

Zweck des Politikpapiers

Das vorliegende Politikpapier soll verdeutlichen, wie wichtig die Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderungen für die weltweite Armutsbekämpfung und die Erreichung der *Millennium Development Goals* (MDGs) ist. Es stellt die Ausrichtung der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (EZ) in diesem im Bereich dar, bietet eine kurze Übersicht über bisherige Aktivitäten und gibt weitere Impulse für die Kooperation in diesem sensiblen Bereich.¹

1. Menschen mit Behinderungen

Nach Schätzungen der Vereinten Nationen leben weltweit über 600 Millionen Menschen mit Behinderungen, davon rund 70% in Entwicklungsländern. Ursachen sind unter anderem Krankheiten, Ernährungsmängel, falsche oder fehlende Behandlung, physische und psychische Gewalt und Krieg, Unfälle aufgrund unzureichender Schutzbestimmungen am Arbeitsplatz und im Straßenverkehr und zunehmend auch altersbedingte Erkrankungen.

Weltweit erfahren Menschen mit Behinderungen Diskriminierung und sind häufig von sozialen, ökonomischen und politischen Prozessen in ihren Gesellschaften ausgeschlossen. Lange galt Behinderung als ein individuelles Problem, das aus medizinischer und wohltätiger Perspektive behandelt wurde, wobei die Frage nach den Rechten von behinderten Menschen als gleichberechtigte Bürger vernachlässigt wurde.

Das von der UN ausgerufene Jahrzehnt der Menschen mit Behinderungen (1983-1992) und das in diesem Rahmen veröffentlichte Weltaktionsprogramm² leiteten mit der Einbeziehung der gleichberechtigten Teilhabe behinderter Menschen an allen gesellschaftlichen Prozessen den Wechsel von einem versorgenden zu einem Menschenrechts-Ansatz ein. Kernelement dieser Perspektive ist die Betrachtung der Betroffenen, ihrer Familien und Organisationen als aktive Partner bei der Umsetzung ihrer Rechte. Gleichzeitig ist es so für behinderte Menschen möglich, die eigenen Potentiale besser ausschöpfen zu können.

¹ Das Papier wurde vom GTZ-Sektorvorhaben „Systeme der Sozialen Sicherheit“ im Auftrag von BMZ-Referat 310 „Armutsbekämpfung; Aktionsprogramm 2015; Kohärenz; Sektorale und thematische Grundsätze“ erstellt und ist mit der KfW, dem DED, InWEnt, VENRO und den zuständigen Bundesressorts (BMG, BMFSJ, BMAS, AA) abgestimmt.

² *World Programme of Action Concerning Disabled Persons*, <http://www.un.org/esa/socdev/enable/diswpa00.htm>

1993 verabschiedete die UN Generalversammlung Rahmenbedingungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte (*Standard Rules*)³, die auf der Grundlage des Weltaktionsprogrammes entwickelt wurden. Die *Standard Rules* stellen einen universalen Handlungsrahmen zur Integration der Rechte von Menschen mit Behinderungen in nationale Gesetzgebungen dar. Die *Standard Rules* sind jedoch über ihre Bedeutung als politische Richtlinie hinaus nicht verbindlich, wodurch die Bedürfnisse und Rechte behinderter Menschen in vielen nationalen und internationalen Entwicklungsstrategien noch immer nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Um eine völkerrechtliche Grundlage zur Durchsetzung der Rechte von Menschen mit Behinderungen zu schaffen, haben 148 Staaten seit 2004 eine entsprechende UN Konvention ausgearbeitet⁴. Sie soll im Herbst 2006 durch die 61. Generalversammlung der Vereinten Nationen angenommen und dann zur Zeichnung aufgelegt werden. Mit der Zeichnung und Ratifizierung verpflichtet sich jeder beitretende Staat Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen herzustellen. Dies beinhaltet u.a umfassende Maßnahmen gegen die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen zu ergreifen.

Die Konvention enthält einen eigenen Artikel zur internationalen Kooperation (Art. 32). Darin erkennen die Vertragsstaaten die Bedeutung der internationalen Zusammenarbeit zur Unterstützung der nationalen Anstrengungen bei der Verwirklichung der Ziele des Übereinkommens an und wollen diesbezüglich zwischen den Staaten, auch in Partnerschaft mit internationalen, regionalen Organisationen und der Zivilgesellschaft und dabei insbesondere mit Organisationen der Menschen mit Behinderungen geeignete Maßnahmen ergreifen. Die Konvention sieht vor, dass internationale Entwicklungsprogramme Menschen mit Behinderungen explizit berücksichtigen und für diese zugänglich sind.

Die internationale Entwicklungsgemeinschaft orientiert sich zunehmend an einem menschenrechtsbasierten Ansatz. Ein solcher Ansatz ist inklusiv und steht für die Beteiligung aller Bevölkerungsgruppen, insbesondere jedoch der Benachteiligten, am Entwicklungsprozess und für deren gleichberechtigten Zugang zu öffentlichen Diensten wie Gesundheit und Bildung. *Inclusive development* baut auf der Idee einer Gesellschaft für alle (*Society for All*) auf, in der alle Menschen gleichermaßen ihre Potentiale entfalten und entsprechend ihrer individuellen Fähigkeiten zum Gemeinwohl beitragen und gesellschaftliche Leistungen in Anspruch nehmen können. Der Menschenrechtsansatz stellt neben Prävention und Rehabilitation auch die gleichberechtigte Teilhabe und die Stärkung

³ Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities, <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>

⁴ Comprehensive and Integral International Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Entwurf unter: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahcstatusneg.htm>. Weitere Informationen zur Konvention unter <http://www.un.org/disabilities/convention/>

der Rechte von Menschen mit Behinderungen in den Vordergrund und fördert ihre Partizipation in allen gesellschaftlichen Bereichen.

