können.

Aufgrund unterschiedlicher Inzidenz, Prävalenz und landesspezifischer Prioritäten hat diese regionale Standardisierung jedoch auch Grenzen.

- In den SolidarMed-Projektgebieten ist der Zugang zu Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten noch immer zu niedrig. Gleichzeitig besteht ein grosses Potential, diese Situation mit innovativen Strategien und neuen Technologien zu verbessern. **Behandlung und Vorbeugung** von Malaria, TB und HIV sind jeweils zwei Seiten der gleichen Medaille; ebenso die Integration und Dezentralisierung von Gesundheitsdienstleistungen.

4.1.2 Gesundheitspersonal

Schwerpunkte 2013-16	<ul style="list-style-type: none"> • Berufliche Ausbildung neuen Personals im Gesundheitsbereich • Verbesserung der Qualifikation bestehenden Personals durch Fort- oder Weiterbildung • Personalmangel in ländlichen Gebieten z.B. durch verbesserte Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten oder finanzielle Anreize • Einsatz innovativer Personal-Einsatzstrategien wie beispielsweise von sogenannten „non-physician clinicians“ oder „nurse-based treatment“ • Personalstrategien an der Schnittstelle zwischen formalem und informellem Gesundheitssystem, zum Beispiel Dorfgesundheitsberater • Bedarfsgerechte Personalverteilung • Akkreditierung und Lehrplanentwicklung
Beispiele von umgesetzten Massnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Aufbau von Kapazitäten von nationalen oder regionalen Ausbildungszentren, z.B. Pflegeschule Ifakara • Entwicklung und Akkreditierung neuer Ausbildungslehrgänge, z.B. Hebammenausbildung in Mpanshya/Sambia • Bau von Personalhäusern in Tansania, Mosambik oder Sambia • Pilotierung alternativer Finanzierungsmodelle für Personalwohnungen, zum Beispiel in Katondwe/Sambia • Aufbau nationaler Mentoring-Systeme, zum Beispiel in Lesotho • Begleitung von Task Shifting Strategien, zum Beispiel in Ancuabe/Mosambik • Einsätze externer Fachkräfte zur Ausbildung von lokalem Personal und zur Sicherung der medizinischen Grundversorgung, zum Beispiel in Lugala/Tansania • Weiterbildungen und Schulungen in allen Einsatzländern • Unterstützung der regionalen Vernetzung von Ausbildungsinitiativen, zum Beispiel das African Network of Associate Clinicians ANAC (http://associateclinicians.org/about-us/funding/)

4.1.2.1 Resultate

Ohne gut ausgebildetes, motiviertes Gesundheitspersonal können Patienten nicht behandelt werden - geschultes Personal ist für angemessene Gesundheitsversorgung eine der wichtigsten Vorbedingungen. Und ohne zusätzliche Anstrengungen in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal hätten weder die Fortschritte in den „Millenniumentwicklungszielen“ erreicht werden noch werden die „Nachhaltigen Entwicklungsziele“ erreicht.

Die Partnerländer von SolidarMed sind vom Personalmangel besonders hart betroffen: Während die WHO mindestens 25 Pflegefachkräfte pro 10'000 Einwohner fordert, kümmern sich in Mosambik, Tansania, Zimbabwe, Lesotho und Sambia nur **7 Pfleger um 10'000 Menschen** - bei den Ärzten sieht die Situation noch dramatischer aus. Im Vergleich: Einem Dorf mit 10'000 Einwohnern stehen in der Schweiz 174 Pflegekräfte zur Verfügung. Und genau wie in der Schweiz, so ist es auch im ländlichen Afrika eine Herausforderung, die Ärzte, Pfleger, Hebammen, Laboranten und Pharmazeutinnen zum Arbeiten in abgelegenen oder bergigen Gebieten zu bewegen.

Um die Personalsituation im Gesundheitsbereich zu verbessern, hat SolidarMed in der vergangenen Programmphase verschiedene Aspekte gleichzeitig berücksichtigt: **Berufsausbildung, Arbeits- und Lebensbedingungen, finanzielle Anreize, Massnahmen zum Personalmangel in ländlichen Gebieten, Personalverteilung,**

Aufgabenbeschriebe, Karrieremöglichkeiten, Standardisierung von Ausbildungsinhalten, Anerkennen von Diplomen, Weiterbildungschancen oder Qualitätssicherung – all diese Faktoren gehören zusammen und spielen eine wichtige Rolle. Im Jahr 2014 hat SolidarMed seine Schwerpunkte auf drei Bereiche gelegt, gemäß dem von der Organisation erarbeitenden Positionspapier:

- Ausbildung neuen Gesundheitspersonals
- Weiterbildung von Pflegern, Hebammen, Laboranten, Apothekern und Ärzten
- Personalarückhalt in ländlichen Gebieten

In der Umsetzung dieser Schwerpunkte hat SolidarMed von 2013-2015 dabei folgende konkrete Resultate erzielt:

- Zur verbesserten **Berufsausbildung neuen Gesundheitspersonals** hat SolidarMed Partnerschaften mit fünf Pflegeschulen und einem Universitären Studiengang gepflegt. Im Rahmen dieser Partnerschaften wurden die lokalen Institutionen in folgenden Bereichen unterstützt: Bauliche Maßnahmen für Schulung oder Unterkunft, Bereitstellung von Ausrüstung, Lehr- und Kommunikationsmitteln, Akkreditierungen auf nationaler Ebene, Zusammenarbeit mit anderen Bildungseinrichtungen, Aus- und Weiterbildung von Lehrkräften, Unterstützung von Lehrveranstaltungen, Entwicklung von Lehrplänen, Coaching der Schulverwaltung und Beratung der Spitäler, in denen die Auszubildenden ihre praktische Ausbildung absolvieren. Alle Pflegeschulen befinden sich im ländlichen Bereich, aus dem auch die Mehrheit der Studenten kommt. Die Erfahrung zeigt, dass die meisten der neu ausgebildeten Kliniker so im ländlichen Gesundheitssystem verbleiben. Zwischen 2013 und 2015 schlossen dank SolidarMed insgesamt 505 Pfleger/innen, Hebammen oder Hilfsärzte neu ihre Ausbildung zur medizinischen Fachkraft ab. Diese neu ausgebildeten Pflegefachleute verbessern die Gesundheit der Menschen in den Projektgebieten maßgeblich: Da sich gemäß WHO eine ausgebildete Pflegefachperson um die gesundheitlichen Bedürfnisse von etwa 1'000 Menschen kümmert, hat SolidarMed im vergangenen Jahr damit 505'000 Menschen neu den Zugang zu verbesserter Gesundheitsversorgung ermöglicht.
- Neben der Ausbildung neuen Personals lag SolidarMed aber auch die **Qualität von Behandlung** und Pflege am Herzen. Denn Pflegekräfte im ländlichen Afrika müssen alles behandeln was ansteht, von Notfällen über Geburtshilfe bis hin zu HIV - meist ohne Möglichkeit zur Überweisung an Fachspezialisten. Medizinische Qualitätssicherung und Weiterbildung sind für SolidarMed deshalb zentral. **Zehn Partnerinstitutionen als Ausbildungsspitäler** konnten deshalb von technischen Beratern profitieren, die SolidarMed zur Verfügung gestellt hat. Die Berater haben hierbei das klinische Mentoring lokaler Kollegen unterstützt, Kapazitäten gestärkt und Prozesse zur Verbesserung medizinischer Qualität begleitet.
- Daneben hat SolidarMed große Anstrengungen unternommen, um dem Gesundheitspersonal der Partnerinstitutionen Zugang zu **fachlicher Fortbildung** zu ermöglichen: Dank SolidarMed konnten zwischen 2013 und 2015 insgesamt 2'641 Pflegefachleute an einer Weiterbildung teilnehmen – mit positiver Auswirkung auf die Gesundheit der von diesen Pflegern betreuten 2'641'000 Patienten (WHO: 1'000 Patienten pro Jahr und Pfleger) - und auf die Motivation des Personals!
- Um der Personalabwanderung aus ländlichen Gegenden entgegenzutreten und ländliche Distriktspitäler als **Arbeitsstandorte attraktiver zu machen**, hat SolidarMed auch das Schaffen von Anreizen in Form besserer Arbeits- und Lebensbedingungen unterstützt. Finanzielle Anreize im ländlichen Gebiet wie zum Beispiel für Ärzte in Zimbabwe, Zugang zu Internet oder Elektrizität, Unterstützung mit Fachliteratur, Ermöglichung von Kongressbesuchen oder Austauschbesuche in europäischen Spitälern sind einige Beispiele aus den SolidarMed Programmen.
- Zusätzlich wurden Bedingungen dafür geschaffen, dass eine Arbeit von lokalem **Personal in abgelegenen Einrichtungen** überhaupt erst möglich ist: Die von SolidarMed zwischen 2012 und 2015 fertiggestellten 35 neuen Personalunterkünfte, 2 Klassenzimmer und ein Studentenwohnheim werden die Gesundheitspersonalsituation im ländlichen Gebiet nachhaltig verbessern.
- Neben diesen bewährten Strategien zur Verbesserung der Gesundheitspersonalsituation im ländlichen Afrika setzte SolidarMed in den vergangenen Jahren auch auf **Innovation und Wissensdialog**. Einige Beispiele: Beim Genfer Gesundheitsforum und der Jahreskonferenz der Hilfsarzt - Lehrkräfte in Philadelphia wurden lokale Erfahrungen international weitergegeben. Eine Machbarkeitsstudie „Public Private Part-

nership: ein Genossenschaftsmodell für Personalthäuser“ ist in Durchführung. Und eine Personaldatenbank für Graduierte in Sambia in Erprobung.

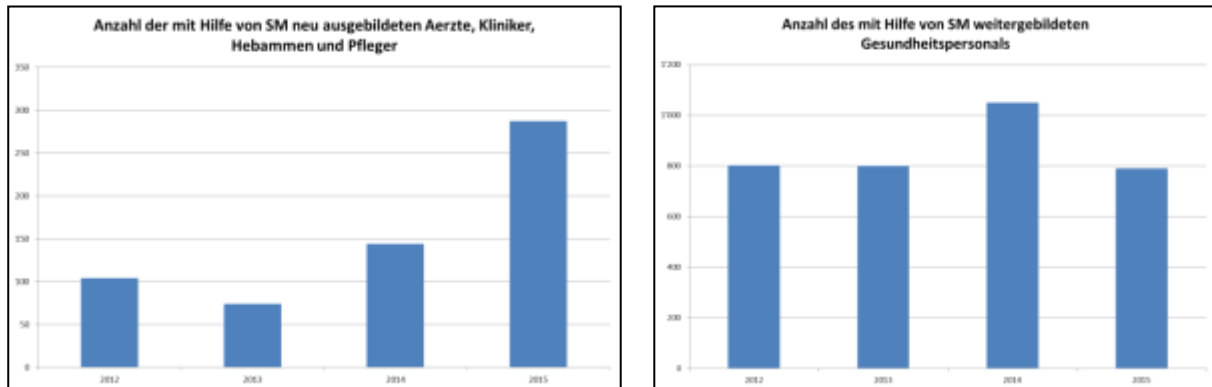


Abbildung 7: Anzahl des mit Hilfe von SolidarMed neu geschulten und weitergebildeten Gesundheitspersonals

4.1.2.2 Herausforderungen und Spannungsfelder

Im Themenbereich Gesundheitspersonal hat SolidarMed in den letzten Jahren da agiert, wo die meiste Wirkung erzielt werden konnte: Schulung, Weiterbildung, Aufbau von Kapazitäten und Innovation. Gleichzeitig gibt es aber natürlich auch Grenzen des Einflusses. Das SolidarMed-Positionspapier „Gesundheitspersonal“⁶ zeigt auf, wo und wie SolidarMed ansetzt, aber auch mit welchen Herausforderungen wir konfrontiert sind. Folgende Punkte können ergänzt werden:

- Das Thema „Gesundheitspersonal“ wird auch von anderen Bereichen der Gesundheitssysteme (Gesundheitsversorgung, Finanzierung, Informationssysteme, Gouvernanz, Technologie und Medikamente etc.) beeinflusst. SolidarMed besitzt im Bereich „Gesundheitspersonal“ Erfahrung und Kernkompetenz, in Teilaspekten auch eine deutliche Hebelwirkung und komparativen Vorteil. SolidarMed hat jedoch **unterschiedlichen Einfluss auf unterschiedliche Teilbereiche** des Themas (Training, Retention, Verteilung, Qualitätskontrolle etc.). Auf manche Bereiche hat SolidarMed gar keinen Einfluss, wie beispielsweise Tarifverträge für Angestellte im öffentlichen Dienst.
- Zusätzliches ausgebildetes **Gesundheitspersonal nützt nur dann, wenn es auch angestellt und bezahlt wird**. Dafür müssen Staaten Stellen und Geld zur Verfügung stellen. Ob sie dies in genügendem Ausmass tun, hängt von vielen Faktoren ab, politischem Willen, wirtschaftlicher Strategie, Einfluss multilateraler Organisationen wie Weltbank etc.
- **Mentoring, Coaching und unterstützende Supervision** sind oft effizienter und erfolgreicher als formale Weiterbildungen.
- Es gibt **mess- und kommunizierbare Quick-Wins** mit positiver, nachhaltiger und direkter Wirkung (z.B. Anzahl von Personalthäusern, Anzahl ausgebildeter Hebammen).
- Die **Wissensgrundlagen** für eine Anzahl alternativer Modelle zur Verbesserung der Personalsituation sind inkomplett. Beispiele sind: Aufgaben-Umschichtung („task shifting“), leistungsabhängige Bezahlung („pay for performance“), Einsatz Freiwilliger („lay workers“) oder Assistenz-Kliniker („non-physician clinicians“). Bei der Evidenzbeschaffung kann SolidarMed eine wichtige Rolle spielen.

4.1.3 Zivilgesellschaft und Gemeinden

Schwerpunkte 2013-16	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung von Community Health Worker-Systemen • Unterstützung lokaler Gesundheitsinitiativen und Initiativen zur Gesundheitspromotion
-----------------------------	---

⁶ Positionspapier Gesundheitspersonal, SolidarMed, 2011, http://www.solidarmed.ch/silvia/publikationen/sm_publications/2011_3_SolidarMed_publications_HR4H.pdf

	<ul style="list-style-type: none"> • Stärken der formalen Gesundheitsstrukturen auf Gemeindeebene • Stärkung informeller Gesundheitsdienstleister in den Gemeinden • Stärkung der Kapazitäten lokaler Gesundheits-NGOs
Beispiele von umgesetzten Massnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau und Zusammenarbeit mit Dorfgesundheitsgruppen • Pilotierung von Initiativen mit Gesundheitsarbeitern in den Gemeinden • Förderung von Plattformen zur Verwaltung von Gesundheitseinrichtungen • Einbindung traditioneller Geburtshelfer in nationale Strategien zur Müttergesundheit • Stärken von Verteilungssystemen für Moskitonetze, Kondome, Latrinen, Wasserstellen und Verbesserung der Zugangswege • Unterstützung von Selbsthilfegruppen von Patienten

4.1.3.1 Resultate

Gesundheit beginnt zu Hause - entsprechend ernst nahm SolidarMed in der vergangenen Programmphase die Vorbeugung in Familien, Gemeinden und Dörfern. Denn Krankheiten wie Durchfall, Malaria oder HIV kann man mit einfachen Mitteln vermeiden. Und, wenn man einmal krank ist, die Chance auf Heilung dadurch erhöhen, dass man sich richtig verhält. Doch viele Menschen haben weder sauberes Trinkwasser, noch Seife noch Moskitonetze. Und wenn sie krank sind, gehen sie nicht ins Spital sondern zum traditionellen Heiler.

- **Zugang zu Vorbeugung, Behandlung und Pflege** hängt von verschiedenen Faktoren ab. Der geographischen Erreichbarkeit (physischer Zugang), der Möglichkeit anfallende Kosten zu tragen (ökonomischer Zugang), der kulturellen und sozialen Akzeptanz (soziokultureller Zugang) und dem Vorhandensein qualitativ angemessener Dienstleistungen in den wichtigsten Bereichen der Gesundheitsversorgung („coverage“). Medizinische Grundversorgung hängt also nicht nur vom Angebot ab, sondern auch von den Möglichkeiten des Zugangs und damit der Nachfrage. Komplementär zur Stärkung von Gesundheitssystemen förderte SolidarMed deshalb verschiedene **Gesundheitsinitiativen auf Gemeindeebene**.
- Dies betrifft die **Verbreitung von Grundkenntnissen** (Beispiel: Was mache ich, wenn mein Kind Fieber hat?), Stärkung lokaler Initiativen zur Gesundheitsvorsorge (Beispiel: Wiegen und Impfen von Kindern), Behandlung in den Dörfern (Beispiel: Behandlung mit Salzflüssigkeit bei Durchfall) oder Initiativen zur verbesserten Erreichbarkeit der Kliniken (Beispiel: Fahrradambulanzen, welche von der Bevölkerung selbst unterhalten werden). SolidarMed setzt damit ein Positionspapier um, welches die Organisation intern definiert hat.
- Zwischen 2013 und 2015 hat SolidarMed zudem **2423 Gesundheitsberater ausgebildet oder unterstützt** (Weiterbildung, Ausrüstung, Coaching, Monitoring) und dadurch 121'150 Müttern und Kindern verbesserten Zugang zu gemeindenaher Gesundheitsversorgung ermöglicht.
- Doch auch die **zivilgesellschaftliche Vernetzung** war uns ein Anliegen, denn sie trägt dazu bei, dass Menschen Probleme erkennen, Lösungen finden, Rechte ausüben und an Gestaltungsprozessen mitwirken. Um Ungleichheit abzubauen und Verletzlichkeit zu verringern, unterstützt SolidarMed deshalb ausgewählte lokale Organisationen beim Auf- und Ausbau von Kapazitäten, finanziell, oder mit Ausrüstung. **831 Dorfgesundheitsgruppen** konnten im Berichtszeitraum an einer solchen Unterstützung profitieren.
- In Mosambik und Zimbabwe hat SolidarMed zudem **nationale Organisationen beraten, gestärkt und begleitet**.
- Dorfgesundheitsberater und zivilgesellschaftliche Organisationen verbessern für Arme und Schwache in ländlichen Gebieten den nachhaltigen Zugang zu denjenigen präventiven Mitteln, ohne die Gesundheit nicht erst erhalten werden kann: **Wasser, Seife, Moskitonetze oder Kondome** zum Beispiel. So wurden durch die von SolidarMed unterstützten Gemeinde-Gesundheitsstrukturen in den letzten drei Jahren beispielsweise 36'358 Moskitonetze und 4,09 Mio. Kondome verteilt.

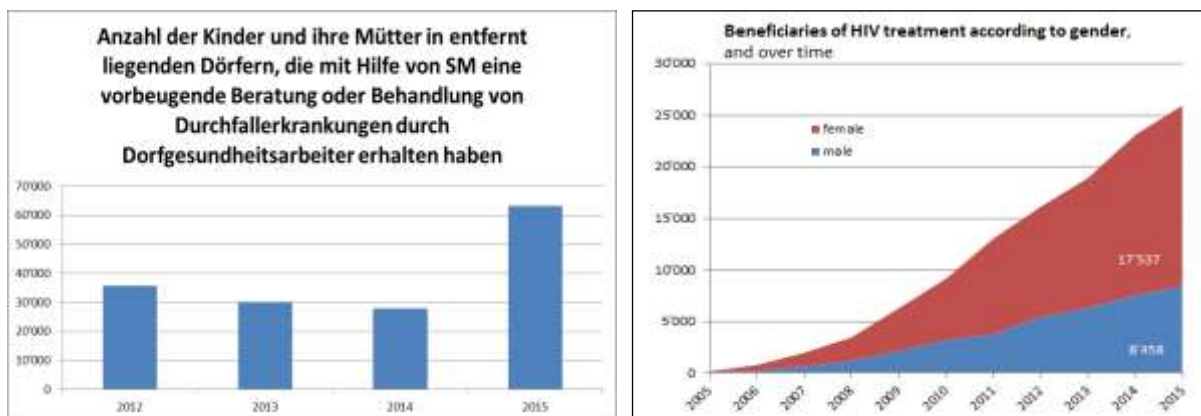


Abbildung 8: Dorfgesundheitsarbeiter spielen eine wichtige Rolle, um den Zugang zu Prävention und Behandlung zu verbessern. Das zweite Schaubild macht Geschlechtsungleichheiten deutlich. Mit seinen Projekten in den Gemeinden versucht SolidarMed sowohl Frauen wie auch Männer zu erreichen. Hier der Anteil von Frauen und Männern in den von SolidarMed unterstützten HIV Programmen.

4.1.3.2 Herausforderungen und Spannungsfelder

Auch im Bereich der gemeindenahen Gesundheitsversorgung gibt es viele Herausforderungen. Die wichtigsten davon sind:

- **Mikro- und Makroebene** bedingen sich gegenseitig: Gemeindeinitiativen ohne Politikdialog entfalten keine volle Wirkung; Politikdialog ohne Felderfahrung ist realitätsfern und abgehoben.
- Gemeindenaher Gesundheitsinterventionen ergänzen die Zusammenarbeit mit formalen Gesundheitssystemen sinnvoll, da ihr Wirkungsspektrum auch Ziele und **soziale Determinanten** umfasst, die von Gesundheitssystemen nur schwer erreicht werden, z.B. Krankheitsprävention, soziale Determinanten wie Wasser oder Bildung, **soziale Rechenschaftsstrukturen** oder zivilgesellschaftliche Vernetzung. In diesem Spektrum dürfen die Qualität der Arbeit und Kernkompetenzen jedoch nicht verloren gehen.
- Entwicklungsprozesse auf Gemeindeebene brauchen Zeit und müssen partizipativ gestaltet sein. Es gibt **wenige Quick-Wins**. Der nötige Einsatz an Zeit, Personal, Know-How und Finanzen kann ausserdem recht hoch sein.
- **Wirkung ist schwieriger zu messen** als bei krankheitsspezifischen Projekten, vor allem da es sich um langfristige und oft qualitative Veränderungen handelt. Monitoringsysteme und Methodologien sollten deshalb sowohl quantitative wie auch qualitative Elemente enthalten („mixed methods“) und die Begünstigten mit einbeziehen.
- Entwicklungsperspektiven hängen einerseits mit einer **Bereitschaft zu Veränderung** zusammen, aber auch von einer gewissen Vorentwicklung (Schulsystem, Zugang zu Elektrizität oder Radio etc.). Prioritäten wie von der Bevölkerung empfunden, den Behörden ausgedrückt und den Partnern erkannt stimmen nicht immer überein und können sich verändern. Gemeindeinitiativen müssen die entsprechende Balance finden, aber auch flexibel und adaptiv sein.

Weitere Herausforderungen und Spannungsfelder hat SolidarMed in seinem Positionspapier *Community Health* aufgearbeitet und ausführlich beschrieben.⁷

4.1.4 Fach- und Politikdialog

Schwerpunkte 2013-16	<ul style="list-style-type: none"> • Operative Feldforschung, Aufarbeitung von Erfahrungen, Schaffen empirischer Grundlagen • Wissens- und Erfahrungsaustausch sowie Politikdialog mit Partnern in den Ein-
-----------------------------	---

⁷ SolidarMed Positionspapier Community Health:

http://www.solidarmed.ch/silvia/publikationen/sm_publications/2010_2_SolidarMed_publications_CBHC.pdf

	<p>satzländern und über Netzwerke</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachdialog in nationalen und internationalen Fachgruppen wie IAS etc. • Unterstützung der anwaltschaftlichen Arbeit von Medicus Mundi und der Swiss Malaria Group • Gemeinsame Definition von Fach-Standpunkten zusammen mit anderen Organisationen • Beteiligung an Diskussionen über Themen der Entwicklungspolitik, sowohl im Süden als auch im Norden (Publikationen, Veranstaltungen, Ausstellungen, thematische Kampagnen, Mitarbeit in Fachgremien und Netzwerken) • Umsetzung Konzept „regionaler Austausch“
<p>Beispiele von umgesetzten Massnahmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Themenspezifische Veranstaltungen zum Politikdialog, z.B. zu Hepatitis B in Maputo • Vortrag zu Public Health Best Practices bei der Global Womens Research Conference in London oder FIGO Vancouver • Wissenschaftliche Artikel in Fachzeitschriften wie PLOS oder TMIH • Durchführung eines Forschungsvorhabens zu chronischen Erkrankungen zusammen mit der London School of Tropical Medicine in Zimbabwe. • Mitarbeit im Vorstand von Medicus Mundi und der Swiss Malaria Group, sowie (nur 2013/14) der Steuergruppe Aidsfokus • Unterstützung von Partnern, dass diese aktiver am Fach- und Politikdialog teilnehmen können • Regionaler Wissensaustausch zwischen Tansania und Ghana zu Community Based Health Initiatives • Teilnahme an Wissens- und Fachnetzwerken wie leDEA oder Kantonsspital Sankt Gallen • Zusammenarbeit mit diversen Universitäten (z.B. Masterarbeiten von Public Health Studenten aus Sheffield im SolidarMed Programm in Tansania) • Publikation von Felderfahrungen in politischen und themenspezifischen Plattformen (Zeitschriften, Tagungen, Kongressen etc.)

4.1.4.1 Resultate

Wenn heute jährlich 600'000 Menschen an Malaria sterben, dann liegt das nicht an fehlenden Tests, Medikamenten oder Mitteln zur Vorbeugung. Das Problem ist, dass die Menschen keinen Zugang zu den vorhandenen Mitteln haben, oder vorhandenen Zugang nicht nutzen. Was aber kann man tun, damit Kliniker moderne Tests und Medikamente zur Verfügung haben und einsetzen? Damit Menschen den Arzt aufsuchen und nicht den traditionellen Heiler? Damit Behandlungskosten nicht die Familienkasse ruinieren?

Komplexe Zusammenhänge, anspruchsvolle Fachfragen und ein dynamischer Kontext sind die Herausforderungen, unter denen die SolidarMed - Teams mit lokalen Partnern in den ärmsten Ländern der Welt Entwicklung fördern. Viele der dabei gestellten Fragen sind noch offen. Um zu deren Lösung beizutragen, setzt SolidarMed in **Zusammenarbeit mit lokalen und akademischen Partnern** regelmäßig Initiativen zur operativen Feldforschung um. Die Ergebnisse werden dann mit den Gesundheitsministerien der Partnerländer besprochen. Dieser **Fach- und Politikdialog** kann von SolidarMed deshalb erfolgreich geführt werden, weil die Organisation genügend medizinische und epidemiologische Fachkompetenz besitzt um die Erfahrungen methodologisch sauber aufzuarbeiten.

Zwischen 2013 und 2015 hat SolidarMed die Bereiche „angewandte Feldforschung“, „gemeinsames Lernen“ und „**Management von Programmzyklen**“ deshalb weiter gestärkt und zusätzliche Stellenprozente dafür bereitgestellt. Die Funktion des Fachverantwortlichen Forschung und Grundlagen wurde geschaffen, mit einem Epidemiologen besetzt und betrieblich verankert. Mehrere **Vorhaben zur Wirkungsforschung** wurden auf- oder umgesetzt, Beispiele betreffen die Diagnose von Tuberkulose, die Behandlung von Hepatitis B, die Verlaufskontrolle von HIV, das Vorkommen nicht-übertragbarer Erkrankungen oder die Auswirkung von finanziellen Anreizen auf die Benutzung von Spitälern. Im Rahmen von **Multi-Stakeholder-Partnerschaften** mit anderen Akteuren wurden hierbei in vielen Fällen interne und externe Kompetenzen kombiniert.

Gleichzeitig hat SolidarMed sein **internes Monitoringsystem** weiter standardisiert, das Datenmanagement im Bereich HIV angepasst, zahlreiche Weiterbildungen von SolidarMed Mitarbeitern und Partnern unterstützt und die Entwicklung des internen Konzeptes zum Wissensmanagement weitergeführt. Dieses soll 2016 in revidierter Form verabschiedet werden. Auch Masterarbeiten von Public-Health Studenten aus Sheffield wurden innerhalb der SolidarMed Programme erstellt.

Auch im Bereich des **Managements von Programmzyklen** hat SolidarMed weiterhin kontinuierlich alle Mitarbeiter geschult. Angewandte Standards und wohldefinierte Prozesse erlauben die volle Integration des systematischen Programm- und Wissensmanagements. Zwischen 2013 und 2015 wurden in diesem Bereich die sämtliche PPCM - Vorlagen überarbeitet und das PPCM Handbuch angepasst. SolidarMed wendet die üblichen Schritte im Management von Programmzyklen an; Stärken und Schwächen der Programme werden regelmäßig überprüft, Ziele und Strategien angepasst und weiterentwickelt. Für die Länderprogramme und das Gesamtprogramm gibt es logische Handlungsrahmen mit definierten Indikatoren, inklusive Kontextindikatoren.

Schließlich hat SolidarMed auch seine **Allianzen mit Netzwerken im Süden und Norden** gepflegt. Dabei gab es verschiedene Formen der Zusammenarbeit: Vom reinen Wissensaustausch z.B. mit EGPAF in Mosambik, über eine Koordination an internationalen Kongressen z.B. mit den Universitäten Bern und Basel bis hin zur gemeinsamen Projektimplementierung im Feld z.B. mit VSO in Sambia oder mit PSF in Tansania. Austausch und Dialog standen bei all diesen Aktivitäten immer im Vordergrund. Und auch anwaltschaftlich hat sich SolidarMed weiterhin eingebracht, und zwar im Vorstand von Medicus Mundi, der Steuergruppe bei Aidsfokus, im Vorstand der Swiss Malaria Group.

Zusätzlich hat SolidarMed auch an diversen **Fachtagungen und Kongressen** teilgenommen und seine Erfahrungen präsentiert. In den letzten drei Jahren hat SolidarMed 48 wissenschaftlich geprüfte Public Health Fachbeiträge publiziert, davon 13 Fachartikel, 14 Vorträge an internationalen Konferenzen und 21 Poster-Präsentationen. Damit hat SolidarMed auch maßgeblich dazu beigetragen, den Wissensstandort Schweiz im Ausland zu vertreten. Im politischen Austausch war auch die DEZA für SolidarMed ein wichtiger Partner. Die Zusammenarbeit mit den Kooperationsbüros in Maputo, Dar es Salaam und Harare verlief sehr konstruktiv, und verlieh SolidarMed ein zusätzliches Gewicht im nationalen Politikdialog.



Abbildung 9: (Links) SolidarMed Studie zu HIV Diagnose und einem Vortrag von SolidarMed an der Internationalen Aidskonferenz in Kuala Lumpur zur Wirkung von Patientengruppen bei Behandlung von chronischen Erkrankungen (Rechts).

Doch SolidarMed war zwischen 2013 und 2015 nicht nur um Vernetzung nach außen bemüht. Auch die interne Vernetzung, der Austausch zwischen den SolidarMed-Länderprogrammen war der Organisation wichtig: SolidarMed hat jährliche „**Face To Face Jahrestagungen**“ mit allen Länderkoordinatoren und ausgewählten Mitarbeitern durchgeführt. Dabei wurde beispielsweise ein Austauschbesuch mit der Abteilung für chronische Erkrankungen des Kantonsspitals Luzern durchgeführt, oder ein Workshop zum Thema Politikdialog. Und auch das SolidarMed - **Konzept zum regionalen Austausch** wurde weiter umgesetzt, mehrere regionale Austauschtreffen zum gemeinsamen Lernen fanden mit Beteiligung der staatlichen Projektpartner statt. Als Beispiele mögen ein Besuch der Tansanischen Delegation in Ghana zum Austausch über Best-Practices im Bereich Com-

munity Health oder ein Austausch zwischen Bildungseinrichtungen in Sambia und Tansania zur Berufsbildung von Gesundheitspersonal dienen.



Abbildung 10: (Links) Eine gemeinsame Delegation vom Gesundheitsministerium von Mosambik und SolidarMed besucht die Gynäkologenkonzferenz FIGO 2015. (Rechts) Planungstreffen in Zimbabwe mit den Universitäten Kapstadt und Bern sowie anderen NGOs zur Entwicklung einer HIV Forschungsagenda 2017-20.

4.1.4.2 Herausforderungen und Spannungsfelder

- Positive oder negative Auswirkungen unserer Programme können aus den Daten unserer Partner nur beschränkt herausgelesen werden, weil diese nur in qualitativ schlechter Form verfügbar sind und unser Einfluss auf das Distriktgesundheitsystem mittels einzelner Interventionen nicht umfassend ist. Gerade weil die **Datenbasis ungenügend** ist, benötigt gutes Programmmanagement ein waches Sensorium und einen selbstkritischen Ansatz, sowie vereinzelte „Tiefenbohrungen“ mittels parallel geführter Datenbanken oder Forschungsvorhaben (neben der allgemeinen Stärkung der Gesundheitsinformationssysteme). Zudem ist die konkrete Messung der Programmqualität manchmal schwierig, da zwischen Implementierung und Auswirkung auf Indikatoren manchmal sehr viel Zeit vergehen kann.
- Ein Instrumentarium zum Management von Programmzyklen ist eine Leitlinie, bei mechanischer Anwendung aber keine Garantie für erfolgreiche Programme. Um das „Richtige richtig“ zu tun, braucht es auch Erfahrung, Flexibilität, Kreativität und Innovation. **PPCM ist kein Zweck an sich, sondern ein Hilfsmittel**, um Programme gut zu managen, damit daraus erfolgreiche Resultate hervorgehen, die schlussendlich die Situation von benachteiligten Menschen langfristig verbessern. Erhebliche und unterschiedliche Anforderungen der Investoren und finanziellen Partner an das Berichtswesen führen zu einem erheblichen Zeit- und Ressourcenaufwand seitens der Projektmanager. Es besteht dadurch die Gefahr, PPCM mechanisch anzuwenden und nicht als Gelegenheit für Selbstreflektion und Evaluation der Programmtätigkeit zu nutzen.
- Auf der Ebene des Gesamtprogramms wurde viel erreicht, die systematische Begleitung und regionale Vernetzung kann jedoch noch verbessert werden. Wir haben zwar die Programmkoordinationskapazitäten im Süden angepasst – die Umsetzung der Stärkung der Koordinationskapazitäten hängt im Wesentlichen aber von den **Finanzierungsmöglichkeiten** ab und muss dieser Realität angepasst werden.

4.1.5 Die Programm - Outcomes

Erhalten von Gesundheit, Vorbeugen von Krankheit und medizinische Grundversorgung sind nicht nur Grundlagen für gute Gesundheit, sondern auch für gesellschaftliche Teilhabe und Entwicklung. Denn Gesundheit führt dazu, dass Menschen in Freiheit und Würde ihr Potential entfalten und zu gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Entwicklung beitragen können. Diese Möglichkeiten zur Verwirklichung lokalen Potentials sind in den SolidarMed Partnerländern sehr ungleich verteilt. Und diese Ungleichheit hat in der vergangenen Programmphase nochmals zugenommen, die Zahl der Armen blieb in den ländlichen Gebieten gleich, wenige Reiche wurden reicher. SolidarMed hat mit seinen Interventionen deshalb gezielt **Randgruppen, Schwache und Benachteiligte in den Mittelpunkt** gestellt: Kinder, Schwangere, Betroffene mit Krankheiten wie HIV, Tuberkulose oder Malaria. Und für diese Gruppen seine Programme schlussendlich auch umgesetzt.

Dabei hat SolidarMed viel geleistet und Ergebnisse erzielt, Spitäler aufgebaut, Labors ausgerüstet, Studien durchgeführt, lokale Organisationen unterstützt. In den vorstehenden Kapiteln haben wir über diese Ergebnisse berichtet, und zwar in Form der Output – Indikatoren. Diese Indikatoren zeigen das was wir im Bereich der Grundversorgung, des Gesundheitspersonal, der Zivilgesellschaft und im fachlichen, gesellschaftlichen und politischen Dialog erreicht haben.

SolidarMed handelt jedoch letztendlich um die **Gesundheit der Menschen zu verbessern**. Wir haben deshalb drei Ziele formuliert, welche direkt die Gesundheit betreffen, die Gesundheits-Outcomes unserer Programme:

- Die Gesundheit von Kindern in den Programmgebieten ist verbessert.
- Die Gesundheit von Schwangeren, Müttern und Neugeborenen in den Programmgebieten ist verbessert.
- Die Krankheitslast durch Malaria, HIV, TB und andere Krankheiten in den Programmgebieten ist reduziert.

Auf Ebene der Outcomes hat SolidarMed zwischen 2013 und 2015 die folgenden **Resultate erreicht**:

- **54'537 Episoden Malaria** in Kindern unter 5 Jahren konnten in den letzten 4 Jahren verhindert werden⁸
- **25'995 Patienten haben überlebt**, weil sie lebensrettende antiretrovirale Medikamente erhalten. Ihre Immunabwehr stieg um 120% in den lebensrettenden normalen Bereich⁹.
- **188'839 Schwangere** konnten ihre Kinder unter medizinischer Begleitung sicher zur Welt bringen und hatten zusammen mit ihren Kindern Zugang zu professioneller Notfallversorgung¹⁰.
- **4'831 Säuglinge leben**, weil eine Ansteckung des HI-Virus von ihrer erkrankten Mutter vermieden wurde
- **505'000 Patienten** im ländlichen Raum konnten medizinische Dienstleistungen und qualifizierte Behandlung im Krankheitsfall neu in Anspruch nehmen.
- **121'150 Kinder** und ihre Mütter erhielten eine vorbeugende Beratung oder Behandlung von Durchfallerkrankungen durch Dorfgesundheitsarbeiter
- **30'999 Menschen** im ländlichen Gebiet haben einen positiven HIV Test gemacht und dadurch die Chance erhalten, ihre Erkrankung zu behandeln.
- **2'641'000 Patienten** erhielten eine bessere Behandlung durch weitergebildetes Gesundheitspersonal.
- **71% der Patienten** mit chronischer Behandlung¹¹ verblieben nach 2 Jahren zuverlässig im Therapieprogramm
- Gesamthaft hat SolidarMed die **Gesundheit von 1,5 Millionen Menschen** im ländlichen Afrika verbessert

⁸ Wir gehen von 3 Malaria Episoden pro Kind und Jahr und einem protektiven Effekt verteilter Netze von 50% aus. Pro Netz haben wir nur ein Kind gerechnet, obwohl in Wirklichkeit häufig mehrere Kinder gleichzeitig ein Netz benutzen.

⁹ nach 30 Monaten von 185 auf 409 Zellen pro ml

¹⁰ Beispiele sind aktive Begleitung der Geburt, Gabe von Mg-Sulfat bei Eklampsie, Behandlung von Hämorrhagie, Bluttransfusion etc. Mehrlinge sowie die geringe Anzahl der institutionellen Totgeburten sind nicht eingerechnet.

¹¹ Hier im Falle lebenslanger Einnahme antiretroviraler Medikamente

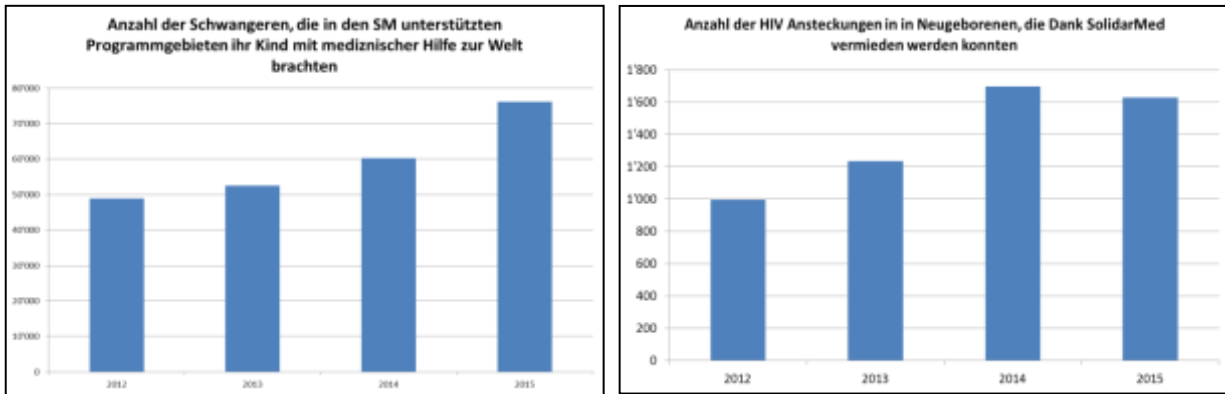


Abbildung 11: Das Monitoringsystem von SolidarMed erlaubt es, Indikatoren pro Jahr und über die Zeit festzuhalten, und somit auch Tendenzen zu verdeutlichen. Bei vielen Wirkungsindikatoren beobachtet SolidarMed einen Anstieg über die Zeit. Dieser ist zu einem grossen Teil den SolidarMed Programmen zu verdanken; aber positive Umweltfaktoren spielen selbstverständlich auch eine Rolle. Hier beispielsweise zu institutionellen Geburten oder verhinderten HIV Infektionen.

Fast noch wichtiger als diese quantitativen Outcomes sind die **qualitativen Outcomes**, die auch in den Jahresberichten für die DEZA immer wieder geschildert wurden.

Beispielhaft sei hier **eine Begebenheit aus Tansania** aufgeführt, aus dem Jahr 2015. Sie wurde von einem technischen Berater aufgezeichnet, der sich um den Aufbau der chirurgischen Kapazitäten im Spital kümmert:

„Bei seiner Geburt im Juni 2015 hatte Flavian ein Gewicht von weniger als 1200 Gramm. Hier im entlegensten Winkel des ländlichen Ostafrika überleben in der Regel Kinder solch geringen Geburtsgewichts nicht, selbst wenn sie im Spital geboren werden. In diesem Kontext von Armut und äusserst begrenzter Ressourcen steht eine neonatologisch-apparative Einrichtung selbstverständlich nicht zur Verfügung.

Dabei war das niedrige Geburtsgewicht des zu früh geborenen Kindes nicht einmal das seinem Überleben entgegenstehende Hauptproblem. Das Kind hatte eine monströse Aussackung seines Schädelinnenraumes am Hinterkopf – eine „Encephalocele“ („Hirnbruch“).

Als wäre alles, was eine denkbar schlechte Prognose ausmachen könnte, nicht bereits gegeben, so begann sich zu allem Übel die den ‚Hirnbruch‘ bedeckende Haut rasant zu entzünden, binnen zweier Tage eiterte und verjauchte sie. Der üble Geruch, der sich mit dem Zustand entwickelte konnte als letzter Vorbote des Todes angesehen werden. Das Schicksal des Kindes erschien besiegelt.

Selbstverständlich erhielt das Kind alle Pflege, die unter unseren gegebenen Umständen möglich war. So erhielt es beispielsweise die exprimierte Milch seiner Mutter über eine Magensonde, da es zu schwach war um selbst zu saugen. Aber selbst Muttermilch und Känguru-Methode - das nackte Kind in einem Tuch auf der nackten Körperhaut seiner Mutter getragen, um es warm zu halten und seine Lebenssinne anzuregen -, Wundversorgung und antibiotische Abdeckung hatten wegen der verjauchenden Monstrosität am kindlichen Kopfe kaum mehr als den Charakter eines verzweifelten Versuchs dem unabwendbar Erscheinenden ein verzweifeltes ‚Trotzdem‘ entgegen zu schleudern.

An eine Überweisung war nicht zu denken. Die nächste Möglichkeit eines neurochirurgischen Eingriffs hätte in Dar es Salaam bestanden. Die Eltern des Kindes waren arm und konnten nicht lesen. Sie waren noch niemals in ihrem bisherigen Leben über die Distriktstadt hinausgekommen. Sie kannten niemanden in Dar es Salaam, der sich in der Grossstadt ihrer hätte annehmen und der sie durch das Dickicht des Komplexes des nationalen Spitals hätte führen können. Sie hatten keine Lobby dort. Ohnehin hätten sie sich erst für die Fahrt organisieren, vor allem aus dem Kreis ihrer erweiterten Familie die nötigen finanziellen Mittel erbetteln müssen, damit hätten sie weitere Zeit verloren und sie hätten zwei weitere Tage gebraucht, um in Dar es Salaam anzukommen. Es war nicht anzunehmen, dass das Kind die Hauptstadt lebend erreicht hätte. Dann hätte die Familie wertvolle

Ressourcen verbraucht, sich bei der Verwandtschaft verschuldet und sie wäre mit einem toten Kind zurückgekehrt.

Trotz grosser im Lugala Spital erzielten Fortschritte in Infrastruktur, Ausrüstung und Kapazität des lokalen Teams lag der Gedanke, den ‚Hirnbruch‘ unter der eingetretenen und beschriebenen Situation zu operieren zunächst fern, da die Rahmenbedingungen für einen anzunehmenden Operationserfolg denkbar schlecht waren. Das ärztliche Kollegium, Schwestern, Hebammen und Eltern jedoch änderte seine Meinung und beschloss - nach einem ausführlichen Gespräch mit den Eltern – die Operation durchzuführen. Gott würde helfen – so oder so, meinten die Eltern.

Eine Schwester sass auf dem Operationstisch und hielt das Kind während der Operation aufrecht auf ihrem Schoss: in anderer Lage hätte es bei der unvermeidlichen Eröffnung des Schädelinnenraumes seine gesamte Hirnflüssigkeit verloren. Die Operation ging regelrecht von statten, allerdings lag die Hauptherausforderung bei der Anästhesie: denn auch die Lunge des viel zu früh geborenen Kindes war noch nicht reif und die Narkose stellte in diesem Zusammenhang eine weitere Belastung dar: Während der Operation kam es sieben Mal zu einem Atemstillstand – und insgesamt neunzehn Mal im Verlaufe der folgenden beiden Tage.

Auf jede Einzelepisode eines Atemstillstandes wurde von der Anästhesieschwester angemessen reagiert. Allerdings war ihr Versuch das Kind zu intubieren und so seine Atemwege und die Beatmung zu sichern fehlgeschlagen. Das Kind wurde mit dem Atembeutel beatmet und auf diese Weise jedes Mal wiederbelebt. Die Narkoseschwester gab nach dem soundsovielten Wiederbelebungsversuch auf, nachdem das Kind keine Anstalten machte, wieder mit der Atmung einzusetzen und spontan zu atmen. Nur einige jüngere Schwestern und Schwesternschülerinnen gaben sich unbeirrt. Setzte die Atmung des Kindes aus, so setzten sie mit der Beatmung mittels Beutel ein. Und wenn nach einem erneuten Versuch die Beatmung auszusetzen die Atmung des Kindes wiederum nicht spontan einsetzte, so wechselten sie sich ab und beatmeten es weiter, unermüdlich. Ein Neugeborenes von weniger als 1200 g mit dem Beutel zu beatmen ist nicht so ganz einfach und bedarf gewisser Erfahrung, sonst bläst man einen Gutteil der Luft statt in die Lunge in Magen und Darm. Dort aber hilft sie nicht. Auf der anderen Seite besteht durch ungeübte Hände gerade bei einem so kleinen Kind die Gefahr der Überblähung der Lunge.

Wir waren besorgt und sagten uns, dass die beste Operation bisweilen diejenige ist, die man unterlassen hat. Denn sollte das Kind tatsächlich und schlussendlich überleben, was mir mit jedem Atemaussetzer unwahrscheinlicher erschien, so würde es kaum ohne Hirnschaden davon kommen, denn wir konnten uns kaum vorstellen, dass die Sauerstoffzufuhr in allen atemlosen Phasen unmittelbar, kontinuierlich und effektiv erfolgt war.

Die Operation war zu Ende. Das Kind wurde noch eine Zeit lang bei wiederholten Atemaussetzern im Operationsraum betreut und letztlich zurück auf die geburtshilfliche Abteilung gebracht. Dort bestand das Problem fort. Zwei Nächte und zwei Tage hindurch. Aber es erschien so, als hätten sich Schwestern und Schwesternschülerinnen von Anbeginn an dafür entschieden, dass dieses Kind überleben sollte und in dieser Auffassung wollten sie sich offensichtlich nicht widerlegen lassen. Das widersprach dem, was man in Afrika so oft erfährt. Für viele Menschen hier stellt hohe Sterblichkeit eine säkulare Erfahrung dar. Man akzeptiert eine weitgehend chancenlose Situation, zumal wenn es sich um ein Frühgeborenes - noch dazu um eines mit zusätzlichen vitalen Problemen – handelt, ohne weiteres: auf pragmatischer Weise und unter Verzicht auf irgendwelche, meistens erfolglose Maximalanstrengungen.