Behinderung – Versuch einer Definition

Behinderung wird je nach (nationaler) sozialrechtlicher und kultureller Norm unterschiedlich definiert. Was in einem Land als Behinderung gilt, wird nicht zwangsläufig überall sonst als solche wahrgenommen und etikettiert (das lässt sich etwa im Bereich geistiger Behinderungen, oder etwa bei weiblicher Unfruchtbarkeit nachzeichnen). Diese Tatsache erschwert die Angabe gesicherter Zahlen von Betroffenen. Am geläufigsten ist die von der WHO veröffentlichte Zahl von weltweit 600 Millionen behinderten Menschen – was annähernd 10% der Weltbevölkerung entspricht. Dabei laufen die existierenden Prävalenzraten für Entwicklungs- und Industrieländer aufgrund unterschiedlicher Referenz- und fehlender Erhebungssysteme weit auseinander: Während die Industrieländer einen Anteil von Menschen mit jeweils anerkannten Behinderungen zwischen 8 und 20% ausweisen, geben viele Entwicklungsländer bisher offiziell deutlich niedrigere Prozentsätze an.

Nichtsdestoweniger setzt sich in der internationalen Diskussion zunehmend ein sozialer Ansatz (*social model of disability*) durch, der Behinderung auch als soziale Konstruktion versteht und die Mängel, Stigmatisierungen und Diskriminierungen der Umwelt in ihrer Reaktion auf Menschen mit Behinderungen hervorhebt. Dabei wird unterschieden zwischen funktionalen Beeinträchtigungen (*disability*)⁵ sowohl physischer als auch psychischer Natur und dem erst durch die Interaktion mit dem sozialen Umfeld bedingten Verlust der gleichberechtigten Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen (*handicap*)⁶. Diese Entwicklungen sind in das neue Modell der WHO eingeflossen, welches neben funktionalen und individuellen auch soziale Faktoren in seiner Klassifizierung von Gesundheit und gesundheitsbezogenen Bereichen berücksichtigt.⁷

⁵ „The term "disability" summarizes a great number of different functional limitations occurring in any population in any country of the world. People may be disabled by physical, intellectual or sensory impairment, medical conditions or mental illness. Such impairments, conditions or illnesses may be permanent or transitory in nature.“, in : UN Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities

⁶ „The term "handicap" means the loss or limitation of opportunities to take part in the life of the community on an equal level with others. It describes the encounter between the person with a disability and the environment. The purpose of this term is to emphasize the focus on the shortcomings in the environment and in many organized activities in society, for example, information, communication and education, which prevent persons with disabilities from participating on equal terms. in : UN Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities

⁷ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), <http://www3.who.int/icf>

2. Behinderung und Armut

Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit orientiert sich an einem multi-dimensionalen Armutsbegriff und folgt dabei den OECD-DAC Leitlinien zur Armutsbekämpfung. Darin werden neben ökonomischer Ungleichheit auch soziale Faktoren berücksichtigt, wozu neben Grundbedürfnissen wie Bildung und Gesundheit vor allem Menschenrechte und die gleichberechtigte Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen gezählt werden.

Die Zusammenhänge zwischen Armut und Behinderung sind komplex: Behinderung ist sowohl ein Grund für als auch eine Konsequenz von Armut. Menschen mit Behinderungen mangelt es häufig an angemessener Schulausbildung und Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit, sie sind sozial schlechter abgesichert als andere und von gesellschaftlichen Prozessen ausgeschlossen. Dies erhöht ihr Risiko, in Armut zu verfallen. Auf der anderen Seite sind arme Menschen eher von Behinderungen betroffen, da sie oft nicht in der Lage sind, sich und ihre Angehörigen ausreichend zu ernähren, im Krankheitsfall für Behandlungen aufzukommen und sich gegen soziale Risiken oder Naturkatastrophen abzusichern.

Es gibt zudem eine Reihe von Erkrankungen, die zu vermeidbaren Behinderungen führen, wenn sie unbehandelt bleiben. So sind etwa 75 Prozent der weltweiten Fälle von Blindheit vermeidbar, entweder durch Prävention oder durch Behandlung. Rund 10% der Blindheitsfälle weltweit werden allein durch behandelbare Augeninfektionen (wie Trachom und Onchozerkose / Flussblindheit) verursacht. 90 Prozent der vermeidbaren Blindheitsfälle treten in Entwicklungsländern auf. Aufgrund von fehlenden medizinischen und rehabilitativen Angeboten entwickeln sich leichte Behinderungen in vielen Fällen erst zu schweren und schwersten Behinderungen, die dann kaum noch auszugleichen sind. Wenn Erkrankungen zu langfristigen Behinderungen führen, steigt das Verarmungsrisiko und birgt zusätzlich die Gefahr der dauerhaften Armut. Umgekehrt ist Armut der entscheidende Faktor, der einen angemessenen Zugang zu präventiven, kurativen und rehabilitativen Gesundheitsdienstleistungen erschwert. Die WHO geht davon aus, dass gegenwärtig nur 1-2% der Menschen mit Behinderungen in Entwicklungsländern Zugang zu angemessenen Maßnahmen haben.

In Entwicklungsländern ist nach Schätzungen der WHO jeder zehnte arme Mensch – nach Angaben der Weltbank jeder fünfte in absoluter Armut lebende Mensch – auch von Behinderungen betroffen. Dabei sind die Lebensumstände behinderter und nichtbehinderter Armer vergleichbar, jedoch schränken Behinderungen die Möglichkeit, am gesellschaftlichen

und beruflichen Leben zu partizipieren, darüber hinaus zusätzlich stark ein. Frauen sind in vielen Zusammenhängen besonders benachteiligt: Behinderte Frauen sind mit mehrfacher Benachteiligung konfrontiert, wenn sich Diskriminierung und Exklusion im Bezug auf Geschlecht und Behinderung multiplizieren.

Auch der Weltentwicklungsbericht 2006⁸ bestätigt mit der Auswertung einer Vielzahl von Länderstudien, dass Menschen mit Behinderungen in höherem Ausmaß von Armut, Arbeitslosigkeit und fehlender Schulausbildung betroffen sind als nicht behinderte Menschen. Ohne ein Konzept zur Inklusion von behinderten Kindern und Jugendlichen in die staatlichen Schulsysteme beispielsweise bleibt ein nicht unerheblicher Teil der Heranwachsenden von Bildung ausgeschlossen. Auch Familienangehörige von behinderten Menschen sind hiervon betroffen, wenn sie aufgrund der intensiven Betreuung der von ihnen abhängigen Personen z.T. keiner Schulausbildung oder Beschäftigung nachgehen können – was besonders häufig schulpflichtige Mädchen und junge Frauen betrifft. Hinzu kommt, dass behinderte Menschen aufgrund ihres erhöhten Bedarfs an Hilfsmitteln ein höheres Einkommen benötigen, um den gleichen Lebensstandard zu erreichen wie nicht behinderte Personen⁹.

Für Menschen mit Behinderungen mit spezifischem Bedarf an die Gesundheitsdienste ihrer Länder wiegen strukturelle Probleme des Gesundheitssektors besonders schwer. Häufig fehlen ausgebildete Fachkräfte.

Auch gewaltsame Konflikte und Kriege sind weltweit eine bedeutsame Ursache für Behinderungen. In Folge von Verletzungen durch Minen und andere Explosivkörper entstehen dauerhafte Behinderungen. In von Kriegen, Bürgerkriegen und anderen gewaltsamen Konflikten betroffenen Ländern, wie z.B. Kambodscha, Angola und Mosambik, ist der Anteil von Menschen mit entsprechenden kriegsbedingten Behinderungen besonders hoch.

⁸ World Development Report 2006, "Equity and Development.",
http://wdsbeta.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2005/09/20/000112742_20050920110826/Rendered/PDF/322040World0Development0Report02006.pdf

⁹ Sen (2004), zitiert in: World Development Report 2006 (2004), Equity and Development

2.1 Millenniumserklärung und Millenniumsentwicklungsziele

Unless disabled people are brought into the development mainstream, it will be impossible to cut poverty in half by 2015 or to give every girl and boy the chance to achieve a primary education by the same date agreed to by more than 180 world leaders at the United Nations Millennium Summit in September 2000.¹⁰

Die UN-Millenniumserklärung und die Millenniumsentwicklungsziele (MDGs) markieren den Rahmen internationaler Entwicklungszusammenarbeit, deren Leitgedanken globale nachhaltige Entwicklung und partnerschaftliche Zusammenarbeit sind. Armutsbekämpfung ist dabei überwältigende Aufgabe und zentrales Ziel. Die Belange von Menschen mit Behinderungen sind in den MDGs generell impliziert. Grundbildung für alle kann nicht erreicht werden, solange behinderte Kinder davon ausgeschlossen bleiben. Behinderte Frauen sind durch ihr Geschlecht und ihre Behinderungen oftmals doppelt benachteiligt und sind in besonderem Maße Missbrauch und Gewalt ausgesetzt. Daher hat sich inzwischen die Erkenntnis durchgesetzt, dass eine Erreichung der Ziele ohne die Berücksichtigung der Bedarfe behinderter Menschen und die Förderung ihrer Rechte nicht möglich sein wird.

Eine große Rolle spielt dabei die Förderung der produktiven Fähigkeiten von behinderten Menschen und ihres Zugangs zu Arbeit. Die sozio-ökonomische Integration von Menschen mit Behinderungen ist nicht nur eine Frage ihres Rechts auf Teilhabe, sondern auch eine Voraussetzung für ein nachhaltiges und breitenwirksames Wachstum (*pro-poor growth*). Laut einer Studie der Weltbank aus dem Jahr 2000 wird der jährliche Verlust am globalen BSP durch die hohe Anzahl von nicht arbeitenden behinderten Menschen auf zwischen 1,37 und 1,95 Milliarden US Dollar geschätzt¹¹ – man kann davon ausgehen, dass dies eher konservative Schätzungen sind.

¹⁰ James D. Wolfensohn, Dezember 3, 2002, Washington Post, Page A25

¹¹ Robert L. Metts (2000): Disability Issues, Trends and Recommendations for the World Bank, WB Washington 2000, zitiert in: ILO (2002): Disability and Poverty Reduction Strategies

2.2 Verankerung der Belange von Menschen mit Behinderungen in nationalen Armutsbekämpfungsstrategien

Wichtigstes nationales Instrument der Armutsbekämpfung sind länderspezifische, umfassende Armutsbekämpfungsstrategien (*Poverty Reduction Strategy Papers / PRSP*), die von vielen Entwicklungsländern unter Einbeziehung der Zivilgesellschaft erarbeitet werden. Das Instrument PRSP wurde 1999 von der Weltbank und dem internationalen Währungsfonds initiiert, um die Armutsbekämpfung in Ländern mit geringem Einkommen effektiver mit vorhandenen Instrumenten der beiden Institutionen zu verknüpfen und den Entschuldungsprozess der am höchsten verschuldeten Länder (*Heavily Indebted Poor Countries / HIPC*) zu unterstützen. Es orientiert sich an den MDGs und gilt internationalen Gebern und Partnerländern als gemeinsame Grundlage der Zusammenarbeit.

Wie aus einer Studie der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) in 31 Ländern hervorgeht, sind Menschen mit Behinderungen in PRSP-Prozessen aber bisher kaum beteiligt. Die Studie belegt, dass Menschen mit Behinderungen und ihre Organisationen nur mangelhaft wahrgenommen und gehört werden und daher an gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen nicht angemessen teilhaben können. Lediglich in Guinea, Honduras und Malawi wurden sie in den nationalen PRSP-Prozess einbezogen.