Es nahm Wunder, aber letztlich überlebte das Kind.

Flavian ist inzwischen ein sechs Monate alter, offensichtlich gesunder und lebensfroher Säugling mit glücklichen Eltern.

Die Geschichte lehrt vieles, ein Aspekt aber ragt heraus:

Seit vielen Jahren versucht SolidarMed, im Rahmen der Zusammenarbeit mit lokalen Partnern professionelles technisches Wissen zu vermitteln. Häufig stellt sich Fortschritt in gewünschter Weise aber nicht etwa deshalb nicht ein, weil dieses Wissen nicht übernommen würde, sondern weil das lokale, materiell schwache und fragmentierte Gesundheitssystem Einsatz und Verantwortung des Einzelnen nicht unterstützt und belohnt, und Rechenschaft nicht einfordert. Ohne Frage ist technisch-formales Fachwissen vergleichsweise leichter aufzubauen. Engagement, Empathie und Verantwortung sind schwerer zu adressieren, machen aber den Kern dessen aus, was wir unter „Partnerschaft“ verstehen und gleichfalls zu vermitteln versuchen. In diesem Fall waren wir erfolgreich, wie dieses Beispiel eindrücklich zeigt.



Abbildung 12: Photo von Flavian mit seinen Eltern im Dezember 2015

4.1.6 Stärken und Schwächen

Stärken:

- Seine **Kompetenz im Fachbereich** hat SolidarMed kontinuierlich ausgebaut und bietet seinen Partnern vor Ort deshalb einen Mehrwert. Auch in der Schweiz und international ist SolidarMed fachlich bei den führenden Organisationen und kompetitiv.
- Die **Erfolgsbilanz der vergangenen Programmphase** ist deutlich sichtbar. Wirkung hat SolidarMed nicht nur erzielt sondern auch gemessen und extern überprüfen lassen.
- Durch **langfristige Projekte und Partnerbeziehungen** auf Augenhöhe ist SolidarMed ein anerkannter und respektierter Entwicklungspartner in den Einsatzländern.
- Alle Länderprogramme bestehen aus komplementären Projekten, in Kohärenz mit nationalen Entwicklungszielen. Der **programmatische Ansatz** ermöglicht Synergien, potenziert Wirkung und generiert wichtige Feld-Erfahrungen. Kohärenz und ein programmatischer Ansatz sind im Übrigen auch Voraussetzungen für Nachhaltigkeit und Skalierung.
- Das bisherige Rollenmodell (Implementierung über Partner) hat sich als richtig und wichtig erwiesen, ist von Spannungsfeldern (**Fordern und Fördern**) jedoch nicht frei.
- Unter Einbezug des lokalen Kontextes und deshalb in unterschiedlicher Ausprägung gründen alle Länderprogramme auf einer gemeinsamen **strategischen Ausrichtung**.

Schwächen:

- SolidarMed kann seine Fachkompetenz in den Bereichen **Finanzierung von Gesundheitssystemen** und Gesundheitsinformationssystemen noch ausbauen.
- Langfristige Partnerschaften haben viele Vorteile, bringen jedoch auch die **Gefahr von Abhängigkeit** und Passivität. SolidarMed kann die Zusammenarbeit mit Partnern strukturell noch besser untermauern.

- Es ist nicht möglich, mit gleichem Intensitätsgrad auf Distrikt- und Politikebene (**Mikro und Makro**) zu agieren. Partnerschaften sind deshalb umso wichtiger. Gleichzeitig kann nicht alles an Implementierungspartner delegiert werden kann.
- Um ein qualitativ hochstehendes, schlankes Kernprogramm in 5 Ländern zu implementieren benötigt SolidarMed eine **sichere Kernfinanzierung**. Diese ist vorhanden und verlässlich, befindet sich jedoch an der unteren Grenze, was Einwicklungsspielräume und Flexibilität einschränkt.
- Aufgrund **schwacher Gesundheitsinformationssysteme** kann Wirkung im Gesundheitsbereich in Afrika nur auf Output-Ebene oder im Rahmen von Forschungsprogrammen zuverlässig gemessen werden. SolidarMed kann sein Wirkungsmodell mittels Modellierung jedoch so weiterentwickeln, dass Wirkung auf Outcome – Ebene berechnet wird.

4.2 Öffentlichkeitsarbeit Schweiz und Liechtenstein

Schwerpunkte 2013 – 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung durch Publikationen zu Gesundheitsthemen (Altern, Kinder etc.) • Themenspezifische Kampagnen • Medienarbeit • Öffentliche Vorträge durch Fachleute oder Botschafter • Sensibilisierung durch soziale Medien • Informationsarbeit über den Verein und Vorstand mit Multiplikationswirkung • Teilnahme an Fachanlässen
Beispiele von umgesetzten Massnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Newsletter „SolidarMed aktuell“ • Lancierung des e-Newsletters • Drei thematische Sensibilisierungskampagnen • Strassenaktionen und Anlässe wie Afropfingsten etc. • Drei grosse Medienreisen in Projektgebiete mit VIP-Botschafter/innen • Sechs öffentliche Diashows mit Botschafter Nik Hartmann • Fachvorträge z.B. mit Marcel Tanner oder Peter Hellmold

4.2.1 Resultate

a) Veröffentlichungen

Viermal jährlich veröffentlicht SolidarMed das Magazin «**SolidarMed aktuell**» das exemplarisch Herausforderungen der Projektarbeit thematisiert und aufzeigt, wie SolidarMed darauf reagiert. Mit einer Auflage von 14'000 Exemplaren thematisiert SolidarMed dadurch aus eigener Kraft Themen, die medial sehr wenig Beachtung finden. Das Magazin dient ausserdem dazu, Zusammenhänge zu vermitteln, die sonst nicht so leicht erkannt werden. Beispiele sind Lungenentzündung oder Zugang zu Gesundheitsversorgung. Wir bemühen uns dabei immer, fachlich anspruchsvolle Zusammenhänge auf eine einfache und verständliche Art und Weise darzustellen und zu illustrieren. In der vergangenen Programmphase wurden Inhalt und Design laufend weiterentwickelt und grafisch erneuert.



Weitere Publikationen dienen dem Sammeln von Spenden, sie enthalten jedoch bei SolidarMed stets einen inhaltlichen, informativen Teil über die Gesundheitssituation im südlichen Afrika, da die Spender/innen letztlich auch über Afrika und die Gesundheitssituation informiert werden sollen.

b) Sensibilisierungskampagnen

Neben der Programmarbeit im Süden ist es eines der erklärten Ziele, die Schweizer und Liechtensteiner Bevölkerung **für die gesundheitlichen Anliegen der Menschen in Afrika zu sensibilisieren**. Der Schwerpunkt der jährlichen Kampagne liegt bewusst nicht auf Fundraising, sondern auf Sensibilisierung.

SolidarMed verfügt über ein vergleichsweise kleines Budget für solche Kampagnen. Entsprechend verzichtete SolidarMed in den vergangenen Kampagnen auf kostspielige Plakataktionen oder TV-Spots. SolidarMed setzte jedoch auf **kostengünstige, kreative und freche Aktionen** die genügend Innovation beinhalten, um mediale Aufmerksamkeit zu generieren und auch ein jüngeres Zielpublikum ansprechen. Hier einige Beispiele:

2013 Laut gegen stille Katastrophen

SolidarMed rückt mit der Kampagne «Laut gegen stille Katastrophen!» diese vergessenen Katastrophen ins öffentliche Interesse. SolidarMed klemmte „Knatterkarten“ an abgestellte Fahrräder in 35 Städten. Die Karten assoziierten auf den ersten Blick die Erinnerung an die «Velomotoren», mit denen Kinder ihr Velo mit Motorengeräuschen aufrüsten, um laut Motorenknattern zu imitieren.



Abbildung 14: Laut gegen stille Katastrophen

Auf einer Seite der Spielkarte stand gut sichtbar «Laut gegen Stille Katastrophen!» Dazu das Beispiel einer der tödlichsten Krankheiten, die von der Weltöffentlichkeit wenig beachtet wird.

2014 Erinnern Sie sich an Ihre Kindheit?

Bei der Kampagne 2014 verteilte SolidarMed Scherzkissen mit individuellem Gewinncode. Dem Artikel war ein Claim aufgedruckt, um die Aufmerksamkeit zu gewinnen, verwies auf eine Gewinnchance und wurde ohne Absender verteilt. Erst wer der aufgedruckten URL folgte, erfuhr von dem Anliegen von SolidarMed und kam mit dem Thema Kindersterblichkeit in Kontakt.



Abbildung 15: Scherzkissen

Die Response-Rate wurde nicht an der Anzahl Website-Besuche gemessen, sondern an den eingetippten Codes, die sich auf dem Kissen befanden. Diese Rate war gemessen an 5'900 verteilten Giveaways bei 20,19 Prozent, was einen enorm hohen Wert darstellt. Das zeigt, dass das auffällige, sinngeladene Kissen eine hohe Akzeptanz fand und die Leute neugierig machte und insgesamt 1'189 Personen den Code eintippten.

2015 Stichtag 2.0

Nach einer Analyse der vergangenen Kampagnen entschied SolidarMed, die wirksamste der vier vorangegangenen Aktionen zu optimieren und auszubauen. So gab es 2015 zusätzliche «Stichtage» an denen SolidarMed die Pendler/innen der jeweiligen Stadt vor Malaria warnte. In den frühen Morgenstunden flimmerte die rote, plakative Warnung in hoher Kadenz über die Bildschirme im jeweiligen Bahnhof. Die zweideutige Aussage ergab erst dann einen Sinn, wenn die «Gestochenen» anschliessend den Malaria-Sticker auf ihrer Kleidung oder Tasche fanden.



Abbildung 16: Stichtag

Der Sticker bildete den Kern der Aktion. Heimlich schlichen «SolidarMed-Mücken» um die Bahnhöfe und «stachen zu» wo sie konnten: Der Sticker – kreisrund und blutrot – verwies darauf, dass man «erwischt» wurde und dennoch Glück gehabt hat. Zur Motivation die angegebene Website stichtage.ch zu besuchen, war jeder Sticker mit einem Gewinncode bedruckt. 13 Prozent der «Gestochenen» wurden neugierig und surfen per Telefon oder am Computer auf die Microsite, wo sie ihren Gewinncode eintippten. Dabei erfuhren sie die Auflösung der Aktion: «In Afrika wären Sie jetzt mit Malaria infiziert, hier können Sie nur gewinnen.» Die Dramaturgie des Wettbewerbs sensibilisierte die Spielenden. Erfreulicherweise gab es auch kaum Reklamationen wegen der „Beklebung“ mit dem Sticker. Wer mitmachte wusste fortan, dass Malaria eine der tödlichsten Krankheiten der Welt ist und Engagement dringend nötig.

c) Öffentliche Vorträge

SolidarMed veranstaltete in der vergangenen Programmphase diverse **öffentliche Veranstaltungen** mit dem Ziel, Ursachen, Zusammenhänge und Probleme im Gesundheitsbereich zu thematisieren und Lösungsansätze aufzuzeigen. So fanden unter anderem Anlässe in Zürich, Schaan und Luzern statt. SolidarMed-Experten wie Dr. Otto Schoch, Dr. Niklaus Labhardt, Dr. Markus Frei oder Dr. Peter Hellmold, aber auch Partner wie **Prof. Marcel**



Abbildung 17: Vortrag Nik Hartmann

Tanner und Mitarbeiter von SolidarMed ermöglichten einer interessierten Öffentlichkeit einen fundierten Einblick in ihre Arbeit.

In seiner Rolle als Botschafter für SolidarMed stellte sich der bekannte **Moderator Nik Hartmann** in sechs Schweizer Städten neben seine eindrücklichen Fotos von seinen Projektbesuchen und erzählte dem Publikum von seinen Eindrücken mit dem Schwerpunkt auf den gesundheitlichen Herausforderungen und dem Alltag der Menschen im ländlichen Afrika.

d) Sensibilisierung über die Medien

Aus den oben genannten Aktivitäten resultierte mehrfach mediale Aufmerksamkeit, was die Reichweite vervielfachte. Besonders grosse Erfolge waren die Titelstory in der **Schweizer Illustrierten** sowie eine dreiteilige Dokumentation von einer VIP-Reise nach Sambia. Die Sensibilisierungskampagnen lösten die Aufmerksamkeit der regionalen Zeitungen und Radiostationen aus.

Nicht zu unterschätzen ist auch der Wert der prominenten Botschafter/innen als Multiplikatoren in den **sozialen Medien**. Die drei Botschafter/innen von SolidarMed haben alleine auf Facebook insgesamt 611'000 Fans, die ihren Einträgen folgen. Daraus resultierten in den vergangenen Jahren mehrmals Reichweiten von über 200'000 Personen, was der Auflage sämtlicher Schweizer Tageszeitungen (ausser 20 Minuten) übertrifft.

4.2.2 Herausforderungen und Spannungsfelder

- Das revidierte **Konzept zur Sensibilisierung** wird besser definieren, wie die Öffentlichkeitsarbeit mit den Anliegen der Anwaltschaft in Bezug steht und wo eine Abstimmung mit den internationalen Programmen noch kongruenter gestaltet werden kann. Dies wird auch der thematischen Systematisierung zu Gute kommen.
- Die Resultate des neu geschaffenen **Bereiches «Operational Research»** fanden bisher nur vereinzelt Eingang in die allgemeine Kommunikation. SolidarMed generiert durch diesen neuen Bereich Wissen, das an Verantwortliche in Politik und Fachwelt weitergegeben wird, aber auch für bisher nicht berücksichtigte Zielgruppen in der breiteren Bevölkerung relevant sein kann. Für die breite Öffentlichkeit kann dieses Fachwissen noch besser aufgearbeitet werden.
- In der vergangenen Programmphase wurden bewährte Massnahmen der kostengünstigen Breitenwirkung optimiert. Hier besteht sicherlich noch Potential, gerade mit Hinblick auf die sich verändernde Medienlandschaft und **neue Kommunikationswege**. So können bereits erschlossene Personenkreise erweitert werden. Um gänzlich neue Bevölkerungsgruppen anzusprechen und SolidarMed einer breiten Bevölkerung bekannt zu machen, bedürfte es mehr finanziellen Mittel und teils auch Ressourcen für die Kommunikation.
- Sicherlich ist auch der Bezug von **Sensibilisierung und Fundraising** ein Spannungsfeld. SolidarMed wendet in seinem Programm Schweiz deshalb die Empfehlungen des ZEW Leitfadens zur Abgrenzung der beiden Bereiche an, was sehr hilfreich ist.

4.2.3 Stärken und Schwächen

Stärken:

- SolidarMed verfügt über ein klares Profil und über eine klare inhaltliche Positionierung
- Das Bündel von Sensibilisierungsmassnahmen ist wohl definiert und validiert
- Mit innovativen Kampagnen und durch den Einsatz von bekannten Persönlichkeiten hat sich SolidarMed positioniert und Gehör verschafft
- Kostengünstige Kanäle der neuen Medien nutzt SolidarMed professionell mit geringem finanziellen Aufwand
- In Schweizer medizinischen Zirkeln verfügt SolidarMed über eine Vertrauensbasis, Glaubwürdigkeit und Verankerung
- Als aktives Mitglied von Netzwerken (z.B. MMS, Swiss Malaria Group, AidsFocus) wirkt SolidarMed bei Sensibilisierungsaktivitäten mit und bringt seine Expertise ein

Schwächen:

- Geringer Bekanntheitsgrad in der breiten Bevölkerung erschwert eine breite Sensibilisierung ohne hohen finanziellen Aufwand
- Sensibilisierungsaktivitäten folgen einem Jahresplan, sind über langfristige Zyklen jedoch noch nicht konzeptionell hinterlegt. Das sich in Überarbeitung befindliche, aber noch immer gültige Kommunikationskonzept ist etwas allgemein gehalten
- Bei der gegebenen Grösse kann SolidarMed nur begrenzt breitenwirksam kommunizieren. Entsprechend

klar müssen die Zielgruppen definiert sein um bei diesen eine hohe Wirkung zu erzielen

4.3 Institutionelle Entwicklung

<p>Schwerpunkte</p>	<p>Strategie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Verabschiedung der langfristigen strategischen Orientierung der Gesamtorganisation • Entwicklung und Verabschiedung der Länderstrategien 2015-17 aller fünf Länderprogramme • Beginn eines Prozesses zur Prüfung einer gesamtorganisatorischen Zusammenarbeit/Fusion mit andern Schweizer Entwicklungsakteuren <p>Gouvernanz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Rollen, Aufgaben und Kompetenzen zwischen Vorstand und Geschäftsstelle sind in der Geschäftsordnung klar definiert und dokumentiert. • Die Geschäftsordnung und Gougernanzprinzipien richten sich nach den ZEWO Standards und wurden überarbeitet. • Risikomanagement und internes Kontrollsystem (IKS) wurden umgesetzt und kontinuierliche verbessert. • Der Vorstand als oberstes strategisches Gremium wurde weiter gestärkt (Aufgabenbeschriebe, Kontinuität und Wechsel etc.). • Die Geschäftsleitung wurde 2015 neu besetzt. <p>Prozessmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das QM-System wurde kontinuierlich weiterentwickelt und institutionell besser eingebunden. Alle wichtigen Führungs-, Kern- und Supportprozesse sind im Organisationshandbuch dokumentiert und im Intranet publiziert. Prozesse mit Optimierungspotential wurden regelmässig aktualisiert, weiterentwickelt und im Organisationshandbuch (OHB) verankert. • Die Geschäftsprozesse werden laufend auf ihre Effizienz und auf die Bedürfnisse der Anspruchsgruppen überprüft, die Prozessführung ist etabliert. Das kontinuierliche Verbesserungsmanagement ist betrieblich integriert. • Die Strukturen sind der Grösse und Komplexität angepasst. Die thematische Qualitätssicherung ist institutionell verankert. • Die Kostenrechnung nach SWISS GAP FER 21 wurde eingeführt, Empfehlungen der externen Revision wurden kontinuierlich umgesetzt. <p>Personalmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Personalstrategien werden den externen Erfordernissen angepasst. Die Anstellungsbedingungen (GS und Ausland) sind konkurrenzfähig und SolidarMed positioniert sich als moderner, attraktiver Arbeitgeber. • Übergeordnete Rahmenpolitiken wie Code of Conduct und Kinderschutzrichtlinie wurden entwickelt. • Alle Stellen (GS und Feld) wurden mit gut qualifizierten Personen zeitgerecht besetzt. • Die Vorbereitungsphase für Auslandpersonal wurde neu strukturiert. • Die Mitarbeiterzufriedenheit bei Mitarbeitern im Ausland wird regelmässig gemessen und ist hoch. • Feedback von Rückkehrenden wird erfasst und fliesst in Verbesserungsprozesse ein.
<p>Beispiele von umgesetzten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verabschiedung der neuen Länderstrategien

Massnahmen 2013-15	<ul style="list-style-type: none"> • Verabschiedung der langfristigen strategischen Orientierung der Gesamtorganisation • Anpassung des Organisationshandbuchs • Überarbeitung des internen Kontrollsystems • Revision der allgemeinen Anstellungsbedingungen • Überarbeitung der Geschäftsordnung • Standardisierung des Risikomanagements • Reorganisation der HR Prozesse und Outsourcing bestimmter Aufgaben • Einstellung von qualifizierten Personal sowohl für die Geschäftsstelle als auch für die Programme im Süden • Konsolidierung des Rechnungswesens gemäss Swiss GaapFer • Erfolgreiche Re-akkreditierung bei ZEWO und Glückskette
---------------------------	---

4.3.1 Resultate

4.3.1.1 Strategie

2013/14 wurde zunächst der Prozess der Entwicklung der Länderprogrammstrategien durchgeführt und abgeschlossen. Alle 5 Länderstrategien wurden neu definiert, harmonisiert und sind nun in Umsetzung. Im Anschluss wurde der Prozess zur Erarbeitung einer **langfristigen strategischen Orientierung** initiiert und 2015 abgeschlossen. Das Dokument dient der Organisation als Grundlage für die jeweilige Strategien und Programmphasen. Als Grundlagen der Organisation wurden zunächst die Vision, der Auftrag, die Werte und die Grundsätze angepasst. Solidarität, sozialer Ausgleich, selbstbestimmte Entwicklung, Integrität und Nachhaltigkeit sind wichtige Stichworte. Mit dem übergeordneten Ziel medizinischer Grundversorgung orientiert sich SolidarMed an den nachhaltigen Entwicklungszielen (SDGs) und am Konzept von „Universal Health Coverage“. Die programmatische Ausrichtung wurde bestätigt, die thematischen Schwerpunkte leicht angepasst. Die Revision der Teilstrategie „Wissensmanagement“ wurde begonnen, ist aber noch (2016) in Arbeit.

In den Jahren 2015/16 hat SolidarMed zudem verschiedene Wege der engeren Zusammenarbeit **mit Schweizer Organisationen** geprüft. Dabei fanden sowohl auf Ebene Vorstand wie auch Geschäftsleitung mehrere Treffen statt. SolidarMed wird diesen eingeschlagenen Weg weiter gehen; es ist jedoch verfrüht, an dieser Stelle über Resultate zu berichten.

4.3.1.2 Gouvernanz

Struktur, Verantwortung und Rolle der Organe sind **klar konzipiert und geregelt**, insbesondere in Bezug auf Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung sowie Zusammensetzung. Die Entscheidungseffizienz und die Handlungsfähigkeit sind gewährleistet (Entscheidungsgrundlagen, Sitzungsablauf und -auswertung, Umsetzungsverantwortung). Die Selbstständigkeit / Handlungsfreiheit der Geschäftsführung im operativen Bereich ist definiert und durch Regeln und Entscheide der Organe gegenüber deren Zuständigkeit klar abgegrenzt. Der interne Kommunikationsfluss zwischen Gremien und Stellen ist effizient geregelt, Versammlungen, Sitzungen und Vereinbarungen werden protokolliert, Beschlüsse klar formuliert sowie Verantwortung und Termine für die Umsetzung festgelegt.

Aufgrund des Wechsels in der Geschäftsleitung werden Umsetzungsverantwortlichkeiten im operativen Bereich 2016 überprüft und falls notwendig im Organisationshandbuch korrigiert werden.

4.3.1.3 Prozessmanagement

SolidarMed orientiert seine Arbeit an anerkannten **Grundsätzen guten Managements** und ist bedacht, das Führungssystem der Grösse und Komplexität der Organisation anzupassen.

Zur Programmsteuerung besteht ein **formalisiertes Planungssystem**, welches als Instrument zur zielorientierten Planung („management by objectives“) entlang der gesamten NPO-Hierarchie bis zu den Mitarbeitern im Feld eingesetzt wird. Der jährliche Zielsetzungs-, Planungs- und Budgetprozess ist gut organisiert, die relevanten Entscheidungsgrundlagen sind adressatenorientiert gestaltet (Verdichtungsgrad, Verständlichkeit). Aufgrund der Jahresziele wird quartalsweise und jährlich ein systematischer SOLL/IST-Vergleich durchgeführt, insbesondere bezüglich Budgeteinhaltung und Jahres-Zielerreichung. Allfällige Massnahmen werden daraus abgeleitet, ihre Umsetzung systematisch kontrolliert.

Die Strukturen und die Prozesse wurden in der vergangenen Periode stetig weiterentwickelt und den internen und externen Anforderungen angepasst. Die wesentlichen Gesamt-SolidarMed Prozesse und deren gegenseitige Abhängigkeiten sind im **Organisationshandbuch** definiert und dokumentiert. Sie stehen allen Mitarbeitern auf dem Intranet zur Verfügung. Aufgrund der Neuanstellung des Stellvertretenden Geschäftsleiters welcher als Leiter Administration, Kommunikation und Fundraising amtiert muss das Organisationshandbuch leicht überarbeitet werden. Dieser Prozess wurde im 2015 gestartet mit dem Ziel diesen im 2016 zu beenden. Umfang, Detaillierungsgrad usw. der Dokumente sind der Grösse und Komplexität angepasst.

Die nach den Prinzipien von **Swiss GAP FER 21** ausgerichtete Kostenrechnung wird implementiert und ist Grundlage des quartalsweisen SOLL-/IST-Vergleiches. Die Finanzkompetenzen und damit auch die Unterschriftsberechtigung sind klar geregelt und wurden im Rahmen der Überarbeitung der Geschäftsordnung präzisiert. Im Anlagereglement bestehen **klare finanzpolitische Grundsätze** für Geld-/Vermögensanlagen. In den Projektländern ist eine Standardbuchhaltungssoftware implementiert. Die Revisionen vor Ort folgen den DEZA Vorgaben für lokale Revisionen.

Die 2015 erfolgte **Re-akkreditierung** sowohl bei der **Glückskette wie auch bei ZEWO** hat die effiziente institutionelle Basis von SolidarMed bestätigt. Beide, jeweils sehr umfangreiche, Re-akkreditierungen haben keine nennenswerten Beanstandungen hervorgebracht. Die ZEWO hat SolidarMed im Einsatz der Mittel zu den am effizientesten arbeitenden Organisationen eingeordnet (Anteil der Mittel für Struktur und FR im Verhältnis zum Gesamtvolumen).

4.3.1.4 Personalmanagement

Die **Personalstrategie** wurde weiterentwickelt. Eine systematische Bedarfsplanung und Personalbeschaffung (Rekrutierung, Einführung) ist sichergestellt. Die Prozesse, Entscheidungskompetenzen und Verantwortlichkeiten im Personalmanagement sind klar geregelt. Massgeschneiderte **Einführungsprogramme, regelmässige Mitarbeitergespräche und strukturierte Austrittsgespräche** stellen den Transfer von Wissen und Erfahrungen sicher. Die Anstellungs- und Arbeitsbedingungen für die Mitarbeitenden auf der Geschäftsstelle wie auch für das Auslandspersonal wurden auf aktuellen Stand gebracht und sind markt- und gesetzeskonform. Mit dem Ziel zur Qualifizierung, Zielvereinbarung, Festlegung des Entwicklungsbedarfs und zur Zufriedenheitsmessung finden mindestens einmal jährlich systematische, standardisierte Mitarbeitergespräche über alle Stufen hinweg statt. Die **Rekrutierung von neuen, guten Mitarbeitern hat für SolidarMed oberste Priorität**, da gut ausgewählte und passende Mitarbeiter das beste und kostbarste Gut der Organisation sind. Das Gewinnen geeigneter Mitarbeiter für die Stellen im Ausland stellt für SolidarMed jedoch eine grosse Herausforderung dar.

Auch verschiedene Rahmendokumente wurden im Berichtszeitraum entwickelt, z.B. der Code of Conduct oder die Kinderschutzrichtlinie.

4.3.2 Herausforderungen und Spannungsfelder

- Die Entwicklung **weg von der Personalentsendung hin zum Programmansatz** verlangt nach anderen Kompetenzen im Vergleich zu früher. Während SolidarMed früher Ärzte zu relativ kurzen Einsätzen entsandte, benötigt man heute Entwicklungsexperten, Public Health Expert/innen oder Fachärzte für längere Einsatzdauer. Da solche Profile in der Schweiz schwierig zu finden sind, rekrutiert SolidarMed zunehmend auf internationalem Parkett. Dies bedeutet aber auch, dass diese Kräfte in der Schweiz nach Einsatzende nicht als „**Ehemalige**“, bzw. als Botschafter oder für die Vereinsarbeit zur Verfügung stehen, was wiederum Konsequenzen für das Selbstverständnis des Vereins und die Mitgliederbasis hat.

- Basierend auf dem SolidarMed – Organisationshandbuch wurden auch in den Einsatzländern **lokale Organisationshandbücher** entwickelt und implementiert. Diese Systeme sind aber noch nicht vollends harmonisiert, abgeglichen und einheitlich dokumentiert; zudem besteht der Hang zur Überregulierung. Im Weiteren stellen die knappen Personalressourcen und der regelmässige Personalwechsel eine Herausforderung bei der Entwicklung und Implementierung solcher Systeme dar.
- SolidarMed fördert proaktiv die Weiterbildung der Mitarbeitenden, verfolgt jedoch noch keine langfristige und gesamthafte Förderung. Es besteht kein systematisches Personal - Entwicklungskonzept zur Erhaltung und Förderung der internen Qualifikation. Hier ist sicherlich auch die Grösse der Organisation ein limitierender Faktor. Das **Personalmanagement der nationalen Mitarbeiter** wird dezentral wahrgenommen. Auch wenn in den letzten Jahren vermehrt nationales Personal als mittlerer Kader eingestellt wurde, so besteht doch heute keine einheitlich ausformulierte, übergreifende Personalpolitik für nationales Personal.
- Politische und wirtschaftliche Entwicklungen sind das tägliche Brot einer Organisation wie SolidarMed. Dennoch ist es immer wieder anstrengend, sich an so **rasch verändernde Rahmenbedingungen** anzupassen, auch im institutionellen Bereich. Sambia wie auch andere afrikanische Länder haben z.B. eine teilweise schnell einsetzende Inflation welche die Preise vor Ort in die Höhe treibt. Dies hat natürlich auch Konsequenzen für bestehende Programme. Eine vorsichtige Geldpolitik vor Ort seitens SolidarMed gewann deshalb 2015 an Bedeutung.

4.3.3 Stärken und Schwächen

Stärken:

- Die organisatorischen Grundlagen (Prozesse, Reglemente, Struktur etc.) sind in allen Bereichen vorhanden, erprobt und genutzt. Sie erlauben die effiziente Umsetzung der Programme.
- Die Qualität der Bereiche Administration und Finanzen entspricht nationalen und internationalen Standards
- SolidarMed setzt seine Mittel effizient ein. Die ZEWO hat uns geringe Ausgaben für Fundraising und Verwaltung bescheinigt und SolidarMed im Bereich „Effizienz“ im Bereich „grün“ eingeordnet.
- Die Qualitätsgrundlagen im Bereich PPCM sind ausgearbeitet, in Anwendung und in regelmässiger Anpassung (Templates, Manual, Schulung, Minimal Standards etc.).
- Die mittlere Grösse der Organisation erlaubt eine relativ unkomplizierte Kommunikation und pragmatische Umsetzung
- SolidarMed ist ein attraktiver Arbeitgeber, da vernetztes, kreatives Arbeiten und beruflich Weiterentwicklung möglich sind. Das Personal bleibt in der Regel recht lange bei der Organisation.

Schwächen:

- Für neue Bereiche sind noch nicht alle Prozesse definiert, z.B. operational research oder regionale Skalierung
- Die inzwischen hohe Standardisierung kann manchmal auch zu Rigidität und einem Verlust an Reaktionsgeschwindigkeit führen
- SolidarMed hat klare Führungslinien; dies erlaubt eine hohe Qualität. In manchen Programmländern könnte jedoch ein dezentraleres Modell mit mehr Kompetenzen der Länderbüros von Vorteil sein.
- Die mittlere Grösse bringt eine gewisse Abhängigkeit von Individuen mit sich; und die Herausforderung, bei Personalwechseln wirklich gute Mitarbeiter zu finden.
- Es ist schwierig, Kollegen mit medizinischer und gleichzeitig politischer Entwicklungserfahrung für langfristige Auslandseinsätze zu finden, vor allem wenn ein Schweizer Hintergrund gewünscht ist.
- Die geographische Distanz zu den Länderbüros und Rotation des Personals vor Ort erschwert in manchen Bereichen die gesamtinstitutionelle Entwicklung.

4.4 Finanzielle Entwicklung

Schwerpunkte 2013 – 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Das Kernbudget kann gemäss Finanzplanung beschafft und umgesetzt werden. • Der Mitteleinsatz ist Effizient. • Konkrete Fundraising Massnahmen und Meilensteine werden im Fundraising-konzept 2013 – 2016 definiert.
Beispiele von umgesetzten Massnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Mit der Implementierung des Fundraisingkonzeptes, konnten die Einnahmen im umkämpften Spendenmarkt gehalten und zum Teil gesteigert werden. • Die Mittel wurden gemäss ZEWO höchst effizient eingesetzt. • Die geplanten Budgets konnten über die Jahre immer umgesetzt werden. Aussergewöhnliche Effekte wie Erbschaften verschafften SolidarMed eine solidere und stärkere finanzielle Basis.
Schlüsselfragen	<ul style="list-style-type: none"> • Entsprechen Budget und Jahresrechnung der Finanzpolitik und den finanziellen Eckwerten der SolidarMed Strategie? • Wird der Finanzierungs-Mix im Hinblick auf die Ergiebigkeit und eine mindestens ausgeglichene Rechnung gestaltet? • Werden die Mittel generell effizient und effektiv eingesetzt?

4.4.1 Resultate

4.4.1.1 Finanzielle Entwicklung 2005 – 2015

Die finanzielle Entwicklung der letzten 8 Jahre stellt sich wie folgt dar. Daraus ist zu erkennen, dass nach Jahren des starken Wachstums nun eine gewisse „Stabilität“ gefunden wurde. Der grosse Unterschied beim Betriebsertrag 2015 gegenüber Vorjahren, resultiert aus einer Anpassung der Darstellung der Finanzierung aus Fondsmitteln.

Aufwand	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total Projektaufwand	5'060'802	5'203'757	5'222'538	5'980'585	6'528'361	7'430'935	7'468'664	8'267'828.8	8'138'278.0	8'058'378.0	7'737'844.5
Sensibilisierung Schweiz	310'873	365'545	256'165	249'999	264'347	272'651	290'195	370'661.8	375'380.6	351'371.3	346'402.4
Mittelbeschaffung	338'470	289'154	245'406	290'777	285'859	367'031	419'481	512'370.9	575'882.9	588'180.1	671'200.0
Administrativer Aufwand	295'797	366'259	535'879	463'217	423'522	425'568	381'205	369'720.8	321'625.8	385'853.3	463'929.9
Total Betriebsaufwand	6'005'942	6'214'714	6'259'989	6'984'578	7'502'089	8'496'175	8'559'544	9'520'582.4	9'411'167.2	9'383'782.6	9'219'376.8
Davon DEZA Aufträge / Mandate	1'147'799	2'149'741	1'853'074	1'738'593	756'938	649'321	628'042	798'071.3	143'219.3	9'332.6	317'057.7
Betriebsaufwand ohne DEZA Mandate	4'858'143	4'064'974	4'406'915	5'245'985	6'745'151	7'846'854	7'931'502	8'722'511.1	9'267'948.0	9'374'450.1	8'902'319.1
Ertrag	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Spenden	912'410	882'435	996'654	952'763	1'126'847	1'111'990	1'118'896	1'037'766.4	1'113'800.1	1'209'251.5	1'651'302.4
DEZA Beiträge / Mandate	1'351'678	2'149'741	1'853'074	1'738'593	1'056'939	1'104'721	1'461'692	1'214'831.6	154'162.6	10'359.2	238'105.0
LED Beiträge	845'985	650'376	649'248	1'027'728	1'392'519	1'874'863	1'589'478	1'810'439.3	2'318'609.4	927'052.3	900'000.0
Medicor über LED	0	0	239'197	1'046'166	743'772	783'432	500'000	340'000.0	-	-	-
Novartis COTC	691'475	273'311	0	0	0	0	0	-	-	-	-
Programmbeitrag DEZA	690'000	690'000	690'000	690'000	800'000	1'000'000	1'200'000	1'200'000.0	2'200'000.0	2'600'000.0	2'600'000.0
High Donors (Stiftungen, Kantone) und Diverse	1'534'889	1'429'249	1'826'626	1'591'775	2'695'302	2'884'912	2'906'905	3'951'566.0	3'817'367.1	4'904'432.0	3'392'796.1
Ertrag aus Produkte / Verantst. / übriger	82'429	110'607	35	2'910	2'541	3'510	2'252	3'346.0	5'545.8	3'474.2	1'446.3
Total Betriebsertrag	6'108'867	6'185'719	6'254'834	7'049'934	7'817'920	8'763'428	8'779'223	9'557'949.3	9'609'484.9	9'654'569.1	8'783'649.7
Betriebsergebnis	102'925	-28'996	-5'154	65'356	315'831	267'253	219'679	37'366.9	198'317.7	270'786.5	-435'727.1

Abbildung 18: Finanzielle Entwicklung 2005 – 2015

4.4.1.2 Entwicklung der Finanzierungsquellen

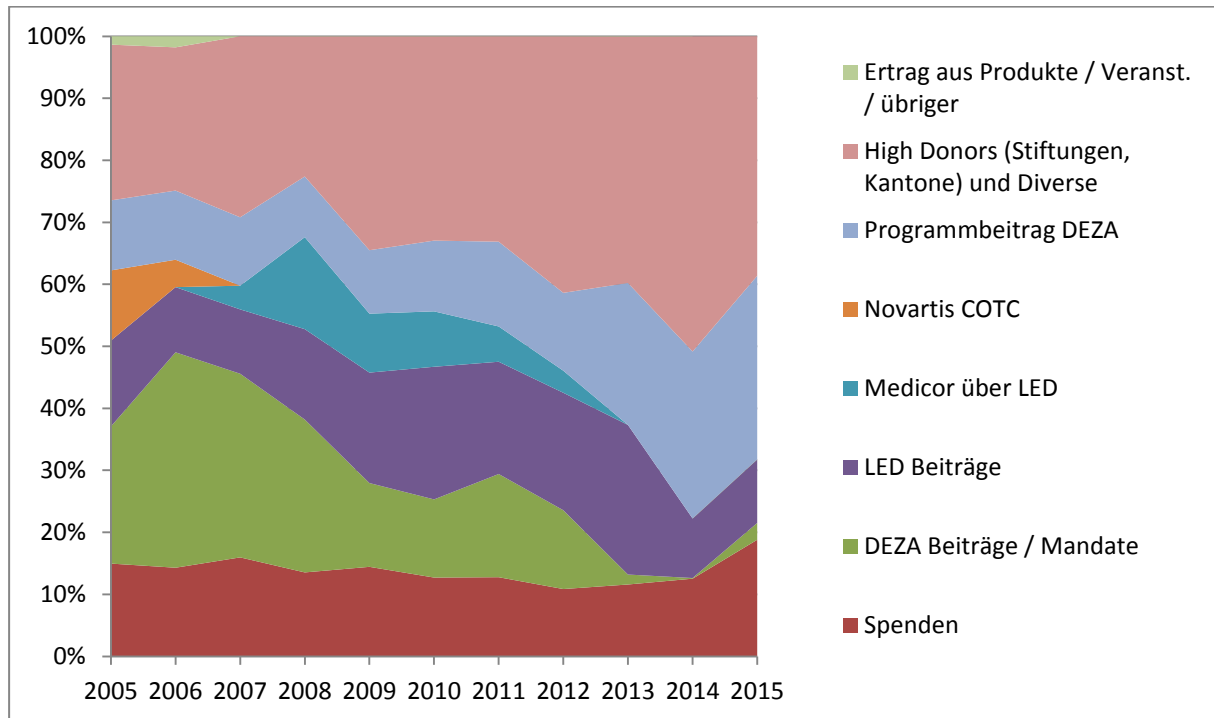


Abbildung 19: Finanzierungsquellen der letzten 10 Jahre

4.4.1.3 Verwendung der Mittel und Branchenvergleich

Gemäss den letzten Aussagen der Zewo, sieht die Mittelverwendung bei Hilfswerken mit dem Zewo Gütesiegel folgendermassen aus:

- Durchschnitt **79%** Projekte und Dienstleistungen ein
- Durchschnittlich **13%** für administrative Aufgaben
- **8%** für die Mittelbeschaffung

Die folgende Grafik illustriert die positive Kostenstruktur gegenüber den oben genannten Zewo-Zahlen.

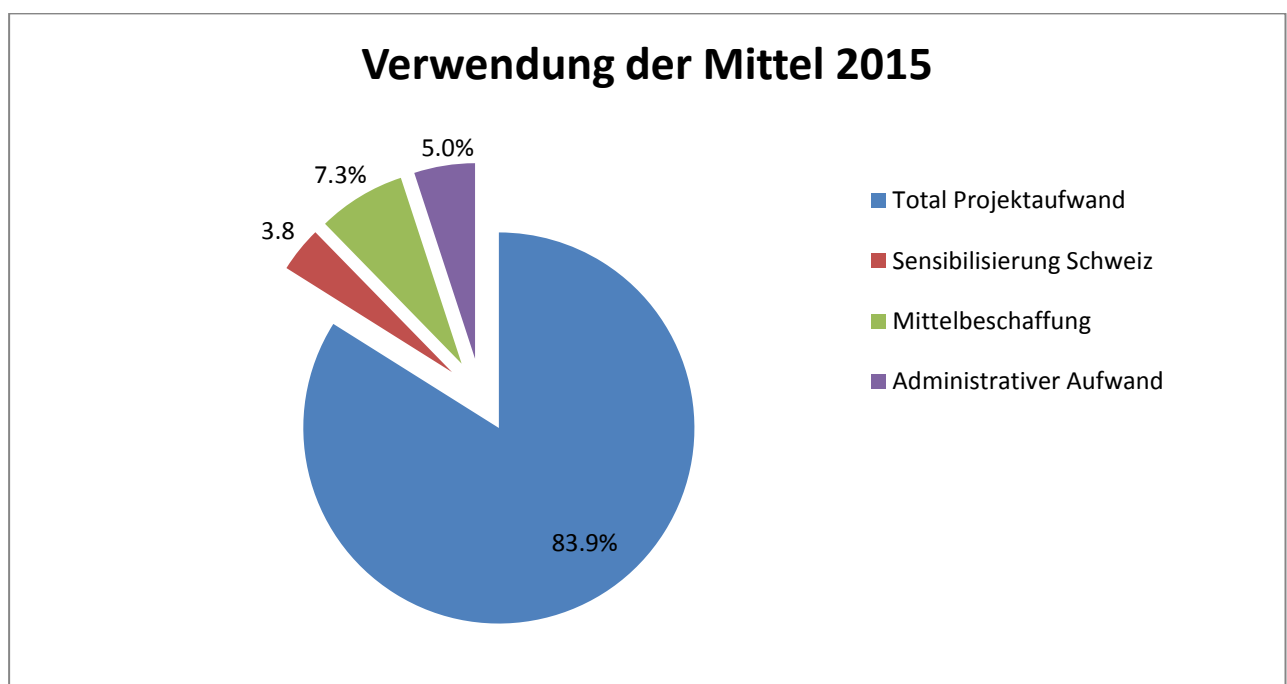


Abbildung 20: Verwendung der Mittel gemäss Jahresabrechnung 2015

4.4.1.4 Entwicklung DEZA Gesamtbeitrag¹²

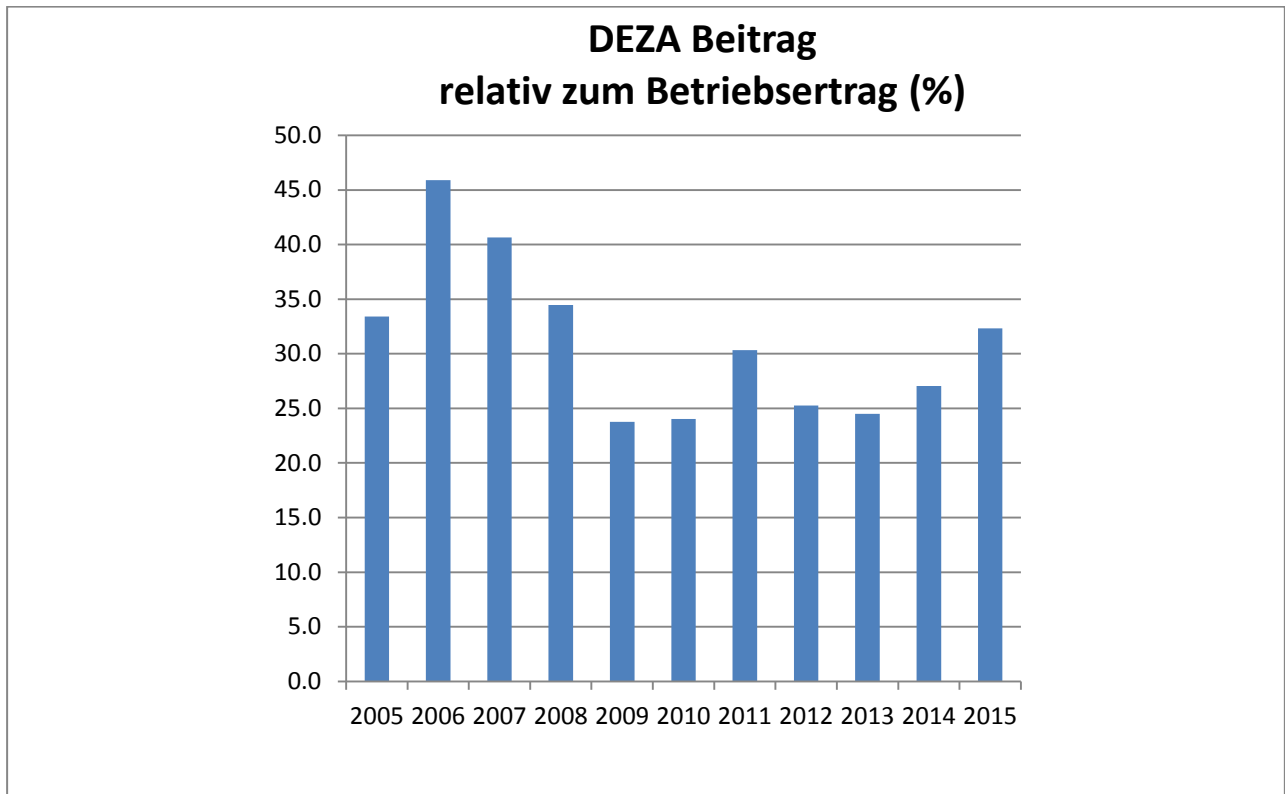


Abbildung 21: Entwicklung Deza Beitrag 2005 – 2015

4.4.2 Herausforderungen und Spannungsfelder

- Der Finanzierungsmix konnte trotz steigendem Budget gehalten werden.
- Im Branchenvergleich arbeitet SolidarMed äusserst effizient.
- Im institutionellen Bereich kann SolidarMed dank der guten Qualität der Programme und Projekte überzeugen. Im privaten Bereich fehlt es SolidarMed an Bekanntheit und breiter Abstützung.
- Grosse Sprünge im Bereich der freien Spenden sind meist auf Sondereffekte wie bspw. Erbschaften zurück zu führen.
- Grössere Beträge aus Erbschaften werden kontinuierlich über mehrere Jahre in die Projekte investiert und aufgebraucht.
- Die Fundraisingstrategie muss erneuert werden mit dem Ziel die freien Spenden zu erhöhen sowie die institutionellen Spenden weiter zu entwickeln um den steigenden Bedarf an Projektaufwänden decken zu können.

4.4.3 Stärken und Schwächen

Stärken

- Die grundsätzliche Entwicklung der Erträge ist stabil
- Es besteht eine gute und treue Spenderbasis
- Wir verfügen über langjährige Partnerschaften mit Institutionen (DEZA, LED)
- Wir verfügen über langjährige Beziehungen und eine gute Erfolgsbilanz mit Stiftungen
- SolidarMed geniesst bei ihren Finanzierungspartnern hohes Vertrauen und Glaubwürdigkeit
- Dank ihrer Flexibilität ist SolidarMed eine attraktive Partnerin für Finanzierer, welche sich programmatisch einbringen wollen
- Erste Erfolge mit innovativen / alternativen Finanzierungsmodellen können nachgewiesen werden
- Die Eigenkapitalbasis / Reserven konnten in den letzten Jahren auf das notwendige Niveau gebracht werden.