Die meisten PRSPs erkennen die besondere Beziehung von Armut und Behinderung zwar an, versäumen jedoch, Menschen mit Behinderungen in ihre Strategien einzubeziehen. Armutsrelevante Informationen quantitativer oder qualitativer Art sind nur in Einzelfällen vorhanden, so etwa für Kambodscha und Malawi, wo statistische Daten zu verschiedenen Arten und Gründen von Behinderung und zur Bildungssituation von behinderten Kindern existieren. Im PRSP von Tansania ist die Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen inzwischen mit konkreten Zielvorgaben verankert¹², wobei die Umsetzung zeigen wird, inwiefern Menschen mit Behinderungen tatsächlich in die Entscheidungsprozesse einbezogen werden und mit welchen Resultaten.

¹² Verbesserung der Netto-Einschulungsrate von Mädchen und Jungen, inklusive behinderter Kinder, in Grundschulen von 90.5% auf 99% in 2010; Erhöhung der Raten von behinderten Mädchen und Jungen, die eine erweiterte Schule besuchen bis 2010, Reduzierung der AIDS Prävalenz behinderter Männer und Frauen zwischen 15 und 35 Jahren, Erreichen von 20% behinderter Kinder und Erwachsener mit effektiven Maßnahmen der sozialen Sicherheit bis 2010, aus dem PRSP Tansania

2.3 Wichtige internationale Organisationen und bilaterale Geber

Viele bilaterale Geber und multilaterale Organisationen haben die eigenen Strategien inzwischen um behinderungsrelevante Aspekte erweitert.

Die **Weltbank** finanziert nicht nur Projekte mit Bezug auf Behinderungen, z. B. in den Bereichen Bildung, Gesundheit, Infrastruktur und Beschäftigung, sie fördert auch Datenerhebungen und Forschung und leistet technische Unterstützung.

Die **Europäische Kommission** hat 2004 eine *Guidance Note on Disability and Development*¹³ veröffentlicht, in der verbindlich geregelt ist, wie die Belange und Rechte von Menschen mit Behinderung innerhalb der Entwicklungszusammenarbeit der Europäischen Union zu berücksichtigen sind. Hierin wird die Exklusion und besondere Verwundbarkeit von Menschen mit Behinderung problematisiert und ein vom Menschenrechtsansatz ausgehender und auf Inklusion setzender Prinzipienkatalog dargelegt.

Die **Internationale Arbeitsorganisation** (ILO) fördert mit ihrem Konzept von *decent work* Möglichkeiten der würdevollen und produktiven Erwerbsarbeit unter Bedingungen der Gleichheit und Freiheit für alle Männer und Frauen. In diesem Rahmen engagiert sie sich auch für die Belange und Rechte von Menschen mit Behinderungen und deren sozio-ökonomische Integration.^{14 15}

Als Beitrag zur Erreichung von *Education for All* (EFA) bis 2015 hat die **UNESCO** zusätzlich das *Flagship on Education for All and the Right to Education for Persons with Disabilities*¹⁶ in Kooperation mit der Universität Oslo gegründet. In diesem Rahmen werden Aktivitäten unterstützt, die unter anderem die Erweiterung von Nationalen Bildungsplänen sowie die Entwicklung spezieller Curricula und Lehrmaterialien fördern.

Die **Asian Development Bank** (ADB) arbeitet hauptsächlich im Bereich *capacity building* in ihren Mitgliedsstaaten im Bezug auf Inklusion, Teilhabe, Zugang zu und Qualität von Dienstleistungen für behinderte Menschen.¹⁷

Das **Disability Programme der United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific** (UNESCAP) unterstützt Regierungen und Behindertenorganisationen

¹³ http://europa.eu.int/comm/development/body/theme/human_social/index_en.htm

¹⁴ <http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/disability/>

¹⁵ Die ILO Konvention Nr. 159 zu "Vocational Rehabilitation of Employment of Disabled Persons" von 1983 und der ILO "Code of Practice on Managing Disability in the Workplace" von 2001 beschäftigen sich explizit mit Menschen mit Behinderung.

¹⁶ http://www.unesco.org/education/efa/known_sharing/flagship_initiatives/disability_last_version.shtml

¹⁷ <http://www.adb.org/SocialProtection/disability.asp>

im Bemühen um eine inklusive und barrierefreie Gesellschaft für Menschen mit Behinderungen.¹⁸

Die **African Decade of Disabled People** (APPD, 2000-2009) ist eine Initiative afrikanischer Behindertenorganisationen (*Disabled People's Organisations / DPOs*) in Kooperation mit der Afrikanischen Union (AU) und ist Teil der Neuen Partnerschaft für Entwicklung in Afrika (NEPAD). Ziel dieser Initiative ist es, das Bewusstsein und Engagement für die Partizipation, Gleichheit und das *empowerment* behinderter Menschen maßgeblich voranzutreiben.¹⁹

Im Dezember 2003 wurde das **Global Partnership for Disability and Development** (GPPD) initiiert. Das internationale Netzwerk verschiedener Organisationen mit Sitz bei der Weltbank in Washington hat sich zum Ziel gesetzt, die Belange von Menschen mit Behinderung in nationalen und internationalen Programmen zur Armutsbekämpfung zu stärken.

Das **Department for International Development** (DfID) in Großbritannien unterhält ein eigenes „Knowledge and Research Programme“ zu Behinderung. DfID war einer der ersten Geber, der sich systematisch mit den Zusammenhängen von Armut und Behinderung befasst hat. Das im Jahr 2000 veröffentlichte Papier „Disability, Poverty and Development“²⁰ hat eine entsprechende breite Debatte angestoßen.

Die **finnische Entwicklungskooperation** (FINNIDA) hat eine lange Tradition in der Unterstützung von Projekten für Menschen mit Behinderungen, insbesondere für Menschen mit Seh- und Hörbehinderungen. Finnland hat von 1991 bis 2003 im Schnitt rund 5% der Gesamtmittel für Entwicklungszusammenarbeit dem Bereich Menschen mit Behinderung zur Verfügung gestellt.

Auch die **Norwegische Entwicklungsagentur** (NORAD) kann auf einen umfassenden Ansatz der Inklusion von Menschen mit Behinderung in die Entwicklungszusammenarbeit verweisen. NORAD verfügt sowohl über ein Politikpapier wie über umsetzungsbestimmungen für Projekte.²¹

Die **United States Agency for International Development** (USAID) verfügt über eine spezifische Richtlinien, den Bereich Behinderung in die Projektentwicklung und – implementierung zu integrieren.

Die **Schwedische Internationale Entwicklungsagentur** (SIDA) stützt sich in der Inklusion von Menschen mit Behinderung in der Entwicklungszusammenarbeit auf internationale Instrumente, wie die UN Standard Rules, u.a. Dokumente.

¹⁸ <http://www.unescap.org/esid/psis/disability/>

¹⁹ <http://www.un.org/esa/socdev/enable/disafricadecade.htm>

²⁰ <http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/disability.pdf>

²¹ <http://www.norad.no/norsk/files/InklusionOfDisability.doc>

3. Ansätze in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

3.1. Politische Ebene

Im Aktionsprogramm der Bundesregierung zur weltweiten Bekämpfung der Armut (Aktionsprogramm 2015) werden Menschen mit Behinderungen im Kontext der Einbeziehung von benachteiligten Gruppen in Systeme der sozialen Sicherheit und im Hinblick auf Zugang zu Dienstleistungen im Bereich Gesundheit und Bildung benannt. Auch in anderen Sektoren gibt es - in der Regel auf Anfrage der Partnerländer - Projekte oder Einzelmaßnahmen zur Förderung von behinderten Menschen.

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) verpflichtet sich den Zielen eines menschenrechtlich orientierten, inklusiven Entwicklungsansatzes (*rights-based resp. inclusive development*) und einem sozialen Modell von Behinderung (*social disability model*). Er berücksichtigt vor allem die unterschiedlichen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen als heterogene Gruppe - Frauen und Männer, Kinder und Jugendliche, geistig und körperlich behinderte Menschen - und ihrer Angehörigen und stützt sich auf einen Menschenrechtsansatz wie er im *Entwicklungspolitischen Aktionsplan für Menschenrechte 2004 - 2007* („MAP“) des BMZ²² beschrieben wird. Der Aktionsplan ist die Grundlage für die praktische Arbeit der deutschen Durchführungsorganisationen und leistet so einen Beitrag zur Umsetzung der Menschenrechte. Deutschland hat sich darüber hinaus aktiv an der Arbeit zur Erstellung einer UN Konvention zum Schutz und der Förderung der Rechte von behinderten Menschen beteiligt.²³

Die deutsche EZ wird sich auch im Hinblick auf die Unterstützung der Belange von Menschen mit Behinderungen künftig an nationalen Entwicklungsstrategien / PRSPs orientieren. Ziel ist es, die Partner aktiv dabei zu unterstützen, Menschen mit Behinderungen verstärkt in die PRSP-Prozesse einzubeziehen und ihre Belange und Rechte in den Strategien mehr als bisher zu berücksichtigen.

Das internationale Netzwerk „Global Partnership for Disability and Development (GPDD)“²⁴ in dem das BMZ durch die GTZ vertreten ist, ermöglicht eine effiziente Abstimmung und Kooperation seiner Mitgliedsorganisationen.

²² Veröffentlicht in der Schriftenreihe BMZ Konzepte Nr. 127.

<http://www.bmz.de/de/service/infothek/fach/konzepte/konzept127dt.pdf>

²³ Die „Convention on the Rights of Persons with Disabilities“ wird von der 61. Generalversammlung der Vereinten Nationen im Dezember 2006 angenommen werden. Entwurf unter:

<http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahcstatusneg.htm>. Weitere Informationen zur Konvention unter

<http://www.un.org/disabilities/convention/>

²⁴<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,,contentMDK:20226537~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282699,00.html>

3.2 Umsetzungsebene

Beim so genannten *twin track approach* werden einerseits spezifische Maßnahmen für Menschen mit Behinderungen durchgeführt, andererseits wird die Bekämpfung struktureller sozialer Ungleichheiten in strategisch wichtige Bereiche der Entwicklungszusammenarbeit integriert.²⁵ In diesem Sinne führt die deutsche Entwicklungszusammenarbeit bereits Projekte durch, die sich ausdrücklich an Menschen mit Behinderungen richten. Zum anderen wird eine Vielzahl von Maßnahmen weltweit durchgeführt, von denen auch (aber nicht ausschließlich) Menschen mit Behinderungen profitieren. Dazu gehören Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs armer Bevölkerungsgruppen zu sozialen Diensten und sozialer Sicherung, zur Stärkung der Rechte benachteiligter Menschen, aber auch Vorhaben im Bereich Prävention, um Krankheiten, die zu Behinderungen und chronischen Krankheiten führen können, zu vermeiden.

In der strategischen Ausrichtung muss sicher gestellt sein, dass die Rechte von Menschen mit Behinderungen und ihre Teilhabe an allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens im Sinne des *inclusive development* gestärkt sind. Hierzu ist es notwendig, die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen mit dem Hintergrund jeweilig unterschiedlicher Lebenssituationen von Männern und Frauen bereits bei der Planung von Projekten und Programmen einfließen zu lassen und die Umsetzung und Ergebnisse systematisch zu überprüfen. Dies kann geschehen durch die Erstellung spezifischer, geschlechtsdifferenzierter Bedarfsanalysen, die konsequente Anwendung von vereinbarten Richtlinien und Standards wie z.B. die „Accessibility Principles and Guidelines“ des Europarats²⁶ sowie die Verbesserung des öffentlichen Bewusstseins über die Rechte behinderter Menschen und deren verbesserten Zugang zu relevanten Informationen.