¹² Wir zeigen die Entwicklung des DEZA Beitrages deshalb auf, weil die DEZA der grösste Einzelinvestor ist

Schwächen

- Zurzeit werden eigene Fondmittel für den Programmaufwand mitverwendet und den Bedarf zu decken. Die Programmbeiträge aus zweckgebundenen Spenden sollten deshalb erhöht werden um diesen Bedarf längerfristig zu decken.
- Die Mitglieder- und Spenderbindung bzw. -pflege ist wenig systematisiert, es fehlt eine breite Spenderbasis
- Potentiale in Bereichen wie z.B. Legate, Unternehmenspartnerschaften etc. sind noch nicht ausgeschöpft
- Es bestehen Bestrebungen Mittel im Süden zu akquirieren, bis jetzt konnten diese jedoch noch nicht angegangen werden.
- Aufgrund des Wechsels in der Geschäftsleitung, wurde noch kein neues Fundraisingkonzept erarbeitet.

5 Was ist neu?

Die Welt befindet sich in raschem Wandel – das gilt auch für die Partnerländer von SolidarMed. Die wirtschaftlichen, humanitären und gesundheitlichen Krisen der letzten Jahre spiegeln **tiefgreifende Veränderungen** wieder, die auch vor der Schweiz nicht Halt machen.

Als zivilgesellschaftliche Organisation der internationalen Zusammenarbeit **stellt sich SolidarMed diesen Herausforderungen.**

Die vorliegende Programphase schliesst an einen intensiven **zweijährigen Strategieprozess** an, welcher im Dezember 2015 abgeschlossen wurde und die langfristige Orientierung von SolidarMed definiert. Das SolidarMed – Programm 2017 - 22 trägt den veränderten Rahmenbedingungen und dem Strategieprozess Rechnung, baut aber auch auf den Pfeilern der bisherigen Stärken auf.

Eine **Mid-Term-Überprüfung dieser Strategie mit allfälliger Anpassung** des vorliegenden Dokumentes vorgesehen für das Jahr **2019/20**.

Folgende Eckpunkte können zusammengefasst werden:

- **Kompetenz und Kohärenz:** Das neue Programm baut **auf Bewährtem** auf und trägt vorhandenen Kompetenzen Rechnung. Gleichzeitig reagiert es auf veränderte Rahmenbedingungen durch **Weiterentwicklung** der Wirkungsfelder und Interventionsmodalitäten. Der programmatische Ansatz bleibt bestehen, erfolgreiche Interventionen werden vermehrt **regional skaliert**.
- **Thematische Schwerpunkte:** Die Schwerpunkte werden progressiv um die Bereiche „**Sexuelle und reproduktive Gesundheit**“ sowie „**Nicht übertragbare Erkrankungen**“ ergänzt. Infektionserkrankungen, Gesundheit von Mutter und Kind bleiben weiterhin wichtige Pfeiler. Die fachliche Themenkompetenz bleibt fokussiert und wird vertieft.
- **Prioritäre Arbeitsfelder:** Unter dem Oberbegriff „**Gesundheitssystem**“ unterstützt SolidarMed den Aufbau lokaler Kapazitäten in den Bereichen medizinische Grundversorgung, Gesundheitspersonal und Gesundheit in Gemeinden. Der letzte Bereich wird zukünftig vermehrt **über lokale Partnerorganisationen** adressiert. Kontextspezifische Programmgestaltung unter Berücksichtigung von **Schnittstellen** (z.B. mit Gesundheitssystemen, Gesundheitsfinanzierung und Gouvernanz) ist die Regel. Auch „social accountability“ ist hier ein wichtiges Stichwort.
- **Innovation, Forschung und Dialog:** Neue Schwerpunkte setzen wir mit der Stärkung unseres Engagements im Bereich Innovation und Forschung. Wir werden dafür **Partnerschaften verstärken** und mehr Ressourcen vorsehen. Die Beratung lokaler Partner, Kommunikation von Forschungsergebnissen sowie **fachlicher und politischer Dialog** werden an Bedeutung gewinnen. Der intensive Dialog mit Entwicklungsakteuren in der Schweiz wird weitergeführt. Der Fokus auf Qualität, Wissensmanagement und professionellem PPCM wird beibehalten, das **Wirkungsmonitoring** wird weiterentwickelt.
- **Soziale Determinanten:** In den Bereichen „**Wasser**“ und „**Bildung**“ werden wir soziale Determinanten direkt angehen, beides Bereiche mit hoher Relevanz für das Thema Gesundheit (Wasser auch im Zusammenhang mit Klimawandel). Andere Determinanten wie Berufsbildung, Einkommen oder ökologische Faktoren adressieren wir vorwiegend in Kooperation mit anderen Organisationen.
- **Zusammenarbeit:** Wir werden die Vernetzung und Zusammenarbeit mit Schweizer, Liechtensteiner, internationalen und lokalen Akteuren **vertiefen** und vermehrt in Konsortien implementieren. Partnerschaften mit dem **Privatsektor** („public private partnerships“) und **Universitäten** werden an Bedeutung gewinnen.

Den Prozess zur Prüfung einer **engeren Zusammenarbeit mit anderen NGOs** werden wir fortführen. Die Zusammenarbeit mit lokalen Partnern bleibt Grundlage unserer Arbeit.

- **Geographische Ausrichtung:** Der operative Schwerpunkt im ländlichen Raum bleibt bestehen, die Ebene der Länderbüros wird auf nationale (Sambia, Lesotho) oder regionale (Mosambik, Tansania, Zimbabwe) Ebene **angehoben**, was den Dialog mit staatlichen Partnern erleichtert. Falls finanzielle Mittel verfügbar sind, wird eine Ausdehnung in ein **neues Land** angestrebt.
- **Interventionsarten und Handlungsgrundsätze:** Die Umsetzung unserer Programme erfolgt entlang folgender Interventionsarten: I) **Direkte Umsetzung** der Projekte II) **Lokale Kapazitäten** und Netzwerke stärken III) **Evidenz schaffen** und kommunizieren IV) **Öffentlichkeitsarbeit** und anwaltschaftliches Handeln. Unsere Handlungsgrundsätze wie Partizipation, Wirkungsorientierung, Rechenschaft etc. bleiben bestehen.
- **Sensibilisierung:** Die Öffentlichkeitsarbeit in der Schweiz und Liechtenstein wird mittels professioneller Medienarbeit, Publikationen, innovativen Kampagnen, Botschaftern und über Fachnetzwerke weitergeführt. **Sozialen Medien** wird verstärkt Bedeutung geschenkt, die **thematische Abstimmung** mit Programmen und dem Fachbereich Forschung wird systematisiert.
- **Institutionelle und finanzielle Grundlagen:** Die finanziellen Grundlagen und institutionellen Prozesse (OHB) sind solide und werden weiter gepflegt. Folgende Bereiche werden in den kommenden vier Jahren vermehrt Beachtung finden: Dezentralisierung in die Länderbüros; Förderung lokalen Personals; Risikomanagement; **Erweiterung der Finanzgrundlage und Fundraising** (u.a. Legate, Mandate, Online - FR etc.). Die **offene Management- und Lernkultur** der Organisation wird beibehalten.



6 Strategische Orientierung 2017 - 2022

6.1 Konzeptionelle Grundlagen

6.1.1 Freiheit, Gerechtigkeit, Entwicklung

SolidarMed kann und will Afrika nicht entwickeln. SolidarMed trägt jedoch dazu bei, **Freiheit zu schaffen, zu erweitern und zu schützen**. Freiheit zum Führen eines langen, gesunden und kreativen Lebens. Freiheit zur Verwirklichung sozialer und wirtschaftlicher Ziele. Freiheit zum **Ausschöpfen menschlichen Potentials**, zur **selbstbestimmten Gestaltung von Entwicklung**.

Gesundheit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen von Freiheit, ein individuelles Gut, welches Menschen den Weg aus der Armutsfalle ermöglicht und sie vor dem Zurückfallen dahin schützt. Durch grössere gesellschaftliche und individuelle Freiheit schafft Gesundheit auch die **Grundlagen für Prosperität**, Handel und wirtschaftliches Wachstum, die WHO-Kommission für Makroökonomie hat dies klar aufgezeigt. Gesundheit ist Voraussetzung von Freiheit, und ihr Resultat: Gesundheit schafft Entwicklung, Entwicklung schafft Gesundheit. Und doch ist Gesundheit mehr als ein Mittel. Die bestmögliche individuelle Gesundheit ist ein Wert an sich, ein **Menschenrecht**, Teil der **menschlichen Würde** und damit auch Gegenstand sozialer Gerechtigkeit („equity“). Diese ist mit Gesundheit eng verbunden, gerade das Beispiel USA hat dies in den letzten Jahren gezeigt.

Schliesslich ist Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil moderner Konzepte individueller und kollektiver **Sicherheit**. Gesundheit ist Voraussetzung für die effektive Bekämpfung von Armut, fördert **Stabilität** und verhindert Krisen. Effiziente und **resiliente Gesundheitswesen** ermöglichen Schutz vor neuen, sich ausbreitenden Krankheiten. Sicherheit vor existierenden und aufkommenden Risiken in einer globalisierten Welt – und damit auch eine interessengeleitete Staats-Aussenpolitik – hängt eng mit Gesundheit zusammen.

Das Schaubild unten zeigt den Zusammenhang verschiedener Dimensionen in den Programmen von SolidarMed.

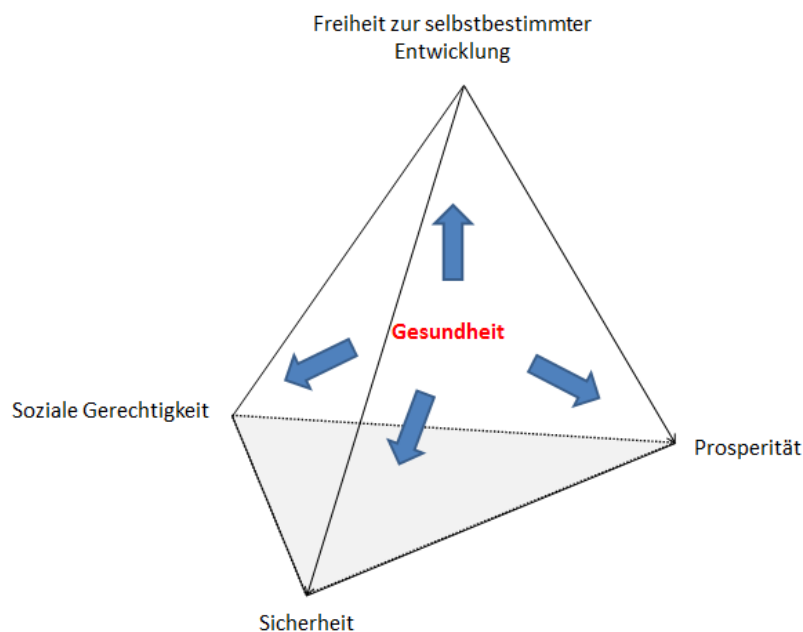


Abbildung 22: Einfluss und Rolle von Gesundheit

6.1.2 Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als „einen Zustand **körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens**“, also nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Auch für SolidarMed ist Gesundheit

nicht nur „**gesund von**“, im Sinne der Abwesenheit von Krankheit, sondern immer auch „**gesund für**“: Ein körperliches, geistiges und soziales Potential zur Gestaltung der Lebenswirklichkeit und Zukunft.

Gesundheit und körperliches Wohlergehen hängen dabei von verschiedenen Faktoren ab:

- **Biologischen** – wie Erbgut, Stoffwechsel, Geschlecht
- **Sozialen und kulturellen** – wie Bildung, Krankheitsverständnis, Gesellschaftsstand, Religion
- **Wirtschaftlichen** – wie Lebensgrundlagen, Zugang zu Kapital, Wohngelegenheit
- **Politischen** – wie Rechtssicherheit, Mitbestimmung, Zugang zu Information etc.
- **Ökologischen** – wie Dürre, Regen, sauberes Trinkwasser oder saubere Luft
- **Gesundheitssystemen** – wie Zugang zu primärer Gesundheitsversorgung oder Gesundheitspersonal

Dahlgren hat dies 1991 in einem Schaubild zusammengeführt. Er unterscheidet allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umweltbedingungen, Faktoren der Lebens- und Arbeitswelt, soziale und Gemeindefaktoren, Aspekte der individuellen Lebensweise und Persönlichkeitsmerkmale wie Alter, Geschlecht oder konstitutionelle Faktoren. All diese Faktoren beeinflussen die menschliche Gesundheit entweder direkt oder in ihrem Zusammenspiel. Ihr Einfluss ist meist **dynamisch, und oft nicht-linear**.

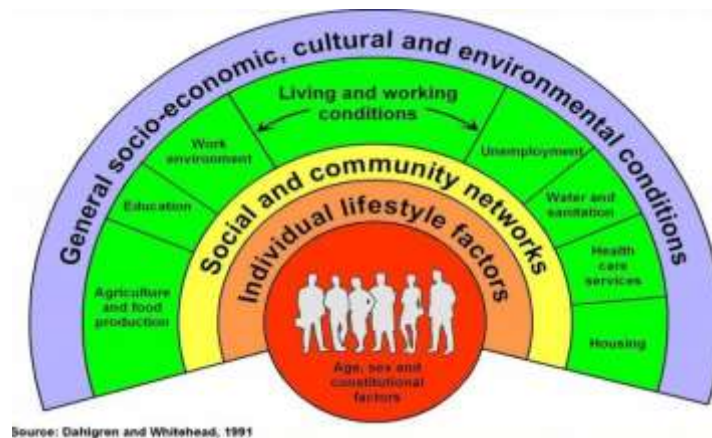


Abbildung 23: Faktoren der Gesundheit

Zunehmend gewinnt auch die Bedeutung von bestmöglicher **Gesundheit in verschiedenen Lebenszyklen** an Bedeutung, bei Säuglingen, Kindern, Jugendlichen, Schwangeren, erwachsenen oder älteren Menschen. Die Ziele nachhaltiger Entwicklung von 2015 beispielsweise beschreiben in **SDG 3** „ein gesundes Leben und Wohlergehen für alle Menschen jeden Alters“.

In diesem **Kontinuum** gibt es Phasen erhöhter **Vulnerabilität**, z.B. in der Neugeborenenperiode oder in der Pubertät, und Ungleichheiten im Zugang („**inequities**“). Das folgende Schaubild verdeutlicht dies:

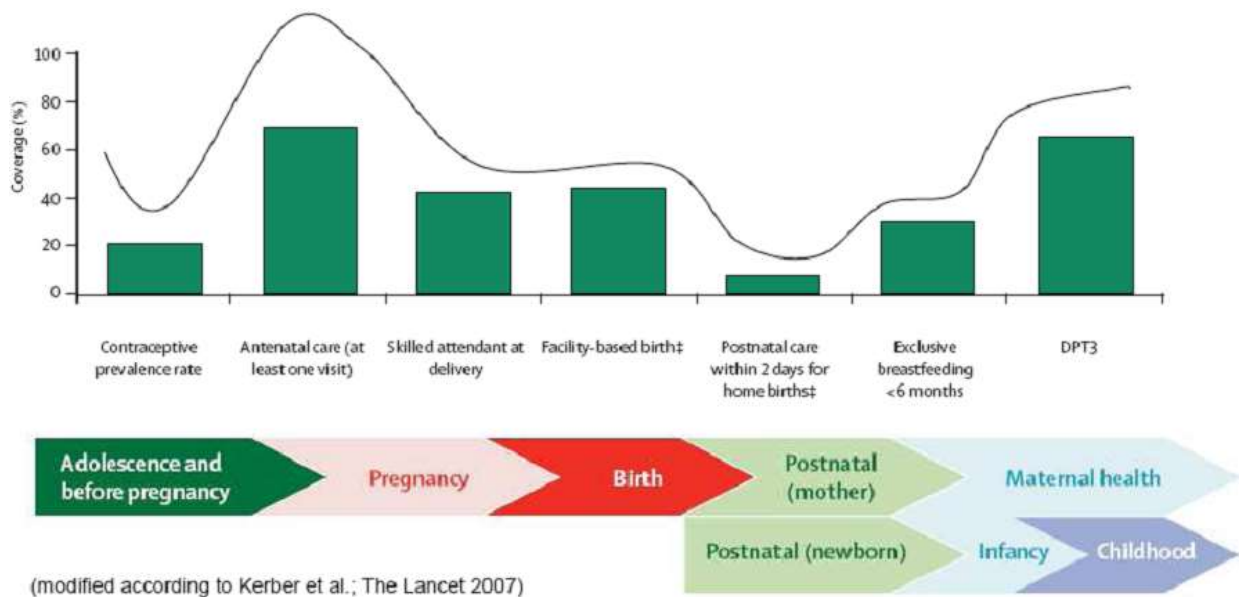


Abbildung 24: Vulnerable Phasen im Gesundheitskontinuum

Konsequenzen für SolidarMed

SolidarMed stellt den **gleichberechtigten Zugang** und die Gesundheit in verschiedenen **Lebenszyklen** in den Mittelpunkt. In den weiter unten formulierten thematischen Schwerpunkten schenkt SolidarMed **vulnerablen Gruppen** bewusst erhöhte Aufmerksamkeit: Frauen, Kinder, Jugendliche, Schwangere, Neugeborene, Arme, Menschen im ländlichen Gebiet.

Sexuelle und **reproduktive Gesundheit und Rechte** werden in der neuen Phase mehr Beachtung erhalten.

Der **Klimawandel** hat auch Auswirkungen auf die Gesundheit: Durch Dürren und Überschwemmungen wird die Ernährungssicherheit gefährdet, der Zugang zu genügend und sauberem Wasser eingeschränkt. Zudem kann sich die Verbreitung von Krankheiten aufgrund des klimatischen Wandels verändern, ohne dass das Gesundheitswesen angemessen darauf reagieren könnte.

Dieser Einfluss **ökologischer Faktoren** wie **Klima oder Wasser** auf Gesundheit wird in der nächsten Programmphase **aufmerksam beobachtet** werden¹³. Ökologie wird dabei zwar **nicht im Mittelpunkt** der Programmphase stehen, SolidarMed wird den Einfluss von Umweltfaktoren jedoch beobachten und sein Programm allenfalls anpassen. Beispiele dafür sind die Implementierung von Interventionen im Fall von **Dürre und Trockenheit** (wie zum Beispiel beim Schreiben dieses Berichtes gerade in Zimbabwe), Veränderungen bei Krankheitsvektoren und entsprechende Anpassungen in den Malaria-Projekten oder die Entwicklung von Projekten im Bereich Wasser und Siedlungshygiene. Transversal in seinen Projekten stärkt SolidarMed zudem die nationalen Gesundheitsinformationssysteme, welchen eine wichtige Rolle bei der Anpassung an ökologische Veränderungen zukommt¹⁴.

6.1.3 Gesundheitssysteme

Die umfassendste **Definition von Gesundheitssystemen** stammt von der WHO. Gemäss dieser Definition bestehen Gesundheitssysteme aus „allen Organisationen, Menschen und Handlungen deren primäres Ziel es ist, Gesundheit zu **fördern, wiederherzustellen oder zu erhalten**. Ein Gesundheitssystem ist mehr als eine Pyramide aus Einrichtungen oder Dienstleistungen. Gesundheitssysteme umfassen alle Ebenen: Zentrale, Region, Distrikt, Gemeinschaften und Haushalte.“ Gesundheitssysteme bestehen also aus Akteuren (-> Wer handelt auf welchem Niveau?), sowie aus Funktionen (-> Was wird gewährleistet?).

¹³ <http://www.thelancet.com/commissions/climate-change-2015>: Lancet Kommission zu Klima und Gesundheit

¹⁴ Der Vortrag von Richard Horton "Dogs of hell and wasteful furies: Saving our Species from the Follies of Man" stellt das Thema in einen etwas breiteren Zusammenhang: https://www.youtube.com/watch?v=OvHJ_XY4nYQ

6.1.3.1.1 Akteure

Staatliche Akteure spielen auf allen Ebenen des Gesundheitssystems eine wichtige Rolle. Es handelt sich hier nicht nur um das Gesundheitsministerium, sondern auch um die Bereiche der Sozialversicherung, Bildung oder Finanzen.

Medizinische Dienstleistungen werden sowohl von **staatlichen** als auch **nicht-staatlichen Anbietern** erbracht. Letztere arbeiten entweder profitorientiert (z.B. private Spitäler) oder gemeinnützig (z.B. kirchliche Spitäler oder NGOs).

In entwickelten Ländern agieren Spitäler und Gesundheitszentren zumeist auf Basis eines **Leistungsauftrags**, in armen Ländern ist dies selten der Fall. Die Leistungserbringung kann durch verschiedene Organisationen erfolgen.

Hinzu kommen diverse **themenspezifische Akteure**, multilaterale Organisationen, Forschungsorganisationen oder Nichtregierungsorganisationen die gezielt einen Themenbereich unterstützen, wie zum Beispiel vernachlässigte Krankheiten oder Impfung (GFATM, GAVI, UNICEF, WHO etc.).

Daneben gibt es **informelle Akteure**: Gemeinden, Familien und Betroffene oder Patientengruppen beispielsweise spielen gerade beim Management chronischer Erkrankungen eine immer wichtigere Rolle. Zusammen mit anderen Akteuren wie traditionellen Hebammen oder Heilern bilden sie das informelle Gesundheitssystem, oder agieren an der Schnittstelle zwischen formellem und informellem Sektor.

Zusammenfassend können die Akteure in folgende Ebenen gegliedert werden:

- **Informelles Gesundheitssystem**, auf Ebene der Gemeinden und an der Schnittstelle zu formellen Leistungserbringern
- **Formales Gesundheitssystem**, auf Ebene der Spitäler und Gesundheitszentren. Hauptaufgabe ist die Leistungserbringung durch angestelltes Gesundheitspersonal, aber auch Gouvernanz, Informationsverarbeitung und Finanzierung (siehe unten unter Funktionen).

Aufgrund der vielen verschiedenen Akteure beschreiben Beobachter die Gesundheitssysteme in wenig entwickelten Ländern häufig mit dem Begriff „**fragmentiert**“.

In armen Ländern wird medizinische Versorgung trotz vorhandenem Angebot oftmals nicht in Anspruch genommen. Kulturelle, geographische, soziale oder ökonomische Barrieren können die Gründe dafür sein; Kosten oder Distanz sind Beispiele. Dieser „Access – Gap“ zwischen Dienstleister und Bevölkerung ist typisch für arme Länder. Gesundheitsversorgung in diesen Ländern muss deshalb immer auf gleichberechtigten Zugang („**equitable access**“) achten.

Die Sicht auf die Akteure und Aktionsebenen spiegelt das folgende Diagramm wieder:

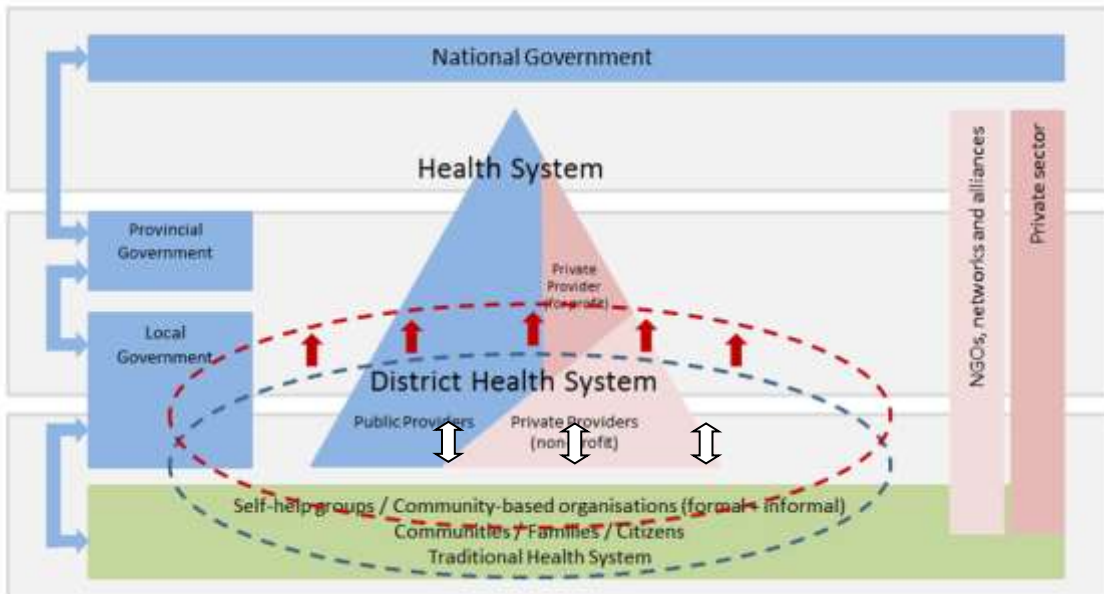


Abbildung 25: Ebenen und Akteure eines Gesundheitssystems (angepasst nach Original vom SRK). Die gestrichelten Linien zeigen den Hauptfokus von SolidarMed. Dieser ist weiterhin auf Distriktebene, wird sich jedoch in der neuen Programmphase nach oben verschieben (blau = bisher; rot = neue Programmphase), um den Einfluss auf Entwicklungsprozesse und Politikdialog zu erleichtern

Konsequenzen für SolidarMed

Die operative Hauptaktionsebene ist der **Distrikt im ländlichen Afrika**, der Nexus zwischen Angebot und Nachfrage. Die Interventionsebene von SolidarMed wird sich jedoch leicht anheben, mit gleichzeitig **verstärkter Präsenz auf nationaler oder provinzieller Ebene**, um den Einfluss auf Dialogprozesse auszubauen.

6.1.3.1.2 Leistungen

Akteure handeln, wie im Schaubild oben gezeigt, auf verschiedenen Ebenen und stellen dabei gleichzeitig wohl **definierte Leistungen** sicher. Diese Leistungen oder Funktionen hat die Weltgesundheitsorganisation so definiert: Gouvernanz, Finanzierung, Basisgesundheitsversorgung, Gesundheitspersonal, Verfügbarkeit von Technologie, Medikamenten und Infrastruktur, Informationen. Interessant und relevant sind aber nicht nur die Funktionen selbst, sondern auch die Schnittstellen zwischen den Funktionen. Sie reflektieren Dimensionen wie Zugang, Rechenschaft, Teilhabe, finanzielle Risikoreduktion oder Reichweite.



Abbildung 26: Die sechs Funktionen eines Gesundheitssystems gemäss WHO: Personal, Dienstleistung, Finanzierung, Information, Gouvernanz, Technologie und Medikamente.

Die Beachtung von **Schnittstellen dynamischer Systeme** hat auch Konsequenzen für die Gestaltung und Implementierung von Interventionen. Die Programme von SolidarMed setzen deshalb meist an verschiedenen Bausteinen gleichzeitig an und sind kontextspezifisch ausgestaltet. Diese **systemische Herangehensweise** an die Stärkung von Gesundheitssystemen wird von vielen als wichtiger Faktor für nachhaltige, effektive und effiziente Stärkung von Gesundheitssystemen angesehen: „What happens in the spaces between the health system building blocks is as important as what goes on within them; and is usually neglected¹⁵“.

Doch während das systemische Stärken von Gesundheitssystemen zunehmend im Vordergrund steht, muss eine Organisation wie SolidarMed ihre Kapazitäten auch so fokussiert und gezielt einsetzen, dass mit den verfügbaren Mitteln der **grösste Mehrwert** entsteht, nämlich dort, wo **Hebelwirkung und Kompetenz** am grössten sind. Dies wiederum bedeutet eine **Fokussierung**.

Von den sechs Bereichen eines Gesundheitssystems hat SolidarMed deshalb die folgenden Bereiche als Schwerpunkte in der neuen Programmphase gewählt a) **Dienstleistungen und Technologie/Infrastruktur**, sowie b) **Gesundheitspersonal**.

Fokussierte Intervention und systemorientiertes Handeln bilden dabei zweifelsohne ein **Spannungsfeld** für die Länderprogramme, deren optimale Umsetzung regelmässig überprüft und abgewogen wird.

SolidarMed geht es dabei nicht nur um die **Stärkung von Gesundheitssystemen**, sondern auch um die erhöhte **Belastbarkeit und Reaktionsfähigkeit**, um eine erhöhte **Resilienz** für Krisenfälle. Die Stärkung von Gesundheitssystemen ist für SolidarMed dabei kein Selbstzweck, sondern immer **Mittel zum übergeordneten Ziel** der verbesserten Gesundheit von Menschen.

Konsequenzen für SolidarMed:
SolidarMed verbessert die Gesundheit von Menschen durch Aufbau **starker, widerstandsfähiger Gesundheitssysteme**.
Schwerpunkte sind hier vor allem in die Bereiche Dienstleistung und Gesundheitsstrategie, Technologie, Infrastruktur und Gesundheitspersonal.
SolidarMed verfolgt dabei einen **diagonalen Ansatz** (themenzentriert und systemstärkend), und beachtet die Grundsätze der **Systemtheorie**.

Die folgende Tabelle beschreibt die Priorität der verschiedenen Leistungsbereiche in der neuen Programmphase:

Gesundheitssysteme			
Teilbereich	Beispiele	Wirkung und Kernkompetenz von SolidarMed	Priorität für SolidarMed
Medizinische Grundversorgung & Dienstleistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Integrierte Dienstleistungen • Primary Healthcare • Qualität und Scope • Bevölkerungsnaher Medizin 	Grosse Wirkung und Kernkompetenz; gut zu messen; keine quick wins; sehr relevant. Technisch anspruchsvoll. Siehe SM Positionspapier.	+++
Gesundheitspersonal	<ul style="list-style-type: none"> • Output und Schulung • Qualität und Motivation • Retention und Arbeitsbedingungen • Verteilung 	Grosse Wirkung und Kernkompetenz; sehr gut zu messen; quick wins; sehr relevant. Siehe auch SM Positionspapier.	+++
Medikamente, Technologie, Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose und Fall-Management • Coverage und Scope • Spitäler, Zentren, Posten • Innovation und Effektivität 	Grosse Wirkung und hohe Kernkompetenz; sehr gut zu messen; quick wins; sehr relevant. Teuer. Unterschied zwischen Investition und Unterhaltskosten sehr wichtig. Parallele Stärkung von Kapazitäten zum Unterhalt zusammen mit dem Aufbau von Infrastruktur.	++
Gesundheits-Informationssysteme	<ul style="list-style-type: none"> • Registratur • Qualitätssysteme 	Mittlerasche Wirkung, jedoch langfristig sehr wichtig; mittlere Kernkompetenz; wenige quick	+

¹⁵ Systems Thinking for Health Systems Strengthening, WHO, 2009

	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologisches Monitoring • Krankheitslast 	wins; relevant.	
Gouvernanz & Leitung	<ul style="list-style-type: none"> • Rechenschaft • Effizienz • Bedarfsgerechte Allokation begrenzter Ressourcen • Dezentralisierung 	Begrenzte Wirkung; keine quick wins; begrenzte Kernkompetenz; relevant. SM wird sich auf bestimmte Teilbereiche von „Gouvernanz und Leitung“ konzentrieren und in bestehende Komponenten integrieren, z.B. Dezentralisierung oder Spitalmanagement, sowie mit Implementierungspartnern arbeiten	+
Gesundheitsfinanzierung	<ul style="list-style-type: none"> • Versicherungen und Risiko-Pooling • Public Private Partnerships • Distrikt-Swap • Benutzergebühren • Pay for Performance 	Begrenzte Wirkung; keine quick wins; begrenzte Kernkompetenz; relevant. SM wird in diesem Bereich nur fokussiert aktiv werden, z.B. Benutzergebühren oder alternative Finanzierungsmodelle.	+

Schaubild: SolidarMed Leistungsbereiche 2017-2022. Je dunkler die Schattierung, desto grösser die Priorität für SolidiarMed.

6.1.4 Gesundheit in den Gemeinden und soziale Determinanten

Gesundheitssysteme dienen Menschen. Diese sind gleichzeitig Akteure: Gemeinschaften stellen einen wichtigen Bereich des Gesundheitssystems dar, nämlich das **informelle Gesundheitssystem** mit verschiedenen Dienstleistern, z.B. Geburtshelferinnen, Dorfgesundheitsarbeitern, Freiwilligen, traditionelle Heiler oder Mütter. Es ist unbestritten, dass gute Gesundheit von weit mehr als einer funktionierenden Grundversorgung abhängt: **Soziale und wirtschaftliche** Einflüsse, Fragen nach Gleichheit oder Bildung spielen eine wichtige Rolle; auch die Fähigkeit zur Selbsthilfe, kollektivem Handeln und Einfordern von Rechten im Sinne von „**Social Accountability**“.

Dabei werden oft die folgenden vier Bereiche unterschieden:

- **Wirtschaftliche Faktoren und Lebensgrundlagen.** Dazu zählt beispielsweise der Zugang zu sauberem Trinkwasser, angemessener Ernährung oder Krediten.
- **Soziale und kulturelle Determinanten**¹⁶. Dazu zählt beispielsweise die Schulbildung, der Beruf, die soziale Stellung oder das traditionelle Verständnis von Krankheit.
- **Politische Rahmenbedingungen.** Dazu zählen Möglichkeiten der Teilhabe, beispielsweise an der Organisation von Gesundheitseinrichtungen, aber auch Rechtssicherheit und Handlungsmöglichkeiten bei Korruption. Dezentralisierung im Gesundheitsbereich ist ein wichtiges Stichwort.
- **Organisation und Kapazitäten.** Die Fähigkeit zu zivilgesellschaftlichem Handeln, Zusammenschluss und zum Ausüben von Rechten. Das Forschungsinstitut ODI spricht von „power over, power from within, power to, power with“.



¹⁶ Siehe auch: Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on social determinants of health, WHO 2008

Abbildung 27: Grundlagen für Gesundheit in Gemeinden

In einigen dieser Bereiche hat SolidarMed nur eine sehr begrenzte und indirekte Wirkung, die gesamtwirtschaftliche Entwicklung beispielsweise, das Rechtssystem, Zugang zu Krediten oder die Dauer der Schulbildung von Frauen. Obwohl dies alles Faktoren sind, die auf Gesundheit in Gemeinden einen wichtigen Einfluss haben. Für SolidarMed bedeutet dies, in diesen Bereichen wo möglich und sinnvoll die Zusammenarbeit oder Arbeitsteilung mit anderen Organisationen zu suchen: **Intersektorale Zusammenarbeit**.

Konkret wird SolidarMed in dieser Zusammenarbeit zu sozialen Determinanten in der neuen Programmphase den **Schwerpunkt** auf die beiden **Sektoren Wasser und Bildung** legen. Ein Projektbeispiel wäre hier zum Beispiel das von der Stiftung Medicor finanzierte Wasserprojekt in Mosambik. In diesem gemeinsam implementierten Projekt deckt SolidarMed den Sektor Sanität und Gesundheit ab, die Organisation „Ingenieure ohne Grenzen“ kümmert sich um die technischen Fragen, Pumpen und Bohrungen und die lokale Stiftung Wiwanana übernimmt die Arbeit mit Wasserkomitees, auf Gemeindeebene und zu Gouvernanz. Ein anderes Beispiel wäre beispielsweise ein Projekt zu HIV in Kindern, wo SolidarMed sehr stark mit den lokalen Schulbehörden zusammenarbeitet.

In anderen Bereichen kann SolidarMed mehr erreichen, zum Beispiel im Bereich von „Organisation und Kapazitäten“. Die Unterstützung lokaler zivilgesellschaftlicher Organisationen gehört hier beispielsweise dazu, oder auch die Gesundheitsförderung („**health promotion**“).

Gemäss der Definition von Ottawa ist „Gesundheitspromotion ... ein Prozess, der Menschen dazu ermächtigt, den Einfluss auf ihre eigene Gesundheit zu vergrössern und ihre Gesundheit zu verbessern.“ Dieser Prozess zur Ausübung von Rechten und gesellschaftlicher Teilhabe ist für SolidarMed sowohl ein Mittel als auch ein Ziel, denn er führt zur **Stärkung der Zivilgesellschaft** und zur Reduktion von Vulnerabilität.

In der neuen Programmphase wird SolidarMed diese Bereiche vermehrt durch lokale, auf Gemeindeebene aktive Partner unterstützen, und weniger im Sinne einer direkten Implementation.

Konsequenzen für SolidarMed

Starke **Zivilgesellschaft, soziale Rechenschaft** und **Gesundheitsinitiativen in Gemeinden** sind für SolidarMed auch in der kommenden Programmphase wichtige Ziele. Durch lokale Partnerschaften, Aktivitäten zur Gesundheitspromotion und Zusammenarbeit in Gemeinden und Distrikten wird sich SolidarMed hier engagieren.

Soziale Determinanten wie Bildung oder Erwerbstätigkeit werden vor allem durch intersektorale Zusammenarbeit adressiert werden.

Die Ausprägung des SolidarMed Engagements auf Gemeindeebene in den verschiedenen Teilbereichen ist in der untenstehenden Tabelle beschrieben.

Individuen, Familien, Gemeinden			
Teilbereich	Beispiele gegenwärtiger oder möglicher Interventionen	Wirkung und Kernkompetenz von SolidarMed	Priorität für SolidarMed
Organisation und Kapazitäten	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung individueller/familiärer Kompetenzen, z.B. durch Health Promotion Aktivitäten der Partner • Vernetzung und kollektives Handeln, z.B. durch Stärkung von Dorfgesundheitskomitees oder Unterstützung lokaler Organisationen • Einflussnahme und Rechenschaft, z.B. durch Unterstützung konsultativer, dezentraler Mitwirkungsstrukturen 	Grosse Wirkung und Kernkompetenz; langfristige Prozesse; schwer zu messen; dynamisch mit zusätzlichem Einfluss anderer Faktoren; sehr relevant. Information, Education, Communication. Community Participation Programme.	+++
Ökonomische Le-	• Ernährungsberatung durch	Grosse Wirkung bezüglich Wasser und Ernäh-	++

Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> Dorfgesundheitsberatende Wasser und Hygiene: Bau von Latrinen, SolidarMed Wasserprogramm 	<p>ung; sonst wenig Wirkung, mittelgrosse Kernkompetenz. Ernährung und Wasser sind relevant für Gesundheit! In beiden Bereichen gibt es quick wins und nachhaltige Wirkung. Je nach Teilbereich unterschiedlich leicht oder schwer zu messen/kontrollieren.</p>	
Soziale Determinanten	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenarbeit mit Initiativen im Wassersektor und Siedlungshygiene, z.B. Wasserkomitees Zusammenarbeit mit Bildungseinrichtungen im Bereich Bildung für Mädchen Integration von Aspekten der Gouvernanz in die Projekte, z.B. im dezentralen Management von Gesundheitseinrichtungen Spezielle Ausrichtung von Projektaktivitäten auf Aktivitäten zur Stärkung von Frauen (gender) 	<p>Grosse Wirkung (vor allem Bildung von Mädchen), mittelgrosse Kernkompetenz; langfristige und dynamische Prozesse; schwer zu messen; sehr relevant.</p>	+
Politischer Rahmen	<ul style="list-style-type: none"> Mitbestimmungsrechte Zivilgesellschaftliche Strukturen Rechtssicherheit Dezentralisierung 	<p>Begrenzte Wirkung und Kernkompetenz, ausser Dezentralisierung: Hier hat SM eine gewisse Kompetenz und kann auf peripherer Ebene Anpassungen und Monitoring der Dezentralisierung bewirken.</p>	+

Schaubild: SolidarMed Engagement auf Gemeindeebene. Je dunkler die Schattierung, desto höher die Priorität für SM

6.1.5 Universal Health Coverage

Unterziel acht des dritten nachhaltigen Entwicklungszieles betrifft „Universal Health Coverage“ (UHC). SolidarMed betrachtet UHC als Bedingung und Ergebnis **sozialer Kohäsion, ökologischer Nachhaltigkeit und wirtschaftlichen Fortschritts**, und damit untrennbar mit nachhaltiger Entwicklung verbunden.

Zur konzeptionellen Klärung von UHC hat SolidarMed - zusammen mit dem Schweizer Roten Kreuz - ein Positionspapier verfasst und dabei auf die gleichberechtigte Bedeutung der drei Dimensionen des Konzeptes hingewiesen: **Gleichberechtigter Zugang** und Abdeckung („population coverage“), Angebot essentieller, **guter Dienstleistungen** („service coverage“) und **finanzielle Absicherung** („cost coverage“).

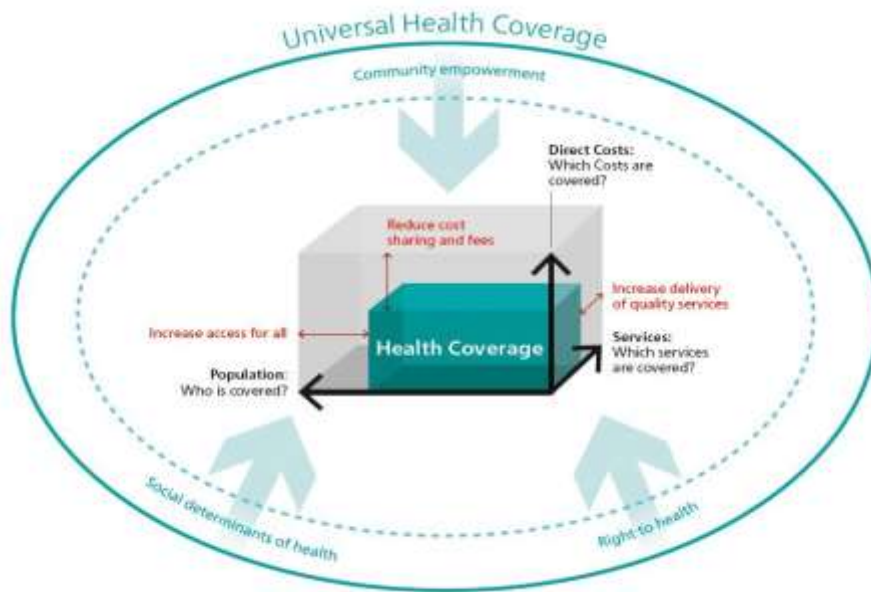


Abbildung 28: Die drei Dimensionen von universellem Zugang zu Grundversorgung

SolidarMed stellt dieses Ziel in seiner neuen Phase im Sinne eines „**gleichberechtigten und finanziell abgesicherten Zugangs zu guter Gesundheitsversorgung**“ an oberste Stelle. In der Umsetzung wird SolidarMed in der kommenden Phase dabei vorwiegend zu den Dimensionen Zugang und Abdeckung, sowie Angebot und Qualität beitragen. Im Sinne der Kernkompetenzen und Rolle von SolidarMed macht das durchaus Sinn. Im Bereich Finanzen wird SolidarMed begrenzt Aktivitäten durchführen.

Konsequenzen für SolidarMed

SolidarMed betrachtet **Universal Health Coverage** als Priorität und schreibt verbesserte Gesundheitsversorgung als Oberziel im Handlungsrahmen fest.

In der nächsten Programmphase wird SolidarMed vor allem zu den Dimensionen „**Population und Service Coverage**“¹⁷ beitragen.

6.1.6 Innovation, Forschung, Dialog

In den letzten 20 Jahren hat sich die Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich stark verändert und **Erfolge** erzielt, die in diesem Ausmass vorher nicht denkbar gewesen wären.

Der Zuwachs an Akteuren und Finanzmitteln hat aber auch zu einer **Fragmentierung** von Implementierern, Finanzierern und politisch Verantwortlichen geführt, und zwar in den SolidarMed-Einsatzländern, aber auch auf internationaler und globaler Ebene. **Wissenschaft, Politik und Implementierung** finden selten zueinander und sprechen oft eine unterschiedliche Sprache, Wirkungsgewinn durch Abstimmung und Harmonisierung geht verloren. Das Resultat: Effiziente Lösungen kommen vor Ort nicht an, Ungleichheit wächst, Entwicklung wird verzögert. Das beste Medikament ist nutzlos, wenn es vor Ort nicht vorhanden ist, von den entstandenen Fehl-investitionen einmal zu schweigen. Viele Beobachter und Akteure fordern deshalb Reformen des Systems der Gesundheitsgouvernanz, auf nationaler und globaler Ebene, und ein Zusammenrücken von Forschung, Politik und Umsetzung.

SolidarMed beschäftigt sich in der kommenden Programmphase deshalb zunehmend mit **Dialog und Umsetzungsforschung**. Dabei geht weniger um Fragen nach neuen Wirkstoffen, Diagnostika oder Impfstoffen („was“ wirkt), sondern um den besseren Einsatz bekannter Wirkstoffe, Instrumente oder Strategien. Die optimale

¹⁷ Für mehr Informationen zu Universal Health Coverage siehe auch:

<http://www.medicusmundi.ch/de/schwerpunkte/globale-gesundheit/position-paper-on-universal-health-coverage>

Anwendung von Malaria-Schnelltests oder Gestaltung des Managements chronischer Erkrankungen sind Beispiele.

Umsetzungsforschung kümmert sich also weniger darum, was wirkt, sondern **wie etwas wirkt** und wie man **Anwendungen innovativ verbessern und skalieren** kann.

Bei der Umsetzungsforschung - aber auch im Politikdialog - steht für SolidarMed die **Frage der Relevanz** im Vordergrund, die Möglichkeit also, mit wissenschaftlichen Ergebnissen zu konkreten Verbesserungen vor Ort und innerhalb der Gesundheitssysteme beizutragen. Umsetzungsforschung und Politikdialog wird SolidarMed deshalb immer **kontextspezifisch** gestalten.

Dennoch gibt es **prioritäre Themenbereiche in Feldforschung und Politikdialog**, die SolidarMed besonders bearbeitet. Sie beziehen sich vor allem auf medizinische Dienstleistungen, und – etwas abgeschwächt – auf Gesundheit in Gemeinden sowie Gesundheitspersonal. Dies sind:

- a) Infektionserkrankungen mit Schwerpunkt HIV, Tuberkulose, Hepatitis, Malaria.
- b) Mutter-Kind-Gesundheit
- c) Verbesserung des Zugangs

Ausgewählt wurden sie aufgrund der Kompetenz unserer Organisation, Erfahrung vor Ort und im Forschungsbereich, sowie Möglichkeit des Beitrags zu substantiellen und nachhaltigen Verbesserungen.

Bei allen Forschungsvorhaben arbeitet SolidarMed im Übrigen **mit lokalen Partnern zusammen**, integriert Aspekte von **Capacity Building** und achtet darauf, dass die Ergebnisse politisch Verantwortlichen in verständlicher Sprache präsentiert werden.

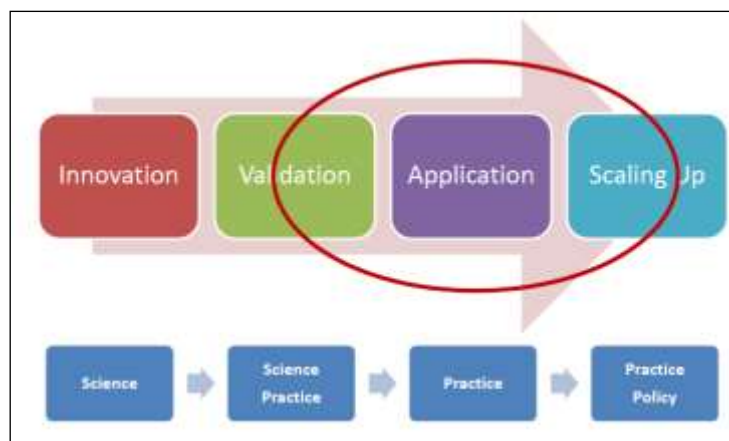
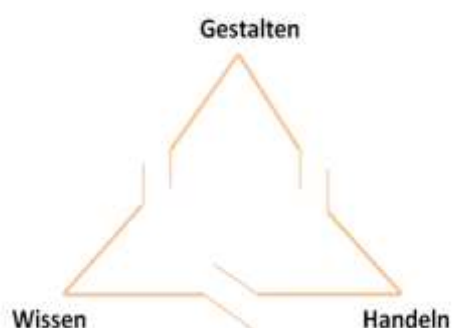


Abbildung 29: Von Innovation zu Skalierung: die Rolle von Feldforschung und Dialog. In Rot: Prioritär für SolidarMed

Der Erfolg hängt dabei von mehreren Faktoren ab: **Effektiven Wissenspartnerschaften**, Relevanz der Fragestellung, Kompetenz, methodische Qualität. Sehr wichtig ist aber auch die Kommunikation der Resultate und Erfahrungen im Sinne eines **fachlichen, politischen und gesellschaftlichen Dialoges**.

Dialog führt SolidarMed aber nicht nur im Süden und nicht nur mit Fachwelt und Politik. **Gesellschaftlicher Dialog** geht über die Kommunikation fachlicher Kenntnisse weit hinaus: In der Schweiz und in Liechtenstein engagiert sich SolidarMed im Sinne einer **gehaltvollen Öffentlichkeitsarbeit** solidarisch und anwaltschaftlich für die Anliegen armer Länder. Ziel ist es dabei, öffentliche Meinungen und Politiken so informieren, dass sie denen zu Gute kommen, die politische Macht und Zugang zu Ressourcen nur in begrenztem Umfang haben.



Entwicklung findet dann leichter statt, wenn Politiker auf Basis wissenschaftlicher Grundlagen agieren, Wissenschaftler prioritäre Fragestellungen verstehen und politische Zusammenhänge gesellschaftlich verstanden werden. Mit gesellschaftlichem, fachlichem und politischem Dialog wird Soli-

darMed in der kommenden Programmphase dazu beitragen, die Hürden zwischen **Wissen, Gestalten und Handeln** zu überwinden.

Abbildung 30: Wissen, Handeln und Gestalten müssen miteinander verbunden werden

Konsequenzen für SolidarMed
 Mit Innovation, **partnerschaftlichem Lernen**, sowie **gesellschaftlichem, fachlichem und politischem Dialog** trägt SolidarMed zu einer effizienteren **Gouvernanz** im Gesundheitswesen und zu einer Beschleunigung von Entwicklungsprozessen bei. Prioritäre Themenfelder für Forschung und Politikdialog in der nächsten Phase sind: a) Infektionserkrankungen b) Mutter-Kind-Gesundheit c) Verbesserung des Zugangs zu Dienstleistungen. Durch die **Sensibilisierung der Bevölkerung in der Schweiz und Liechtenstein** vertritt und vermittelt SolidarMed in der Schweiz und in Liechtenstein zudem die Anliegen der Menschen in Afrika.

Man kann dabei die untenstehenden Arbeitsfelder definieren. Selbstverständlich hat SolidarMed nicht in allen Arbeitsfeldern die gleiche Kernkompetenz, und nicht überall die gleiche Wirkung.

Dialog, Vermittlung, Anwaltschaft			
Teilbereich	Beispiele	Wirkung und Kernkompetenz von SolidarMed	Priorität für SolidarMed
Verfolgen gesundheitspezifischer Fachentwicklungen	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme in entwicklungspolitischen Foren in der CH sowie den Einsatzländern • Regelmässige Verfolgung, Aufarbeitung und Darstellung der Fachliteratur • Internes Wissensmanagement 	Weniger eine „Aussenwirkung“ als eine Vorbedingung für effektiven Politik-Dialog. Hohe Wirkung. SM hat im gesundheitlichen Bereich eine sehr hohe, im entwicklungspolitischen Bereich eine hohe Kompetenz.	+++
Dialog und Debatte mit politischen Entscheidungsträgern im Süden und Norden	<ul style="list-style-type: none"> • Politikdialog mit Führungskadern bei Partnern • Strukturierter Dialog mit Gebern (wie z.B. DEZA) in den Einsatzländern • Teilnahme und Präsentationen an Konferenzen (CH, im Süden; international); Publikationen in Fachjournalen 	Hohe Wirkung und mittlere Kompetenz. Die Wirkung ist oft schwer zu messen und einzuschätzen, stellt sich oft auch nicht sofort ein (wenige quick wins). Kontinuität, Verlässlichkeit und Professionalität sind hier sehr wichtig. Netzwerke können ein „Leverage-Faktor“ sein.	+++
Partnerschaften und Allianzen mit öffentlichen, privaten, nichtstaatlichen und internationalen Organisationen sowie der Zivilgesellschaft im Süden, und international	<ul style="list-style-type: none"> • Forschungsnetzwerk IeDEA in südlichen Afrika (www.iedea-sa.org) • Plattform der Gesundheitsorg. in Mosambik, NAIMA (www.naima.org.mz) • Unterstützung des Patientengruppen-Netzwerkes Batanai in Zimbabwe (http://www.bhaso.org) 	Keine rasche, jedoch eine grosse Wirkung. SolidarMed hat in diesem Bereich eine hohe Kompetenz	++
Aufbau lokaler Kapazitäten für Menschen in Führungsfunktionen im	<ul style="list-style-type: none"> • Erleichterung des Austausches zwischen Süd - Part- 	Grosse Wirkung; mittlere bis hohe Kompetenz. Wenige	++

Süden, zur Entwicklung von Politiken, Wissenstransfer, Forschung	<ul style="list-style-type: none"> • nern und nationalen / internationalen Netzwerken • Schulung lokaler Führungskräfte von Partnern • Capacity Building im Bereich Research 	„quick wins“, jedoch oft mit grosser Langzeitwirkung. Kann ausgebaut werden.	
Sensibilisierung der Bevölkerung in der Schweiz und Liechtenstein	<ul style="list-style-type: none"> • Kampagnen Schweiz • Informationsarbeit über Verein SolidarMed und Vorstand • Teilnahme an Fachanlässen 	Mittlere Wirkung, mittlere Kompetenz.	++
Aufarbeitung der Felderfahrung (“lessons learnt”) und Beitrag zu empirischen Grundlagen („operational research“)	<ul style="list-style-type: none"> • Diverse operational research Aktivitäten • SolidarMed Positionspapiere 	Keine quick wins, jedoch potentiell grosse Wirkung; begrenzte Kernkompetenz von SM (wichtig: Zusammenarbeit in Allianzen und Netzwerken). Sehr relevant.	++
Vernetzung mit Schweizer Organisationen im Bereich der Entwicklungszusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensaustausch und Bildung von Synergien (z.B. Aidsfocus CH) • Definition und Darstellung gemeinsamer Erkenntnisse oder Positionen (z.B. Medicus Mundi) • Lobbying für gemeinsame Interessen; und Austausch mit politisch Verantwortlichen (z.B. Swiss Malaria Group) 	Keine rasche, jedoch eine grosse Wirkung (und auch spill-over Effekte). SolidarMed hat in diesem Bereich eine hohe Kompetenz.	++

Schaubild: Arbeitsfelder und Wirkung in den Bereichen Dialog, Vermittlung, Anwaltschaft. Je dunkler die Schattierung, desto höher die Priorität für SolidarMed

6.2 Interventionsarten und Wirkungsmodell

6.2.1 Interventionsarten

Unser Programm gründet auf der Überzeugung, dass es nicht nur einen wirkungsvollen Beitrag zur **direkten Verbesserung** der Lebensbedingungen der Begünstigten leistet, sondern in vielen Bereichen **Wirkung** entfaltet, die **über die jeweiligen Zielgruppen und Projektdauer hinausgeht**.

Beispiele für Wirkung jenseits direkter Projekte sind Aufarbeitung und Weitergabe von Erfahrungen über neue Strategien (z.B. Malaria oder Krankentransport), die Unterstützung von Regierungen bei der Formulierung von Richtlinien (z.B. Diagnosestrategien, Curricula), das Ergänzen internationaler Evidenzgrundlagen (z.B. virale Resistenzmuster), die Stärkung lokaler Kapazitäten, der Aufbau von Netzwerken oder die Vermittlung entwicklungspolitischer Zusammenhänge in der Schweiz und Liechtenstein.

Es reicht nicht aus, das Richtige zu tun. Man muss es auch richtig umsetzen. Die Modalitäten der Zusammenarbeit sind deshalb mindestens genauso wichtig, wie der Inhalt der SolidarMed Programme, und Grundlage für Wirkung. Jedes der Projekte von SolidarMed hat dabei eine spezifische Logik, begründet im Zusammenhang zwischen **Interventionsart, Handeln, Resultat und Wirkung**, und verankert auf bestmöglicher Evidenz.

Im Rahmen seiner neuen Programmphase verfolgt SolidarMed hierbei die folgenden vier Interventionsarten:

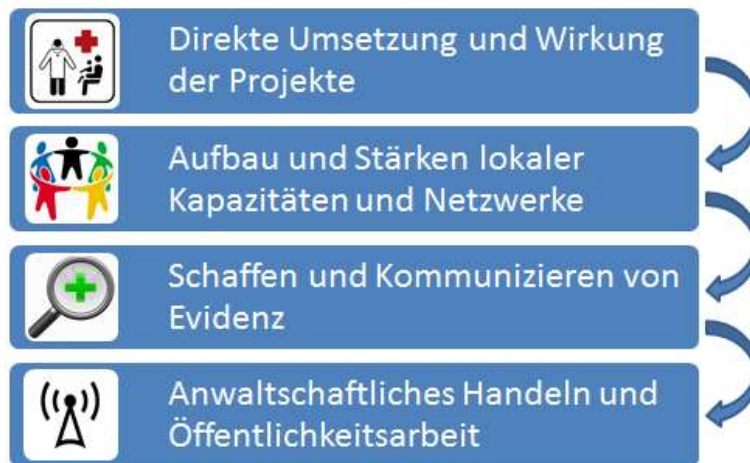


Abbildung 31: Die 4 Interventionsarten von SolidarMed

Die Interventionsarten haben sich im Laufe der Geschichte von SolidarMed verändert. Vor 30 Jahren entsandte SolidarMed klinisch tätige Schweizer Ärzte, um in afrikanischen Spitälern medizinisch zu wirken. Dann verschob sich die Projektarbeit hin zur Zusammenarbeit mit lokalen Partnern. **Heute entsendet SolidarMed Fachpersonal, um lokale Kapazitäten aufzubauen, die nachhaltig wirken.** Es geht dabei einerseits um klinische, aber auch um personelle, materielle oder strukturelle Kapazitäten. Das Schaffen und Kommunizieren von Best-Practices und eine systematischere Öffentlichkeitsarbeit sind in den letzten Jahren hinzugekommen. Der gemeinsame und **ergänzende Einsatz verschiedener Interventionsarten** innerhalb der Länderprogramme ist heute die Regel. Die Interventionsarten können wie folgt näher erläutert werden:

6.2.1.1 Direkte Wirkung der Projekte

Um Ungleichheiten zu bekämpfen, Strukturen zu etablieren, Prozesse anzustossen oder auf humanitäre Situationen zu reagieren setzt SolidarMed Projekte zugunsten definierter Zielgruppen direkt vor Ort um. SolidarMed implementiert dabei **niemals alleine**, sondern immer in Partnerschaft mit zivilgesellschaftlichen, staatlichen, privatwirtschaftlichen oder akademischen Partnern. Aktivitäten zu Infrastruktur, Ausrüstung, Forschung, klinischer Behandlung oder Wasser in Gemeinden sind einige Beispiele. Schnelle und direkte Wirkung, sowie der **direkte Kontakt mit der Basis** sind die Vorteile eines solchen Einsatzes, Abhängigkeit und Verantwortungsverlust der Projektpartner, sowie Unverhältnismässigkeit der Standards die Risiken. Aus diesen Gründen werden die Projekte partizipativ und unter Einsatz von PPCM-Instrumenten und PDCA-Zyklen geplant, umgesetzt und begleitet. Die direkte Interventionsart ist immer **zeitlich begrenzt**.

6.2.1.2 Ausbau und Stärkung lokaler Kapazitäten

Partnerschaft steht im Zentrum der Programme von SolidarMed. Die Projektpartner sind dabei entweder staatlich (Gesundheitsbehörden), privatwirtschaftlich (Leistungserbringer), zivilgesellschaftlich (lokale NGOs) oder akademisch (Bildungs- und Forschungsinstitutionen). Lokale Kompetenz, Organisation, Struktur und Kapazitäten fördert SolidarMed hierbei auf zwei Arten: a) Fast alle Projekte von SolidarMed beinhalten Elemente zur **Stärkung von Kompetenzen** und **Entwicklung von Organisation**, mit dem übergeordneten Ziel nachhaltiger und dauerhafter lokaler Entwicklung. Spitalentwicklung oder technische Beratung sind Beispiele hierfür. Andererseits agiert SolidarMed als **Katalysator lokalen Austausches**, indem die **Vernetzung** zwischen verschiedenen Entwicklungsakteuren gefördert wird. SolidarMed fördert dadurch den Austausch von Wissen und Erfahrung und erweitert lokale Entwicklungsspielräume.

6.2.1.3 Schaffen und Kommunizieren von Evidenz

Bei der **Umsetzung seiner Projekte** vor Ort sammelt SolidarMed wertvolle Erfahrungen. Durch Pilotprojekte und **angewandte Feldforschung** werden diese Kenntnisse vertieft und methodologisch verankert. SolidarMed

gibt diese Erkenntnisse auf zwei Ebenen weiter: Auf **fachlicher Ebene**, durch Publikationen in internationalen Fachzeitschriften, auf Kongressen oder bei Netzwerktreffen. Sowie durch Dialog mit politisch Verantwortlichen auf lokaler oder nationaler Ebene (**Politikdialog**). Ziel ist es dabei...

- a) **Gesundheitspolitische Entscheidungen so zu informieren und beeinflussen**, dass sie den Bedürfnissen der Bevölkerung und wissenschaftlichen Evidenzgrundlagen gerecht werden
- b) Grundlagen für die **lokal wirksame Umsetzung** erfolgreicher Interventionen zu schaffen
- c) Die Skalierung **erfolgreicher Modelle zu fördern**.

Ein Beispiel ist dafür ein Projekt in Mosambik, welches in Partnerschaft mit der Provinzregierung den Einsatz von Patientengruppen beim Management chronischer Erkrankung getestet, wissenschaftlich ausgewertet und international präsentiert hat. In Folge wurde das Modell von der Regierung auf die ganze Provinz ausgeweitet. Gleichzeitig **fördert dieser Dialog das Verständnis** zwischen Entscheidungsträgern, Akademie und Implementierern, bekämpft Fragmentierung und fördert Entwicklungsprozesse im Gesundheitsbereich.

6.2.1.4 Anwaltschaftliches Handeln und Öffentlichkeitsarbeit

In der Schweiz und in Liechtenstein setzt sich SolidarMed solidarisch und anwaltschaftlich für die Anliegen der Menschen in armen Ländern ein. Ziel dieser Öffentlichkeitsarbeit des „Programms Schweiz“ ist **die Vermittlung von Information**, Teilnahme an **gesellschaftlicher Debatte**, Sensibilisierung der Bevölkerung und Vertreten der im Leitbild formulierten Werte. SolidarMed nutzt dabei seine Struktur, um als **Brücke zum Austausch** zwischen Nord und Süd zu agieren. Die Organisation nimmt zudem aktiv an politischen Debatten in der Schweiz und in Liechtenstein teil, zum Beispiel über Gesundheitspersonal. Wichtig dabei ist immer auch die **thematische Kohärenz** mit den internationalen Programmen. Beispiele sind Kampagnen, Medienarbeit, Mitarbeit in Netzwerken oder Gespräche mit politisch Verantwortlichen.

6.2.1.5 Zusammenfassung der Interventionsarten

Bereich	Beispiele	Vor und Nachteile	Priorität für SolidarMed
Direkte Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> • Bau / Ausrüstung eines Gesundheitszentrums • Entsenden eines klinisch tätigen Arztes • Rehabilitation eines Wassersystems • Bereitstellung neuer Diagnosemaschinen 	<ul style="list-style-type: none"> • Rasche Wirkung • Erreicht Begünstigte • Kostengünstig • Leicht zu messen • Resultatorientiert • Risiko: Abhängigkeit • Risiko: Verantwortungsverlust • Risiko: Nachhaltigkeit 	+++
Ausbau und Stärkung lokaler Kapazitäten	<ul style="list-style-type: none"> • Technische Beratung, Ausbildung, Schulung • Etablierung und Umsetzung eines Spitalentwicklungsplanes • Beratung lokaler zivilgesellschaftlicher Organisationen • Förderung lokaler Netzwerke (fachlich, privatwirtschaftlich etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachhaltig • Entwicklungstheoretisch am angemessensten • Prozessorientiert • Empowerment • Schwer zu messen • Wirkung verzögert • Risiko: Erfolglosigkeit • Fordert weniger technische und mehr soziale und Managementkompetenzen 	+++
Schaffen und Kommunizieren von Evidenz	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung innovativer Pilotprojekte, z.B. GeneXpert • Wissenschaftliche Auswertung 	<ul style="list-style-type: none"> • Positive spill-over-Effekte auf Programme • Aufbau von Forschungskapazitäten 	+++

	tung von Ergebnissen, z.B. Dezentralisierung von ART <ul style="list-style-type: none"> • Fachpublikationen • Disseminations-Workshops 	<ul style="list-style-type: none"> • Positive Dynamik • Resultate gut zu messen, Politikdialog schwer zu messen • Herausforderung: Institutionelles Gewicht • Herausforderung: Finanzierung 	
Anwaltschaftliches Handeln und Öffentlichkeitsarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Medienarbeit, z.B. Nik Hartmann • Kampagnen, z.B. Malaria • Netzwerke Schweiz / Liechtenstein, z.B. Medicus Mundi • Repräsentation in Foren Schweiz / Liechtenstein 	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Relevanz • Hohes Wirkpotential • Positive spill-over-Effekte auf Finanzierung • Schwer zu messen • Herausforderung = institutionelle Kapazität 	+++

Schaubild: Konkrete Beispiele für jede der Interventionsarten in der kommenden Programmphase

6.2.2 Wirkungsmodell

Das nachfolgende Wirkungsmodell bezieht sich auf die übergreifende Zielsetzung des Gesamtprogramms. Es bildet die Grundlage für die Definition von Wirkungshypothesen auf Ebene der Länderprogramme.

Um seine thematischen Wirkungsziele zu erreichen setzt SolidarMed an zwei Bereichen an, die konsistent von **hoher Relevanz** für die Ziele von SolidarMed sind. Dabei handelt es sich um Bereiche, in denen SolidarMed eine besondere **Hebelwirkung** und **Kernkompetenz** besitzt. Und geht es einerseits um die Bereiche selbst, andererseits um ihre Interaktion. Es handelt sich dabei um ...

- a) die Stärkung von **Gesundheitssystemen** (Angebot, Zugang, Nachfrage)
- b) die Förderung fachlichen, politischen und gesellschaftlichen **Dialogs** im Süden und Norden

Der Begriff „Gesundheitssystem“ wird hierbei umfassend begriffen, sowohl **Angebots- wie auch Nachfrageseite** beinhaltend, einschliesslich der Bereiche **Prävention, Diagnose, Behandlung und Pflege**. Im Bereich des Dialoges wirbt SolidarMed im gesellschaftlichen Raum für die Anliegen der Partner im ländlichen Afrika, z.B. über die Öffentlichkeitsarbeit, Netzwerke oder Mitglieder in der Schweiz und Liechtenstein. Zudem bringt die Organisation ihre Kenntnis gesundheitlicher Zusammenhänge und Feldrealität in den Dialog mit Fachpartnern ein, z.B. durch Fachbeiträge in entsprechenden Foren. Und schliesslich sucht SolidarMed den Politikdialog mit Entscheidungsträgern im Norden und Süden auf der sogenannten Makro-Ebene.

Aus dieser Analyse vorhandener Kernkompetenzen, möglicher Hebelwirkung und definierter Interventionsarten leitet SolidarMed das **Wirkungsmodell** her. Es soll mit dem untenstehenden Schaubild veranschaulicht werden:

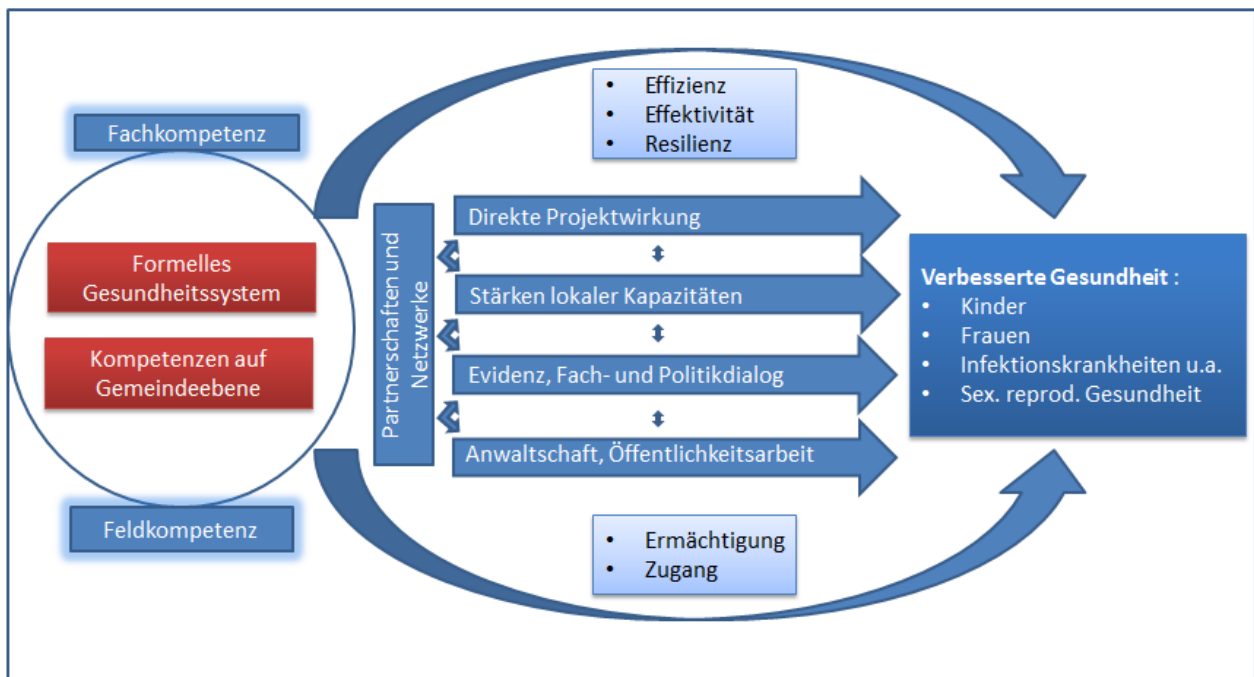


Abbildung 32: Das Wirkungsmodell von SolidarMed. Auf Ebene des formellen und informellen Gesundheitssystems verbessert SolidarMed direkt, durch Stärkung lokaler Kapazitäten, durch Entwicklung und Skalierung wirksamer Modelle sowie durch anwaltschaftliche Öffentlichkeitsarbeit verschiedene Dimensionen von Gesundheit für spezifische Zielgruppen.

6.3 Strategische Leitlinien

Die strategischen Leitlinien basieren auf den in der Analyse der vorherigen Programmphase formulierten Implikationen. Zusammengefasst können diese wie folgendermassen dargelegt werden (siehe auch Kapitel: „Neues in der Programmphase 2017-22: Die Eckpunkte“).

- Die grundsätzliche Ausrichtung des Programms bleibt bestehen. Die Gesamtwirkung des Programms wird im logischen Handlungsrahmen konkretisiert.
- Im Vordergrund steht qualitatives Wachstum. Erfolgreiche Komponenten werden weiterentwickelt und nach Möglichkeit skaliert. Die dazu notwendige kritische Masse wird bereitgestellt.
- Interventionsbereiche mit grosser Hebelwirkung und Kompetenzen von SolidarMed werden als prioritär beachtet: Medizinische Grundversorgung, Gesundheitspersonal, Gesundheit in Gemeinden. Dies entspricht einer Fortsetzung der inhaltlichen Konsolidierung.
- Innovation, Forschung, Politik und Fachdialog gewinnen an Bedeutung. Zusammen mit der Öffentlichkeitsarbeit in der Schweiz und Liechtenstein werden diese Bereiche als gleichberechtigte Programmkomponente gehandhabt.
- Die Basis für Wirkung, Dialog und Sensibilisierung bildet das kontinuierlich verbesserte Program- und Wissensmanagement. Qualitätsmanagement und Wirkungsmodell werden deshalb kontinuierlich weiterentwickelt.
- Die grundsätzliche geografische Ausrichtung bleibt vorhanden, die Interventionsebene steigt leicht an. Falls die finanziellen Mittel dies zulassen, wird eine Ausweitung in ein neues Land angestrebt.
- Die Wertschöpfungskette und Organisationsstruktur wurden analysiert und stimmen. Möglichkeiten zur Dezentralisierung und vermehrten Einsatz lokalen Personals werden mittelfristig überprüft.
- Die Zusammenarbeit mit akademischen, privatwirtschaftlichen, zivilgesellschaftlichen und staatlichen Partnern und Netzwerken wird fortgeführt, und nach Möglichkeit ausgebaut; einschliesslich Partner in der Schweiz
- Der Erhalt der finanziellen Basis gilt als Priorität, quantitatives Wachstum wird im Alleingang schwer zu erreichen sein. Wachstumsperspektiven bilden Mandate mit einem mittelfristigen Finanzierungshorizont.

6.4 Zielgruppen und Interventionsgebiet

Die Gesundheitsprogramme von SolidarMed richten sich primär an die Bevölkerung in **ländlichen Gebieten** des **südlichen und östlichen Afrikas** mit einem besonderen Fokus auf **armutsrelevante** Krankheiten. Durch diese Fokussierung tragen wir zu **gesellschaftlicher Kohäsion** und Entwicklung bei.

Gemäss lokalem Bedarf und länderprogrammatischem Fokus wird der Schwerpunkt **spezifisch gewichtet**, z.B. in Programmen für Mütter und Neugeborene, HIV oder sexueller und reproduktiver Gesundheit, Details finden sich in den Länderprogrammberichten.

Die Karte unten zeigt die Länder, in denen SolidarMed aktiv ist. Falls die finanziellen Mittel dies zulassen, wird eine **Ausweitung in ein neues Land** angestrebt.



Abbildung 33: Die fünf Partnerländer, in denen SolidarMed im Rahmen seiner internationalen Programme arbeitet.

Die untenstehende Tabelle zeigt die **Partnerdistrikte von SolidarMed per Ende 2015**. In der nächsten Programmphase wird es zu leichten Verschiebungen kommen. Lesotho: Langsames Phase-Out aus Thaba Tseka; eventuell neuer Distrikt in 2019/20. Tansania: Langsames Phase-Out aus Mbulu und Babati. Neu dazu kommen Teile des Distriktes Ifakara; stärkeres Engagement in Ulanga und stärkere Präsenz auf regionaler Ebene. Zimbabwe: Steigerung der Aktivitäten in Chiredzi, Fokussierung der Aktivitäten in Zaka und Bikita. Mosambik: Steigerung der Aktivitäten in Namuno, Fokussierung in Chiure.

Land	Distrikt	Begünstigte (2015)
Lesotho	Butha Buthe	104'690
Lesotho	Thaba Tseka	137'044
Lesotho	Total	241'734
Tansania	Mbulu	394'804
Tansania	Ulanga	278'081
Tansania	Babati	334'352
Tansania	Total	1'007'237
Zimbabwe	Bikita	179'499
Zimbabwe	Zaka	210'877
Zimbabwe	Chiredzi	315'000
Zimbabwe	Total	705'376

Mosambik	Chiure	248'381
Mosambik	Ancuabe	121'320
Mosambik	Namuno	211'737
Mosambik	Total	581'438
GESAMT		2'535'785
Sambia	Landesweit	(14,5 Millionen)

Partnerdistrikte von SolidarMed per Ende 2015

In Sambia arbeitet SolidarMed nur auf nationaler Ebene. Die Anzahl der direkten Begünstigten ist deshalb schwer anzugeben. Das Land hat ca. 14,5 Millionen Einwohner. Die Liste unten zeigt die begünstigten Ausbildungsspitäler und die Abteilungen, die durch SolidarMed unterstützt werden.

Name des Spitals	Chirurgie	Gynäkologie	Pädiatrie	Innere Med.
Arthur Davidson			X	
Chipata General	X	X	X	X
Kabwe General	X	X	X	X
Kafue District				X
Katete Mission	X	X		
Kitwe General	X	X	X	X
Levy Mwanawasa	X	X	X	X
Livingstone General	X		X	
Mongu General	X	X	X	X
Monze Mission		X		
Ndola General	X	X	X	X

Von SolidarMed unterstützte Spitäler in Sambia

Sekundäre Zielgruppen sind Institutionen und Mitarbeiter der Gesundheitsbehörden auf Distrikt- und Provinzebene, welche dahingehend gestärkt werden, dass sie Gesundheitsleistungen besser erbringen können, sowie Organisationen der Zivilgesellschaft (NGOs, CBOs, Selbsthilfegruppen, Gesundheitskomitees etc.) als wichtige Faktoren zur Organisation und Ermächtigung auf Gemeindeebene.

6.5 Thematische Ziele

Für die Programmphase 2017-22 hat SolidarMed zunächst thematische Schwerpunkte definiert. Diesen übergeordnet steht die **verbesserte Gesundheit** im Sinne von **Universal Health Coverage** und **Primary Healthcare** gemäss Alma Ata.

Die thematischen Schwerpunkte sind:

1. Infektionskrankheiten wie **Malaria, HIV/Aids, Tuberkulose**; sowie **nicht-übertragbare Krankheiten**
2. Gesundheit von **Frauen, Schwangeren, Müttern und Neugeborenen**
3. **Gesundheit von Kindern**

Die Kriterien für die Auswahl der Themenbereiche waren:

- Krankheitslast und Situation in den Einsatzgebieten
- Besondere Vulnerabilität spezifischer Zielgruppen und Frage nach gleichberechtigtem Zugang
- Sich abzeichnende Entwicklungen und Herausforderungen im Gesundheitsbereich

- Gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen wie z.B. die nachhaltigen Entwicklungsziele
- Institutionelle Kompetenzen und Kapazitäten von SolidarMed
- Möglichkeit zu Wirkung beizutragen, „leverage“
- Möglichkeit, in Partnerschaft und vernetzt zu arbeiten

Da der Bereich der **nicht-übertragbaren Krankheiten** neu in der Strategie aufgenommen wurde, möchten wir dazu noch etwas detaillierter die Schwerpunkte erläutern: Die kommende Programmphase dient dem progressiven Aufbau von Aktivitäten in diesem Bereich. Es geht hier vor allem um ein „**mainstreaming von NCDs**“ im Rahmen existierender und neuer Initiativen. Dies einerseits, um aus Fehlern der Vergangenheit zu lernen („Etablierung paralleler Systeme“), andererseits um den Ansprüchen chronischer Erkrankungen an ganzheitliche Gesundheitssysteme gerecht zu werden. Schwerpunkt wird hierbei vor allem die primäre Gesundheitsversorgung sein. Dies beinhaltet beispielsweise den Aufbau von „chronic disease“ Kliniken zur Diagnose und Behandlung von Bluthochdruck und Hypertonie. Oder systemischer Ansätze wie der Integration von Gebärmutterhalsscreening in existierende HIV Programme. Nicht jedoch geht es um Diagnose und Behandlung in sekundären oder gar tertiären Einrichtungen, beispielsweise von Lungenkrebs oder Autoimmunerkrankungen. Ergänzend zu Diagnose und Behandlung wird SolidarMed progressiv auch Elemente der Vorbeugung in seine Projekte auf Gemeindeebene einfließen lassen. Auf Ebene der Anwaltschaft adressiert SolidarMed das Thema im Sinne eines Engagements für kohärente Politiken zur SDG Agenda, beispielsweise Wirtschaftspolitik, Patentpolitik oder Konsumpolitik. Auch angewandte Feldforschung wird sich innerhalb der SM Programme dem Thema widmen, jedoch auch hier vor allem mit Bezug zur primären Gesundheitsversorgung.

Auch der Bereich **sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte** wurde von SolidarMed neu in das strategische Konzept aufgenommen und soll in der nächsten Programmphase progressiv mehr Beachtung finden. Wie auch bei den nicht-übertragbaren Krankheiten geht es hier weniger um die Entwicklung kostenintensiver monothematischer Programme als um die Integration des Bereiches in bestehende oder neu entwickelte Initiativen. Das dahinterstehende Konzept ist das von **RMNCH-A**¹⁸, von Gesundheitsversorgung und Rechten im Kontinuum reproduktiver Gesundheit, Müttergesundheit, Gesundheit von Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen. SolidarMed wird hier vor allem Erfahrungen mit der Integration reproduktiver Aspekte in das Regionalprogramm MAMA sammeln, sowie in die Programme von Gesundheit in den Gemeinden. Die Intensität unseres Engagements in diesem Bereich hängt zudem auch mit den verfügbaren finanziellen Mitteln ab; dies gilt auch für mögliche Partnerschaften wie beispielsweise mit IPPF oder für mögliche Forschungsvorhaben.

Für jeden thematischen Schwerpunkt hat SolidarMed ein **Ziel**¹⁹ definiert:

1. Die Krankheitslast durch HIV, Malaria, TB, NCDs und andere Krankheiten in den Programmgebieten ist reduziert
2. Die Morbidität und Mortalität von Frauen, Schwangeren, Müttern und Neugeborenen in den Programmgebieten sind verringert.
3. Die Gesundheit von Kindern in den Programmgebieten ist verbessert

Zum **Erreichen dieser Ziele („was“)** trägt SolidarMed durch **Umsetzung der programmatischen Komponenten („wie“)** bei. Diese sind im anschliessenden Kapitel ausgeführt.

¹⁸ A Policy Guide for Implementing Essential Interventions for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH), WHO & PMNCH 2014

¹⁹ Und zwar als thematisches Ziel auf Wirkungsebene

6.6 Programmatische Komponenten

6.6.1 Ziele der Programmkomponenten

Die **Notwendigkeit der gesamthaften Stärkung** von Gesundheitssystemen und gleichzeitiger **Fokussierung** auf Bereiche, in denen SolidarMed Kernkompetenz und Hebelwirkung hat, bilden das **Spannungsfeld** in dem SolidarMed seine Programme gestaltet und implementiert.

Um **beiden Anforderungen** Rechnung zu tragen, gestaltet SolidarMed seine Länderprogramme **kontextspezifisch** und abhängig von der Situation und dem Bedarf im jeweiligen Programmgebiet.

Dennoch gibt es Interventionsbereiche, die sich in allen Länderprogrammen wiederfinden. Diese haben alle einen hohen Stellenwert innerhalb von **Gesundheitssystemen**, tragen zur **Verbesserung zivilgesellschaftlicher Determinanten** bei, und können durch SolidarMed massgeblich beeinflusst werden. Das heisst: Es gibt Interventionsbereiche, in denen SolidarMed über alle Länderprogramme hinweg eine grosse **Kompetenz und Wirkmöglichkeit** besitzt.

Infolgedessen definiert SolidarMed die folgenden Interventionsbereiche als programmatische Komponenten:

1. Medizinische Dienstleistungen und Grundversorgung
2. Gesundheitspersonal
3. Gesundheit in Gemeinden
4. Innovation, Forschung, fachlicher, politischer und gesellschaftlicher Dialog. Sowie Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung.

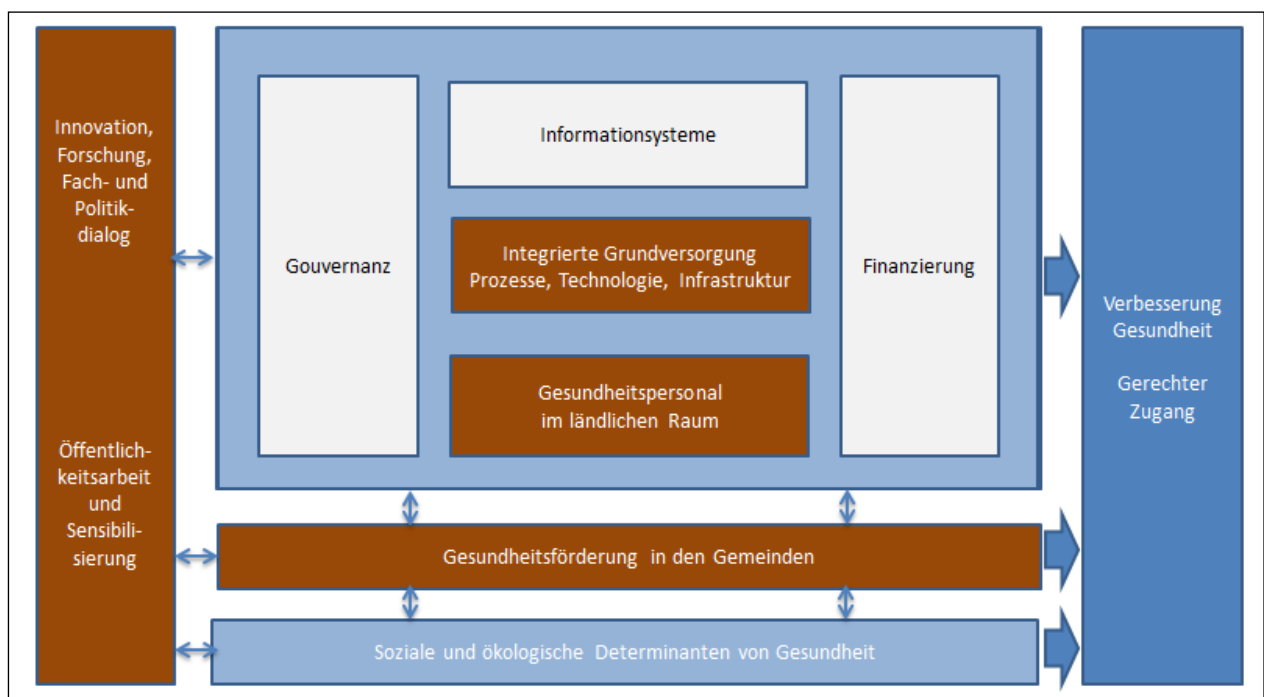


Abbildung 34: Die **prioritären Programmkomponenten** für SolidarMed (in Braun)

Diese vier Komponenten sind für SolidarMed **Schlüsselbereiche zur Erreichung der thematischen Ziele** (Verbesserung der Gesundheit von Frauen, Kindern und Menschen mit Infektionskrankheiten), die wir weiter oben definiert und formuliert haben. Dies schliesst nicht aus, dass SolidarMed auch in Bereichen wie Gesundheitsinformationssysteme, soziale Determinanten oder Gesundheitsfinanzierung aktiv sein wird. Diese Bereiche sind jedoch keine Kernkomponenten des Programmes.

Auch für jede **Programmkomponente** hat SolidarMed ein **Ziel** definiert:

1. Die medizinische Grundversorgung in den Programmgebieten ist verbessert und wird von den Patienten in Anspruch genommen
2. Gesundheitskompetenzen und Kapazitäten auf Gemeindeebene sind gestärkt
3. Die Gesundheitspersonalsituation in den Programmgebieten ist verbessert
4. Die Ergebnisse von Innovation und Forschung als transversalen Bestandteilen der Programme werden aufgearbeitet, und in den politischen und fachlichen Dialog eingebracht. In der Schweiz und in Liechtenstein leistet SolidarMed eine gehaltvolle Öffentlichkeitsarbeit und setzt sich anwaltschaftlich für die Anliegen im Süden ein.

Den auf **Gesamtprogramm-Ebene erzielten Fortschritt** in diesen Bereichen werden wir jährlich durch Indikatoren darstellen, ergänzt von Kennzahlen und Beispielen aus den Einsatzländern und einer narrativen Einschätzung des Programmfortschrittes (vgl. hierzu Kapitel „Monitoring und Controlling“).

6.6.2 Details zu den Programmkomponenten

6.6.2.1 Investition in Nachhaltigkeit: Integrierte Grundversorgung

Ziel	Die medizinische Grundversorgung in den Programmgebieten ist verbessert und wird von den Patienten in Anspruch genommen
Rationale und Wirkungshypothese	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Grundversorgung in den Bereichen Prävention, Diagnose, Behandlung und Pflege ist der für Patienten unmittelbar relevante Haupt-Output von Gesundheitssystemen. Qualität, Reichweite, Zugänglichkeit und Patientenfreundlichkeit sind wichtige Eigenschaften guter Gesundheitsversorgung. Basisgesundheitsversorgung ist ein Schlüsselfaktor für gleichberechtigten Zugang und für effektive Wirkung in den thematischen Schwerpunkten, die sich SolidarMed gegeben hat.
Strategische Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> • SolidarMed Positionspapiere, wie z.B. zu Universal Health Coverage, HIV, Zusammenarbeit mit Spitälern • World Health Report 2008 („now more than ever“) • Erklärungen von Alma Ata (1978), der MDGs (2000), der SDGs (2015) • Global health 2035: a world converging within a generation, The Lancet 2013
Arbeitsschwerpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungspläne von Spitälern, Gesundheitszentren oder Distrikten • Verbesserung des klinischen Angebots und der medizinischen Qualität: Leistungsspektrum, Abdeckung, Zugang, Überweisung, Patientenzentrierung, Bedarfsorientierung, Standardisierung • Fachliche Beratung und Unterstützung durch medizinisches Fachpersonal • Innovation, z.B. Integration von HIV / TB / chronische Krankheiten / sexuelle und repr. Gesundheit, Labordiagnostik • Neue Strategien für Dienstleistung und Zugang („delivery strategies“), z.B. nurse-based care • Entwicklung von Qualitätsstandards • Unterstützung bei Planungsprozessen und Monitoring
Beispiele konkreter Massnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der lokalen Partner bei der Entwicklung und Umsetzung von Plänen zur Entwicklung von Spitälern, Gesundheitszentren oder Distrikten in den Bereichen Infrastruktur, Kommunikation, Transport, Material, Maschinen, Personalthäuser etc. • Beratung beim Aufbau neuer Dienstleistungsstrukturen und dem Angebotsspektrum, z.B. „chronic disease units“ oder Entwicklung verbesserter Überweisungsmo-

	<p>delle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pilotierung von Modellen der Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Privatsektor • Aufbau lokaler Kapazitäten in bestimmten Bereichen • Massnahmen zur Verbesserung von Kompetenzen zum Unterhalt und zur Wartung von Infrastruktur und Ausrüstung mit dem Ziel der Werterhaltung von Investitionen. Beispiele sind Brunnen - Komitees in Gemeinden, die Untersetzung von Wartungsverantwortlichen in Spitälern oder die Integration von Ausbildungsmassnahmen in Bauprojekte • Qualitätssicherung in bestimmten klinischen Bereichen, z.B. HIV • Pilotieren alternativer Modelle zur Medikamentenausgabe • Schulung und Verbreitung von „Standard Operational Procedures“, nach WHO Richtlinien z.B. in Labors • Verbesserung von Outreach-Diensten zur Gesundheitsprävention in den Gemeinden, z.B. durch mobile Kliniken • Entsendung von Fachpersonal zur Unterstützung beim klinischen Coaching und Mentoring als auch bei der Erhaltung der Grundversorgung
Allianzen / Netzwerke	<ul style="list-style-type: none"> • Inselspital Bern und ISPM (Institut für Sozial und Präventivmedizin, Bern) • Universität Luzern, Abteilung Gesundheitswissenschaften • Tropiceninstitut Basel • Länderspezifische Netzwerke (siehe hierzu Länderprogramme, Allianzen und Netzwerke) und Allianzen, wie zum Beispiel mit VSO, SwissContact, Pharmaciens Sans Frontieres oder EGPAF.
Risiken	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Dienstleistungen kann scheitern, wenn übergeordnete Funktionen des Gesundheitssystems nicht funktionieren, z.B. wenn es keine Medikamente gibt oder keine Finanzmittel verfügbar sind • Ohne gleichzeitige Verbesserungen in komplementären Systemfunktionsbereichen (z.B. Monitoring, Personal, Gouvernanz) bleiben Erfolge kurzzeitig und nicht nachhaltig • Die Komplexität medizinischer Probleme und der Wunsch nach optimaler Behandlung stehen im Spannungsfeld zum Wunsch nach Standardisierung • Rigidität nationaler Systeme bei der Anerkennung innovativer Modelle e.g. im Management chronischer Erkrankungen • Erhöhung der Arbeitslast für eine begrenzte Zahl von Personal bei Verbesserung der Dienstleistungen

Im Sinne der Grundversorgung unterstützt SolidarMed **Distrikte, Spitäler, Gesundheitszentren und mobile Kliniken.**

Die Unterstützung spezialisierter Kliniken auf sekundärer Ebene, z.B. im Bereich Traumatologie gehört nicht zu den Schwerpunkten der Arbeit von SolidarMed. Akteure auf Gemeindeebene, z.B. traditionelle Hebammen oder Heiler, Dorfgesundheitsarbeiter oder Gemeindeguppen werden im nächsten Abschnitt angesprochen. Sie werden in der kommenden Programmphase von SolidarMed indirekt, nämlich über lokale zivilgesellschaftliche Organisationen unterstützt.