Zusätzlich ist es erforderlich, dass die Rechte und Bedarfe von behinderten Menschen stärker in nationale Armutsbekämpfungsstrategien (PRSPs) einfließen und bei entsprechenden Eigenanstrengungen des Partnerlandes im Rahmen der EZ stärker gefördert werden.

Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit trägt zur Prävention von Behinderungen bei, indem sie in den Partnerländern einen Beitrag zu verbesserten Zugangsmöglichkeiten zu Dienstleistungen der Gesundheit, Bildung und sozialer Sicherheit leistet. Darüber hinaus sollen bei der Planung von Maßnahmen in den Bereichen Infrastruktur und Katastrophenvorsorge bei weitestgehender Beteiligung von Interessenvertretungen

²⁵ Der *twin-track approach* wird auch von der Europäischen Kommission vorgeschlagen. Vgl. EC (2004): Guidance Note on Disability and Development – for European Union Delegations and Services, Brüssel.

²⁶ Council of Europe (1998): Accessibility: Principles and Guidelines. http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Accessibility-%20principles%20and%20guidelines.pdf

behinderter Menschen verstärkt Vorabprüfungen hinsichtlich der Einbeziehung bzw. des ungewollten Ausschlusses von Menschen mit Behinderungen verankert werden.

Mit der von der deutschen EZ unterstützten Studie "Disability and Infrastructure"²⁷ liegt eine Sammlung von internationalen *best practice* - Beispielen und konkreten Handlungsempfehlungen zum behindertengerechten, auf Entwicklungsländer angepassten und kostengünstigen Aufbau von barrierefreien Strukturen vor. Die Empfehlungen der Studie unterstützen Entscheidungsträger und Durchführungsorganisationen dabei, die Einbeziehung spezifischer Maßnahmen im Infrastrukturbereich als Möglichkeit zur Armutsminderung zu erkennen und die spezifischen Bedarfe behinderter Menschen in die Projekt- und Programmplanung zu integrieren. Hierzu wurden die wesentlichen Empfehlungen der Studie auch in die OECD/DAC "Guiding Principles on Using Infrastructure to Reduce Poverty" eingebracht.

Die Flutwelle in Südostasien (Tsunami) Ende 2004 hat deutlich gemacht, dass Menschen mit Behinderungen auf spezifische Art und Weise von Katastrophen betroffen sind und dass es etwa bei einem Wiederaufbau zerstörter Infrastruktur notwendig ist, die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen einzubeziehen. Hier ist eine enge Kooperation mit Betroffenen und ihren Interessensverbänden gefragt, um deren spezifische Belange in die jeweiligen nationalen Richtlinien zum Wiederaufbau zu integrieren. Neben einer möglichst frühen Einbeziehung von Betroffenen in den Planungsprozess bedarf es weiterer Aufklärungs- und Lobbyarbeit, um die Rechte von behinderten Menschen und die Wichtigkeit ihrer Partizipation in den gesellschaftlichen Diskursen zu verankern.

Aktivitäten zur gesamtgesellschaftlichen Teilhabe von behinderten Menschen werden zunehmend durch Maßnahmen der sozialen Sicherung unterstützt. Diese können einerseits durch staatliche Sicherungssysteme und andererseits durch private Versicherungen oder informelle Solidargemeinschaften abgedeckt werden – wichtig ist aber ein staatliches Regelwerk zu sozialer Sicherung. Dazu gehören Formen der Erwerbs- und Einkommenssicherung, u.a. Behindertenrenten und Mikrokredite, und der Gesundheitssicherung. In gut ausgebauten Systemen profitieren von Armut Betroffene und nur bedingt Selbsthilfefähige wie Menschen mit Behinderungen von Sozialleistungen wie Sachleistungen oder Sozialtransfers (*vouchers, social cash transfers*). Mit Hilfe von *Targeting*-Methoden werden vorhandene Mittel zur Armutsbekämpfung gezielt an bedürftige Zielgruppen transferiert. Einkommensschaffende Maßnahmen befördern darüber hinaus die soziale und wirtschaftliche Unabhängigkeit behinderter Menschen und stärken sie in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe und der Verwirklichung ihres Rechts auf einen angemessenen

²⁷ GTZ/STAKES (2004): Integrating Appropriate Measures for People with Disabilities in the Infrastructure Sector, Eschborn, <http://www.gtz.de/de/dokumente/en-disability-infrastructure-2004.pdf>

Lebensstandard. Im Bemühen um die Verwirklichung des Rechts auf einen Gesundheit gewährleistenden Lebensstandard, und des Zugangs zu Gesundheitsdiensten für alle ist es ein besonderes Anliegen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit, die Partnerländer bei der Stärkung ihrer nationalen Sicherungssysteme dabei zu beraten, den am schlimmsten von Armut betroffenen Menschen eine Absicherung im Krankheitsfall zu ermöglichen. So sollen vor allem individuelle Direktzahlungen im Krankheitsfall vermieden werden: Bei geringem Einkommen können Kosten für Gesundheitsdienstleistungen im Verhältnis so hoch sein, dass sie zu einer finanziellen Katastrophe für den Haushalt führen (*catastrophic health expenditure*). Ausgaben im Krankheitsfall sind in Entwicklungsländern einer der häufigsten Ursachen, dass Haushalte in absolute Armut verfallen.²⁸ Um dies zu vermeiden, wird gezielt der Auf- und Ausbau von sozialen Krankenversicherungssystemen gefördert. Dabei ist es sinnvoll, gemeindebasierte Mikroversicherungen, private Versicherungen und staatliche Systeme zu einem umfassenden und leistungsfähigen Sicherungssystem zu integrieren.