6.6.2.2 Stärken der Zivilgesellschaft: Gesundheitsförderung an der Basis

Ziel	Gesundheitskompetenzen und -kapazitäten auf Gemeindeebene sind gestärkt
Rationale und Wirkungshypothese	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle und zivilgesellschaftliche Kompetenz und Kapazität ist für SolidarMed sowohl ein Ziel wie auch ein Mittel zu besser Gesundheit. Eng mit Armuts-

	<p>bekämpfung verbunden, handelt sich dabei um einen Prozess der Emanzipation, bei dem – gemeinsam mit den am meisten Benachteiligten – Kapazitäten aufgebaut werden um Probleme zu erkennen, Lösungswege zu finden und kollektiv zu handeln. Dabei werden Menschen dazu ermächtigt, ihre Rechte auszuüben, Zugang zu Ressourcen einzufordern und aktiv an gesellschaftlichen und politischen Gestaltungsprozessen mitzuwirken.</p>
Strategische Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> • SolidarMed Positionspapier zu Community Based Health Interventions • Closing the Gap in a Generation, WHO 2008 • Ottawa Charta 1986, Cairo Declaration on Reproductive Health (1994) • Understanding and operationalising empowerment, ODI (2009)
Arbeitsschwerpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeindenaher Gesundheitsdienstleistungen • Gesundheitspromotion • Strukturen auf Gemeindeebene, z.B. Gesundheitskomitees • Beratung bei Dezentralisierungsprozessen • Integration informeller Gesundheitsdienstleister in den Gemeinden • Stärkung der Kapazitäten lokaler Organisationen • Schaffen von Plattformen für lokale Vernetzung
Beispiele konkreter Massnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau von und Zusammenarbeit mit Dorfgesundheitsgruppen • Beratung von Wasserinitiativen auf Gemeindeebene • Pilotierung von Initiativen mit Gesundheitsarbeitern in den Gemeinden • Förderung von Formen zur Mitsprache beim Management von Gesundheitseinrichtungen • Einbindung traditioneller Geburtshelfer in nationale Strategien zur Müttergesundheit • Stärkung von Verteilungssystemen für Moskitonetze, Kondome, Latrinen, Wasserstellen und Verbesserung der Zugangswege • Unterstützung von Selbsthilfegruppen von Patienten
Allianzen / Netzwerke	<ul style="list-style-type: none"> • Länderspezifische Netzwerke: Siehe hierzu Länderprogramme, Allianzen und Netzwerke)
Risiken	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Determinanten haben ein hohes Gewicht, sind aber oft nur über intersektorale Initiativen zu verbessern • Der Notwendigkeit von Professionalität und Supervision stehen Konzepten von „freiwilligem Engagement“ entgegen • Meist handelt es sich um schwer zu kommunizierende, schwer messbare und langfristige Prozesse • Fehlende Übereinstimmung von Gemeindeinitiativen und staatlichen Politiknormen macht Initiativen nicht nachhaltig • Kontext absoluter Armut beeinträchtigt zivilgesellschaftliche Prozesse • Forderungen der Betroffenen stehen wissenschaftlicher Evidenz entgegen

Unter Gesundheitsförderung an der Basis versteht SolidarMed die Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Gruppen auf Ebene der Gemeinden einschliesslich Dorfgesundheitsarbeiter. Ziel ist hierbei, vorhandene Ressourcen (Wissen, Organisation, Vernetzung etc.) so zu fördern, dass sie nachhaltig genutzt werden können. Dadurch werden Menschen in die Lage versetzt, **Gesundheit zu bewahren** (zum Beispiel durch Gesundheitswissen), **Rechenschaft einzufordern** und Mitsprache wahrzunehmen (zum Beispiel durch Teilnahme an dezentralen Steuerungsprozessen) und **Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen** (nämlich des formellen Gesundheitssystems, wie zum Beispiel durch Geburt im Gesundheitszentrum.) **Intersektoral** wird SolidarMed in der kom-

menden Phase vor allem zu zwei Themenbereichen arbeiten: **Wasser und Bildung** (siehe auch weiter oben). Die **Stärkung lokaler Organisationen** („capacity building“) ist in diesem Themenbereich ein wichtiges Element. Medizinische Dienste in Gesundheitszentren oder mobilen Kliniken unterstützt SolidarMed im Rahmen der Komponente „Grundversorgung“ und nicht im Rahmen der „Gesundheitsförderung an der Basis“ (siehe voriges Kapitel)

6.6.2.3 Mehr Personal für eine bessere Gesundheit: Schwerpunkt ländlicher Raum

Ziel	Die Gesundheitspersonalsituation in den Programmgebieten ist verbessert.
Rationale und Wirkungshypothese	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitspersonal ist der kritische Faktor für die Verbesserung von Gesundheitssystemen und für das Erreichen der nachhaltigen Entwicklungsziele sowie universellen Zugang zu Gesundheitsversorgung. Gerade der ländliche Raum leidet unter zu wenig Gesundheitspersonal. Erhöhte Ausbildungskapazitäten, bessere Arbeits- und Lebensbedingungen, angepasste Lehrpläne und ein System von Anreizen, Qualifizierung und Supervision führen dazu, dass auch im ländlichen Afrika Gesundheitspersonal angeworben und gehalten werden.
Strategische Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> • SolidarMed Positionspapier zu Gesundheitspersonal • World Health Report 2006: Working Together for Health • Recife Political Declaration on HR4H, Global Health Workforce Alliance • Health Workforce 2030 – a global strategy on HR4H, WHO • WHO Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, WHO
Arbeitsschwerpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung des Outputs von neuem Gesundheitspersonal (z.B. Erhöhung von Schulungskapazitäten) • Verbesserung der Qualifikation des bestehenden Personals (z.B. Akkreditierung von Programmen zur weiteren beruflichen Qualifikation) • Personalrückhalt in ländlichen Gebieten (z.B. verbesserte Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten) • Innovative Personal-Einsatzstrategien (z.B. task shifting) • Personalstrategien an Schnittstellen zwischen formalem und informellem Gesundheitssystem (z.B. Dorfgesundheitsarbeiter) • Bedarfsgerechte Personalverteilung
Beispiele konkreter Massnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung von Ausbildungszentren • Bau von Personalhäusern • Aufbau nationaler Mentoring-Systeme • Pilotierung innovativer Einsatzstrategien, z.B. nurse-led treatment • Einsätze externer Fachkräfte zur Ausbildung von lokalem Personal • Weiterbildungen und Schulungen
Allianzen / Netzwerke	<ul style="list-style-type: none"> • Länderspezifische Netzwerke (siehe hierzu Länderprogramme, Allianzen und Netzwerke)
Risiken	<ul style="list-style-type: none"> • Externe Faktoren auf Makro-Ebene beeinflussen Programmwirkung negativ, z.B. Ausgabenlimitierungen für Personal im öffentlichen Dienst • Administrative Hürden und Verzögerungen bei der Anstellung von neuem Personal • Rigidität nationaler Systeme bei der Anerkennung neuer Personalmodelle (e.g. Lay Workers oder Dorfgesundheitsberater) • Kapazitätsgrenzen von Ausbildungszentren und politische Einflussnahmen

6.6.2.4 Gemeinsam Lernen und Verändern: Innovation, Forschung und Dialog.

Ziel	Die Ergebnisse von Innovation und Forschung als transversale Bestandteile der Programme werden aufgearbeitet, und in den politischen und fachlichen Dialog eingebracht. In der Schweiz und in Liechtenstein leistet SolidarMed eine gehaltvolle Öffentlichkeitsarbeit und setzt sich anwaltschaftlich für die Anliegen im Süden ein.
Rationale und Wirkungshypothese	<ul style="list-style-type: none"> • Innerhalb seiner Programme, Pilotstudien oder Forschungsprojekte macht SolidarMed wichtige Erfahrungen. Durch Weitergabe dieser Erfahrungen an staatliche, politische, wissenschaftliche, wirtschaftliche oder gesellschaftliche Entscheidungsträger fördert SolidarMed die Gestaltung bestmöglicher öffentlicher Politiken. • Neben diesem fachlichen und politischen Dialog in Süd und Nord sensibilisiert SolidarMed die Öffentlichkeit in der Schweiz und in Liechtenstein. Dadurch vermittelt SolidarMed die Anliegen derer, die weniger politische Macht und Zugang zu Ressourcen haben. Die Wirkungshypothese liegt darin, dass Information und Debatte Handeln verändern können. Siehe auch: http://siteresources.worldbank.org/EXTGOVACC/Resources/BehaviorChangeweb.pdf
Strategische Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> • The Sydney Declaration: Good Research Drives Good Policy and Programming - A Call to Scale Up Research (IAS 2008) • Gute Forschung führt zu guten Programmen (Medicus Mundi Bulletin 135, 2015) • Facilitating a Knowledge Translation Process, Quebec University, 2013 • Evidence-based policymaking in global health – the payoffs and pitfalls (Feachem; Evidence Based Medicine 2011)
Arbeitsschwerpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Angewandte Feldforschung und Aufarbeitung von Erfahrungen • Akademische Partnerschaften: Sheffield, Bern, Luzern, Basel, Kapstadt • Zusammenarbeit mit und Unterstützung von Netzwerken, Mitarbeit in Fachgremien: MMS, SMG, leDEA, Intl. Health Systems Alliance • Zusammenarbeit mit anderen Organisationen: Wissens- und Erfahrungsaustausch, gemeinsame Definition von Fach-Standpunkten, Beteiligung an Diskussionen über Themen der Entwicklungspolitik • Fachlicher / politischer Dialog: Dissemination, Publikation, Präsentation etc. • Sensibilisierungsarbeit Schweiz und Liechtenstein: Öffentlichkeitsarbeit und Kampagnen zu folgenden Themen: Malaria, HIV, Gesundheitspersonal, Gesundheit von Frauen und Kindern. Inhaltliches Profil und Akzente setzen wir durch „smarte“ und innovative thematische Kampagnen. • Aufbau einer Einheit „Wissen, Innovation, Forschung“ auf der SM Geschäftsstelle
Beispiele konkreter Massnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Studie zu Hepatitis B in Mosambik • Definierte Forschungspartnerschaften mit den Universitäten Bern, Basel und Sheffield. Beispiel: Durchführen von Masterarbeiten innerhalb der SM Programme • Aufarbeitung von Erfahrungen aus den letzten 10 Jahren im Bereich HIV • Vortrag an internationaler Tuberkulosekonferenz • Wissenschaftliche Publikationen in Fachzeitschriften • Durchführung von Workshops an nationalen Fachtagungen zur Darstellung bestimmter Resultate • Mitarbeit im Vorstand von Medicus Mundi, im Vorstand der Swiss Malaria Group, Unterstützung beim Aufbau einer parlamentarischen Fachgruppe Globale Gesundheit in Bern • Information der Basis von SolidarMed erfolgt durch Broschüren, Publikationen (SolidarMed aktuell, Fachpublikationen), Tagungen

	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierungskampagnen in der Schweiz und Liechtenstein, z.B. „Stichtage“ zu Malaria, Afropfingsten Sank Gallen, Anlass mit Nik Hartmann, Ausstellung Weg der Menschlichkeit in Bern und Genf • Teilnahme an Gesprächsforen zu diversen Themen (OR, MNCH, HIV etc.) • Unterstützung von Partnern, so dass diese aktiv am Fach- und Politikdialog teilnehmen können, z.B. Stärkung Dachverband kirchlicher Spitäler (CHAL) in Lesotho; Förderung des NPC Netzwerkes in Sambia; etc.) • Prüfen eines länderübergreifenden Wirkungsmodells mit der LIST-Methode²⁰
Hauptallianzen / Netzwerke	<ul style="list-style-type: none"> • Abteilung für Biomedizin der Universität Basel • Abteilung für Gesundheitswissenschaften der Universität Luzern • ISPM Bern und University of Cape Town, leDEA Netzwerk • Sheffield School of Public Health • Schweizer Tropen- und Public Health Institut • Medicus Mundi (Vorstand und diverse Arbeitsgruppen) • Swiss Malaria Group (Vorstand) • Aidsfokus (SolidarMed vertreten in der Steering Group) • Länderspezifische Netzwerke (siehe hierzu Länderprogramme) • Auch die nationalen Gesundheitsministerien sind Teil der Allianzen und Netzwerke • International Esther Alliance (Aufnahme angefragt)
Risiken	<ul style="list-style-type: none"> • Knappheit von Finanzressourcen • Kapazitäts- und Kompetenzgrenzen: Zusammenarbeit in Netzwerken notwendig und daher externe Abhängigkeit • Begrenzter Einfluss auf politischer Ebene • Personalwechsel bei Feldteams • Schwierige Feldbedingungen zur Gewinnung empirischer Grundlagen und anspruchsvolle Methodologie, vor allem im ländlichen Raum • Forschungskompetenzen vor Ort und bei Partnern • Politische Entscheidungen werden nicht auf Grundlage von „Evidenz“ getroffen, sondern aufgrund von Einfluss, Interessen, Lobbying und Glauben.

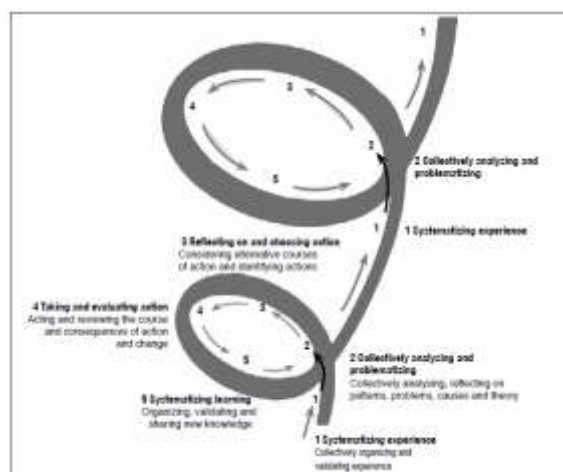


Abbildung 35: Phasen von „participatory action research“

²⁰ <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-S3-S1>

Forschung: Unter angewandte Feldforschung versteht SolidarMed eine breite Palette qualitativer und quantitativer Methoden, von „focus group discussions“ über „observational studies“ bis hin zu „controlled trials“. Gemeinsam ist ihnen die Anwendung **wissenschaftlich validierter Methoden**.

Der **inhaltliche Schwerpunkt** der Aktivitäten wird im Bereich „**medizinische Dienstleistungen**“ („service delivery“) liegen. Auch in den Bereichen „**Gesundheit in Gemeinden**“ und „**Gesundheitspersonal**“ wird SolidarMed Studien durchführen, jedoch geringer in Anzahl und Aufwand. Konkret geht es vor allem um Infektionserkrankungen mit Schwerpunkt HIV, Tuberkulose, Hepatitis, Malaria, um Mutter-Kind-Gesundheit sowie um Verbesserung des Zugangs („access“).

SolidarMed wählt seine Forschungsvorhaben kontextspezifisch, so dass diese relevant für den lokalen Kontext sind, in Partnerschaft mit anderen Institutionen durchgeführt werden, Elemente von Capacity Building beinhalten und die Ergebnisse politisch Verantwortlichen kommuniziert werden. Im Kern von Forschungsvorhaben steht für SolidarMed immer der **Mehrwert für die Begünstigten**, sowie der Nutzen für den Politikdialog und die mögliche Skalierung.



Schaubild: Prozess von Innovation über Validierung bis zur Skalierung

Öffentlichkeitsarbeit: „**Wer auf andere Leute wirken will, der muss in ihrer Sprache reden**“. Um seine Ziele zu erreichen, verfolgt SolidarMed in der Schweiz und in Liechtenstein eine gehaltvolle Öffentlichkeitsarbeit. Hierdurch wird Interesse an Sachverhalten globaler Gesundheit erzeugt und Information vermittelt. Gleichzeitig wird aber auch Interesse an zivilgesellschaftlichem Engagement in der Schweiz erzeugt. Im Gegensatz zur „Fundraising und Werbung“ steht nicht der Verkauf von etwas im Vordergrund, sondern es gilt, komplexe Sachverhalte im Bereich „Gesundheit in Afrika“ in einer verständlichen, ansprechenden Sprache so zu vermitteln, dass Neugierde geweckt und Verständnis geschaffen wird. Dadurch wird das Thema für die Öffentlichkeit greifbarer, man gibt ihr die Möglichkeit, sich näher mit der aktiv gewordenen Organisation zu befassen. Mit seiner Öffentlichkeitsarbeit will SolidarMed Aufmerksamkeit erregen, Verständnis schaffen und Sympathien für ein Thema gewinnen. Schlussendlich steht der Wunsch dahinter, Verhalten zu ändern und an gesellschaftlichen Debatten teilzunehmen. Wie Botan und Hazleton 1989 geschrieben haben ⁽²¹⁾: „The bottom line of any public relations campaign is the extent to which the project effects the behavior of the target public. Ultimately, the actions of the target public produce the pay-off for the organizer of the campaign“. Aufgrund seiner mittleren Grösse engagiert sich SolidarMed vor allem in innovativen und frechen Kampagnen, durch Netzwerke und Botschafter und über soziale Medien. Die vier Botschafter von SolidarMed sind Stefan Lichtsteiner, Nino Schurter, Nik Hartmann und Nadine Strittmatter. Beispiele erfolgreicher SolidarMed - Kampagnen sind „Stichtag“; „1:4“; oder „Weg der Menschlichkeit“. Siehe auch <http://www.solidarmed.ch/de/mediathek/kampagnen>. Außerdem schafft die Öffentlichkeitsarbeit Möglichkeiten, Kontakte aufzubauen und diese zu nutzen. Damit die Öffentlichkeitsarbeit von SolidarMed auch erfolgreich ist und bleibt, ist Kontinuität der Arbeit von hoher Wichtigkeit. Folgende quantitative Ergebnisse will SolidarMed in der neuen Phase mit seiner Öffentlichkeitsarbeit erzielen: 2'500 Kontakte durch Anlässe, 50'000 Kontakte durch Sensibilisierungskampagnen, 200'000 Kontakte durch Publikationen, 1'200'000 Kontakte durch Medien.

6.7 Erwartete Resultate

Für seine Wirkungsziele (outcomes) und für Ziele der Programmkomponenten (outputs) hat SolidarMed Kenngrößen definiert, die in den **ersten vier Jahren der kommenden Programmphase (2017 – 20)** erreicht werden sollen²². Alle Details sowie Zuordnung zu den Zielen finden sich im LogFrame.

²¹ Public Relations Theory: Tutorial Essays in Cognitive Science); September 1989; Carl H. Botan und Hazelton, Vincent

²² Während der Mid – Term Überprüfung der Strategie im Jahr 2019/20 werden auch die erwarteten Resultate bis Ende 2022 projiziert bzw. angepasst werden

Die Resultate, die SolidarMed erreichen will, sind:

- **200'000 Frauen gebären sicher** unter medizinischer Begleitung. Zusammen mit den Neugeborenen haben sie Zugang zu medizinischer Notfallversorgung
- Die **Gesundheit von 120'000 Kindern und ihren Müttern** verbessert, da diese Zugang zu vorbeugender Beratung oder Behandlung von Durchfallerkrankungen durch Dorfgesundheitsarbeiter haben
- **45'000 Menschen überleben** trotz ihrer HIV Erkrankung
- 75% der Menschen in der lebenslangen HIV-Behandlung in den Programmgebieten brechen diese nicht ab.
- **2'100'000 Männer, Frauen und Kinder haben eine bessere Gesundheit**, da sie ihre akute oder chronische Erkrankung ambulant behandeln lassen, wie z.B. Malaria oder Lungenentzündung
- **600'000 Menschen erhalten Zugang zu Mitsprache auf Gemeindeebene** in Entscheidungsprozessen im Gesundheitsbereich
- **15 Spitäler** bieten verbesserte Dienste an
- **140 Gesundheitszentren** bieten verbesserte Dienste an
- **1'800 Dorfgesundheitsarbeiter** sind geschult und aktiv
- **600 Ärzte, Kliniker, Hebammen** und Pfleger sind **neu ausgebildet**
- **2'500 Ärzte, Kliniker, Hebammen** und Pfleger sind **weitergebildet**
- Neu stehen **40 Hauseinheiten** für Gesundheitspersonal im ländlichen Raum zur Verfügung
- SolidarMed unterstützt **4 neue Initiativen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit** und Rechten
- Mit **Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung** erreicht SolidarMed in der Schweiz und in Liechtenstein **1,45 Mio Menschen**²³. Im Detail sind die erwarteten Resultate der Öffentlichkeitsarbeit wie folgt:
 - 1'200'000 Kontakte durch Medien
 - 200'000 Kontakte durch Publikationen
 - 50'000 Kontakte durch Sensibilisierungskampagnen
 - 2'500 Kontakte durch Anlässe

Wo immer möglich enthalten die Aussagen zu den Resultaten Informationen zu Geschlecht (gender) und sozialer Gleichberechtigung (equity). Das heisst: Wo immer möglich sind die **Indikatoren disaggregiert nach Gender und Equity**. Für weitere Informationen siehe die Fussnoten zum LogFrame.

6.8 Querschnittsthemen

6.8.1 Soziale Gerechtigkeit („equity“)

Gleichberechtigter Zugang zu Vorsorge und Wiederherstellung von Gesundheit unabhängig von Einkommen, Geschlecht oder Bildung ist für SolidarMed ein wichtiges Anliegen. Von besonderer Bedeutung - aber auch von besonderer Herausforderung - ist dabei die Gestaltung der Programme im Hinblick auf gleichberechtigten Zugang für ganz arme („pro-poor“) und besonders vulnerable Gruppen („vulnerable groups“). Um Fragen sozialer Gerechtigkeit programmatisch zu berücksichtigen, analysiert SolidarMed sowohl das Zusammenspiel von Armut und Gesundheit, aber auch den Einfluss sozialer Determinanten (intersektorale Ansätze). Verbesserung sozialer Determinanten und grössere Gleichberechtigung gelingen nur, wenn Gesundheit als ein Menschenrecht angesehen wird. SolidarMed ist diesem „rights based approach“ verpflichtet.

6.8.2 Geschlecht („gender“)

Ungleiche Machtverhältnisse zwischen Geschlechtern sind ein wichtiger Grund für Armut und Krankheit. Die Reduktion geschlechtsabhängiger Ungleichheiten ist für SolidarMed deshalb ein wichtiges transversales Ziel, welches in den Länderprogrammen systematisch gestärkt wird. Die Reduktion geschlechtsspezifischer Diskriminierung ist für SolidarMed dabei sowohl Entwicklungsziel wie auch die Vorbedingung für Entwicklung.

²³ Es ist möglich, dass eine Person mehrmals kontaktiert wird. Der Einfachheit halber zählen wir jeden Kontakt als eine erreichte Person.

Soziale Gerechtigkeit und nachhaltige Entwicklung können nur dann realisiert werden, wenn Chancen geschlechtsunabhängig verteilt sind und Gleichstellung, Selbstbestimmung und Anderssein als Rechte eingefordert werden können. Dies gilt für Frauen und Männer, aber auch für Homosexuelle, Bisexuelle oder Transgender-Personen. Die Anerkennung dieses Rechtes ist für SolidarMed eine Priorität.

6.9 Handlungsgrundsätze

6.9.1 Partizipation und Partnerschaft

Entwicklung muss von innen kommen. In diesem Sinne haben Partizipation und Partnerschaft für SolidarMed einen herausragenden Stellenwert. Partnerschaft bedeutet, Prioritäten so anzuerkennen, wie sie vor Ort formuliert werden („demand driven“). Dies entspricht dem Sinn der Erklärungen von Paris und Akkra, welche die „Partner im Fahrersitz“ sehen. Die Balance zwischen oft notwendigem Stärken der häufig schwachen Partner und gleichzeitigem Anerkennen ihrer Führungsrolle ist dabei eine Herausforderung. Diese Balance zwischen „fördern und fordern“ ist jedoch entscheidend für den Erfolg der Programme. Die langfristigen, auf Vertrauen angelegten Partnerbeziehungen und Länderprogramme von SolidarMed sind dabei sehr hilfreich. Auch zivilgesellschaftliche Entwicklungen sind nur dann nachhaltig und können nur dann eine Dimension von Aneignung („ownership“) entfalten, wenn sie partizipativ angelegt sind.

6.9.2 Evidenz und Kohärenz

There is no right way to do the wrong thing: Gerade im Gesundheitsbereich hängt Effektivität in hohem Mass davon ab, ob die zur Geltung kommenden Strategien auf validierten Erkenntnissen („evidence based“) beruhen. Gleichzeitig bleiben auch validierte Interventionen oft dann wirkungslos, wenn sie nicht auf lokalen Initiativen gründen, oder wenn die Umsetzungssysteme zu schwach sind. Zusammen mit seinen Partnern entwickelt SolidarMed sein Programm deshalb auf wissenschaftlich validierten Grundlagen, kohärent mit nationalen Politiken und ergänzend zu lokalen Initiativen.

Um validierte Strategien einzusetzen, benötigt man Fachkompetenz und Felderfahrung. Den komplexen, sich rasch entwickelnden Zusammenhängen im Gesundheitsbereich kann eine Organisation wie SolidarMed nicht alleine gerecht werden: Vernetzung, Zusammenarbeit mit Fachorganisationen („communities of practice“), sowie ein professionelles Wissensmanagement sind Voraussetzungen für die entsprechende Wissenskultur.

6.9.3 Nachhaltigkeit

SolidarMed fördert nachhaltige Entwicklung, indem Mittel effizient eingesetzt werden, kohärent zu nationalen Politiken, aufbauend auf lokalen Initiativen, integriert in existierende Systeme und gemäss lokal definierter Prioritäten. Die Maximierung des dauerhaften Nutzens gespendeter Mittel ist für SolidarMed ein wichtiges Anliegen: Auf individueller Ebene durch verbesserte Gesundheit der Begünstigten. Auf Projektebene bei der Planung und Umsetzung durch konkrete Massnahmen zum Werterhalt getätigter Investitionen, z.B. im Infrastrukturbereich durch Stärkung von Wartung und Unterhalt. Auf Meso-Ebene durch gestärkte Kapazitäten der Bevölkerung, robustere Gesundheitssysteme und beschleunigte Entwicklungsprozesse. Sowie auf Makro-Ebene durch fachlichen und politischen Dialog mit Entscheidungsträgern und der Gesellschaft in der Schweiz und in Liechtenstein. Nachhaltigkeit bedeutet für SolidarMed auch, dass die Situation vor Ort nach Abschluss eines Projektes in Abständen weiter verfolgt und begleitet wird.

6.9.4 Ermächtigung

Gesundheit kann nur dann bewahrt, wiederhergestellt und als Recht eingefordert werden, wenn Menschen und Gemeinschaften einen gewissen Grad an Gesundheitswissen, Rechtsbewusstsein und Organisationsfähigkeit haben. Selbstbestimmtes Handeln, Vernetzung und Einflussnahme hängen dabei einerseits von den lokal verfügbaren Kompetenzen und Kapazitäten ab, andererseits spielen soziale und wirtschaftliche Determinanten, sowie der rechtspolitische Grundrahmen eine wichtige Rolle. Dem Stärken lokaler Kapazitäten und der Ermächtigung besonders vulnerabler Gruppen kommt in den Programmen von SolidarMed deshalb eine prominente

Rolle zu. Zudem setzt sich SolidarMed für gerechte Rahmenbedingungen im Gesundheitsbereich und für Entwicklungsprozesse der Zivilgesellschaft ein.

6.9.5 Konfliktsensitives Projektmanagement

In Mosambik, Lesotho und Zimbabwe arbeitet SolidarMed in Ländern, in denen bis dahin als beendet geglaubte Konflikte wieder aufgelodert sind. Im Rahmen zunehmender Ungleichheiten, religionspolitischer Herausforderungen oder ökonomischer Veränderungen durch Rohstoffabbau oder beispielsweise Wasserknappheit ist es nicht ausgeschlossen, dass sich diese Konflikte weiter verschärfen oder in andere SolidarMed-Einsatzländer verlagern. SolidarMed artikuliert seine Programme deshalb konzeptionell im Hinblick auf „conflict sensitive project management“. Konkret bedeutet das, dass SolidarMed das Do-No-Harm-Prinzip umsetzt, indem es seine Projekte regelmässig auf unbeabsichtigte negative Auswirkungen prüft. Auch die Schnittstellen im Kontinuum zwischen Humanitärer Hilfe, Wiederaufbau und Entwicklungszusammenarbeit werden in den Projekten aktiv gestaltet. In der kommenden Programmphase soll die konflikt-sensitive Gestaltung in verschiedenen Projektbereichen weiter systematisiert werden.²⁴

6.9.6 Kosteneffizienz und -bewusstsein

SolidarMed arbeitet mit Spenden oder öffentlichen Geldern. Um dem entgegengebrachten Vertrauen gerecht zu werden, aber auch um für Gesundheit in Afrika mehr Finanzmittel mit Legitimität fordern zu können, setzt SolidarMed die Mittel so kosteneffizient wie möglich ein. Dazu gehören das Einhalten anerkannter Qualitätsstandards im Umgang mit Spenden (z.B. ZEWO), der Einsatz guter Gouvernanz- und Management-Praktiken (z.B. ZEWO Standards) und Transparenz in der Darstellung von Ausgaben und Kosten (z.B. Swiss GaapFer). Wohlfunktionierende Länderbüros mit definierten Kontrollsystemen und kompetenten Mitarbeitern erlauben nicht nur den rationalen Einsatz begrenzter Ressourcen, sondern fördern auch Nachhaltigkeit und Kontinuität. Im Rahmen der Dezentralisierung der Organisationsstruktur investiert SolidarMed deshalb bewusst in lokale Strukturen.

Unter Kostenbewusstsein verstehen wir auch, das Rad nicht immer neu zu erfinden, und Programme in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen umzusetzen.

6.10 Partnerschaften und Allianzen

6.10.1 Partnerschaften

SolidarMed implementiert seine Programme grundsätzlich mit und über Partnerorganisationen. Dazu gehören staatliche und akademische Institutionen, Nichtregierungsorganisationen und der Privatsektor. Oft implementiert SolidarMed auch im Rahmen von Konsortien. In Zusammenarbeit mit lokalen staatlichen und zivilgesellschaftlichen Organisationen nimmt SolidarMed eine **begleitende, unterstützende und wo notwendig auch fordernde Rolle** ein. Die Partnerschaft gründet auf Respekt vor den gegenseitigen Werten, der Autonomie der Partner und gemeinsam vereinbarten Zielen.

Im Rahmen fairer und transparenter Kommunikation erwarten wir von unseren Projektpartnern einerseits **Rechenschaft** über Vereinbarungen oder eingesetzte Mittel. Andererseits unterstützen wir sie dahingehend, dass sie ihre Aufgaben effektiv ausführen können. Bei schwachen Partnern übernehmen wir **zeitlich befristet auch Aufgaben, die noch nicht selbst erbracht werden können**. Die Stärkung und Förderung unserer Partnerorganisationen in technisch-fachlicher, institutioneller und finanzieller Hinsicht sowie in ihrer entwicklungspolitischen Rolle ist ein wesentlicher Schwerpunkt unseres Engagements. Wir erwarten dabei **angemessene Eigenleistungen** in Form von Personal, Medikamenten, Arbeitszeit oder finanziellen Mitteln, aber auch in Form von Engagement. Entsprechend den langfristigen Zielen unserer Programmarbeit ist auch die Zusammenarbeit mit unseren Partnerorganisationen langfristig angelegt.

²⁴ Strategien zur konflikt-sensiblen Programmgestaltung mit Bezug auf Berufliche Qualifizierung und Beschäftigungsförderung in Konflikt- und Postkonfliktsituationen, GTZ 2005.

6.10.2 Vernetzung und Allianzen

Der konstruktive Dialog mit anderen Akteuren der Entwicklungszusammenarbeit stellt für SolidarMed eine Priorität dar. Wichtige staatliche Partner sind hierbei die **Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA)** und die **Humanitäre Hilfe (HuHi)** des Bundes; mit beiden findet ein regelmässiger und konstruktiver Dialog statt. Wir arbeiten auch mit **privaten Stiftungen und Unternehmen** zusammen, die unsere Ziele unterstützen und unsere Werte und entwicklungspolitischen Grundsätze mittragen. Diese Kooperationen basieren auf einem partnerschaftlichen Ansatz, der gemeinsames Lernen und einen regelmässigen Austausch umfasst. Als Trägerorganisation des **entwicklungspolitischen Netzwerks Medicus Mundi** und Mitglied der Fachgruppe **Swiss Malaria Group** führen wir einen regelmässigen Dialog mit anderen zivilgesellschaftlichen Entwicklungsakteuren, koordinieren die Arbeit in den Partnerländern und engagieren uns gemeinsam für entwicklungspolitische Themen in der Schweiz. Unser Engagement in thematischen Foren zur reproduktiven Gesundheit, HIV und angewandter Feldforschung werden wir ebenfalls fortführen, das Gleiche gilt für die Zusammenarbeit mit Universitäten. In der neuen Programmphase wird hier vor allem die Zusammenarbeit mit den Universitäten Bern und Basel, dem **Netzwerk leDEA, der Universität Luzern und der Universität Sheffield** konsolidiert werden. Wo immer möglich und sinnvoll, gehen wir institutionelle Kooperationen und strategische Allianzen mit einzelnen Organisationen ein mit dem Ziel, Synergien und eine höhere Wirkung unserer Arbeit in den Partnerländern zu erreichen.

Auf gesamtinstitutioneller Ebene wird SolidarMed in der kommenden Programmphase den **Dialog mit Schweizer Entwicklungsakteuren zu einer möglichen verstärkten Zusammenarbeit** weiter führen.

Konsequenzen für SolidarMed

- SolidarMed implementiert seine Programme grundsätzlich mit und über Partnerorganisationen. Die Zusammenarbeit mit Universitäten und dem Privatsektor wird in der kommenden Programmphase an Gewicht gewinnen.
- Die Stärkung und Förderung unserer Partnerorganisationen in technisch-fachlicher, institutioneller und finanzieller Hinsicht ist ein Schwerpunkt unseres Engagements.
- Die Vernetzung mit anderen Entwicklungsakteuren wird themenspezifisch vertieft. Den Dialog zu einer möglichen verstärkten Zusammenarbeit mit Schweizer Organisationen wird SolidarMed in der kommenden Programmphase auf gesamtinstitutioneller Ebene weiter führen.

6.11 Zusammenfassung Wirkungsrahmen

Zusammengefasst ist der Wirkungsrahmen für die nächste Programmphase:

Oberziel Impact	Die Gesundheit von 1,5 Millionen Menschen im südlichen und östlichen Afrika ist verbessert
Wirkungsziele („was“) Outcomes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Krankheitslast durch HIV, Malaria, TB, NCDs und andere Krankheiten in den Programmgebieten ist reduziert 2. Die Morbidität und Mortalität von Frauen, Schwangeren, Müttern und Neugeborenen in den Programmgebieten sind verringert 3. Die Gesundheit von Kindern in den Programmgebieten ist verbessert

Ziele der Programmkomponenten ("wie") Outputs	Die medizinische Grundversorgung in den Programmgebieten ist verbessert und wird von den Menschen in Anspruch genommen (service and population coverage)	Gesundheitskompetenzen und Kapazitäten auf Gemeindeebene sind gestärkt (community based health interventions)		Die Gesundheitspersonalsituation in den Programmgebieten ist verbessert (human resources for health)	SolidarMed leistet in der Schweiz und Liechtenstein eine gehaltvolle Öffentlichkeitsarbeit (advocacy)	
	Forschung und Innovation tragen zu Fach- und Politikdialog bei (innovation, research, dialogue)					
Querschnittsthemen	Gerechtigkeit (equity)			Geschlecht (Gender)		
Operationelle Grundsätze	Nachhaltigkeit	Partizipation und Partnerschaft	Ermächtigung	Evidenz und Kohärenz	Kosteneffizienz und -bewusstsein	Konfliktsensitives Programmmanagement
Länderprogramme	Schweiz	Tansania	Mocambique	Sambia	Lesotho	Zimbabwe
Qualitätsmanagement	Das operative und Qualitätsmanagementsystem ist professionell und erfüllt die internen und externen Anforderungen					
Finanzen und Finanzierung	Das Kernbudget kann gemäss Finanzplanung beschafft und umgesetzt werden. Der Mitteleinsatz ist effizient. Finanzielle Risiken sind kontrolliert.					

Die **Verteilung der Schwerpunkte** der von SolidarMed bearbeiteten Themen und implementierten Programmkomponenten auf die einzelnen Länder stellt sich wie folgt dar:

	Lesotho	Mosambik	Zimbabwe	Sambia	Tansania
Thematische Schwerpunkte					
HIV, Malaria, TB, NCDs und andere Krankheiten	xxx	xxx	xxx	xx	xxx
Gesundheit von Frauen, Schwangeren, Müttern, Neugeborenen	xxx	xxx	xxx	xx	xxx
Gesundheit von Kindern	xx	xxx	xxx	xx	xxx
Programmkomponenten					
Medizinische Dienstleistungen und Grundversorgung	xxx	xxx	xxx	xx	xxx
Gesundheitspersonal	xx	xx	xxx	xxx	xxx
Gesundheit in den Gemeinden	xx	xxx	xx	x	xxx
Innovation, Forschung, Politikdialog	xxx	xxx	xxx	xx	x

xxx = hohe Intensität, xx = mittlere Intensität, x = niedrige Intensität



7 Monitoring & Controlling

7.1 Übersicht

SolidarMed wendet ein **standardisiertes und betrieblich integriertes System** zum Monitoring und Controlling (Input, Process, Output, Outcome) auf verschiedenen Ebenen an:

- a) Leistungswirkung
- b) Qualitätsmanagement
- c) Finanzielle Entwicklung.



Abbildung 36: Monitoring und Controllingsystem

7.2 Monitoring der programmatischen Leistungswirkung

Das SolidarMed - Monitoring der programmatischen Leistungswirkung ist mit folgenden Grundlegendokumenten konsistent:

- SECO: The Logical Framework User Manual
- European Commission: PCM Guidelines
- ZEWO: Wirkungsmessung in der Entwicklungszusammenarbeit – ein Leitfadens
- WHO: Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies

Die **Logik im SolidarMed - Handlungsrahmen** ist wie folgt:

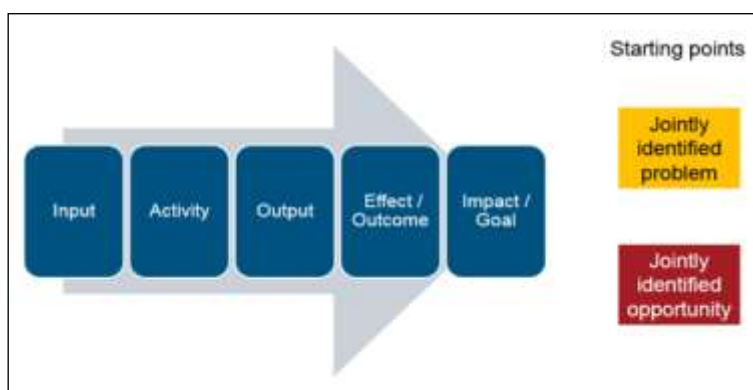


Abbildung 37: Die Logik des SolidarMed Handlungsrahmens

7.2.1 Wirkungsebenen

Für sein Gesamtprogramm formuliert SolidarMed die folgenden Wirkungsebenen:

Oberziel (Impact) (Gesamtprogramm)	Das Oberziel fasst die angestrebte Wirkung des gesamten SolidarMed - Programms zusammen und dient auch als kommunikatives Leitmotiv („die Gesundheit von 1,5 Millionen Menschen ist verbessert“).
Outcome-Ziele (Gesamtprogramm)	Die Outcome-Ziele haben eine thematische Dimension , setzen vulnerable Gruppen an die erste Stelle und reflektieren die prioritären Zielsetzungen von SolidarMed: „Was wollen wir erreichen?“ Sie entsprechen der Outcome – Ebene .
Output-Ziele (Gesamtprogramm)	Die Output-Ziele reflektieren die prioritären Programmkomponenten von SolidarMed auf Ebene des Gesamtprogramms: „Wie bzw. mit welchen Kernkomponenten wollen wir die Wirkungsziele erreichen?“.
Outcomes und Outputs (Länderprogramme)	Die Outcomes (und Outputs) der Länderprogramme sind ebenfalls ein wichtiger Teil der Wirkungsmessung von SolidarMed, da eine gesamthafte, länderübergreifende Beschreibung der Programmwirkung durch gesamtprogrammatische Outcome- und Outputziele nur in Annäherung geschehen kann. In seinen Länderprogrammen definiert SolidarMed für die jeweilige Programmperiode spezifische Outcomes, welche zur Zielerreichung auf Programmebene beitragen. Diese sind jedoch nicht in diesem Kapitel, sondern im Kapitel über die jeweiligen Länderprogramme, sowie in den jeweiligen Länderprogrammstrategien aufgeführt. Diese wurden der DEZA zugestellt.
Output	SolidarMed hat eine Reihe einheitlicher Output-Indikatoren definiert, die wir in allen Einsatzländern erheben. Im Wirkungsmodell dienen sie vorwiegend der Illustration.

Auf Ebene des Gesamtprogrammes kann SolidarMed Wirkung **nicht präzise und umfassend** messen, sondern nur **in Annäherung**, mittels Wirkungshypothesen, Proxy-Indikatoren oder Fallbeispielen.

Im Rahmen seines Wirkungsrahmens erhebt SolidarMed deshalb vier Arten unterschiedlicher **quantitativer** wie auch **qualitativer** Indikatoren:

- a) **Quantitative Indikatoren:** Verlässliche Daten zu den Gesundheits-Outcomes „Sterblichkeit und Krankheitslast“ sind für die Programmregionen nicht zu erhalten. Deshalb erhebt SolidarMed auf Ebene der Wirkungs- und Outcome-Ziele jeweils einen stellvertretenden **Leistungsindikator**, der sich im Rahmen einer **wissenschaftlich abgesicherten Wirkungshypothese** auf das Ziel bezieht. Der Leistungsindikator reflektiert das Ziel nicht umfassend, sondern beispielhaft. Die entsprechenden Indikatoren sind im LogFrame aufgeführt. Kriterien für die Auswahl der Indikatoren waren:
 1. **Zuverlässigkeit** („specific; measurable; accurate/achievable; relevant; time bound“)
 2. **Umfang des Engagements** von SolidarMed im jeweiligen Bereich; d.h. SolidarMed leistet einen relevanten Beitrag zur Zielerreichung
 3. **Relevanz** des Indikators für das Thema
- b) **Qualitative Indikatoren:** „**Story telling**“, das Aufzeigen von Fallstudien und **deskriptive, narrative Elemente** ergänzen die quantitativen Indikatoren der Outcome-Ziele um **qualitative Aspekte**. Jeder Programm- und jeder Projektbericht bei SolidarMed beinhaltet beispielsweise eine Fallstudie.

c) **Studien und wissenschaftliche Aufarbeitung:** Eine zuverlässige Methode der Wirkungsmessung sind Studien, operationelle **Feldforschung** oder **externe Evaluationen**. SolidarMed misst diesem Bereich eine hohe Bedeutung bei und illustriert programmatische Herausforderungen oder Fortschritte auf diese Art und Weise regelmäßig. Beispielhaft sind hier auch die „Policy Briefs“ genannt, von denen SolidarMed pro Jahr mindestens eines pro Land produzieren wird.



Abbildung 38: Methoden der Wirkungsmessung

d) **Kontext-Indikatoren:** SolidarMed erhebt auf regionaler, provinzieller oder nationaler Ebene **Kontext-Indikatoren** (gleiche Indikatoren in allen Einsatzländern), um eine Einordnung des Programmfortschrittes und eine Einschätzung der Programmwirkung zu erhalten.

e) **Meilensteine für das Monitoring des Programmfortschritts:** Zur leichteren Einschätzung der Fortschritte auf dem Weg zur Zielerreichung hat SolidarMed für jedes **Einsatzland Meilensteine** definiert (siehe Länderprogramme).

Verschiedene Indikatoren reflektieren zu verschiedenen Graden **verschiedene Dimensionen**, z.B. Qualität, Quantität, Geschlecht, Equity, Zugang zu Dienstleistungen, Anspruch von Dienstleistung und Prozesse. Wir haben die Indikatoren im LogFrame den diversen Dimensionen zugeordnet und ausgewertet. Die Auswertung zeigt, dass ein **breites Spektrum an Dimensionen reflektiert wird**, wobei Quantität, Equity und Access sehr gut abschneiden; Prozessindikatoren sind im LogFrame etwas weniger enthalten.

7.2.2 Länderprogramme

Da, wie oben dargestellt, die gesamthafte, länderübergreifende Programmwirkung nur in Annäherung beschrieben werden kann, liegt **ein wichtiger Teil der Wirkungsmessung** in den Indikatoren und Outcomes der **Länderprogramme**. In Übereinstimmung mit dem partizipativen Ansatz wird der Programmfortschritt in den Länderprogrammen vor allem durch Daten gemessen, die von den **nationalen Gesundheitsinformationssystemen** erhoben werden. In einigen Fällen erhebt SolidarMed auch selbst Daten, zum Beispiel in den HIV Programmen oder auf Gemeindeebene. Für bestimmte Datensätze gibt es dabei Datenbanken und **Qualitätskontrollsysteme**. Eine Unterstützung der nationalen Gesundheitsinformationssysteme ist oft unerlässlich. Die Indikatoren der Länder-Programme sind nicht in diesem Kapitel, sondern im Abschnitt der jeweiligen Länderprogramme aufgeführt.

Die Länderprogramme werden **bis Ende 2017** revidiert und für die neue Phase definiert werden. SolidarMed wird **die Indikatoren der Länderprogramme** in diesem Prozess **weiter mit dem hier vorgelegten gesamtprogrammatischen Indikatorensystem harmonisieren**.

8 Logischer Handlungsrahmen Gesamtprogramm 2017-2022

Impact: Die Gesundheit für 1.5 Millionen Menschen im südlichen und östlichen Afrika ist verbessert				
Outcomes ¹ (thematische Wirkungsziele)	Ausgewählter Leistungsindikator ²	Ange- strebter Kennwert bis 2020 ³ (Baseline)	Verifikation	Wirkungshypothese

¹ Meilensteine zur Umsetzung des LogFrame sind auch in Anhang II beschrieben

² Alle Indikatoren im LogFrame beziehen sich auf Resultate, die Dank oder mit Beihilfe von SolidarMed erreicht werden. Sie werden jeweils in den Einrichtungen, Regionen, Spitälern oder Gemeinden erhoben, in denen SolidarMed aktiv ist. Wo immer möglich sind die Indikatoren in diesem LogFrame nach Geschlecht (gender) und Armut (equity) disaggregiert. Für Armut haben wir die Definition „Wohnsitz im ländlichen Raum“ gebraucht.

³ Da wir von einer eventuellen Anpassung der LogFrames im Verlauf der kommenden 6 Jahresphase ausgehen, haben wir die angestrebten Kennwerte zunächst bis 2020 gesetzt, s.a. Kap. 6.7.

<p>1) Die Krankheitslast durch HIV, Malaria, TB, NCDs und andere Krankheiten in den Programmgebieten ist reduziert</p>	<p>Anzahl der Menschen, die während der Programmphase und in den Programmgebieten trotz ihrer HIV Erkrankung überleben (männlich, weiblich, im ländlichen Raum) Prozentsatz der Menschen, die während der Programmphase und in den Programmgebieten ihre lebensrettende Behandlung nicht abbrechen (männlich, weiblich, im ländlichen Raum)</p> <p>Anzahl der Malariaepisoden in Kindern unter 5 Jahren, die während der Programmphase verhindert werden⁴</p>	<p>45'000⁵ (20'796)</p> <p>75% (60%⁶)</p> <p>840 (Jahr 2015) (12'000)</p>	<p>SM Länderprogramm-indikatoren und SM-Datenbank, sowie nationale Indikatoren jeweils per Ende Jahr</p>	<p>Antiretrovirale Medikamente sowie Vorbeugung und Behandlung opportunistischer Infektionen vermindern wirkungsvoll Morbidität und Mortalität durch HIV und reduzieren Neuansteckungen um 96%. Die Inzidenz von Malariaepisoden bei Kindern unter 5 Jahren wird in Gegenden endemischer Malaria durch Moskitonetze um 50% gesenkt.</p> <p>Wissenschaftliche Grundlagen der Wirkungshypothese: http://jid.oxfordjournals.org/content/early/2013/12/02/infdis.jit584.full http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22227585 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/198064/1/9789241509893_eng.pdf?ua=1</p> <p>Der zweite, qualitative Indikator definiert „nicht abbrechen“ mit 60 Tagen nach letzter Behandlungskonsultation. Begründung: „An Empirical Approach to Defining Loss to Follow-up Among Patients Enrolled in Antiretroviral Treatment Programs“ http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2850972/ https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15106149 (Cochrane Review)</p>
--	--	---	--	--

⁴ Wir gehen von 3 Malariaepisoden pro Kind und Jahr und einem protektiven Effekt von 50% pro verteiltem Moskitonetz aus (Berechnung: Verteilte Netze x 1,5). Pro Netz haben wir nur ein Kind gerechnet, obwohl in Wirklichkeit häufig mehrere Kinder gleichzeitig ein Netz benutzen. Dieser Indikator ist nicht Teil des eingereichten DEZA Antrages.

⁵ Indikator eins entspricht dem Indikator in SDG Ziel 3/8. Bei der BL gehen wir davon aus, dass von allen in lebensrettender Pflege 2/3 auf ART und 1/3 auf prä -ART sind. Die extrapolierte BL ist um den nach vier Jahren zu erwartenden Lost To Follow – Up von 40% korrigiert.

⁶ „Lost To Follow – Up“ gemäss internationalen Studien in Kontexten ohne NGO – Unterstützung. Manche Studien sprechen sogar nur von 50%.

<p>2) Die Morbidität und Mortalität von Frauen, Schwangeren, Müttern und Neugeborenen in den Programmgebieten sind verringert.</p>	<p>Anzahl der Frauen, die während der Programmphase und in den Programmgebieten unter medizinischer Begleitung sicher gebären, und zusammen mit den Neugeborenen Zugang zu Notfallversorgung⁷ haben (ländlicher Raum)</p> <p>Art und Anzahl der SM Initiativen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten⁸</p>	<p>200'000 (76'139)</p> <p>4 (0)</p>	<p>Länderprogrammindikatoren und Gesundheitssysteme der Partner jeweils per Ende Jahr</p>	<p>Geburten im Spital oder Gesundheitszentrum ermöglichen Zugang zu Notfallversorgung, Familienplanung und Information zur Kleinkindpflege. Institutionelle Geburten sind der wichtigste Faktor zur Reduktion perinataler Morbi-Mortalität von Müttern (-> Müttersterblichkeit) und Kleinkindern (-> Kindersterblichkeit), sowie des noch ungeborenen Kindes (-> „stillbirth“). Auch PMTCT ist ein sehr wichtiger Faktor zur Verbesserung der Kindersterblichkeit.</p> <p>Wissenschaftliche Grundlagen der Wirkungshypothese: http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(06)69381-1.pdf http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-18 http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(10)62306-9.pdf http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/</p>
<p>3) Die Gesundheit von Kindern in den Programmgebieten ist verbessert</p>	<p>Anzahl der Kinder und ihrer Mütter in den Programmgebieten, die während der Programmphase neu qualitativ und quantitativ verbesserten Zugang zu vorbeugender Beratung oder Behandlung von Durchfallerkrankungen durch Dorfgesundheitsarbeiter haben (ländlicher Raum)</p>	<p>120'000 (0)</p>	<p>Länderprogrammindikatoren von SolidarMed, Statistiken der Partner.</p>	<p>Atemwegserkrankungen, Durchfall und Malaria verursachen den grössten Teil aller Todesfälle bei Kindern und können durch richtiges Verhalten der Eltern sowie einfache Massnahmen wie Händewaschen, Schlafen unter Moskitonetzen, Flüssigkeitszufuhr oder Fiebersenken vermieden oder bekämpft werden. Moskitonetze beispielsweise reduzieren in Gegenden stabiler Malariaübertragung die Kindersterblichkeit um 20% und die Zahl von Malaria-Episoden um 50%. Geschulte Dorfgesundheitsarbeiter sind eine der wichtigsten Ressourcen im ländlichen Gebiet, um die Familien in diesen Bereichen zu unterstützen. In unseren Projektgebieten erreicht ein geschulter Gesundheitsarbeiter pro Jahr im Schnitt 50 Mütter und Kinder. Auch PMTCT ist ein sehr wichtiger Faktor zur Verbesserung der Kindersterblichkeit.</p> <p>Wissenschaftliche Grundlagen der Wirkungshypothese: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4267086/ http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15106149 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/lancet_child_survival_prevent_deaths.pdf http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/</p>

⁷ Auch Indikator in SDG Ziel 3/8. Es handelt sich hier um institutionelle Geburten (im Gegensatz zu Hausgeburten, die im ländlichen Afrika weitverbreitet sind).

⁸ SolidarMed in diesem Arbeitsbereich über die nächste Programmphase progressiv verstärkt engagieren. Dies wird nicht plötzlich, sondern in einem „phased approach“ geschehen. Geplanter Schwerpunkt: Jugendliche.

Zu 1,2, und 3: Kontextindikatoren aus den nationalen Gesundheitssystemen und SDG – Ziele (bis 2030)⁹

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Kindersterblichkeit < 5 Jahren pro 1'000 Lebendgeburten • Müttersterblichkeit pro 100'000 Lebendgeburten • HIV- Prävalenz in der Altersklasse von 15-49 Jahren • Tuberkuloseinzidenz pro 100'000 Bevölkerung • Anzahl der Todesfälle durch Malaria pro Land • Pflegepersonal pro 10'000 Bevölkerung¹⁰ | <ul style="list-style-type: none"> • SDG Ziel: < 12/ 1'000 • SDG Ziel: < 70 / 100'000 • SDG Ziel: 90% diagnostiziert, 90% behandelt, 90% viral supprimiert • SDG Ziel: < 20 / 100'000 • SDG Ziel: 90% Reduktion • WHO Ziel: 23 / 10'000 |
|--|--|

Outputs (Ziele der Programm- komponenten)	Ausgewählter Leistungsindikator	Ange- strebt Kennwert	Verifikation	Wirkungshypothese
---	------------------------------------	-----------------------------	--------------	-------------------

⁹ Werden von SolidarMed jährlich aufgenommen und wiedergegeben. Nur verfügbar für Nationale Ebene.

¹⁰ Die Schweiz hat im 160 Pflegepersonal und 41 Ärzte pro 10'000 Bevölkerung (Quelle: WHO)

<p>a) Die medizinische Grundversorgung in den Programmgebieten ist verbessert und wird von den Patienten in Anspruch genommen</p>	<p>Anzahl der pro Jahr in den Programmgebieten aktiven Spitälern, die verbesserte Dienste anbieten (ländlicher Raum)¹¹</p> <p>Anzahl der pro Jahr in den Programmgebieten aktiven Gesundheitszentren, die verbesserte Dienste anbieten (ländlicher Raum)</p> <p>Anzahl der Männer, Frauen und Kinder, die während der Programmphase in den Programmgebieten neu eine ambulante Behandlung ihrer akuten oder chronischen Erkrankung, wie z.B. Malaria oder Lungenentzündung in Anspruch nehmen (ländlicher Raum)¹²</p>	<p>15 (0)</p> <p>140 (0)</p> <p>2'100'000 (0)</p>	<p>SolidarMed Statistiken und Gesundheitsstatistiken der Partner in den Interventionsgebieten</p>	<p>Distrikt-Gesundheitssysteme und Einrichtungen wie Spitäler und Gesundheitszentren sind - neben sozialen Determinanten - für die Gesundheit einer Bevölkerung ausschlaggebend. SolidarMed stärkt diese Systeme im Aus- und Aufbau ihres präventiven und kurativen medizinischen Angebotes, sowie in der Verbesserung der Qualität: Population und Service Coverage Dimensionen von Universal Health Coverage. Zudem erprobt SolidarMed zusammen mit Partnern neue Modelle für Service Delivery. So sind die Partnerinstitutionen in der Lage, verbesserten Zugang zu verbesserten Dienstleistungen nachhaltig zu gewährleisten.</p> <p>Wissenschaftliche Grundlagen der Wirkungshypothese: http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1404503 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44204/1/9789241563895_eng.pdf?ua=1 http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_section1_web.pdf http://www.who.int/bulletin/volumes/92/7/14-030714/en/</p>
<p>Leistungen der Programme (exemplary activity lines)</p>				
<ul style="list-style-type: none"> • Coverage, Scope, Qualität: Verbesserung des Angebots von Gesundheitsdienstleistungen im ländlichen Raum (Beispiel: Zimbabwe) • Erprobung innovativer Dienstleistungsstrategien („delivery strategies“) (Beispiel Lesotho) • Aufbau integrierter Angebotsplattformen, z.B. sexuelle / reproduktive Gesundheit und HIV (Beispiel Mosambik) • Public Private Partnership Modell zur Income Generation in Spitälern (Beispiel: Sambia) • Unterstützung von Spitalentwicklungsplänen (Beispiel: Sambia, Tansania) 				

¹¹ SM hat Stand 2016 15 Partnerspitäler und 140 Partner – Gesundheitszentren. Da es sich hier jedoch um eine VERBESSERUNG der Dienstleistungen handelt, haben wir die BL auf Null gesetzt

¹² Dis-aggregation nach Geschlecht leider noch nicht möglich.

<p>b) Gesundheitskompetenzen und Kapazitäten auf Gemeindeebene sind gestärkt</p>	<p>Anzahl der Menschen, welche auf Gemeindeebene Zugang zu Mitsprache in Entscheidungsprozessen im Gesundheitsbereich erhalten¹³</p> <p>Anzahl der in der Programmphase in den Programmregionen durch SolidarMed geschulten Dorfgesundheitsarbeiter, die auch weiterhin aktiv sind¹⁴</p>	<p>600'000 (0)</p> <p>1'800 (1'263)</p>	<p>SolidarMed Statistiken und Berichte der Partner</p> <p>SolidarMed Statistiken und Berichte der Partner</p>	<p>Mitsprache der Zivilgesellschaft bei Entscheidungsprozessen, Organisation auf Gemeindeebene und die Möglichkeit, Rechenschaft einzufordern sind Voraussetzung für soziale Kohärenz und verbesserte Gesundheit. Im Rahmen von Dezentralisierungsprozessen tragen gestärkte Strukturen auf Gemeindeebene und Dorfgesundheitsarbeiter zur Verwirklichung dieser Voraussetzungen bei. Wir gehen davon aus, dass die Zielbevölkerung einer Dorfgesundheitsgruppe im Durchschnitt 2'000 Menschen umfasst¹⁵.</p> <p>Wissenschaftliche Grundlagen der Wirkungshypothese: http://heapol.oxfordjournals.org/content/29/suppl_2/ii98.full http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-130 http://www.un.org/esa/socdev/egms/docs/2013/EmpowermentPolicies/Expert-paper_Ghazala-Mansuri.pdf</p>
<p>Leistungen der Programme (exemplary activity lines)</p>				
<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte Artikulation zwischen Distriktgesundheitsystemen und Community-Partizipation-Programmen (Beispiel: Tansania) • Integration nicht-staatlicher Gesundheitsdienstleister in krankheits-spezifische Programme, z.B. Patientengruppen, Laien, Freiwillige, traditionelle Hebammen (Bespiel: Zimbabwe) • Stärkung der Kapazitäten und Förderung lokaler zivilgesellschaftlicher Organisationen (Beispiel Zimbabwe, Mosambik) • Bedarfsanalyse an der Schnittstelle zwischen informellem und formellem Gesundheitssystem (z.B. Zimbabwe) 				

¹³ Stand 2016 werden mit Hilfe von SM 664'000 Menschen durch Dorfgesundheitsgruppen betreut. Wir gehen davon aus, dass es sich hier jedoch um dynamische Prozesse handelt und haben die BL deshalb auf Null gesetzt.

¹⁴ Wir gehen von einem Drop-Out von 10% der Dorfgesundheitsarbeiter aus; dies entspricht den Erfahrungswerten in unseren Programmgebieten

¹⁵ Wir gehen davon aus, dass die Hälfte der von SolidarMed unterstützten Dorfgesundheitsgruppen nicht neu geschult und unterstützt wurden

c) Die Gesundheitspersonalsituation in den Programmgebieten ist verbessert	<p>Anzahl des in den Programmregionen mit Hilfe von SolidarMed neu ausgebildeten Gesundheitspersonals (Männer/Frauen/ ländlicher Raum)</p> <p>Anzahl des in den Programmregionen mit Hilfe von SolidarMed weitergebildeten Gesundheitspersonals¹⁶ (ländlicher Raum)</p> <p>Anzahl der mit Unterstützung von SolidarMed gebauten Hauseinheiten für Gesundheitspersonal ländlicher Raum)</p>	<p>600 (0)</p> <p>2'500 (0)</p> <p>40 (0)</p>	<p>SolidarMed Kernindikatoren der Länderprogramme und Statistiken der Partner bzw. Nationale Gesundheits-Informationssysteme</p>	<p>„Personal“ ist nicht nur eine der tragenden Säulen von Gesundheitssystemen, sondern auch ein Bereich in dem SolidarMed eine grosse und nachhaltige Wirkung ausüben kann („leverage“). Ausbildung (pre-service-training), Weiterbildung (in-service-training) und Rückhalt („retention“) sind wesentliche Faktoren zur Verbesserung der Gesundheitspersonalsituation, denn motiviertes und geschultes Gesundheitspersonal ist eine der Schlüssel-Voraussetzungen zum Funktionieren von Gesundheitssystemen.</p> <p>Wissenschaftliche Grundlagen der Wirkungshypothese.</p> <p>http://www.who.int/hrh/resources/scaling-up_planning_report.pdf?ua=1</p> <p>http://www.who.int/hrh/documents/scalingup_concept_paper.pdf?ua=1</p> <p>http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/</p> <p>http://www.who.int/bulletin/volumes/87/3/08-051599/en/</p>
Leistungen der Programme (exemplary activity lines)				
<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung nationaler Kapazitäten zur Ausbildung neuen Gesundheitspersonals (Beispiel: Sambia) • Erhöhung nationaler Kapazitäten zur Weiterbildung von Gesundheitspersonal (Beispiel: Tansania) • Innovative Ansätze zu verbessertem Personalarückhalt in ländlichen Gebieten (Beispiel: Sambia) • Erprobung, Kapitalisierung und Kommunikation von Erfahrungen mit neuen Einsatzstrategien wie Task-Shifting oder Nurse-Based-Care (Beispiel: Lesotho) • Unterstützung von Personalstrategien zur spezifischen Reduktion von Ungleichheiten, z.B. durch mobile Teams oder Dorfgesundheitsarbeiter (Beispiel: Mosambik) 				
d) Die Ergebnisse von Innovation und Forschung als transversalen Bestandteilen der Programme wer-	<p>Anzahl, Art und Ergebnisse der Prozesse zu Fach-und Politikdialog, sowie von Forschungsprojekten</p> <p>Art und Umfang der Netzwerkaktivitäten pro Jahr</p>	<p>Narrativ</p> <p>Narrativ</p>	<p>Hier geht es weniger um Quantität als um Qualität und Relevanz. SolidarMed wird jährlich Beispiele bringen und die erzielten Resul-</p>	<p>Kenntnis von gesundheitlichen Zusammenhängen oder Innovationen erwirbt SolidarMed zusammen mit lokalen und internationalen Partnern, und unter Einsatz wissenschaftlicher Methoden. Capacity-Building für lokale Strukturen ist dabei normalerweise Teil der Forschungsprojekte. Dieses Wissen wird in den fachlichen oder politischen Dialog eingespeist, mit unterschiedlicher Intensität und auf unterschiedlichen Ebenen. Ziel ist dabei immer ein Beitrag zur Verbesserung von Politiken auf Makro- oder Mesoebene. Die Wirkung dieses Dialoges ist indirekter und schwerer</p>

¹⁶ Geschlechts-Disaggregation nicht möglich

<p>den aufgearbeitet, und in den politischen und fachlichen Dialog eingebracht. In der Schweiz und in Liechtenstein leistet SolidarMed eine gehaltvolle Öffentlichkeitsarbeit und setzt sich anwaltschaftlich für die Anliegen im Süden ein.</p>	<p>Art, Thema um Umfang der Sensibilisierungsaktivitäten in der Öffentlichkeitsarbeit pro Jahr:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anzahl der in der Programmphase durch Publikationen erzielten Kontakte/Reichweite mit Bürgern und Bürgerinnen in der Schweiz und Liechtenstein Anzahl der in der Programmphase durch Anlässe/Veranstaltungen erzielten Kontakte/Reichweite mit Bürgern und Bürgerinnen in der Schweiz und Liechtenstein Anzahl der in der Programmphase durch Kampagnen erzielten Kontakte/Reichweite mit Bürgern und Bürgerinnen in der Schweiz und Liechtenstein Anzahl der in der Programmphase per Medien erzielten Kontakte/Reichweite mit Bürgern und Bürgerinnen in der Schweiz und Liechtenstein 	<p>Narrativ</p> <p>200'000 (0)</p> <p>2'500 (0)</p> <p>50'000 (0)</p> <p>1'200'000 (0)</p>	<p>tate sowie Herausforderungen benennen¹⁷</p> <p>SolidarMed Programmberichte / OR Papers / Studien</p>	<p>messbar, als die Wirkung der Programme im Feld. Sie ergänzt und potenziert diese jedoch.</p> <p>In der Schweiz wirkt SolidarMed komplementär dazu vermittelnd und anwaltschaftlich (Advocacy), und setzt sich im gesellschaftlichen Raum (Öffentlichkeitsarbeit) und über Netzwerke für Anliegen der Gesundheit in Afrika ein.</p> <p>Wissenschaftliche Grundlagen der Wirkungshypothese:</p> <p>http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001049</p> <p>http://www.lwec.org.uk/ke-guidelines</p> <p>http://www.researchtoaction.org/</p> <p>http://link.springer.com/article/10.1007/BF00136406</p>
--	---	--	--	--

Leistungen der Programme (exemplary activity lines)

Innovation, Forschung, Fach- und Politikdialog

- Innovations- oder Forschungsprojekte zum Schaffen empirischer Grundlagen, z.B. Müttergesundheit, HIV, Hepatitis B, Patientenzufriedenheit oder Public-Private-Partnerships
- Umsetzung von Forschungspartnerschaften wie z.B. mit Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität Bern (ISPM), dem Schweizer Tropeninstitut oder den Gesundheitsministerien in Lesotho und Mosambik
- Beiträge in nationalen oder internationalen Politik- oder Fachforen (Beispiel: National Health Fair Mozambique, World Aids Conference, Federation of Obstetrics Society Conference FI-

¹⁷ Siehe: "Evaluating Knowledge Transfer - what is impact and how do we measure it?" des Policy – Centers der London School of Tropical Medicine and Hygiene (2013): http://www.lshtm.ac.uk/groups/griphealth/resources/workshop_summary_september_2013.pdf

GO, Fachzeitschriften etc.)

Öffentlichkeitsarbeit, Sensibilisierung und Netzwerke

- Wissens- und Erfahrungsaustausch in Netzwerken und mit Partnern, gemeinsame Definition von Standpunkten zusammen mit anderen Organisationen, Beteiligung an Diskussionen über Themen der Entwicklungspolitik. Unterstützung der anwaltschaftlichen Arbeit von Medicus Mundi (Vorstand und Arbeitsgruppen) und der Swiss Malaria Group (Vorstand).
- SolidarMed wird seine Informationsstätigkeit fortführen, um in der Bevölkerung Verständnis für Ursachen, Zusammenhänge, Probleme und Lösungen in unseren Einsatzländern aufzuzeigen: Publikationen, Kampagnen, Medien und Anlässe. Inhaltliches Profil und eigene Akzente setzen wir durch „smarte“ und innovative thematische Kampagnen
- Die konzeptionelle Ausgestaltung (Zielgruppen, Gefässe, Instrumente und Partner) soll in der kommenden Programmphase überprüft und evtl. angepasst werden („Programm Schweiz“)

Management-Ziel	Ausgewählter Leistungsindikator	Angestrebtes Resultat	Verifikation	Wirkungshypothese
Das operative und Qualitätsmanagementsystem ist professionell und erfüllt die internen und externen Anforderungen.	SolidarMed ist bei der ZEWO, DEZA und Glückskette akkreditiert / zertifiziert / anerkannt. Die wichtigsten Geschäftsprozesse und Geschäftsregeln für die Geschäftsstelle als auch für die Länderprogramme sind definiert, laufend optimiert und dokumentiert.	ZEWO und GK Akkreditierung 2016 – 2019 erfolgt; Art und Typ der Akkreditierungskommentare der ZEWO und GK OHB Süd und Nord angepasst Reglemente und institutionelle Richtlinien aktuell und überarbeitet Anpassungen an veränderte Swiss GAAPFER Anforderungen sind erfolgt	Bestätigungen Akkreditierungen / Zertifikate	Organisationen benötigen eine professionelle Struktur, Prozesse und Richtlinien, um in der Lage zu sein, die inhaltlichen Programme umzusetzen. Akkreditierung finden gemäss Planung statt.

Leistungen im Bereich operatives und Qualitätsmanagement (exemplary activity lines)

Gouvernanz:

- Im Vordergrund steht die weitere Umsetzung der Geschäftsordnung und kontinuierliche Verbesserung des Risikomanagements
- Weiterführende Prüfung der vertieften Zusammenarbeit mit anderen Schweizer Nichtregierungsorganisationen

Prozessmanagement:

- Das QM-System soll in der nächsten Programmphase kontinuierlich weiterentwickelt und institutionell weiter verankert werden.
- Systematische Überprüfung von einzelnen Prozessen mit Optimierungspotential und die regelmässige Aktualisierung und Weiterentwicklung des OHB stehen im Vordergrund.
- Die Flexibilisierung, Beschleunigung und Dezentralisierung von gewissen Prozessen soll geprüft werden

Personalmanagement:

- HR-Strategien werden den externen Erfordernissen angepasst. Die Anstellungsbedingungen (GS und Ausland) sind konkurrenzfähig. Überarbeitung des Lohnreglements.
- Weiterführende Erarbeitung und Umsetzung der Personalpolitik für nationale Mitarbeiter, Weiterentwicklung eines nationalen, mittleren Kaders, Entwicklung von länderübergreifenden HR-

<p>Strategien</p> <p><u>Programmatisches Qualitätsmanagement:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Weiterentwicklung des Monitoring- und Wirkungsmodells (z.B. mit LIST Tool), Prüfung von Wirkungsaussagen zu „DALYs averted“, Prüfung einer externen Zertifizierung - Förderung des regionalen Austauschs zwischen den Länderprogrammen. Zudem findet jährlich ein Face2Face - Austausch mit Lerncharakter zwischen nationalem und Schweizer Personal statt. - Der Bereich Innovation und Forschung wird weiter ausgebaut und ab April 2016 personell aufgestockt. Die Gegenfinanzierung wird innerhalb von 2 Jahren erprobt. - Die Cloud wird von den Mitarbeitern als zentrale Informations- und Wissensplattform genutzt. Als Instrument wird es weiterentwickelt. - Kontinuierliche Weiterentwicklung der üblichen PPCM und Qualitätsgrundlagen (Richtlinien, Schulungsunterlagen, Templates; Peer-Austausch; Validierungsprozessen bei Forschungsvorhaben etc.) 				
<p>Das Kernbudget kann gemäss Finanzplanung beschafft und umgesetzt werden.</p> <p>Der Mitteleinsatz ist effizient.</p> <p>Finanzielle Risiken werden kontrolliert.</p>	<p>Jährlicher effektiver Betriebsaufwand im Verhältnis zum Finanzplan</p> <p>Jeweiliger Anteil (%) der Kosten für Administration, Mittelbeschaffung und Programmbegleitung am Gesamtaufwand gemäss ZEW0 & Swiss Gap FER 21</p> <p>Betriebsergebnis gemäss Jahresbericht</p> <p>% Eigenkapital im Verhältnis zum Betriebsaufwand</p>	<p>Gemäss Finanzplanung</p>	<p>Jahresbericht</p>	<p>Die Programme können gemäss Strategie umgesetzt werden.</p> <p>Die Finanzierung kann gemäss Finanzplan beschafft werden.</p>
<p>Leistungen im Bereich Finanzen (exemplary activity lines)</p>				
<ul style="list-style-type: none"> • Fundraisingstrategie wird befolgt und ist aktuell • SM Konzept „Risikomanagement“ wird befolgt und ist aktuell • Finanzempfehlungen von ZEW0 werden umgesetzt • Anpassungen an die veränderten Swiss GAAPFER Standards werden vorgenommen 				

Benutzte Grundlagen zur Erstellung des SolidarMed - Handlungsrahmens:

- SECO: A Primer on Results Based Management <file:///C:/Users/joeh/Downloads/PCM-Script-Final-March-2011.pdf>
- SECO: The Logical Framework User Manual <file:///C:/Users/joeh/Downloads/LOGICAL+FRAMEWORK+USER+MANUAL.pdf>
- EC: PCM Guidelines http://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/methodology-aid-delivery-methods-project-cycle-management-200403_en_2.pdf
- ZEW0: Wirkungsmessung in der Entwicklungszusammenarbeit – ein Leitfaden <http://impact.zewo.ch/de/wirkungsmessung>
- WHO: Monitoring health systems - a handbook of indicators and their measurement http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1

Die Tabelle unten beschreibt den **Zusammenhang der Indikatoren des LogFrame mit den einzelnen Länderprogrammen**. Alle Indikatoren mit Kreuz sind repräsentativ für das jeweilige Länderprogramm. Daneben erhebt SolidarMed zusätzlich für jedes Länderprogramm zusätzliche nicht-länderübergreifende Indikatoren, die im Anhang in den Länderprogrammstrategien vermerkt sind.

Welcher Indikator repräsentiert welches Länderprogramm?	Lesotho	Zimbabwe	Mosambik	Tansania	Zambia
Anzahl der Menschen, die während der Programmphase und in den Programmgebieten trotz ihrer HIV Erkrankung überleben	x	x	x	x	(x) ¹
Prozentsatz der Menschen, die während der Programmphase und in den Programmgebieten ihre lebensrettende Behandlung nicht abbrechen	x	x	x	x	
Anzahl der Frauen, die während der Programmphase und in den Programmgebieten unter medizinischer Begleitung sicher gebären, und zusammen mit den Neugeborenen Zugang zu Notfallversorgung haben	x	x	x	x	(x)
Art und Anzahl der SM Initiativen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten	x	x	x	x	x
Anzahl der Kinder und ihrer Mütter in den Programmgebieten, die während der Programmphase qualitativ und quantitativ verbesserten Zugang zu vorbeugender Beratung oder Behandlung von Durchfallerkrankungen durch Dorfgesundheitsarbeiter haben	x	x	x	x	
Anzahl der pro Jahr in den Programmgebieten aktiven Spitälern, die verbesserte Dienste anbieten (ländlicher Raum)	x	x	x	x	x
Anzahl der pro Jahr in den Programmgebieten aktiven Gesundheitszentren, die verbesserte Dienste anbieten	x	x	x	x	(x)
Anzahl der Männer, Frauen und Kinder, die während der Programmphase in den Programmgebieten eine ambulante Behandlung ihrer akuten oder chronischen Erkrankung, wie z.B. Malaria oder Lungenentzündung in Anspruch nehmen	x	x	x	x	(x)
Anzahl der Menschen, welche auf Gemeindeebene Zugang zu Mitsprache in Entscheidungsprozessen im Gesundheitsbereich erhalten	x	x	x	x	
Anzahl der in der Programmphase in den Programmregionen durch SolidarMed geschulten Dorfgesundheitsarbeiter, die auch weiterhin aktiv sind	x	x	x	x	
Anzahl des in den Programmregionen mit Hilfe von SolidarMed neu ausgebildeten Gesundheitspersonals	x	x	x	x	x
Anzahl des in den Programmregionen mit Hilfe von SolidarMed weitergebildeten Gesundheitspersonals	x	x	x	x	x
Anzahl der mit Unterstützung von SolidarMed gebauten Haus-einheiten für Gesundheitspersonal	x	x	x	x	x
Anzahl, Art und Ergebnisse der Prozesse zu Fach-und Politikdialog, sowie von Forschungsprojekten	x	x	x	x	x
Art und Umfang der Netzwerkaktivitäten pro Jahr	x	x	x	x	x

1 In Klammer: Wird nicht direkt gemessen, könnte aber u. U. berechnet werden

9 Begleitstruktur, Planungssystem, Qualitätsmanagement

9.1 Strategisches und operatives Planungssystem

Das strategische und operative Planungssystem von SolidarMed besteht aus folgenden Elementen:

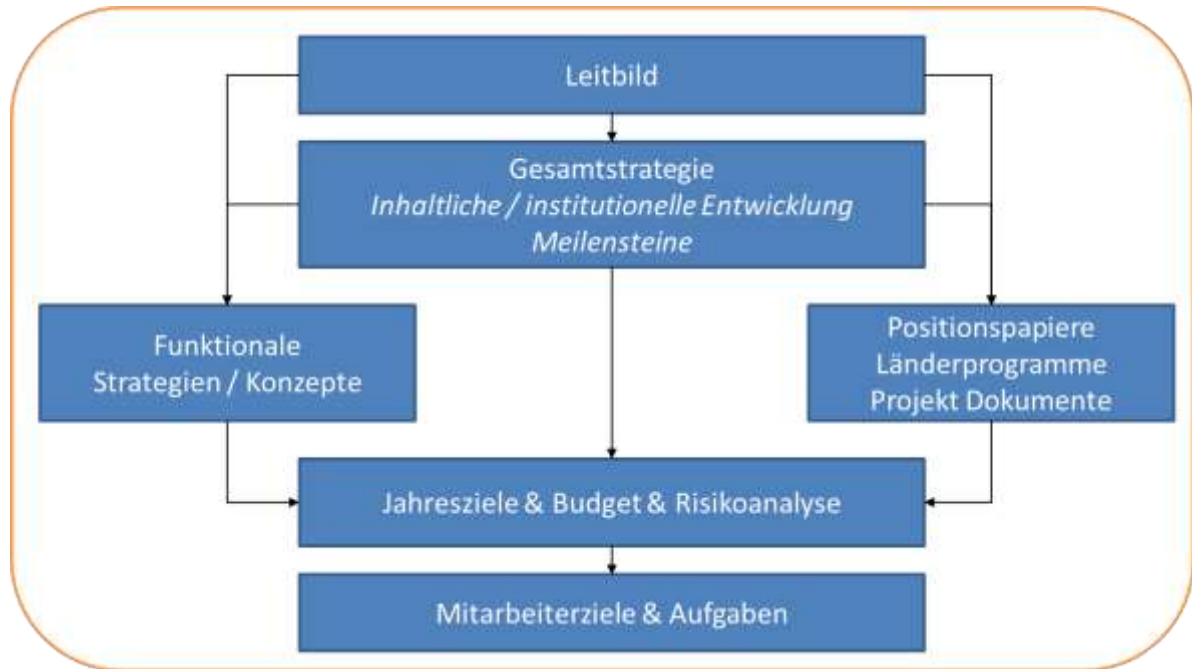


Abbildung 39: Elemente des SolidarMed strategischen und operativen Planungssystems

9.2 Qualitätsmanagement

Im Rahmen dieses Planungssystems betreibt SolidarMed ein **solides Qualitätsmanagement** in seinen Management-, Geschäfts- und Unterstützungsprozessen. Es basiert auf dem **EFQM Modell**, welches SolidarMed angepasst hat. Qualitätsaspekten wird in **Führung, Planung, Lenkung und Umsetzung** systematisch Beachtung geschenkt.

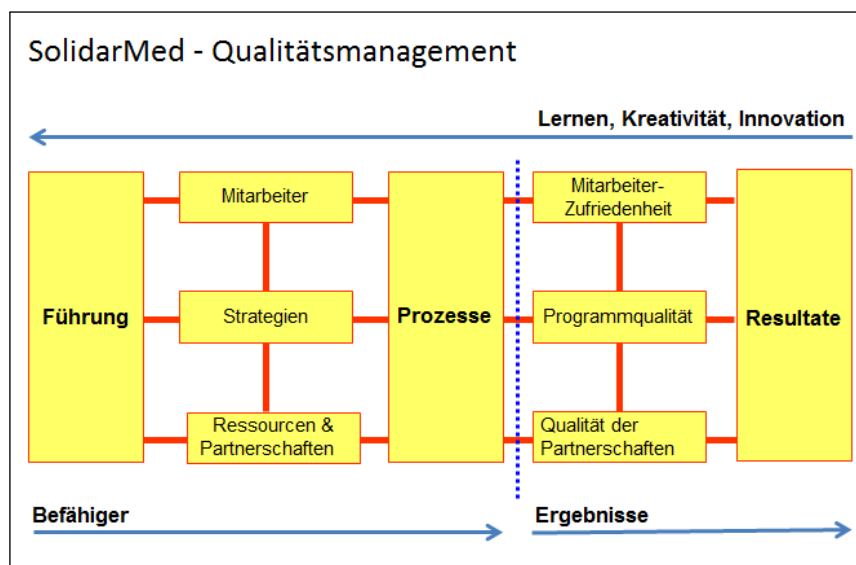


Abbildung 40: Qualitätsmanagement auf Ebene der „Befähiger“ führt zu grösserer Wertschöpfung

Das in den verschiedenen Bereichen erreichte ist in der Bilanz der vergangenen Phase dargestellt. In den kommenden Jahren werden folgende Aspekte im Vordergrund stehen:

9.3 Führung

- Rollen, Aufgaben und Kompetenzen zwischen Vorstand und Geschäftsstelle sind in der Geschäftsordnung klar definiert und dokumentiert. Diese richtet sich nach den ZEW Standards. Hier geht es um Review und laufende Verbesserung.
- Risikomanagement und internes Kontrollsystem (IKS) werden umgesetzt und kontinuierliche verbessert. Weiterentwicklungen wird es geben zu Risiken im Zusammenhang mit Konflikten; sowie mit lokalen Partnern.
- Kontinuierliche Verbesserung in Bezug auf Gremien wie Geschäftsleitung, Kommissionen etc. (Capacity Building; Zusammensetzung und Struktur etc.)

➤ *Siehe auch die „Geschäftsordnung“.*

9.4 Mitarbeiter

- Die Personalstrategien sind den externen Erfordernissen angepasst. Die Anstellungsbedingungen von SolidarMed sind konkurrenzfähig und SolidarMed ist ein moderner, attraktiver und familienfreundlicher Arbeitgeber.
- Gewisse Grundlagendokumente werden in der neuen Programmphase überarbeitet (Gehaltsreglement, Weiterbildungsreglement etc.)
- Die Stellenbesetzung (GS und Feld) wird auch in der neuen Phase Priorität haben; die Vorbereitungsphase für Auslandpersonal wird beibehalten
- Die Mitarbeiterzufriedenheit bei Mitarbeitern im Ausland wird regelmässig gemessen werden. Feedback von Rückkehrenden wird in Verbesserungsprozesse einfließen
- Die Zusammenarbeit mit lokalem Personal soll weiter strukturiert werden

9.5 Strategie

- Entwicklung und Verabschiedung der Gesamtstrategie 2017-22 (per Ende 2016)
- Entwicklung und Verabschiedung der Länderstrategien 2018-21 aller fünf Länderprogramme
- Review der Teilstrategien Wissensmanagement, Fundraising und Kommunikation/Sensibilisierung
- Stetige Verbesserung funktionaler Konzepte (Kai Zen)

9.6 Prozesse und Rollen

- Alle wichtigen Führungs-, Kern- und Supportprozesse sind im Organisationshandbuch dokumentiert und im Intranet publiziert. Prozesse mit Optimierungspotential werden regelmässig aktualisiert und weiterentwickelt.
- Die Kostenrechnung nach SWISS GAAP FER 21 wurde eingeführt, Empfehlungen der externen Revision werden kontinuierlich umgesetzt. Hier erfolgen eine stetige Anpassung und rollende Verbesserungen.

➤ *Siehe auch das „Organisationshandbuch“.*

9.7 Programme

- Die Umsetzung der Programme erfolgt gemäss SolidarMed PPCM Handbuch. Alle Mitarbeiter und auch Partner werden in PPCM geschult. Für alle Teilschritte bestehen Templates und Ablaufdefinitionen. Verbesserungsbedarf gibt es bei PPCM – Kompetenzen in den Länderbüros (Herausforderung: Turnover).

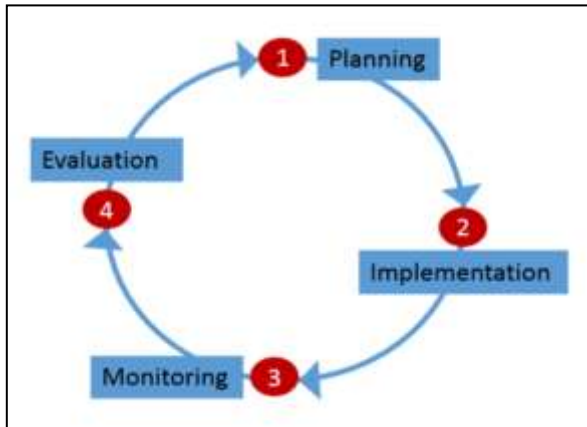


Abbildung 41: Phasen des Projekt- und Programmzyklus

integriert und gemäss professioneller Standards. In der nächsten Phase wird es eher darum gehen, Elemente von operativer Umsetzungsforschung innerhalb der PPCM – Logik zu systematisieren.

- SolidarMed folgt bei der Umsetzung seiner Programme in der Regel logischen Wirkungszusammenhängen (LogFrames). Am Ende der nächsten Phase können auch mehr partnerzentrierte Modelle pilotiert werden, wie z.B. Outcome Mapping.

- Es soll geprüft werden, ob das Wirkungsmodell im Bereich der Indikatoren per „Modelling“ weiterentwickelt werden kann.

- Bei der Umsetzung seiner Programme folgt SolidarMed den üblichen PDCA-Modellen.

- Das klassische Programm-Management betreibt SolidarMed standardisiert, betrieblich

9.8 Risiken und Risikomanagement

- Der Gesamtprozess der Risikoanalyse, der Risikozuordnung, der Risikomassnahmen und der Risikoneuzuordnung mit dem sich daraus ergebenden strategischen Umfeld findet auf strukturierte Art und Weise einmal pro Jahr statt. Rollen, Verantwortlichkeiten und Ablauf sind in einem vom Vorstand verabschiedeten Konzept festgelegt. Vorstand, Audit Komitee, Geschäftsstelle und Mitarbeiter sind daran beteiligt. Die Risikoanalyse schliesst beispielsweise auch Fragen politischer Stabilität, Zusammenarbeit mit „schwachen“ Partnern oder interne Finanzkontrolle mit ein. Im Falle von unvorhergesehenen aussergewöhnlichen Vorfällen kann dies mehr als einmal jährlich erfolgen.
- Finanzielle Risiken betreffen auch das Anlagereglement, welches ein Minimum an Rücklagen fordert, um im Falle eines Spendenrückgangs das Funktionieren der Geschäftsstelle und der Kernprogramme aufrecht zu erhalten.

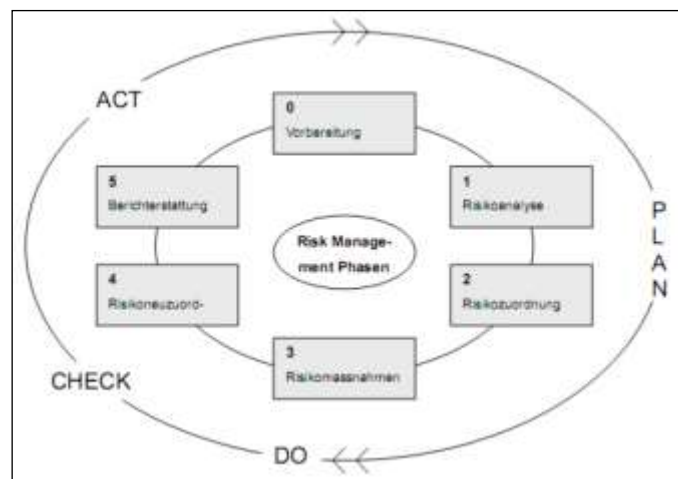


Abbildung 42: Phasen des SolidarMed Risikomanagements
(aus: SolidarMed Konzept Risikomanagement)

➤ Siehe auch SolidarMed - Konzept „Risk Management“

➤ Siehe auch SolidarMed Anlagereglement

9.9 Wissensmanagement

- In den vergangenen Jahren wurden wesentliche Grundlagen für die Definition, Messung und den Nachweis von Wirkung gelegt und im Konzept zum Wissens- und Qualitätsmanagement festgehalten. Der Problemlösungsansatz wurde bei der Planung neuer Projekte dabei verstärkt in den Vordergrund gestellt. Die erarbeiteten Prozesse werden ins revidierte Konzept Wissensmanagement einfließen.
- Um den Bereich „Innovation, Wissen, Dialog“ auch strukturell zu festigen, baut SolidarMed in den kommenden Jahren eine neue „Einheit“ auf, die sich mit dem Programm- und Wissensmanagement, dem Schaffen von Wissensgrundlagen und deren direkten und indirekten Nutzen beschäftigt. Diese Dienstleistungseinheit wird sowohl auf strategischer, wie auch auf programmatischer Ebene wirken und ausgesuchte Forschungsprojekte in den verschiedenen Ländern betreuen. Ausserdem soll sie an den Schnittstellen zu Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit dafür sorgen, dass Wissen einem breiteren Publikum zugänglich gemacht wird. An der Schnittstelle zu den internationalen Programmen wird es darum gehen, erworbenes Wissen möglichst rasch in einen Mehrwert für die Zielbevölkerung zu verwandeln. Eine weitere Aufgabe ist der vermehrte regionale horizontale Austausch zwischen den Länderprogrammen, sowie die gemeinsame Planung und bessere Abstimmung länderübergreifender Interventionen.

➤ *Siehe auch SolidarMed Konzept Wissensmanagement*

9.10 Kommunikationsmanagement

- Basierend auf der vorliegenden Strategie muss SolidarMed seine Kommunikation als integrierten Ansatz umsetzen und kritischen Erfolgsfaktoren wie Glaubwürdigkeit, Vertrauen, Transparenz, Relevanz des Themas und die kommunizierter Effektivität Rechnung tragen.
- Integrierte Kommunikation ist ein Prozess der Analyse, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle, der darauf ausgerichtet ist, aus den differenzierten Quellen der internen und externen Kommunikation eine Einheit herzustellen, um einen für die Zielgruppen der Kommunikation konsistentes Erscheinungsbild über SolidarMed zu vermitteln.

➤ *Siehe auch SolidarMed Konzept Kommunikationskonzept*

9.11 Ausblick

SolidarMed besitzt alle notwendigen institutionellen Grundlagen, hat sie betrieblich integriert und bringt auf dieser Basis hervorragende Resultate. Mit zunehmender Grösse stellt sich jedoch die Frage, inwiefern ein mehrjähriger gesamtinstitutioneller Prozess in verschiedenen Qualitätsbereichen zu einer weiteren Verbesserung dieser Grundlagen beitragen könnte, ein Akkreditationsprozess wäre ein Beispiel dafür. In den nächsten Jahren wird sich SolidarMed entlang der acht unten beschriebenen Qualitätsbereiche orientieren, ein umfassender gesamtinstitutioneller Prozess ist zunächst nicht geplant.



Abbildung 43: Acht Qualitätsbereiche, denen SolidarMed eine besondere Beachtung schenken wird

Die folgenden institutionellen Prioritäten gelten für die nächsten Jahre als prioritär: a) Erweiterung der Finanzierungsgrundlage; b) Anpassung der Prozesse und Rollen bei veränderter Geschäftsführung und Vereinsstruktur c) Weitere Prüfung zwecks möglicher enger Zusammenarbeit mit einer anderen Schweizer Organisation



10 Budget- und Finanzierungsperspektiven

Nach einer Phase finanziellen Wachstums geht SolidarMed angesichts des heute immer stärker umkämpften Spendermarkts nicht von einer Fortsetzung der jährlichen Budgetsteigerung aus. Wir streben deshalb ein **solides, nachhaltig finanzierbares Kernprogramm** an, innerhalb dessen die in diesem Dokument vorgeschlagenen Programme umgesetzt werden können und dessen finanzielle Risiken von der Organisation getragen werden können.

Das **finanzielle Ziel für die nächste Phase** ist deshalb: „Das Kernbudget kann gemäss Finanzplanung beschafft und umgesetzt werden; der Mitteleinsatz ist effizient.“

Spezifische Fundraising - Massnahmen und - Meilensteine werden im Fundraisingkonzept definiert werden, welches in Überarbeitung ist.

Der **untenstehende Finanzplan** erstreckt sich der Planbarkeit halber zunächst über 4 Jahre (2017-20); er wird im Jahr 2019/20 angepasst und bis 2022 extrapoliert werden.

Die Basis der vorliegenden mittelfristigen Finanzplanung bilden das Budget 2015 mit einem realisierten Aufwand von CHF 9 Mio, sowie die Reserven der Organisation.

Im Gegensatz zum letzten Budget (2013-16) unterscheidet das Vorliegende nicht zwischen Wunsch- und Kernbudget, sondern stellt nur ein Budget dar, welches **realistisch finanzierbar** erscheint. Für die Deckung dieses Budgets gehen wir von folgenden Annahmen aus:

- Nach zwei Jahren der Beitragsreduktion (2017 und 2018) gewinnt die DEZA in den Jahren 2019 und 2020 wieder etwas mehr Spielraum zur Investition in die Programme von SolidarMed.
- Die Stiftung Medicor unterstützt SolidarMed mittelfristig mit ca. CHF 600'000 / Jahr
- Der LED finanziert das Länderprogramm in Sambia auch in den Jahren 2019 und 2020 mit CHF 800'000 pro Jahr weiter (bisher CHF 900'000/J).
- Mit den grösseren Stiftungen kann die Partnerschaft im gleichen Rahmen weitergeführt werden, mit kleineren Stiftungen können die Beiträge in leicht steigendem Rahmen abgeholt werden (von 1,5 auf 1,6 Mio. pro Jahr)
- Im Forschungsbereich akquiriert SolidarMed steigend von CHF 25'000 im Jahr 2018 bis CHF 100'000 im Jahr 2020
- Durch vermehrte Investitionen in Fundraising seitens SolidarMed steigt der Spendenertrag an; zudem erhalten wir in den nächsten 4 Jahren CHF 500'000 durch Legate.
- Die Hilti-Stiftung unterstützt SolidarMed auch in den Jahren 2019 und 2020 mit je CHF 400'000 (bisherige Zusagen bis 2018 inklusive)
- Ab 2017 findet SolidarMed einen neuen Investor, welcher die Programme mit CHF 250'000 pro Jahr finanziert. Zudem akquiriert SolidarMed neu ab 2017 ein Mandat von CHF 350'000 / J.
- In seine Programme im Süden investiert SM aus seinen Reserven ca. CHF 350'000 / J.

Darüber hinausgehende positive Wachstumsperspektiven können durch Mandate, gebundene Spenden, Fundraising im Süden oder Unternehmenspartnerschaften entstehen. Auch der Legatemarkt ist ein Wachstumsmarkt, der für SolidarMed mittelfristig Früchte tragen wird; das gleiche gilt für online - Fundraising und wissenschaftliche Projekte. Die Skalierung effizienter Interventionen kann ebenfalls Wachstumsimpulse schaffen. Und auch durch engere Zusammenarbeit mit anderen Organisationen könnten positive Wachstumsperspektiven geschaffen werden.

Da schwer vorzusagen, sind grössere Wachstumsergebnisse in dem vorliegenden Budget jedoch nicht antizipiert. Das bedeutet: Das vorliegende Budget ist ein unter den oben aufgelisteten Voraussetzungen realistisch finanzierbares Kernbudget.

	2017 Budget (CHF)	2018 Budget (CHF)	2019 Budget (CHF)	2020 Budget (CHF)
Geplanter Aufwand (direkte Kosten ohne PLE)				
Direkte Programmkosten Lesotho	1'000'000	1'000'000	1'000'000	1'000'000
Direkte Programmkosten Zimbabwe	1'200'000	1'300'000	1'350'000	1'350'000
Direkte Programmkosten Moçambique	1'900'000	1'950'000	1'950'000	1'950'000
Direkte Programmkosten Tanzania	1'400'000	1'500'000	1'500'000	1'500'000
Direkte Programmkosten Sambia	1'920'000	1'680'000	1'500'000	1'500'000
Direkte Programmkosten Regional (Wissen, Dialog, Forschung)	160'000	162'000	164'000	166'000
Direkte Programmkosten "Programm Schweiz"	350'000	353'000	356'000	359'000
Total Programme ohne Programmbegleitung	7'930'000	7'945'000	7'820'000	7'825'000
Administrativer Programmbegleitaufwand	600'000	606'000	612'000	618'000
Total Programme	8'530'000	8'551'000	8'432'000	8'443'000
Verwaltungsaufwand (administrativer Aufwand)	464'000	469'000	474'000	479'000
Aufwand für Mittelbeschaffung	650'000	657'000	664'000	671'000
Total Strukturkosten	1'114'000	1'126'000	1'138'000	1'150'000
Total Betriebsaufwand	9'644'000	9'677'000	9'570'000	9'593'000

	2017 (CHF)	2018 (CHF)	2019 (CHF)	2020 (CHF)
Ertrag				
DEZA Programmbeitrag	2'600'000	2'730'000	2'800'000	2'800'000
Andere Beiträge der Bundesverwaltung	-	-	-	-
Beiträge LED	900'000	900'000	800'000	800'000
Freie Spenden	1'725'000	1'550'000	1'500'000	1'600'000
Zweckgebundene Spenden	3'715'000	3'780'000	3'775'000	3'800'000
SolidarMed Fonds	350'000	350'000	350'000	250'000
Total Betriebsertrag	9'290'000	9'310'000	9'225'000	9'250'000

11 Anhang I: Perspektiven der Länderprogramme

Alle fünf SolidarMed Länderprogramme enden per Dezember 2017. Die nächste Programmphase der Länderprogramme wird 6 Jahre betragen, von 2018-23. Die Laufzeiten wurden so gewählt, dass die Programmzyklen in allen SolidarMed – Programmen zeitlich harmonisiert sind. Die Programmentwicklung hat 2016 mit einem Konsultationsprozess der Partner begonnen, die Programme werden per Ende 2017 verabschiedet werden.

Untenstehend **fassen wir die jetzigen Länderprogramme zusammen**, ziehen eine Bilanz der bisherigen Phase per Ende 2015, und geben einen **Ausblick auf die kommende Programmphase**. Deren genaue Ausrichtung wird dann durch den SolidarMed Vorstand im Dezember 2017 validiert werden.