4. Aktivitäten der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

In der bilateralen Zusammenarbeit hat Deutschland in den letzten 20 Jahren bisher rund 180 Vorhaben in 40 Ländern gefördert, in denen Menschen mit Behinderungen unterstützt werden. Insgesamt richten sich 30 dieser Vorhaben unmittelbar an diese Zielgruppe, 15 davon befinden sich in der Durchführung²⁹. Im Rahmen der Technischen Zusammenarbeit wurden für diese 30 Vorhaben insgesamt etwa 70 Mio. Euro bereitgestellt. Darüber hinaus unterstützen Kirchen und private Träger mit Mitteln des BMZ zusätzlich Projekte in Höhe von rund 21 Mio. Euro. Hinzu kommt eine Vielzahl spendenfinanzierter Projekte, die im Bereich der nichtstaatlichen Entwicklungszusammenarbeit durchgeführt werden.

4.1 Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH

Die Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) führt im Auftrag des BMZ hauptsächlich Projekte für Menschen mit Behinderungen durch, die den Aufbau von Strukturen im Gesundheits- und Bildungsbereich, die Stärkung von Managementkapazitäten und die Ausbildung von Fachkräften zum Ziel haben. Beispiele sind die Rehabilitation von körperbehinderten Menschen oder die Konzeptentwicklung und Förderung integrativer sonderpädagogischer Einrichtungen (vgl. Kasten). Gleichzeitig trägt die GTZ durch die

²⁸ Jedes Jahr sind weltweit rund 44 Millionen Haushalte (oder rund 150 Millionen Individuen) solchen ruinösen Gesundheitsausgaben ausgesetzt. Als Folge werden jedes Jahr rund 25 Millionen Haushalte (oder rund 100 Millionen Betroffene) durch solche massiven Gesundheitskosten in absolute Armut getrieben. WHO (2005): Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure. Geneva, S. 2.

Unterstützung ihrer Partnerländer beim Aufbau und der Reform sozialer Krankenversicherungen dazu bei, dass auch Menschen mit Behinderungen besser in soziale Sicherungssysteme einbezogen und somit vor einem Abgleiten in Armut aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation besser geschützt sind.

Bisher haben die Langzeitprojekte der GTZ im Auftrag des BMZ vor allem einen Schwerpunkt im Bereich der Rehabilitation. Diese werden häufig in Ländern durchgeführt, die von gewalttätigen Konflikten betroffen waren und dementsprechend viele ehemalige Kombattanten und Zivilpersonen mit Körperbehinderungen aufweisen. Die Versorgung der körperbehinderten Menschen wird dabei durch Ansätze gemeindegetragener Rehabilitation (*Community Based Rehabilitation*, CBR) ergänzt und in umfassende Public Health - Ansätze eingebettet. In einigen Fällen werden die Projekte der GTZ in diesem Bereich von einkommensschaffenden Maßnahmen sowie der engen Kooperation mit Universitäten und Nichtregierungsorganisationen begleitet. Die Erfahrungen wurden zusammen mit einer Reihe von internationalen Organisationen, wie WHO und ISPO³⁰, aufgearbeitet und 1996 im Rahmen einer internationalen Konferenz in Wuhan, China in der so genannten Wuhan-Deklaration³¹ skizziert.

In den vom Tsunami betroffenen Ländern Sri Lanka und Indonesien wird versucht, im Rahmen der Wiederaufbau – und Rehabilitationsprojekte bei Neubauten bereits auf behindertengerechte Strukturen von Gebäuden und Serviceeinrichtungen wie Krankenhäuser zu achten und die Betroffenen einzubeziehen. In Sri Lanka ist dies auch in den nationalen Richtlinien zum Wiederaufbau verankert.

²⁹ Stand April 2006

³⁰ International Society for Prosthetics and Orthotics

³¹ <http://www.ispo.ws/HTML/Page-Wuhan-Declaration.htm>

Projektbeispiele

El Salvador/Zentralamerika

Die regionale Maßnahme, die aus dem abgeschlossenen Projekt am *Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de los Inválidos (ISRI)* in El Salvador hervorgegangen ist, hat die Entwicklung eines umfassenden Konzepts für körperbehinderte Menschen voran getrieben und es maßgeblich in der nationalen Gesundheits- und Sozialpolitik verankert. Außerdem wurde im Rahmen der verstärkten Bemühung um Kooperationen mit Nichtregierungsorganisationen zusammen mit der katholischen Universität Don Bosco ein Ausbildungsgang für Orthopädietechniker (ISPO Kategorie II) aufgebaut. Don Bosco ist unter anderem aufgrund der Anerkennung als *Collaborating Center* der WHO inzwischen das führende Ausbildungszentrum im Orthopädiebereich in Lateinamerika. So wurde durch dieses Vorhaben auch ein wertvoller Beitrag zur Etablierung einer Berufsgruppe für den lateinamerikanischen Arbeitsmarkt geleistet. Das Projekt ist inzwischen abgeschlossen.

Vietnam

Dieses Projekt hat den Aufbau eines Ausbildungsganges nach ISPO (*Society for Prosthetics and Orthotics*) II zum Ziel. Dabei kooperiert die GTZ mit dem Gesundheitsministerium und berät das Sozialministerium beim Ausbau seiner orthopädietechnischen Versorgungsstrukturen. In einer zusätzlichen Mikrofinanzierungsmaßnahme erhalten körperlich behinderte Männer und Frauen einen Kleinkredit zum Aufbau existenzsichernder Maßnahmen. Damit leistet das Projekt auch einen Beitrag zur sozialen Sicherheit.

Ghana

Hier unterstützt die GTZ die Bildung von Integrationsklassen an Regelschulen zur Unterrichtung von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. Daneben werden Modelle für deren nachschulische Eingliederung in das produktive Umfeld ihrer Familien entwickelt und erprobt, damit sie zum Familieneinkommen und damit auch der eigenen Unterhaltssicherung beitragen können. Die Beratung von Partnern im Bereich der Sonderpädagogik sowie die Fortbildung von Lehrkräften bilden einen weiteren Schwerpunkt des Projekts.