11.1 Mozambique

11.1.1 Context

Context Indicators	2014 [#]	2015 [#]
Population	25 million [#]	25 million [#]
Total number of hospitals (>50 beds)	63 [#]	63 [#]
Total number of health centres (<50 beds)	1277 [#]	1277 [#]
Physician density (per 10'000 population)	0.26*	0.26*
Nursing and midwifery personnel density (per 10'000 population)	3.41*	3.41*
ART coverage among people with advanced HIV infection	45%[36-55]	45%[36-55]
Births attended by skilled health personnel (%)	54%	60%
Maternal Mortality ratio (per 100'000 live births)	480	484
Children under five mortality rate (per 1'000 live births)	90	87
Adult HIV prevalence (age group 15-49)	10.8%	10.8%
TB incidence (per 100'000 population)	553	554

*latest data at WHO from 2008; [#]based on statistical yearbook 2014, <http://www.ine.gov.mz/>

11.1.2 Current Programme

Duration of current programme strategy	2015-2017	
Programme area and beneficiaries		<p>District & Municipality Chiúre: Government health district health system, catchment population 250'000</p> <p>District Ancuabe: Government health district health system, catchment population 130'000</p> <p>District Namuno: Government health district health system, catchment population 130'000</p>

		<p>lation 215'000</p> <p>Pemba: Provincial capital and site of SolidarMed country office</p>
Programme Goal	To effectively and efficiently improve maternal and child health outcomes while strengthening the district health systems to respond to existing and future challenges	
Programme objectives	<ul style="list-style-type: none"> • To improve physical access to adequate health services • To increase the scope and quality of health services available in health centers in the districts • To improve availability, quality and efficiency of health services • To plan and integrate research within future project development and ensure integration of partners in the process • To increase provincial capacity to conduct research by actively promoting the NIOP (Provincial Nucleus for research in Health) and act as technical advisor to the board • To effectively publish and disseminate results at district, provincial, national and international levels • To establish regular platforms for updating and exchanging experiences and results regarding ongoing research in the programme. 	
Main thematic areas	<p>⇒ Maternal and Neonatal health</p> <p>⇒ Child Health</p> <p>⇒ HIV/TB/Malaria</p>	
Relevance and impact hypothesis	<p>Mozambique scores 172 of 184 countries on the UNDP development index, and is therefore clearly one of the poorest countries of the world. In addition, large inequities exist between the South and the North of the country, the latter being by far less developed than areas near the capital in the south. Further divides exist between urban and rural areas; almost all health, development and education indicators are worse in rural areas. Access to health care is not granted to the rural population and the health services provided are often of poor quality. In such a context, SolidarMed supports the plans of the MoH and acts as a catalyst.</p> <p>As a result of the presence of SolidarMed in the region, programme districts and the entire province benefit from a</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faster increase of MNCH outcomes • Faster improvement of MNCH services and access to services <p>SolidarMed Mozambique implements various interventions to improve specific areas of the health system, which at the same time strengthen the system and benefit a broader population. While doing this, SolidarMed meticulously documents and analyses the effect and cost of the interventions and pro-actively informs the district and provincial health system of its results and brings significant input into the provincial strategy to improve MNCH in the province by scaling up proven successful interventions.</p>	
Expected results	<ul style="list-style-type: none"> • All 24 health centres of three districts are upgraded for BEmOC, CEMOC is introduced in 2 Districts • A minimal and effective MNCH intervention package is developed for possible scaling 	

	<p>up to provincial level which may include BEMONC accreditation at all health centres, baby packages and neonatal resuscitation training</p> <ul style="list-style-type: none"> • A feasible emergency transport system has passed the proof of concept phase and, if showing positive results, is further developed to enter a proof of implementation phase • All 5500 HIV patients in the district of Ancuabe have access to lifelong therapy • All 6 health centres of the district of Ancuabe enjoy water supply all year round • Evidence is generated and shared of what works (or does not work) continuously, and influences decision-making locally
Overall budget for the phase 2015-17	8,4 million CHF

Main partners	<ul style="list-style-type: none"> • Ministry of Health (MoH) (district, provincial, national) • WIWANANA foundation • SDC Mozambique (Co-founder of WIWANANA foundation) • Other NGOs and private companies in the area
Collaboration and networks	<ul style="list-style-type: none"> • Universities (University of Bern, University of Sheffield...) • NAIMA (NGO health network in Mozambique) • Provincial NGO Network

<i>Current Indicators according to Programme LogFrame</i>		
Nr.	Definition	Indicators
Overall goal	To effectively and efficiently improve maternal and child health outcomes while strengthening the district health systems to respond to existing and future challenges	<ul style="list-style-type: none"> • Annual number of institutional births per district and year (Chiure, Ancuabe, Namuno)
Outcome 1	<ul style="list-style-type: none"> • To improve physical access to adequate health services in emergency situations • To increase the scope and quality of health services available in health centers in the districts 	<ul style="list-style-type: none"> • Annual number of outpatient consultations per district (Chiure, Ancuabe, Namuno) • Annual number of functional operating theaters per number of programme districts
Outcome 2	<ul style="list-style-type: none"> • To improve availability, quality and efficiency of health services 	<ul style="list-style-type: none"> • Annual number of institutional births per district and year (Chiure, Ancuabe, Namuno) • Annual number of surgical interventions in Chiure and Ancuabe (baseline: 2013/2014) • Annual number of people on ART in Chiure and Ancuabe
Outcome 3	<ul style="list-style-type: none"> • To plan and integrate research within future project development and 	<ul style="list-style-type: none"> • Annual number of peer-reviewed publications (posters, oral communica-

	<p>ensure integration of partners in the process</p> <ul style="list-style-type: none"> • To increase provincial capacity to conduct research by actively promoting the NIOP (Provincial Nucleus for Research in Health) and act as technical advisor to the board • To effectively publish and disseminate results at district, provincial, national and international levels • To establish regular platforms for updating and exchanging experiences and results regarding ongoing research in the programme 	<p>tions, articles) at national and international conferences and journals using evidence generated within the SolidarMed Mozambique programme</p>
--	--	--

Current programme components / projects	Name	Duration
1	MAMA (Mother and Neonatal Health, District and Province)	2010-2020
2	HIV Prevention and Treatment Ancuabe	2008-2015
3	MUANA (HIV in Children and Adolescents) Ancuabe	2016-2017
4	Water for Health Ancuabe	2013-2016
5	Malaria and Child Health Chiure	2015-2016
6	Emergency Transport Pilot Initiative Chiure, Ancuabe, Namuno	2016-2017
7	Hep. B study, Ancuabe	2012-2017
8	WIWANANA, Chiure, Ancuabe	2013-2018

11.1.3 Review

Main Achievements	<ul style="list-style-type: none"> • Increase in institutional births as a direct result of increased access and quality of maternal and neonatal health services • Increase in the number of outpatient consultations as a direct result of increased access and quality of health services • Successful implementation of a new model for Mozambique of a functioning operating theater within a health centre (instead of a hospital) • All health centres in Ancuabe have running water throughout the year • More than 60% of the individuals with HIV in need of treatment receive treatment regularly and over 60% remain in treatment after 2 years • Over 70'000 individuals are tested for HIV on a yearly basis in the districts and over 4'200 patients are currently on ART • Successful implementation of the GAAC in Chiure and Ancuabe (community adherence groups) • A short, practical and effective BEMONC training was successfully and repeatedly implemented in the districts and raised considerable interest among provincial and national Directorates, demonstrating potential for scaling up • Mentoring for BEMONC and CEMONC procedures has proven an effective intervention to improve quality of health care and save lives • A net increase of 6 additional MNH nurses in the districts due to financing of a
-------------------	---

	<p>provincial course</p> <ul style="list-style-type: none"> • The hospital in Chiure (2013/4) is recognized as a centre of excellence in the province • Successful creation of a local foundation WIWANANA to support empowerment of vulnerable communities in health in the region • 32 publications from the experiences in the Mozambique programme were shared on various platforms (mainly in form of posters and oral presentation) • Successful shift of SolidarMed Mozambique HQ from Chiure to Pemba
Main challenges	<ul style="list-style-type: none"> • Recruitment of highly qualified staff able and willing to work in such a context • Long-term funding of project portfolio (especially MAMA) to ensure long-term, sustainable outcomes of the programme • Resources (financial, time and human) for efficient and timely fulfillment of research goals • Logistics to manage the three districts from Pemba, and living conditions in Namuno • Lack of personnel and infrastructure in places such as Namuno impede the success of any other intervention (e.g. baby package, mentoring...).
Main areas of attention	<ul style="list-style-type: none"> • Continue the integration of research questions (seeking solutions to encountered problems) within the project' logic and increase participation of partners as well as efficiency in obtaining and communicating the results and implications (BEmONC, operating theatre, baby packages, nursing school support) • Increase involvement of partners (local and international) early in the project and research planning phase • The context in Cabo Delgado will continue to change considerably due to the start of the exploitation of gas reserves, once the government signs the contract with the oil/gas companies. This is likely to impact land and living prices, construction prices, criminality, prostitution, etc. On the other it may also bring more educated people into the area as well as fundraising opportunities. • Work permits for expatriates have become increasingly difficult to obtain in the last 2 years. It is important to observe this situation constantly as it influences recruitment, processes and overall functioning in the country.
Main strategic implications for the next phase	<ul style="list-style-type: none"> • Decision must be taken on the degree of involvement of SolidarMed in the district of Chiure • Funding limitations may require the programme to focus on essential programme components to ensure long-term financial feasibility. If this happens, it will also influence the programme support unit structure and the place of work, as the current structure may prove too expensive for a reduced programme budget.

11.1.4 Outlook

Next strategic phase	2018-23
Programme Area	Mozambique. Province of Cabo Delgado. Districts of Ancuabe, Namuno and Chiure
Expected Goal	To integrate proven and documented experiences in MNCH into the provincial health

	strategy and support the province in scaling up the experiences while developing new interventions in the district to overcome parallel challenges in accessing quality healthcare in rural settings.
Expected Objectives	<ul style="list-style-type: none"> To improve physical access to adequate health services and the scope and quality of health services available in the districts To improve the availability, quality and efficacy of health services in the districts To support/advocate for the integration of the documented MAMA-experiences into the provincial health strategy as a way to benefit more people through successful interventions, while testing new approaches in the district that can potentially solve relevant health problems in the province
Expected main thematic areas	<ul style="list-style-type: none"> ITEC Service delivery (demand side and provider side) Innovation, Research, Dialogue, Response

Degree of engagement	Service delivery	ITEC	Innovation, Research, Dialogue and Response
Malaria, HIV, Tb and other diseases	XX	X	XX
Women and newborns	XX	XX	XXX
Children	XXX		X

Year	Expected Milestones until 2020
2017	<ul style="list-style-type: none"> An adequate district laboratory exists in Namuno regularly providing the needed diagnostic services Decentralization and 2-year retention of ART further increased in Chiure and Ancuabe Proof of implementation of the essential MAMA intervention in Namuno is evaluated and published
2018	<ul style="list-style-type: none"> Emergency Transport study enters the next phase (Proof of concept) Decision on continuation of support to Chiure district is taken Active policy dialogue on provincial level on the MAMA experiences has taken place and influenced the provincial strategy in MNH HIV Services for children and adolescents have significantly improved in the district of Ancuabe
2019	<ul style="list-style-type: none"> A functioning operating theater exists in the Namuno district BEmONC courses are taking place in at least ½ of all districts in the province
2020	<ul style="list-style-type: none"> BEmONC courses are regularly taking place in each district of the province Emergency Transport study proof of concept has been evaluated and next steps planned

Risks	<ul style="list-style-type: none"> Pricing/Inflation may hinder the execution of all parts of the projects (especially infrastructure plans) Dependency of health system on supporting NGO
-------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Policy may decide against the presented evidence to improve MNH and invest elsewhere. • The already weak health system's capacity can be easily overstretched • Only few personnel have research capacities
Assumptions	<ul style="list-style-type: none"> • Development context does not change drastically due to the start of the gas exploitation • Partners and politics remain open to receiving external support in this area and at this level and are open to discuss and adapt their strategies based on the evidence provided • Political stability in the country improves with peaceful negotiations between parties • Minimal funding is available to execute core projects of the strategy • Qualified human resources (local and foreign) are found and recruited

11.1.5 Institutional development


Current structure and tasks	<ul style="list-style-type: none"> • The SolidarMed Mozambique Country Office is located in the provincial capital in Pemba and manages the programme's administrative structure, including accounting, human resources and logistics • The Country Coordinator is based in Pemba and has overall responsibility • One district-based administration exists in each district (not Namuno) • One of the local project managers is also the district representative and therefore the SolidarMed contact in the district for all matters
Planned strategic steps	<ul style="list-style-type: none"> • The structure cannot continuously change due to budgetary variations from year to year. It is therefore eminently important to continuously review the efficiency of the system • Logistical challenges in Namuno, the upcoming decision on continued support to Chiure and possible involvement in scaling-up approaches at provincial level will determine the future institutional set up of SolidarMed in the country.

11.2 Zimbabwe

11.2.1 Context

	2014	2015
Population	13.7 million	14.1 million
Maternal Mortality ratio (per 100'000 live births)	470	470
Children under five mortality rate (per 1000 live births)	90	89
Adult HIV prevalence (age group 15-49)	15.0	16.7
TB incidence (per 100'000 population)	562	552
Institutional delivery rate (%)	66	80
Nursing staff density per 10'000 population	12.5	13.4

11.2.2 Current Programme

Duration of Programme Phase	2015-2017	
Programme Area	 <p>Zaka Bikita Chiredzi</p>	<p>Zaka district: Population 208'600</p> <p>Bikita district: Population 177'500</p> <p>Chiredzi district: Population 315'000</p>
Programme Goal	550'000 people in 3 districts in Zimbabwe benefit from support in decentralized health care backed up by functional hospitals in the focal areas of HIV/TB and maternal and neonatal health	
Programme objectives	<ul style="list-style-type: none"> To increase utilization of services at primary and secondary level in 3 districts in rural Zimbabwe with a focus on HIV/TB and Maternal and Neonatal Health To hand over SMART III activities in Zaka and Bikita district to the partners To ensure that health staff has increased competence to implement quality practices in relation to HIV, TB and MNH services To ensure that Silveira and Musiso Hospital are able to provide retention measures to at least 2 physicians per hospital To ensure that selected Silveira and Musiso Hospital staff have access to training in management or administrative matters To improve the infrastructure of health facilities in the program area To provide diagnostic services to eligible patients (such as Viral Load and GeneXpert for 	

	<p>example</p> <ul style="list-style-type: none"> To discuss, document and share lessons learnt from project implementation at district and provincial level To present results from operational research within the country and internationally
Main thematic areas	<p>⇒ HIV, Tuberculosis</p> <p>⇒ Maternal and Neonatal Health</p> <p>⇒ Non-Communicable Diseases (starting with a prevalence study)</p>
Relevance and impact hypothesis	<p>Zimbabwe's difficult political and economic situation is also affecting the country's health system. Some of the major problems resulting from insufficient and irregular funds are lack of drugs and equipment, deteriorating infrastructure, insufficient transport means and shortages in skilled human resources for health. This in turn adversely affected all health indicators including maternal and neonatal mortality. In addition, the health system is confronted with the dual epidemic of HIV and tuberculosis and rising number of patients with non-communicable diseases.</p> <p>Delivery of good quality services at the peripheral health facilities backed up by secondary level health care at the hospitals is the cornerstone of a functional district health system. Thus, the SolidarMed programme in Zimbabwe focuses on the main disease burden and strengthens the districts in bringing the services closer to the patients through decentralization of services and task shifting and in improving the scope and the quality of services through capacity building, clinical mentoring and support in provision of diagnostics, drugs and other equipment. Good monitoring, data analysis, and generation of new knowledge contribute to policy dialogue. Successful interventions can be scaled up to a third district in this programme period.</p>
Expected results	<ul style="list-style-type: none"> 39'000 newborn infants have improved access to lifesaving essential health services (resuscitation, prevention of infection and hypothermia) 5'200 HIV positive pregnant women received effective treatment and could thus prevent vertical transmission of HIV to the baby in 95% 12'000 adults and children survived due to effective lifesaving ART 150 patients diagnosed and initiated on MDR TB treatment 125'000 people accessed clinical services at hospital outpatient departments at faith-based hospitals in rural Zimbabwe
Overall Budget for the Phase 2015-17	5.4 million CHF

Main Partners	<ul style="list-style-type: none"> Ministry of Health Catholic Diocese of Masvingo Musiso Mission Hospital Silveira Mission Hospital Chikombedzi Mission Hospital District Health Executives of Zaka, Bikita and Chiredzi districts BHASO (Batanai HIV/Aids Support Organisation)
Alliances and Networks	<ul style="list-style-type: none"> SDC Humanitarian Aid Programme IUATLD Harare (International Union against TB and Lung Disease) Newland's Clinic Harare Save the Children UNICEF

	<ul style="list-style-type: none"> • leDEA (International Epidemiologic Databases on the Evaluation of AIDS) • Kantonsspital St Gallen
--	--

<i>Current Indicators according to Programme LogFrame</i>		
	Objectives	Indicators
Pillar 1 Health service delivery at primary and secondary level, with a focus on HIV/TB and maternal and neonatal health	<p>To increase utilization of services at primary and secondary level in 3 districts in rural Zimbabwe with a focus on HIV/TB and Maternal and Neonatal Health</p> <p>To hand over SMART III activities in Zaka and Bikita District to the partners</p>	<p>Annual number of institutional deliveries in Zaka district/year</p> <p>Annual number of institutional deliveries in Bikita district/year</p> <p>Annual number of outpatients at Silveira Hospital</p> <p>Annual number of outpatients at Musiso Hospital</p> <p>Annual number of patients (adult and children) on triple ART in Zaka district at the end of the year</p> <p>Annual number of patients (adult and children) on triple ART in Bikita district at the end of the year</p> <p>Annual number of patients (adult and children) on triple ART in third district at the end of the year</p>
Pillar 2 Human resources for health	<p>To ensure that health staff in target districts has increased competence to implement quality practices in relation to HIV, TB and MNH services</p> <p>To ensure that Silveira and Musiso Hospital are able to provide retention measures to at least 2 physicians per hospital.</p> <p>To ensure that selected Silveira and Musiso Hospital staff has access to training in management or administrative matters.</p>	<p>Total number of formal health staff which has received further qualification in TB, HIV and/or MNH with help of SM in the districts Zaka and Bikita ²</p> <p>Number of doctors working at hospitals in Zaka by end of year</p> <p>Number of doctors working at hospitals in Bikita by end of year</p>

² Definition: Formal health staff are all health staff at all levels with a working contract with the National Health System or any other National Health Service Provider (Diocese, Private Hospital etc.). Does not include any informal health workers such as TBAs, CHWs (if paid by Government or not).

Further qualification means already trained staff receiving further training/qualification. But not including nationally recognized diploma upgrading. Further qualification = minimum 2 days.

With help of SM means any SM financial or operational contribution to enable the training.

Pillar 3 Infrastructure, equipment and laboratory support	To improve the infrastructure of health facilities in the program area To provide additional diagnostic services to eligible patients such as VL and GeneXpert	Total number of health facilities in the districts Zaka and Bikita benefitting from infrastructure improvements ³ /year Total annual number of patients who had at least one viral load examination in Zaka and Bikita District Total annual number of patients who had at least one GeneXpert analysis in Zaka and Bikita district
Pillar 4 Policy dialogue, operational research	To discuss, document and share lessons learnt from project implementation at district and provincial level To present results from operational research within country and internationally	Annual number and type of implemented and documented pilot strategies and operational research in the programme area Annual number of documented and presented key lessons learnt and type of presentations

Programme components / projects	Name	Duration
1	Musiso Hospital and Nursing School	2015-2017
2	Silveira Hospital and Nursing School	2015-2017
3	HIV and TB prevention and treatment in two districts	2015-2017
4	MAMA (Maternal and Neonatal Health) in 2 districts	2013-2017

11.2.3 Review

Main achievements	<ul style="list-style-type: none"> • Continuous delivery of medical care in Musiso and Bikita mission hospitals through trained doctors • Rural nursing schools supported • Capacity building of human resources for health (in 2015: 146 health workers from 3 districts benefitted from SolidarMed supported trainings) • 9 Zimbabwean doctors in the programme area clinically active and retained through SolidarMed support • 13'238 patients on life-saving antiretroviral treatment (alone in 2015, 2'200 additional patients started treatment) • Provision of targeted viral load measurement for patients
Main challenges	<ul style="list-style-type: none"> • Political instability • Socio-economic factors, poverty • Climatic conditions, resulting in increased food insecurity and water shortages • Health worker shortage and retention • Unreliable and irregular funding from national level
Main areas of at-	<ul style="list-style-type: none"> • Co-existence of humanitarian necessities and long term development

³ Infrastructure and renovation investments of minimum 1'000 CHF
www.solidarmed.ch | Programm 2017 – 2020

tention	<ul style="list-style-type: none"> • Uninterrupted service provision through skilled staff despite challenging context • Upscaling of successful interventions to a third district, taking into account recent developments in the national health system such as the plan to provide routine viral load to HIV-infected persons
Main strategic implications for the next phase	<ul style="list-style-type: none"> • Scaling up of interventions in the third district, starting with a focus on HIV and TB • Awareness of contextual developments in the country and flexibility to return to humanitarian work if necessary • Strengthening technical advice at provincial level (in the area of MDR-TB) • In-depth analysis of existing data and interventions aiming at improving the quality and sharing lessons learnt at different levels (e.g. by participating in technical working groups at national level)

11.2.4 Outlook

New strategic phase	2018-23
Programme Area	Masvingo Province, Districts of Zaka, Bikita and Chiredzi
Programme Goal	To contribute to the reduction in mortality in 3 districts of rural Zimbabwe by broadening provision of and utilization of good quality services in the area of HIV, TB and MNH
Expected Objectives	<ul style="list-style-type: none"> • Objective 1: To support 3 districts to scale up interventions to achieve the 90-90-90 targets • Objective 2: To enable 3 districts to provide good quality MNH services • Objective 3: To increase uptake of services by specific vulnerable groups such as adolescents and elderly • Objective 4: To generate and share knowledge on innovative strategies for health service provision (e.g. exploring public private partnerships in Chiredzi district)
Expected main thematic areas	<ul style="list-style-type: none"> • Strengthening district health system in 3 districts, with a focus on quality of health service delivery, including outreach • HIV, TB, MDR-TB • Maternal and Neonatal Health • Hospital assistance (with an emphasis on cost-efficient and effective solutions) • Operational research

Degree of engagement	Service Delivery	Community Health	HR4H	Innovation, research, dialogue
HIV and Tb	XXX	XX	XX	XXX
Mothers, women	XX	XX	XX	X
Newborns, children	XXX	XX	XX	X
Adolescents		XX		X

Year	Expected Milestones until 2020
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Development of new programme strategy • Establishment of provincial MDR-TB committee • External evaluation of MAMA project

	<ul style="list-style-type: none"> • Development of next phase of HIV/TB and MNH projects • Elaboration of new approach to support hospitals • Start public private partnership
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Start new programme strategy • Scale up interventions in the 3rd district • Analyse, share and publish data from routine viral load testing
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Implement HIV testing campaign • Analyse results of public private partnership • Programme mid-term review
2020	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse, share and publish data from HIV testing campaign

Risks	<ul style="list-style-type: none"> • Difficult economic and political situation: the programme may need to shift to humanitarian aid if needed • Inability of missions to sustain the quality and scope of health service provision at their hospitals • The distance between the 3 districts may render communication between SolidarMed team members and coordination of activities challenging
Assumptions	<ul style="list-style-type: none"> • The political and economic situation will improve towards the end of the next phase with a new government • Ministry of Health remains strong and committed

11.2.5 Institutional development


Current structure and tasks	<ul style="list-style-type: none"> • Country office in the capital of the province with well-trained national staff for accounting, human resources and administration/logistics • Three small offices in the districts, close to the District Health Executives, thus enabling close collaboration and communication • Policy dialogue is done through the Provincial Medical Directorate at provincial level • Challenges to participate regularly at technical working groups, other meetings or events in the capital Harare due to distance
Planned strategic steps	<ul style="list-style-type: none"> • Stronger networking at provincial and national level focusing on SolidarMed's key competences/key working areas, where data, experience and lessons learnt can be shared: this includes the Ministry of Health, Newlands Clinic, the University of Zimbabwe etc. • Establishment of regular communication within SolidarMed team for better coordination and knowledge sharing • Shift from funding running costs and filling gaps to bringing an additional value through testing of innovative ideas and strategies • Finalization of the operational handbook for SolidarMed Zimbabwe • Update of Security Concept • Regional exchange to other (SolidarMed) countries, e.g. to Mozambique, exploring common aspects of the Maternal and Neonatal Health Projects and options for regionalization (e.g. using the same indicators, learn from successful interventions and strategies and, if adequate, replicate in the other country) • Develop strategy for strengthening quality of monitoring of project and programme activities and for operational research

11.3 Lesotho

11.3.1 Context

	2014	2015
Population	2.2 million	2.1 million
Maternal Mortality ratio (per 100'000 live births)	490	487
Children under five mortality rate (per 1000 live births)	100	98
Adult HIV prevalence (age group 15-49)	23	23
TB incidence (per 100'000 population)	630	587 (only HIV+)
Institutional delivery rate (%)	62	62
Nursing staff density per 10'000 population	6.2 ⁴	6.2

11.3.2 Current Programme

Duration of current programme strategy	2015-2017	
Programme area and beneficiaries		<p>District Maseru: CHAL, Ministry of Health, country SolidarMed office</p> <p>District Butha Buthe: catchment population 104'690</p> <p>District Thaba Tseka: catchment population 137'044</p>
Programme Goal	<p>To prove the effectiveness of the district model of "Health First" which focuses on selected national health priorities in the existing district health system. The main interventions are implemented at health centre level while strengthening the hospitals in their role as referral centres and the DHMTs in their coordination and supervisory role.</p> <p>To strengthen policy dialogue during project implementation and at key points in time in order to inform relevant decision-makers. If successful, this district model can either be scaled up geographically to other districts or the same approach can be used to add other health topics.</p>	
Programme objectives	<p>Objective 1: To improve quality of services and improve patient retention</p> <p>To improve capacities of health care workers at health centre and hospital level in managing chronic patients and to care for pregnant women and small children</p> <p>Objective 2: To improve access to health services for the population in the programme</p>	

⁴ Most recent data is from 2005

	<p>area</p> <p>Objective 3: To discuss, document and share lessons learnt from project implementation at district and national level</p> <p>To present results from operational research within country and internationally</p>
Main thematic areas	<p>⇒ HIV/TB</p> <p>⇒ Maternal and Child Health</p> <p>⇒ Non-Communicable Diseases</p>
Relevance and impact hypothesis	<p>Lesotho is the country with the second highest HIV prevalence and the highest TB incidence rate in the world. Thus, the support of national programmes to fight HIV/AIDS and TB in a decentralized system involving all levels of health care including the communities and taking into account new developments in diagnosis and treatment as well as strategies to address the increasing workload is of highest relevance. Other aspects of primary health care such as maternal and neonatal health (Lesotho also has very high maternal and child mortality) are another focus of the country programme. Efforts to increase the utilization rate of the services at health centre level are accompanied by interventions to assure good quality services through skilled staff according to the national guidelines and close to the beneficiaries by linking the community with the health institution (through village health workers) and increased outreach activities.</p> <p>Deliveries of good quality services at the peripheral health facilities backed up by services at hospital level such as laboratory services and basic surgery for complicated cases are the cornerstones of a functional district health system. The provision of comprehensive health services (by avoiding missed opportunities of patient/provider contacts) with a focus on vulnerable patient groups and the highest disease burden will impact on service uptake and finally on population health.</p> <p>Good monitoring is the basis for knowledge sharing and analysis of interventions. SolidarMed is amongst the few organisations in the country that can bridge the gap between reality in the field and decision making at national level and thus essentially contribute to policy dialogue. The emphasis on quality of monitoring is of additional benefit for project steering, patient management and communication with the national level.</p>
Expected results	<ul style="list-style-type: none"> - 50'000 people have improved access to integrated PHC - 15'000 people on ART and screened routinely for TB and treatment failure - Immunization status of 1900 children under 1 year is improved - 2000 pregnant women have improved access to ANC and delivery service
Overall Budget for the Phase 2015-17	3.1 million CHF

Main Partners	<ul style="list-style-type: none"> • Ministry of Health • Christian Health Association of Lesotho (CHAL) • District Health Management Teams • Seboche Hospital • Paray Mission Hospital • Butha Buthe General Hospital
Collaboration and	<ul style="list-style-type: none"> • ICAP Lesotho

Networks	<ul style="list-style-type: none"> • EGPAF • Baylor • Partners in Health • WHO Lesotho • WFP • leDEA • Local authorities • Swiss Tropical and Public Health Institute • University of Basel
-----------------	--

<i>Current Indicators according to Programme LogFrame</i>		
	Objectives	Indicators
Pillar 1 Service Delivery at primary and sec- ondary level	<p>To improve quality of services and improve patient retention</p> <p>To improve capacities of health care workers at health centre and hospital level in managing chronic patients and to care for pregnant women and small children</p>	<p>12 month ART retention rate of patients (adults and children) at the project health centres in Thaba Tseka/Butha Buthe district by end of the year</p> <p>Annual number of newly registered TB patients in Thaba Tseka/Butha Buthe district</p> <p>Annual number of institutional deliveries in all health facilities (HCs and hospitals) in Thaba Tseka/Butha Buthe district</p> <p>Annual number of outpatient visits (as counted in the OPD registers, including ART and MCH) at supported facilities (hospital and health centres) in Butha Buthe District</p> <p>Annual number of formal health staff which have received further qualification with the assistance of SolidarMed⁵</p>
Pillar 2 Communi- ty Health	To improve access to health services for the population in the programme area	<p>Annual Number of adult men (≥15 years) tested for HIV in Thaba Tseka/Butha Buthe district</p> <p>Annual number of reported outreach days supported by DHMT in Thaba Tseka/Butha Buthe district</p>
Pillar 3 Policy dialogue, advocacy, opera- tional	<p>To discuss, document and share lessons learnt from project implementation at district and national level</p> <p>To present results from operational research within country and internationally</p>	<p>Annual number and type of implemented and documented pilot strategies and operational research in the programme area</p> <p>Annual number of documented and presented pilot or research interventions at district, region-</p>

⁵ Definition: Formal health staff is all health staff at all levels with a written working contract with the National Health System or any other National Health Service Provider (Diocese, Private Hospital etc.). Does not include any informal health workers such as TBAs and VHWS. Further qualification: already trained staff receiving further training/qualification. Minimum 2 days. Trained with help of SM = any SolidarMed financial or operational contribution to enable the training.

research		al or national level
----------	--	----------------------

Current programme components / projects	Name	Duration
1	Health First Lesotho (HFL)	2014-2017
2	Hospital Development Seboche	2015
3	Hospital Development Paray Mission Hospital	2016-2017
4	Towards 90-90-90 - a research into action programme	2016-2020

11.3.3 Review

Main achievements	<ul style="list-style-type: none"> • Technical input to the national ART guidelines and uptake of the SolidarMed clinical mentoring tool by the Ministry of Health • Number of supervision visits to the remote HCs more than doubled since 2013 • 1 year retention rate of patients on ART more than 80% • Start of 2nd phase of the project Health First taking into account the recommendations of the external evaluation with the major intervention remaining intensive, individual clinical mentoring • Start of the project <i>Towards 90-90-90</i> thus contributing to a reduction in new HIV infections and HIV-associated mortality • Structural improvements and clinical capacity building at 2 hospitals • Presentation of research results at international conferences and publication of several scientific papers in peer reviewed journals
Main challenges	<ul style="list-style-type: none"> • Rapid uptake of new international HIV treatment and monitoring recommendations by the Ministry of Health requires flexibility and continuing capacity building amongst health staff • The programme area consists of districts that are geographically far away from each other, thus impeding the use of synergies and efficient use of resources. • Political situation is not very stable, although currently implementation is not hampered.
Main areas of attention	<ul style="list-style-type: none"> • Access to health care in a country with a challenging geography and hard to reach target groups • District response to the huge HIV and TB epidemic in Lesotho (No 1 and 2 worldwide): capacity building at management, service delivery and community level • Addressing the challenge of increasing numbers of chronic patients through task shifting, community treatment groups, and spacing of patient visits • High number of home deliveries and high maternal mortality • Obtaining scientific additional knowledge to be shared and used in the country to shape national policy and practice
Main strategic implications for the next phase	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidation of the combination of partner support and health system strengthening with the generation of scientific knowledge • Expansion of program area to a neighboring mountain district as of 2018 • Intensification of interventions to improve quality and uptake of services for pregnant women and newborns

11.3.4 Outlook

Next strategic phase	2018-23
Programme Area	District Butha Buthe, District Mokhotlong
Expected Goal	<p>Goal:</p> <p>To contribute to the achievement of the 90-90-90 targets through capacitating the DHMTs and broaden access to quality primary health care services for the rural population with a focus on the dominant disease burden from HIV, TB and maternal and child health and emerging NCDs</p> <p>To consolidate the strategic position of SolidarMed with regard to policy dialogue and operational research.</p>
Expected Objectives	<p>Objective 1: To improve decentralized PHC service delivery in 2 districts (with a focus on Mother and Newborn Health, TB, NCDs)</p> <p>Objective 2: To increase uptake of services for poor and vulnerable target groups in 2 districts (with a focus on Mother and Newborn health, TB, NCDs)</p> <p>Objective 3: To reduce the viral load and thus new HIV infections in the population of the programme area</p> <p>Objective 4: To generate and share relevant knowledge for effective and efficient health service provision in Lesotho</p>
Expected main thematic areas	<ul style="list-style-type: none"> • Strengthening district health system in 2 districts, with a focus on quality of health service delivery • HIV, TB • Primary Health Care (focus on maternal and child health and vulnerable target groups such as elderly (NCDs)) • Community participation in health (village health workers, village health committees)

Degree of engagement	Service delivery	Community health	HR4H	Innovation, Research, Dialogue
Malaria, HIV, Tb and other diseases	xxx	x	xx	xxx
Women and newborns	xx	xx	x	x
Children	xx	xx	x	xx

Year	Expected Milestones until 2020
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Final evaluation Health First and development of HFL II (focus on PHC with emphasis on Maternal and Neonatal Health and upscaling to a 2nd district) • Assessment of Mokhotlong district • Development of new programme strategy
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Start new programme strategy and expand programme area to Mokhotlong Dis-

	<p>trict</p> <ul style="list-style-type: none"> External evaluation of the project “Towards 90-90-90”
2019	<ul style="list-style-type: none"> Signing of handover agreement of Viral Load machine to Ministry of Health
2020	<ul style="list-style-type: none"> Handover of Viral Load machine and responsibility of maintaining its functionality to the Ministry of Health

Risks	<ul style="list-style-type: none"> While focusing on Butha Buthe district, SolidarMed may be seen as “not working where the highest need is” (therefore, uptake of activities in Mokhotlong district is planned) Operational research takes up too many resources Results of operational research do not result in adaptations of national policy
Assumptions	<ul style="list-style-type: none"> Good collaboration with the partners in Butha Buthe district continue and can be established in Mokhotlong district Research partnership with the Swiss Tropical and Public Health Institute and the University of Basel continues The MoH pursues its national strategy regarding strengthening the PHC system and decentralized nurse-based services with community empowerment Ongoing decentralization of decision-taking to the DHMTs

11.3.5 Institutional development

Current structure and tasks	<ul style="list-style-type: none"> Country office in the capital with expat country coordinator, and well trained national staff for LogAdmin, Human Resources and accounting. SolidarMed is a registered NGO and is working under a Memorandum of Understanding with the Ministry of Health and CHAL SolidarMed is an appreciated partner in implementation and dialogue at national and district level and participates proactively in national partner forum meetings and technical exchange groups
Planned strategic steps	<ul style="list-style-type: none"> In order to maintain the close and intensive dialogue at national level, the country office will remain in the capital National staff will further benefit from targeted capacity building and trainings in order to take up more responsibility (professional development) SolidarMed’s approach to support hospitals in Lesotho needs to be clearly communicated to the partners The next project manager for the project Health First needs to have skills and experience in Maternal and Neonatal Health and Primary Health Care in order to have the technical expertise for this area, while the coordinator is experienced in the area of HIV and TB. Regional expansion of networking e.g. to South Africa) Update of the Security Concept of SolidarMed Lesotho Start of fundraising by the Country Team

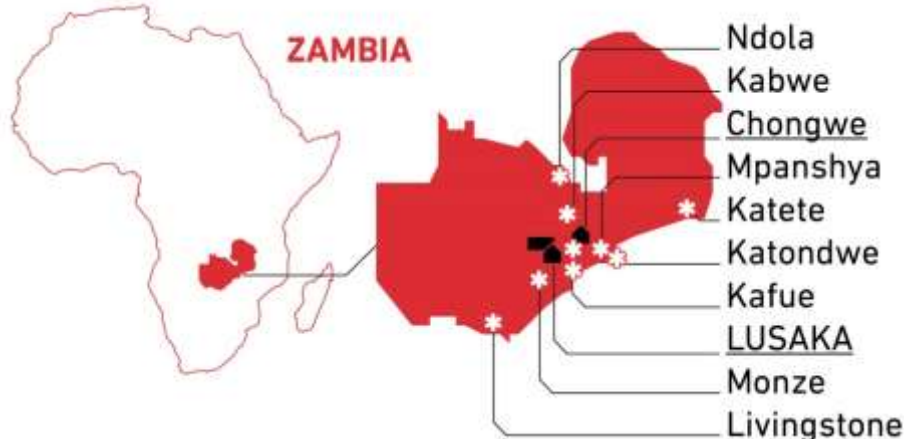
11.4 Zambia

11.4.1 Context

Context Indicators	2014	2015
Population	14'638'000*	15'067'000*
Total number of hospitals (>50 beds)	na	110 ^{6**}
Total number of health centres (<50 beds)	na	1540 ^{7**}
Physician density (per 10'000 population)	0.7	0.7
Nursing and midwifery personnel density (per 10'000 population)	7.8	7.8
ART coverage among people with advanced HIV infection	85 %	85 %
Births attended by skilled health personnel (%)	53.6 %	53.6 %
Maternal Mortality ratio (per 100'000 live births)	280	224
Children under five mortality rate (per 1000 live births)	87	87
Adult HIV prevalence (age group 15-49)	12.5 %	12.5 %
TB incidence (per 100'000 population)	410	410

Sources: WHO Global Health Observatory (GHO), WHO African Health Observatory (AHO), *Central Intelligence Agency (CIA), **MoH Zambia

11.4.2 Current Programme

Duration of Programme Phase	2015-2017
Programme Area	 <p>Programme area is national. Map showing sites connected to projects.</p>
Programme Goals and Objectives	<p>Goals:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strengthen national training institutions in producing skilled staff for the Zambian health system, and contributing to retention of staff in rural areas of Zambia. - Pilot and implement innovative solutions and actively contribute with the experience we gain into dialogue with partners, political and policy representatives and experts, in Zambia and internationally.

⁶ Health Centres (urban 409 and rural 1'131) with normally less than 50 beds. Does not include Health Posts, which normally have no beds and very limited nr of trained staff.

⁷ 84 level 1 hospitals (average 100 beds), 19 level 2 hospitals and und 7 level 3 hospitals.

	<p>Objective 1: To strengthen HR4H of Zambia by supporting national training institutions in producing a skilled professional health workforce delivering quality health care</p> <p>Objective 2: To actively participate in relevant forums, contribute to internal/institutional continuous improvement, as well as in national and international policy dialogue through producing lessons learnt documents/capitalization studies/ research</p>
Main focal areas	Human Resources for Health (HR4H)
Relevance and impact hypothesis	<p>HR4H is fundamental for service delivery, which in turn is fundamental for improved health of the population. Main actions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacity building of national training institutions, Chainama College of Health Science and St Luke's School of Nursing - Infrastructural support for increased retention <p>Exchange of research outcomes/lessons learnt/knowledge capitalization studies brings the national, as well as international HR4H community forward. Main actions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keeping an active dialogue with partners, forums, networks - Exploring answers to key question within the ML and nursing/midwifery project through smaller research activities
Overall Budget for the Phase	5.8 million CHF

Main Partners	<ul style="list-style-type: none"> - Ministry of Health - Chainama College of Health Sciences, Lusaka - St. Luke's School of Nursing and Mission Hospital, Mpanshya - Kafue District Hospital, Kafue - Chongwe District Hospital, Chongwe - Sacred Heart Mission Hospital, Katondwe
Alliances and networks	<ul style="list-style-type: none"> - University of Zambia (UNZA), School of Medicine, Department of Nursing - African Network of Clinical Practitioners (ANCP) - Zambia Medical Licentiates Practitioner Association - International NGO Forum - General Nursing Council - Health Professional Council - Clinton Health Access Initiative (CHAI) - Clinical Officer Surgical Training (COST) Africa Task Force

<i>Current Indicators according to Programme LogFrame</i>		
Nr.	Definition	Indicators
Impact	<p>Strengthen national training institutions in producing skilled staff for the Zambian health system, and contributing to retention of staff in rural areas of Zambia.</p> <p>Pilot and implement innovative solutions and actively contribute with the experience we</p>	-

	gain into dialogue with partners, political and policy representatives and experts, in Zambia and internationally.	
Outcome 1	To strengthen HR4H of Zambia by supporting national training institutions in producing a skilled professional health workforce delivering quality health care	<p>1) Nr of ML students as per annual intake at CCHS (disaggregated male and female)</p> <p>2) Nr of nurse students as per annual intake at St. Luke's School of Nursing (disaggregated male and female)</p> <p>3) Nr of midwifery students as per annual intake at St. Luke's School of Nursing (disaggregated male and female)</p> <p>4) Nr of staff house units built per year with support of SolidarMed in the project area</p>
Outcome 2	To actively participate in relevant forums, contribute to internal/institutional continuous improvement, as well as in national and international policy dialogue through producing lessons learnt documents/capitalization studies/ research	1) Nr and type of lessons learnt documents/capitalization studies/research shared and presented


Programme components / projects	Name	Duration
Outcome 1 HR4H	<ul style="list-style-type: none"> Support of the Medical Licentiate Programme at Chainama College 	Phase 2 2013 – 2015 Phase 3 2016 - 2018
Outcome 1 HR4H	<ul style="list-style-type: none"> Staff houses and income generation for rural hospitals 	Phase 1 2015 - 2017
Outcome 1 HR4H	<ul style="list-style-type: none"> Support of the decentralised Nurse and Midwife Training 	Phase 2 2015 - 2018

11.4.3 Review

Main achievements	<ul style="list-style-type: none"> Chainama College of Health Sciences enrolled 24 new ML students + 40 upgrade students (Advanced Diploma to be updated to BSc) 87 % of graduated MLs work at rural level St. Luke's School of Nursing and Midwifery received accreditation from General Nursing Council to train Registered Nurses and Midwives St Luke's School of Nursing and Midwifery enrolled 87 new nursing and midwifery students and graduated 105 nursing students 8 staff house units were built; 2 were inhabited. All tenants signed tenancy
-------------------	---

	<p>agreements. Rental income was collected as planned via deduction code.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eight housing units were included in the housing cooperative from St. Luke's School of Nursing and Midwifery and 4 have been rented out by end of 2015, enabling expansion of the housing cooperative without additional construction. • Two master-level studies conducted in relation to the Nurse/Midwife and Housing projects • VAT exemption received, and duty-exempted status of SolidarMed Zambia acquired • Vital partner and member in the re-started Technical Working Group Human Resource of MoH
Main challenges	<ul style="list-style-type: none"> • Restructuring of Ministries and areas of responsibilities causes delays in implementation • Fluctuating economy poses challenges to financial management with regards to exchange rates, and as such delays in implementation • Changing leadership at Chainama College of Health Sciences, new relationship building crucial for future collaboration
Main areas of attention	<ul style="list-style-type: none"> • Planning and approval of phase 2016-2018 of Medical Licentiate project. Funding for full phase achieved (including visit of LED to Zambia). • Visit of donor of Nurse/Midwife and Housing projects successfully implemented
Main implications for the next phase	<ul style="list-style-type: none"> • Start process for country programme planning and development of vision 2017+ together with SolidarMed HQ, board, staff, partners & stakeholders. • Start implementation of 3rd phase of the Medical Licentiate project. • Start developing a scale-up and follow-up phase of housing project. • Development of a knowledge management concept for Zambia.

11.4.4 Outlook

Next strategic phase	2018 – 2023
Programme Area	 <p>National coverage. Map showing districts of direct implementation</p>
Programme Goals and Objectives of new phase	<p>Goals:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Strengthen national training institutions in producing skilled staff for the Zambian health system, and contributing to retention of staff in rural areas of Zambia. 2. Pilot and implement innovative solutions and actively contribute with the

	<p>experience we gain into dialogue with partners, political and policy representatives and experts, in Zambia and internationally.</p> <p>Objectives:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Human Resources for Health are strengthened by supporting national training programmes in providing a skilled professional health workforce that delivers quality health care 2. The country programme is effectively managed and uses synergies between the programme components
Main focal area	- Human Resources for Health (HR4H)

Degree of engagement	Service delivery	Community health	HR4H	Innovation, research, dialogue
Malaria / HIV / Tb and other diseases	X	-	XXX	X
Women and Newborns	X	-	XXX	X
Children	X	-	XXX	X

Year	Expected Milestones until 2020
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Development of next programme phase 2018 - 2023 • Development of next project phase for housing project 2018+ • Continuing implementing a project in support of decentralised practical nursing and midwifery training • Start (eventual) support with TA to MoH Training Department • External evaluations Nurse/Midwife and ML projects
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Development of next project phase for Nurse/Midwife project 2019+ • Development of next project phase for ML project 2019+ • Development of (eventual) support to CCHS central and/or other training courses • Development of (eventual) support to UNZA, MoH, and/or ANCP in strengthening the “training focus” of this institutions
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Mid-term review housing project
2020	<ul style="list-style-type: none"> • Mid-term review Nurse/Midwife project • Mid-term review ML project

Risks	<ul style="list-style-type: none"> • Change of key staff at training institutions • Political priorities on fulfilling national strategies change rapidly • Needed capacity (time and human resources) not available • SolidarMed has a limited voice in the policy arena
Assumptions	<ul style="list-style-type: none"> • Continuously reliable donor/investor relations

11.4.5 Institutional development

Current structure and tasks	<ul style="list-style-type: none"> • Country office with <i>Country Coordinator</i> with overall responsibility for the operational management of the programme. Country Coordinator also fulfils the role
-----------------------------	---

	<p>as <i>Log/Admin</i>. No SSU exists.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Project sites with <i>Project Managers</i> responsible for the execution of individual projects in accordance with project planning documents and budgets. • SolidarMed is a registered NGO in Zambia working under Memorandum of Understanding with project partners and in close communication with relevant Ministries. • SolidarMed is an accepted partner in implementation and dialogue at national level and participates in relevant national forums. • SolidarMed fulfils Zambian laws and regulations
Planned strategic steps	<ul style="list-style-type: none"> • Intensified capitalization of institutional knowledge and processes • Focus on management support for direct implementation partners • Continuously work on developing a strong country team

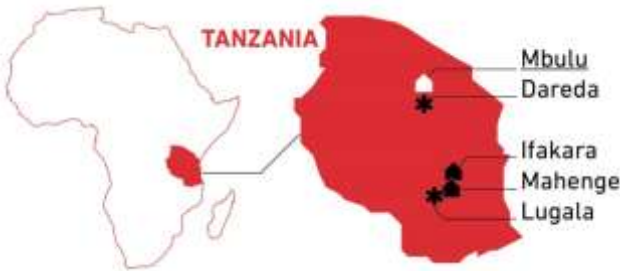
11.5 Tanzania

11.5.1 Context

Context Indicators	2014	2015
Population	49'253'000	49'253'000
Total number of hospitals (>50 beds)	240	240
Total number of health centres (<50 beds)	5'400*	5'400*
Physician density (per 10'000 population)	0.1	0.1
Nursing and midwifery personnel density (per 10'000 population)	2.4	2.4
ART coverage among people with advanced HIV infection	44 %	44 %
Births attended by skilled health personnel (%)	49 %	49 %
Maternal Mortality ratio (per 100'000 live births)	410	398
Children under five mortality rate (per 1000 live births)	52	52
Adult HIV prevalence (age group 15-49)	5.0%	5.0 %
TB incidence (per 100'000 population)	165	165

Sources: WHO Global Health Observatory (GHO), WHO African Health Observatory (AHO), *MoH Tanzania

11.5.2 Current Programme

Duration of Programme Phase	2015 - 2017
Programme Area	 <p>Manyara region (North):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Babati district (Dareda) - Mbulu district <p>Morogoro region (South):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ulanga district (Mahenge) - Malinyi district (Lugala) - Kilombero district (Ifakara)
Programme Goal and Objectives	<p>Goal:</p> <p>To increase the number of trained nurses available for the Tanzanian health system, strengthen service provision in selected rural hospitals, increased knowledge of disease prevention in rural communities, and contribute to a healthier population in the programme area, with a special focus on women and children</p> <p>Objectives:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. To strengthen the capacity of Lugala School of Nursing (LSN) and Edgar Maranta School of Nursing (EMSN) to sustainably produce an increased number of well-trained nurses 2. To improve and maintain the efficiency of Lugala Hospital in providing quality

	<p>care, with a focus on Maternal, Newborn and Child Health (MNCH)</p> <p>3. To maintain and consolidate a network of community-based health workers focused on MNCH at community level in Ulanga district</p> <p>4. To actively participate in relevant forums (national/international) of knowledge exchange and to produce lessons learnt documents/capitalization studies/ research</p>
Main focal areas	<p>⇒ Strengthening human resources for health</p> <p>⇒ Service delivery</p> <p>⇒ Community-based health interventions</p> <p>⇒ Knowledge capitalization and sharing</p>
Relevance and impact hypothesis	<ul style="list-style-type: none"> • Human resources are a cornerstone of each health system, especially when it comes to service delivery in rural areas. • Capacity building at nursing schools will lead to a sustainably increased output of trained health workers – a significant contribution to improved health in the programme region. • In a context of high risk and low resilience, the provision of quality health services including referral from health centres to district hospitals is essential for improving the health status of a population. • Community-based health interventions can play a pivotal and successful role in extending access to information and services towards the most vulnerable in underserved areas. Building up a network within its PHC projects, SolidarMed increases access to information and care in two rural Tanzanian areas, and provides lessons learnt for implementation and replication. • Exchange of research outcomes/lessons learnt/knowledge capitalization studies brings the national, as well as international global health community forward.
Overall Budget for the Phase	5.8 million CHF

Main Partners	<ul style="list-style-type: none"> • Lugala Lutheran Hospital and Lugala School of Nursing • Edgar Maranta School of Nursing • Ulanga district (District Medical Officer, Council Health Management Team) • Evangelical Lutheran Church of Tanzania, Ulanga/Kilombero Diocese • Catholic Diocese of Mbulu • Mbulu district (District Medical Officer, Council Health Management Team) • Dareda Hospital
Collaboration and Networks	<ul style="list-style-type: none"> • Swiss Development Cooperation (SDC) • Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH) • ACCESS/ISAQH (Novartis Foundation) • Ministry of Health and Social Welfare (MoHSW), Government of Tanzania • Tanzania Nurse/Midwife Council • Zonal Training Centre, Morogoro • St Francis Referral Hospital, Ifakara • Pharmaciens sans Frontières (PsF) Switzerland • Tanzanian Training Centre for International Health (TTCIH) • Ifakara Health Institute (IHI) and CONNECT

- African Medical Research Foundation (AMREF)

Current Indicators according to Programme LogFrame		
Nr.	Definition	Indicators
Impact	The number of trained nurses available for the Tanzanian health system is increased, service provision in selected rural hospitals is strengthened, knowledge of disease prevention in rural communities is increased, and the population in the programme area, with a special focus on women and children, is healthier	
Outcome 1	To strengthen the capacity of Lugala School of Nursing (LSN) and Edgar Maranta School of Nursing (EMSN) to sustainably produce an increased number of well-trained nurses	1) Nr of nurse students enrolled in training at the end of each year at LSN 2) Nr of nurse students enrolled in training at the end of each year at EMSN 3) Nr of nurse students registered to take final examinations each year at LSN 4) Nr of nurse students registered to take final examinations each year at EMSN 5) Nr of nurse students passing final examinations each year at LSN after the first session (not including resits) 6) Nr of nurse students passing final examinations each year at EMSN after the first session (not including resits)
Outcome 2	To improve and maintain the efficiency of Lugala Hospital in providing quality care, with a focus on MNCH	1) Annual average length of stay (ALOS) ⁸ at Lugala Hospital (inpatients) 2) Annual nr of deliveries per year at Lugala Hospital 3) Annual nr of “general outpatients” at Lugala Hospital (not including services such as RCH, CTC etc.)
Outcome 3	1) To maintain and consolidate a network of	1) Nr of community-based health workers ¹⁰

⁸ Since 2012 Lugala Hospital uses four indicators, recommended by the Health Systems Trust, Durban, South Africa, to monitor the efficiency of the management of District hospitals. Unfortunately, for none of the indicators there is a reference figure for Tanzania. For ALOS, BUR and C/S reference is made to official figures by the South African Ministry of Health for South African District Hospitals.

¹⁰ Includes CHWs and Community-Owned Resource Person (CORPS, which includes Trainers of Communities, Traditional Birth Attendants, Art Group members)

	community-based health workers ⁹ focused on MNCH at community level in Ulanga district 2) To maintain and consolidate a network of Community Health Workers (CHWs) focused on MNCH at community level in Mbulu district	working at the end of each year in Ulanga district 2) Nr of CHWs working at the end of each year in Mbulu district
Outcome 4	1) To actively participate in relevant forums (national/international) of knowledge exchange 2) Produce lessons learnt documents/capitalization studies/ research	1) Nr of participations per year in relevant forums (national/international) of knowledge exchange 2) Nr of lessons learnt documents/capitalization study/research study shared and presented externally per year

Programme components / projects	Name	Duration
1	Primary Health Care Ulanga	2014-2017
2	Primary Health Care Mbulu	2014-2016 + 2017-2018
3	Lugala Hospital Development Plan and Lugala School of Nursing	2014-2017
4	Dareda Hospital Development, last phase	2014-2016
5	Edgar Maranta School of Nursing	2014-2016

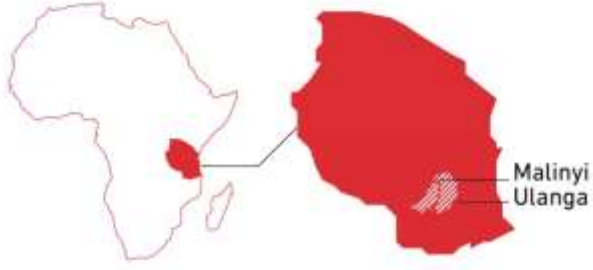
11.5.3 Review

Main achievements	<ul style="list-style-type: none"> • LSN granted students for 3 year Diploma course • LSN and EMSN selected by the MoHSW to train new cadre of CHWs in one year training course • LSN and EMSN are recognized as a reputable institutions by the MoHSW and National Council of Technical Accreditation (NACTE) • Lugala Hospital had almost 51'000 out-patient department visits in 2015, well-corresponding to the capacity of the hospital • Lugala Hospital appointed District Designated Hospital of newly created Malinyi District and will thus be fully integrated into the Tanzanian health system • Networks of CHWs in Ulanga district and Mbulu district well in place and active: 176 CHWs working in both districts • In Ulanga all CHWs are employed by the government. Extension of the CHW network to new Malinyi district has started. Sub-system of CHWs introduced by SolidarMed and CHMT Ulanga now fully integrated in national health system • SolidarMed contributed actively to national discussions, workshops and forums
-------------------	--

⁹ Includes community-based health workers trained by SolidarMed: CHWs trained on 9 months curriculum and Community-Owned Resource Person (CORPS) including Trainers of Communities, Traditional Birth Attendants, Art Group members, trained on shorter curricula.

	<p>on community health</p> <ul style="list-style-type: none"> • A delegation from the community projects shared lessons learnt at Swiss Malaria Group and Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH) Spring Symposium on community health. • Delegations from the community projects with their respective DMOs visited the Community-Based Health Planning and Services programme in Ghana. • A delegation from LSN and EMSN visited Lusaka, Zambia to learn about clinical instructor training (unavailable in Tanzania). The visit initiated plans to introduce clinical instructor training in Tanzania. • A knowledge sharing paper on “bat proof roofs” as a way to secure infrastructural investment in rural Africa was shared with relevant partners.
Main challenges	<ul style="list-style-type: none"> • Attraction and retention of staff to rural health facilities remains a challenge. This poses a threat to service delivery and quality of care as skilled staff are often lacking. • Integration of the Mbulu CHWs into the national payroll is taking time. Most likely the CHWs will need to be re-trained in order to be eligible for government employment.
Main areas of attention	<ul style="list-style-type: none"> • Programme consolidation and focus • Strengthening knowledge management • Networking, sharing experience • Team coordination
Main strategic implications	<ul style="list-style-type: none"> • Phasing out of the programme area in northern Tanzania. Support to Dareda Hospital will end at the end of 2016. Support to community project in Mbulu being scaled down in 2017-2018. • Milestones for the development of a vision for Lugala as teaching and learning centre, incl. the extension of scope at LSN (Diploma in nursing, CHWs training) as well as steps towards the opening of a Clinical Officer Training Centre (COTC). • Community project in southern Tanzania will be more focused on health facilities and the community side will shift from direct implementation to regional support with technical advice. The project management will be shifted from expat to local staff. • Programme focus increasingly consolidated towards teaching and training.

11.5.4 Outlook

Next strategic phase	2018 – 2023
Programme Area	 <p>Region Morogoro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ulanga district - Malinyi district - Ifakara (Kilombero district, neighbouring district, not shown on map)

Programme Goals and Objectives	<p>Goal:</p> <p>To increase the number of skilled staff available for the Tanzanian health system by strengthening training institutions, strengthening service provision in selected rural health facilities, and contributing to a healthier population in the programme area, with a special focus on women and children.</p> <p>Objectives:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Human Resources for Health are strengthened by increased number of trained professionals 2. Training institutions are strengthened in their capacities 3. Health care facilities offer accessible, high quality primary health care. 4. Pilot and implement innovative solutions and actively contribute with the experience we gain into dialogue with partners, political and policy representatives and experts, in Tanzania and internationally.
Main focal areas	<p>⇒ Human Resources for Health</p> <p>⇒ Maternal and Child Health</p> <p>⇒ District quality Primary Health Care</p> <p>⇒ Knowledge sharing</p>

Degree of Engagement	Service delivery	Community health	HR4H	Innovation, research, dialogue
Malaria / HIV / Tb and other diseases	XXX	X	XXX	XX
Women and Newborns	XXX	X	XXX	XX
Children	XXX	X	XXX	XX

Year	Expected Milestones until 2020
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Development of next programme phase 2018 – 2023 • Writing up lessons learnt Dareda Hospital support • Development of next phase (2018+) for support of Lugala Hospital and Lugala School of Nursing – moving more into teaching and training (nurses, CHWs, Clinical Officers) and supporting the fulfilment of District Designated Hospital requirements • Defining possible new projects, e.g. Clinical Officer Training Centre • Start implementing health facility support as component of PHCU • Development of next phase (2018+) of Primary Health Care Ulanga, incl. facility support • Support development of Nurse Clinical Instructor training in Tanzania (possibly at EMSN) • Last year of SolidarMed Medical Officer (MO) in charge at Lugala Hospital - handing over to local MO • Define capacities needed for programme's M&E and policy dialogue efforts
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Last year of support to PHCM and implementation of country programme north.

	<p>Plan for writing up lessons learnt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Start implementation of new country programme phase • Start implementation of new phases of LDP incl. LSN and PHCU • Create capacities for programme's M&E and policy dialogue efforts
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Write up lessons learnt for PHCM • Continue implementation of country programme and projects • A knowledge management/evidence generation component supports the programme's M&E and policy dialogue efforts
2020	<ul style="list-style-type: none"> • Mid-term evaluation of projects • Start planning for mid-term evaluation of program (2021) • A strong knowledge management component supports the programme's M&E and policy dialogue efforts

Risks	<ul style="list-style-type: none"> • Exchange of key staff at district level (DMOs, CHMT) • Insufficient funding (if no phase-donors can be found) • Limited partner ownership and capacities to sustain investments after phasing out of North • Limited capacity of Government partner in facility component of PHCU
Assumptions	<ul style="list-style-type: none"> • Funding available and sufficient to continue develop programme • Interest and willingness of Government to collaborate and work together

11.5.5 Institutional development

Current structure and tasks	<ul style="list-style-type: none"> • Country Coordinator has the overall responsibility for the operational management of the programme, as well as the financial administration and logistics responsibility and leads SSU • Team consists of both SolidarMed-posted staff and local staff • Project Managers are responsible for the execution of individual projects in accordance with project planning documents and budgets.
Planned strategic steps	<ul style="list-style-type: none"> • Move towards a teaching and training focus in country programme • Continue to develop a strong knowledge management component to support M&E and policy dialogue • Increasingly shift management responsibility of projects from SolidarMed-posted staff to local staff • Continue to develop a strong country team

12 Anhang II: Schritte bei der Umsetzung

	Meilensteine auf institutioneller Ebene bis 2020 ¹¹			
	2017	2018	2019	2020
Strategie und Führung	Teilstrategien Kommunikation und FR überarbeitet und angepasst	Neue Länderstrategien implementiert	Mid - Term Evaluation vorgenommen und Gesamtstrategie angepasst	Dezentralisierung des Führungsmodells erprobt
Programme	Portfolio Forschung- und Innovation ausgeweitet. Mindestens zwei Nationale neue Wissenspartnerschaften. Länderprogramme implementiert gemäss Programmstrategien.	Skalierung erfolgreicher Interventionen erfolgt Forschungsfragen ins Routine-PPCM System integriert	Implementation in einem neuen Land ¹² Modellierung in Wirkungsmodell integriert	Evaluation der Länderprogramme durchgeführt
Öffentlichkeitsarbeit, Sensibilisierung, Anwaltschaft	Schnittstelle Kommunikation / Wissen betrieblich integriert	Monitoringsystem OEA/Sensibilisierung verbessert	Optimierte Online – Sensibilisierung funktional	Anwaltschaft und Öffentlichkeitsarbeit kohärenter abgestimmt
Institution und Begleitstruktur	Programm Schweiz konsolidiert und vom Vorstand verabschiedet	Ein neuer Grossgeber gefunden (Diversifikation Finanzierungsquellen). Riskomanagement „lokale Partner“ überarbeitet	Gesamtorganisatorisches Kooperationsmodell pilotiert ¹³	Dienstleistungseinheit Innovation/Forschung aufgebaut. Forschungsportfolio trägt zur Finanzierung bei.

¹¹ Bei der Mid-Term Evaluation 2019/20 werden die erreichten Schritte überprüft und die weiteren bis 2022 definiert werden

¹² Falls finanzierbar

¹³ Bereitschaft des Kooperationspartners vorausgesetzt

13 Anhang III: Details Umfeldanalyse

	Trends	Chancen	Gefahren
Sozial	<p>Bevölkerungswachstum und alternde Gesellschaften: Bis zum Jahr 2050 dürfte sich die Zahl der Menschen in Sub-Sahara-Afrika verdoppeln. Chronische Krankheiten werden ansteigen, gleichzeitig werden Infektionskrankheiten und Zugang zur Grundversorgung noch lange Zeit ein grosses Problem bleiben.</p> <p>Verstädterung: Bis 2030 wird mehr als die Hälfte der afrikanischen Bevölkerung in Städten leben, wobei die Zahl heute bei 40% liegt.</p> <p>Doppelte Krankheitsbelastung: Eine angemessene Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu erreichen, stellt für sich den afrikanischen Kontinent vor enorme Herausforderungen. Zudem wird Afrika mit einer doppelten Krankheitsbelastung kämpfen. Afrika wird nebst den übertragbaren Krankheiten aufgrund des geänderten Lebensstils auch die Verbreitung nicht übertragbarer Krankheiten zu bewältigen haben. Das geringe Bewusstsein für Krankheiten, sich verschlechternde Infrastrukturen sowie dürftige Vertriebskanäle erschweren die Probleme Afrikas zusätzlich.</p>	<p>Aufbau des Gesundheitswesens: Grundsätzlich hoher Bedarf an Investitionen in die Grundversorgung und Familienplanung sowie in Bildung.</p> <p>Die Themenfelder Infektionskrankheiten, nicht übertragbare Krankheiten, RMNCH¹⁴, Gesundheitspersonal und Stärkung von Gesundheitssystemen gewinnen an Interesse und Bedeutung.</p> <p>Grundversorgung: Hoher Bedarf zur Gestaltung von Gesundheitssystemen, und von Innovationen zur Beschleunigung von Prozessen und Ausbau flächendeckender, effizienter Grundversorgung.</p>	<p>Risiken und Entwicklungshemmnisse gefährden die getätigten Investitionen in den Gesundheitsbereich: Etwa mangelnde Ernährungssicherheit, Druck auf die Gesundheitssysteme durch höhere Krankheitslast oder sich veränderndes Krankheitsspektrum, Überlastung der Infrastruktur oder Ressourcenknappheit – und daraus folgt auch ein größeres Konfliktpotenzial.</p> <p>Thematisch besteht die Gefahr von falscher Prioritätensetzung, Überbewertung von Trends und Verzettelung</p> <p>Neue Epidemien bisher unbekannter Erreger stellen sowohl für Individuen wie auch für Staaten ein überaus realistisches Szenario mit hohem Gefährdungspotential dar und belasten die Gesundheitssysteme zusätzlich.</p>
Technologie	<p>Neue Technologien setzen sich bis 2030 noch schneller durch. In 20 Jahren werden 60% der Weltbevölkerung einen mobilen Breitbandanschluss haben. Auch Entwicklungsländer werden Zugang zu</p>	<p>Neue Technologien und Innovationen werden ins Gesundheitssystem integriert. Dadurch entsteht Bedarf für innovative, kostengünstige evidenzbasierte Lösungen, welche auch die</p>	<p>Das Basis für die Anwendung von neuen Technologien sind robuste Gesundheitssysteme. Gefahr aufgrund von Trends sind auch hier falsche Prioritätensetzung (Überbewertung) und Verzettelung.</p>

14 Reproduktive Gesundheit, sowie Gesundheit von Mutter, Neugeborenem und Kind

	<p>technologischer Innovationen haben. Beispiele dafür sind neue und bessere Medikamente, neue Wirkungsfelder alter Medikamente, verbesserte Möglichkeiten zur Krankheitsvorbeugung, Fortschritte bei Impfstoffen oder verbesserte Diagnostik. Der Einsatz moderner Kommunikationsmittel in Gesundheitssystemen (Telefon, Computer) ist validiert und am Zunehmen.</p>	<p>soziale Inklusion und gleichberechtigten Zugang berücksichtigen. Chancen sind rasche qualitative oder quantitative Fortschritte in bestimmten Gesundheitsbereichen.</p>	
Wirtschaft	<p>Globalisierung und wirtschaftliche Entwicklung: Die Globalisierung und das Wachstum von Zukunftsmärkten gehören zu den bedeutendsten Treibern für die Weltwirtschaft. Bis zum Jahr 2030 werden sich die Exporte der Schwellen- und Entwicklungsländer vervierfacht haben. Regionale und bilaterale Handelsabkommen werden dem weltweiten Handel zusätzliche Impulse geben. Insbesondere auf dem afrikanischen Kontinent bildet sich eine Mittelschicht, die Einkommensverteilungen wird jedoch weiterhin sehr ungleich sein. Das Wachstum der Mittelschicht fördert nicht zwangsweise soziale Inklusion.</p> <p>Ressourcenknappheit: Entwicklung erhöht den Druck auf die Ressourcen, von denen sie selbst abhängt. Bevölkerungs- und BIP-Wachstum sind die wesentlichen Treiber für den steigenden Energiebedarf. Obwohl Effizienzsteigerungen bei der Nutzung von Energie den Anstieg reduzieren, wird der weltweite Bedarf nach Primärenergie bis zum Jahr 2030 wachsen.</p>	<p>Lokale Investitionen können mit einem Mehrwert für den Gesundheitssektor einhergehen, aber auch generell zur Reduktion von Armut und Verbesserung anderer sozialer Determinanten wie Bildung führen.</p>	<p>Einfluss von wirtschaftlichen und Umweltfaktoren auf die Gesundheit, z.B. durch Luftverschmutzung, Klimawandel oder zunehmend sedentärem Lebensstil.</p> <p>Ausgrenzung besonders vulnerabler Gruppen durch zunehmende Wachstums-Wohlstands-Lücke, oder Abkopplung von wirtschaftlichen Kreisläufen. Zunehmende Ungleichheit.</p> <p>Ressourcenknappheit kann zu Verteilungskämpfen führen und ist somit ein Konfliktpotential. Hoher Einfluss von Wirtschaftspolitik auf Gesundheitsaspekte wie Ernährung (Konsumentenschutz, Steuerrecht etc.) oder Zugang zu Medikamenten (Patentfragen etc.)</p>

	<p>Die weltweite Nachfrage nach Wasser wird von 2013 bis 2050 um 37% zunehmen. Im gleichen Zeitraum steigt der Anteil der Menschen, die in Gebieten mit Wassermangel leben, auf 68%. Die weltweite Nachfrage nach Nahrungsmitteln wächst bis zum Jahr 2030 um 23% und bis zum Jahr 2050 um 55%. In Entwicklungsländern sind der Bevölkerungszuwachs und der Anstieg des Lebensstandards die Hauptursachen für den zunehmenden Bedarf an Wasser und Nahrungsmitteln.</p>		
Politik	<p>Einkommenszuwächse führen nicht automatisch zu Demokratie nach westlichem Vorbild.</p> <p>Die demokratische Qualität in SSA hat sich, im Vergleich zu den 1980er-Jahren, generell verbessert, doch vielerorts stockt der Wandel oder ist nicht stabil. In Bezug auf die politische Entwicklung wird weiterhin ein ambivalentes Bild vorherrschen. Einerseits werden die relative Stabilität der Demokratien und freiem Wettbewerb von einzelnen Staaten bestätigt werden. Viele Regime werden aber politische Freiheiten und Wettbewerb einschränken und Wahlen als Fassade für ihren Machterhalt nutzen, autoritäre Regierungspraxis und politische Exklusion fortzuführen oder gar ausweiten.</p>	<p>Lokale Partner und Behörden werden stärker und selbstbewusster. Die kann Aspekten von „Dauerhaftigkeit“ dienen.</p> <p>Es gibt vermehrt Möglichkeit, in Kooperationssystemen und Konsortien zu arbeiten</p>	<p>Die Zusammenarbeit mit Regierungen wird komplexer, schwieriger und unberechenbarer.</p> <p>Das operative Umfeld wird schwieriger. Der Handlungsspielraum für zivilgesellschaftliche Organisationen könnte kleiner werden.</p> <p>Sicherheitsüberlegungen werden deshalb immer wichtiger. Schlechte Presse und Korruptionsfälle führen zu vermehrter kontroverser Diskussion über Sinn und Zweck der Internationale Zusammenarbeit.</p>
Andere	<p>Geteilte globale Verantwortung: Die Welt der Gesundheits-Zusammenarbeit wird noch komplexer, die Anzahl der Akteure und ihre Beziehungen werden sich vervielfachen. Stiftungen, Privatwirt-</p>	<p>Hoher Bedarf an Organisationen, welche über Fachkompetenz in Gesundheitsfragen verfügen, den Wert von Innovationen zur verbesserten Gesundheit beurteilen können und gleichzei-</p>	<p>Neue Kooperationsformen führen zu Fragmentierung und Unübersichtlichkeit</p> <p>Neue privatwirtschaftliche Organisationen finden sich im Wettbewerb mit NGOs. Daraus folgt ein steigender Konkur-</p>

	<p>schaft, Themenverbände, Forschungsinstitute, Staats- und internationale Organisationen, Finanzierungskonsortien, zivilgesellschaftliche und religiöse Gruppen agieren in wechselnden Allianzen. Ob die WHO in diesem Umfeld ihre Führungsrolle darin wahrnehmen wird, das bleibt abzuwarten.</p> <p>Im Rahmen der nachhaltigen Entwicklungsziele wird internationale Gesundheit auch weiterhin ein wichtiges Thema bleiben. Allerdings kommen zahlreiche andere Themen dazu, d.h. der bisher hohe Stellenwert des Themas ist nicht automatisch garantiert.</p> <p>Bis 2030 wird sich die Philosophie des Non-Profit-Bereichs weiter verändern. Neben die konventionelle Philanthropie treten immer mehr auch Aspekte von „Venture Philanthropy“, in der Investitionen und Innovationen zu einem langfristigen sozialen Mehrwert führen sollen (social impact investment).</p> <p>Gleichzeitig wächst die Frage nach Fachorganisationen, die im Rahmen angewandter Feldforschung Resultate vorweisen können.</p>	<p>tig in der Lage sind, Veränderungsprozesse in einem multi-stakeholder Umfeld mitzugestalten und in diesem Umfeld zu kommunizieren.</p> <p>Chancen für mehr Finanzmittel für Investitionen in Grundversorgung und Familienplanung, sowie in Bildung.</p> <p>Verfügbarkeit von Geldern insbesondere für innovative, kostengünstige evidenzbasierte Lösungen, welche auch gleichberechtigten Zugang berücksichtigen</p> <p>Zunehmend werden Gelder durch dezentralisierte Strukturen lokal vergeben</p>	<p>renzdruck auf dem Mittelbeschaffungsmarkt. Grosse, umfassende Programme werden schlechter finanzierbar als vertikale Programme.</p>
--	---	--	---

14 Anhang IV: Details Stärken und Schwächen

Programm

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Innerhalb der Themen (wie Infektionskrankheiten, Müttergesundheit) setzt SM die richtigen Schwerpunkte: Die grundsätzliche thematische Orientierung, Breite und Anpassung an den jeweiligen Kontext stimmt. Inhaltliche Stärken des Programms: Gesundheitspersonal, ITEC¹⁵, Grundversorgung, Zugang verbessern, Innovation und „diagonale“ Programme (thematischer Fokus und systemischer Ansatz). • Mit Programmansatz wird Wirkung erzielt: SM implementiert kohärente Programme. Die gesamtprogrammatische Balance ist gut, die Mischung „Hilfe – Innovation – Wissensdialog“ stimmt. Die gegenwärtige Programmstrategie ist angemessen. • Wirkung: SolidarMed macht Systeme resilient (belastbar und tragfähig für die Behandlung verschiedener Krankheiten) und hat hohe Expertise bei der Stärkung von Gesundheitssystemen. • Qualität: Wir orientieren uns an nationalen und internationalen „best standards“, arbeiten evidenzbasiert und haben inhaltliche Standards in Schwerpunktthemen (HIV, MNCH etc.) definiert. Die Gesamtqualität ist hoch (siehe externe Evaluation). • Verlässlichkeit: SolidarMed arbeitet integriert im System und nicht parallel, sowie mit und durch nationale Partner. Wir legen daher die Grundlagen für nachhaltige Entwicklung und respektieren die Führungsrolle von Partnern. • Flexibilität: SolidarMed arbeitet flexibel und kontextspezifisch. • „Wissen aufarbeiten und zugänglich machen“ ist integrierter Bestandteil des Programms. Wir generieren Wissen und teilen es. In der Aufarbeitung für Nicht-Fachleute können wir noch besser werden. • Zusammenarbeit mit relevanten Partnern: Wir arbeiten mit relevanten Partnern, die Partnerschaften sind langfristig angelegt und bauen auf gegenseitigem „Fordern und Fördern“. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsverwaltung: Das Stärken von Management- und Verwaltungskompetenzen bei Partnerinstitutionen fällt uns schwer. Auch das „Messen“ unseres Erfolges. • Gesundheitsfinanzierung und Gesundheitsinformationssysteme (HIS) sind keine SolidarMed - Kompetenzthemen, jedoch von zunehmender Relevanz. • Gesundheitsinitiativen auf Dorfebene: Wir arbeiten hier relativ ressourcenintensiv. Das Messen qualitativer Verbesserungen ist eine Herausforderung. Veränderungen auf der Ebene „Information und Verhalten“ brauchen zudem relativ viel Zeit. • Rein klinisch tätige Ärzte: Herausforderung der Einbindung in Länderprogramme. • Skalierung und Reproduktion von Modellen: Wir haben zwar innovative und effiziente Modelle entwickelt, das Scaling-Up fällt uns jedoch schwer. Der Kontext in verschiedenen Ländern ist z.T. sehr unterschiedlich; zudem haben wir manchmal nicht genügend Präsenz auf nationaler Ebene. • Erwartungen im Politikdialog: Als „Mittelgewicht“ auf nationaler Ebene müssen wir in manchen Südländern vermehrt über Netzwerke arbeiten und vermehrt strategische Partner zur Beeinflussung nationaler Politiken gewinnen. In anderen Ländern sind wir national genügend verankert, um Politik direkt und nachhaltig zu beeinflussen (z.B. Sambia oder Lesotho). In der Schweiz arbeiten wir erfolgreich über Netzwerke und direkt. • Das Potential zum regionalen Austausch zwischen den SolidarMed-Programmen im Raum des südlichen Afrikas ist vorhanden; hat durch stark unterschiedliche Kontexte jedoch auch seine Grenzen. • Der Schwerpunkt liegt noch zu sehr auf Projektmanagement anstelle von Partnermanagement: Kriterien für Beginn und Ende von Partnerbeziehungen können besser definiert werden. Partner können pro-aktiver ausgesucht und Abhängigkeiten proaktiver vermieden werden. Übergabeprozesse, sowie gegenseitige Verantwortungen und Konsequenzen bei Nicht-Beachtung können klarer definiert, standardisiert und angewandt werden.

¹⁵ ITEC: Infrastruktur, Technologie, Ausrüstung, Kommunikation und Transport

<ul style="list-style-type: none"> • Unsere Fachkenntnisse und Kompetenzen stellen für die Partner einen hohen Mehrwert dar. • SolidarMed arbeitet vernetzt mit anderen Organisationen zusammen, sowohl im Süden wie auch in der Schweiz. 	
---	--

Organisation

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • SolidarMed besitzt ein formalisiertes und funktionierendes Steuerungs- und Planungssystem • Es gibt einen hohen Grad an Organisation und Struktur. Die Aufgabenteilung zwischen Zentrale und Feld ist organisiert, definiert und effizient. Die Länderbüros haben einen autonomen Handlungsrahmen. • Verankerung vor Ort: SolidarMed verfügt über hohes praktisches Know-How und kennt die Situation, Bedürfnisse und Umstände vor Ort sehr gut. • SolidarMed verfügt über kompetentes Fachpersonal und Expertise (fachlich, medizinisch und betriebswirtschaftlich) sowohl in der EZA also auch im Bereich Gesundheit; und zwar sowohl in der Schweiz als auch in den Einsatzländern. • SolidarMed besitzt einen ehrenamtlichen und engagierten Vorstand, bei dem viele Mitglieder die EZA aus eigener, praktischer Erfahrung kennen. Der Vorstand ist in der CH Ärzteschaft gut vernetzt und kennt das Kerngeschäft von SolidarMed ausgezeichnet. Viele Vorstandsmitglieder sind seit langem für SolidarMed engagiert. Dies erlaubt Kontinuität in der institutionellen Entwicklung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgaben und Kompetenzen sind zwar zwischen Zentrale und Länderbüros verteilt, die Balance zwischen Kontrolle und Autonomie jedoch ist eine Herausforderung. Manchmal verliert sich die strategische Steuerung auch im operationellen Tagesgeschäft, was zu Ineffizienzen führen kann. Das Rollenmodell (Zentrale – Feldteams) besitzt Potential zu Diversifizierung und Flexibilisierung. • Lokale Fähigkeiten und Kompetenzen, z.B. auch im Bereich Fundraising könnten besser genutzt werden. • Die praktische EZA-Erfahrung der Vorstandsmitglieder liegt zumeist eine Weile zurück; mit aktuellen EZA- oder Public-Health-Entwicklungen werden sie in ihrem beruflichen Alltag oft weniger konfrontiert. Die politische, wirtschaftliche oder gesellschaftliche Vernetzung des Vorstandes, sowie die Diversität der vorhandenen Profile könnte (auch im Sinne einer „Türöffnung“) noch ausgeprägter sein. Klare Regeln zur Amtszeitbeschränkung bestehen nicht.

Wertschöpfung

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Die Wertschöpfungskette ist grundsätzlich richtig aufgestellt. Die Abstimmung zwischen Programm- und Projektzyklusmanagement (PDCA¹⁶-Zyklen) mit anderen betrieblichen Funktionen im Support- und Managementbereich wie Public Relations, Fundraising, Finanzen, Accounting oder Personalwesen ist klar 	<ul style="list-style-type: none"> • Im PPCM¹⁷ - Zyklus liegt die Herausforderung bei der Überprüfung von Resultaten und konsekutiver Anpassung des Handlungsrahmens („check and act“). Die Aufarbeitung und Analyse von Wirkung, auch im Rahmen von operationeller Forschung, kann noch systematisiert werden und stellt ein zukünftiges Potential dar; vor allem auch der Rückfluss der Erfah-

¹⁶ PDCA: Planen, Umsetzen, Analysieren, Handeln

¹⁷ PPCM: Management von Programm und Projektzyklen

<p>definiert, validiert und betrieblich integriert. Die Funktion als Vermittler zwischen Geldgebern und Begünstigten wird effizient wahrgenommen.</p>	<p>rungen in Kommunikation und Netzwerke. Dies bedeutet ein Potential für eine bessere Abstimmung der Bereiche Programme, Kommunikation und Wissensmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wir machen zu viel selbst. Effizienz wäre zu steigern durch weniger direkte Implementierung und mehr Kooperation oder Einkaufen von Leistungen („buy out“). • Die Kriterien für den Beginn von Projekten und für die Evaluation von Partnerschaften können noch klarer definiert werden. Auch implementieren wir manchmal zu schnell und planen zu kurz.
--	--

Finanzierung

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • SolidarMed verfügt über ein klares Profil und über eine klare inhaltliche Positionierung im Spendermarkt • SolidarMed hat viele Unterstützer, die regelmässig mittelgrosse Beträge spenden: Es besteht eine gute und treue Spenderbasis • Die grundsätzliche Entwicklung der Erträge in den letzten 10 Jahren ist positiv. • SM verfügt über langjährige Partnerschaften mit Institutionen wie DEZA, LED oder Stiftungen. • Bei den institutionellen Gebern besitzt SolidarMed hohes Vertrauen und hohe Glaubwürdigkeit • Die Eigenkapitalbasis und Reserven sind moderat aber vorhanden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Der Bekanntheitsgrad der Organisation ist gering • Abhängigkeit von wenigen, grösseren Gebern, die 2/3 des Gesamtbudgets ausmachen. Risiko des Budgetrückgangs bei deren Wegfall. • Finanzierungsmodell schränkt Kapazitätsausbau ein: Die jährliche Eigenmittelbasis ist begrenzt, die Finanzierung der Geschäftsstelle ist abhängig von der Höhe des Programmbudgets. Infolgedessen besteht wenig Spielraum für Investitionen. • Den Betrieb von Länderkoordinationsbüros kann nur durch den Programmbeitrag gesichert, und nicht vollumfänglich über die Projekte finanziert werden. • Die Finanzierung ist wenig differenziert, vorhandene Finanzierungsquellen bleiben wenig erschlossen: Auslandsstiftungen, Forschungsgelder, Mandate, Privatsektor, Mittel Süden, Dienstleistungen etc.

15 Anhang V

15.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vermittelnde Rolle in einem Multi-Stakeholder-Umfeld.....	11
Abbildung 2: Antriebskräfte des globalen Wandels und Auswirkungen auf Gesundheit	15
Abbildung 3: Mittel der Entwicklungszusammenarbeit für Gesundheit (DAH)	17
Abbildung 4: Verschiedene Intensitätsstufen bei politischen Dialogprozessen.	18
Abbildung 5: Die 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung.....	19
Abbildung 7: Anzahl von SolidarMed neu geschulten und weitergebildeten Gesundheitspersonals	29
Abbildung 8: Zugang zu Prävention und Behandlung / Geschlechtsungleichheiten.....	31
Abbildung 9: SolidaMed Studie zu HIV / Vortrag von SolidarMed an der Internationalen Aidskonferenz	33
Abbildung 11: Institutionelle Geburten und verhinderte HIV Infektionen.	36
Abbildung 12: Photo von Flavian mit seinen Eltern im Dezember 2015.....	38
Abbildung 13: Beispiel SolidarMed Aktuell.....	40
Abbildung 14: Laut gegen stille Katastrophen	40
Abbildung 15: Scherzkissen.....	40
Abbildung 16: Stichtag	41
Abbildung 17: Vortrag Nik Hartmann	41
Abbildung 18: Finanzielle Entwicklung 2005 – 2015.....	48
Abbildung 19: Finanzierungsquellen	49
Abbildung 20: Verwendung der Mittel gemäss Jahresabrechnung 2015	49
Abbildung 22: Einfluss und Rolle von Gesundheit	54
Abbildung 23: Faktoren der Gesundheit	55
Abbildung 24: Vulnerable Phasen im Gesundheitskontinuum	56
Abbildung 25: Ebenen und Akteure eines Gesundheitssystems (angepasst nach Original vom SRK)	58
Abbildung 27: Grundlagen für Gesundheit in Gemeinden.....	61
Abbildung 28: Die drei Dimensionen von universellem Zugang zu Grundversorgung.....	63
Abbildung 29: Von Innovation zu Skalierung	64
Abbildung 30: Wissen, Handeln und Gestalten müssen miteinander verbunden werden	65
Abbildung 31: Die 4 Interventionsarten von SolidarMed	67
Abbildung 32: Das Wirkungsmodell von SolidarMed.....	70
Abbildung 33: Die fünf Partnerländer von SolidarMed.....	71
Abbildung 34: Die prioritären Programmkomponenten für SolidarMed	74
Abbildung 35: Phasen von „participatory action research“	80
Abbildung 36: Monitoring und Controllingsystem	88
Abbildung 37: Die Logik des SolidarMed Handlungsrahmens	88
Abbildung 38: Methoden der Wirkungsmessung	90
Abbildung 39: Elemente des SolidarMed strategischen und operativen Planungssystems	102
Abbildung 40: SolidarMed Qualitätsmanagement.....	102
Abbildung 41: Phasen des Projekt- und Programmzyklus	104
Abbildung 42: Phasen des SolidarMed Risikomanagements	104
Abbildung 43: Die acht Qualitätsbereiche bei SolidarMed	106

15.2 Glossar

Abuja Kriterien	Hier geht es um die Erklärung aus dem Jahr 2000 zu Malaria (u.a. halbieren der Malaria Mortalität), sowie die 2001 Erklärung zur Finanzierung von Gesundheit (u.a. Afrikanische Länder erklären sich bereit, mind. 15% des Staatsbudgets für den Gesundheitssektor bereitzustellen).
-----------------	--

Advocacy	Anwaltschaft
Antiretrovirale HIV/Aids Therapie	Eine medikamentöse Behandlungsstrategie bei HIV-Patienten. Die antiretrovirale Therapie kann die Virusvermehrung im Körper verlangsamen, aber letztlich keine vollständige Heilung erreichen. Sie ist nur bei regelmäßiger Einnahme wirksam (Wikipedia)
Capacity building	Verbesserung bzw. Ausbau von Kapazitäten
Cause related Marketing (CrM)	CrM beschreibt eine Art des Marketing, die die kooperativen Bemühungen eines Unternehmens und einer Non-Profit-Organisation zum gegenseitigen Nutzen in den Mittelpunkt stellt (Wikipedia)
Chronic Disease Units	Einheiten oder Abteilungen für chronische Erkrankungen. Haben z.B. in Mosambik HIV/AIDS Kliniken abgelöst.
Cluster	Ansammlung oder Gruppierung
Community Based Health Care	Gesundheitsversorgung auf Dorf- oder Gemeindebasis bzw. – ebene.
Community health worker	Dorf bzw. GemeindeggesundheitsberaterIn
Corporate Social Responsibility (CSR)	Der Begriff Corporate Social Responsibility (CSR) bzw. Unternehmerische Gesellschaftsverantwortung (oft auch als Unternehmerische Sozialverantwortung bezeichnet), umschreibt den freiwilligen Beitrag der Wirtschaft zu einer nachhaltigen Entwicklung, die über die gesetzlichen Forderungen hinausgeht. (Wikipedia)
Empowerment	Ermächtigung
enabling environment	Ein förderliches Umfeld oder bessere Rahmenbedingungen.
Erklärung von Alma Ata	Diese Erklärung unterstrich im Jahr 1978 die Wichtigkeit der Primärgesundheitsversorgung. Zentral für dieses Konzept ist auch die Erkenntnis, das Armut und Gesundheit eng miteinander verknüpft sind.
Fach- und Politikdialog	Der Dialog und Austausch mit Experten und Entscheidungsträgern aus der Fach- und Politikwelt.
Fundraising	Spendenerhebung
Grassroots	An der (gesellschaftlichen) Basis
Health Promotion	Gesundheitsförderung
Health System Strengthening	Stärkung des Gesundheitssystems
Hospital Development	Spitalentwicklung
Impact Investment	Ein Investmentstil, der von Investoren verfolgt wird, welche mit ihrem Vermögen neben einer finanziellen Rendite auch eine konkrete soziale oder ökologische Wirkung erzielen wollen (aus http://www.responsability.com/site/index.cfm?id_art=49541&vsprache=DE).
Multi-stakeholder Siehe auch Stakeholder	Multiple Interessengruppen
Operative Feldforschung	Praxisnahe Forschung im Projekteinsatzgebiet
Outreach services	Dienste, oft medizinisch, bei denen Patienten aufgesucht werden z.B. durch den Einsatz von mobilen Kliniken. Eine Strategie, um die Reichweite und den Zugang zur medizinischen Versorgung zu verbessern.
Outsourcing	Auslagerung, z.B. von gewissen medizinischen Diensten, in diesem Kontext oft an private Anbieter
Ownership	Aneignung, Verantwortung
Primary Health Care	Primär – oder Basisgesundheitsversorgung; grundlegende medizinische Versorgung.
Qualitätszirkel	Qualitätszirkel sind innerbetriebliche Arbeitskreise, die das Ideen- und Wissenspotenzial, die Erfahrung und Verantwortungsbereitschaft der Mitarbeiter aktivieren sollen. Dadurch lassen sich neben der Qualität der Produkte und Dienstleistungen auch die Leistungspotentiale der Mitarbeiter und möglicherweise das Betriebsklima verbessern (Wikipedia).
Quick wins	Schnelle Erfolge
Research-implementation-policy-gap	Eine Diskrepanz auf Ebenen der Forschung, der Implementierung und der Politik, eine Form der Wissens- und/oder Verständnislücke zwischen diesen Ebenen.
Service delivery	Leistungserbringung
Social Enterprises Siehe auch social entrepreneurship	Sozialunternehmen, siehe unten.
Social entrepreneurship	Unter Social Entrepreneurship oder soziales Unternehmertum bzw. Sozialunternehmertum versteht man eine unternehmerische Tätigkeit, die sich innovativ, pragmatisch und langfristig

	für einen wesentlichen, positiven Wandel einer Gesellschaft (für sog. metaökonomische Oberziele) einsetzen will (Wikipedia).
Stakeholder	Anspruchsberechtigter, Interessenvertreter
Stewardship	Leitung
Support	Unterstützung
Task shifting	Die Übertragung von Aufgaben oder Aufgabendelegierung, z.B. von höher qualifizierten auf geringer ausgebildete Gesundheitsfachkräfte.
Vertikale Implementierung bzw. Programme	In diesem Kontext die Implementierung eines Gesundheitsprogramms mit Fokussierung auf z.B. eine Krankheit wie HIV/AIDS oder Tuberkulose. Vertikale (Gesundheits-)programme stehen im Gegensatz zu Programmen mit einem ganzheitlichen, systemstärkenden Ansatz.
Win-Win Situation	Eine Situation, bei der beide Parteien gewinnen.

15.3 Abkürzungsverzeichnis

AfDB	African Development Bank - Afrikanische Entwicklungsbank
AMO	Associate Medical Officer - eine Ausbildung für nicht-universitäre Ärzte in Tansania
ART	Antiretrovirale Therapie
BHASO	Batanai HIV/AIDS Support Organisation
BRICS	Brasilien, Russland, Indien, China und Süd-Afrika
cART	Lebenslängliche Dreiertherapie - lifelong, permanent, triple antiretroviral treatment
CBHIs	Community-based health interventions - interventionen auf Dorf- bzw. Gemeindebasis
CBOs	Church-based organisations - Kirchliche Organisationen
CHAI	Clinton Health Access Initiative
CHAL	Churches Health Association of Lesotho - Dachverband für kirchliche Spitäler in Lesotho
CHW	Community Health Worker - Dorf- bzw. Gemeindeggesundheitsberater
CSO	Civil Society Organisation - Organisation der Zivilgesellschaft
DAH	Development Assistance for Health - Gesundheits-Entwicklungshilfe
DEZA	Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit
DHMT	District Health Management Team
DO	Desk Officer
EGPAF	Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation
EZA	Entwicklungszusammenarbeit
GFTAM	Globaler Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria – Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GS	Geschäftsstelle
HC	Health Centre
HIV	Human immunodeficiency virus – das Humane Immundefizienz-Virus
HR	Human Resources – personelle Ressourcen, Personal
HR4H	Human Resources for Health - Gesundheitspersonal/Personal für das Gesundheitswesen
ICAP	International Centre for AIDS Care and Treatment
IeDEA	International Epidemiologic Databases to Evaluate AIDS
IHI	Ifakara Health Institute
IKS	Internes Kontrollsystem
ISPM	Institut für Sozial und Präventivmedizin
ITEC	Infrastructure, Technology and Transport, Equipment and Communication
IUATLD	International Union Against Tuberculosis and Lung Disease
KM	Knowledge Management
LED	Liechtensteinischer Entwicklungsdienst

MCH	Maternal Child Health
MDGs	Millennium Development Goals - Millennium Entwicklungsziele
ML	Medical Licentiate
MMS	Medicus Mundi
MNH	Maternal Neonatal Health
MoH	Ministry of Health
MoHSW	Ministry of Health and Social Welfare
NCDs	Non-communicable diseases - nicht übertragbare Krankheiten
NGO	Non-governmental organisation - nicht-regierungs Organisation
NPC	Non-physician clinician - nicht universitäre Ärzte, siehe auch AMO
NPO	Non-Profit Organisation
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development – Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OHB	Organisationshandbuch - Organisational Handbook
OR	operational research - operationelle Feldforschung
ORS	Oral Rehydration Salts – orale Rehydrationslösung
PHC	Primary Health Care
PHCM	Primary Health Care Mbulu
PHCU	Primary Health Care Ulanga
PLE	Projektleitungs-Entschädigung
PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmission – Verhinderung der (HIV-)Übertragung von Mutter zu Kind
PPCM	Programme und Project Cycle Management - Programm- und Projektzyklus Management
PPP	Public Private Partnership
ProDoc	Project Document
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper – Strategiepapier zur Armutsminderung
PSF	Pharmaciens Sans Frontiers Suisse – Apotheker ohne Grenzen Schweiz
QM	Quality/Qualitäts Management
SDC	Swiss Development Cooperation
SM	SolidarMed
SMART	SolidarMed Anti-Retroviral Treatment
SMG	Swiss Malaria Group
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
SWAP	Sector-Wide Approach - Sektorenweiter Ansatz
TB	Tuberkulose
TBA	Traditional birth attendant - traditionelle Geburtshelferin oder Hebamme
TTCIH	Tanzanian Training Centre for International Health
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS – Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS
UNICEF	United Nations Childrens Funds – Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen
UNITAID	Eine internationale Einrichtung zum Erwerb von Medikamenten gegen HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose
VHW	Village Health Worker – Dorfgesundheitsarbeiter/in
WFP	World Food Programme - Welternährungsprogramm
WHO	World Health Organisation - Weltgesundheitsorganisation
ZEWO	Schweizerische Zertifizierungsstelle für gemeinnützige, Spenden sammelnde Organisationen