Überregional (Südliches Afrika)

Das Projekt zur Rehabilitation von durch Krieg und Minen behinderten Jugendlichen durch sportliche Aktivitäten hat zum Ziel, behinderten Jungen und Mädchen zu ermöglichen, ihre psychischen und körperlichen Kräfte durch Spiel- und Sportaktivitäten zu stärken. Hierdurch wird ihre Rehabilitation gefördert und ihre gesellschaftliche Integration erleichtert. Durch das Projekt konnten wichtige Erfahrungen im Bereich der Sportpädagogik gesammelt und in Form von Trainingsanleitungen und Handreichungen aufgearbeitet werden. Das Projekt ist Ende 2005 ausgelaufen.

4.2 Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW)

Die Finanzielle Zusammenarbeit (FZ) finanziert im Gesundheitsbereich u.a. Krankenhausrehabilitationen und -ausstattung. Dazu gehören die Beschaffung orthopädischer Geräte und Instrumente sowie die Ausstattung von Abteilungen für Physiotherapie. Diese infrastrukturellen Voraussetzungen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Prävention bzw. Minderung potentieller Behinderung durch medizinische Behandlung.

Darüber hinaus kann durch die FZ-Kofinanzierungen für die nationalen Polioausrottungsprogramme in Indien und Nigeria eine große Zahl von Kinderlähmungsfällen mit Folgeschäden in Form bleibender Körperbehinderung verhindert werden.

Ein FZ-Vorhaben, das speziell auf Menschen mit Behinderung ausgerichtet ist, ist die medizinische Rehabilitation von Kriegsversehrten in Krisenregionen Zentralafrikas sowie deren soziale und ökonomische Reintegration in die Gesellschaft. Der dabei verfolgte Durchführungsansatz greift Erfahrungen mit Gutscheinsystemen auf (Output-Based Aid). Das Konzept sieht die Bereitstellung spezieller Gesundheitsdienstleistungen vor – z.B. die Versorgung von Kriegsversehrten mit Prothesen – und stellt so sicher, dass das Subventionselement der armen Bevölkerung über die Bereitstellung von Gutscheinen³² für die Inanspruchnahme der Leistung direkt zukommt. Finanziert werden demnach ausschließlich vorab definierte Produkte und bereits erbrachte Dienstleistungen. Damit ist die Leistungsbereitstellung institutionell von der sozialpolitischen Steuerung getrennt. Die wesentlichen Vorteile, die sich bei der Verfolgung dieses Ansatzes im Gegensatz zur Input-Finanzierung ergibt, liegen in der Sicherstellung der Zugänglichkeit der medizinischen Dienstleistungen für die Kriegsversehrten, in der gezielten Leistungssubventionierung und der Effizienzsteigerung des öffentlichen Mitteleinsatzes sowie in der Sicherung einer standardisierten Leistungsqualität. Erfahrungen belegen dies bereits: das Gutscheinsystem ermöglicht den aus Kriegsgebieten zurückkehrenden Kriegsversehrten den Zugang zur Gesundheitsversorgung; und aufgrund der Tatsache, dass die Krankenhäuser eine sichere und angemessene Entlohnung für ihre Dienstleistungen erhalten, werden diese in akzeptabler Qualität standardisiert erbracht.

³² In Ruanda beispielsweise leben etwa 70 % der Ex-Kombattanten unterhalb der Armutsgrenze.

Unterstützung der Reintegration von Ex-Kombattanten in Ruanda

Im Rahmen des seit 1997 existierenden ruandischen Demobilisierungs- und Reintegrationsprogramm (RDRP) unterstützt die FZ die soziale und wirtschaftliche Reintegration von Ex-Kombattanten in die ruandische Gesellschaft mit verschiedenen Maßnahmen. Unter anderem sollen im Rahmen des Programms behinderte bzw. chronisch kranke Ex-Kombattanten medizinisch behandelt und rehabilitiert und somit in die Lage versetzt werden, einer Beschäftigung besser als zuvor nachzugehen. Dies schließt die Versorgung mit Mobilitätshilfen ebenso ein wie die Finanzierung von Ausstattungshilfen und Verbrauchsgütern für Kliniken, die in größerem Umfang Kriegsversehrte betreuen. Das medizinische Programm soll kriegsversehrte und chronisch kranke ehemalige Kämpfer erreichen, deren Invaliditätsgrad über 30 % liegt. Ferner inbegriffen ist ein Konzept zur Reintegration von Schwerstbehinderten in ihre Familien und Heimatgemeinden sowie in den Beruf, deren Behinderung eine Verbesserung durch medizinische Behandlung sehr unwahrscheinlich macht.

Hierbei erfolgt die Steuerung der medizinischen Komponente durch die Ruanda Demobilisation and Reintegration Commission (RDRC), die mit Dienstleistern (Krankenhäusern, NGOs) Leistungsverträge abschließt. Gegen Vorlage eines Behandlungsrezepts, das im Rahmen des Demobilisierungsprozesses ausgehändigt wird, behandeln die Krankenhäuser Ex-Kombattanten und können sich damit die Kosten von der RDRC erstatten lassen.

4.3 InWEnt

InWEnt – Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH steht für Personal- und Organisationsentwicklung in der internationalen Zusammenarbeit. Zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Behinderungen führt InWEnt vor allem Programme im Gesundheitssektor durch. Im Mittelpunkt steht dabei die Fort- und Weiterbildung von Fachkräften. Dies geschieht vor allem mit dem Ziel der Förderung der sozialen und wirtschaftlichen (Re-)Integration Körperbehinderter und der Bereitstellung einer speziellen medizinischen Versorgung für traumatisierte Menschen. Beispiele sind die Verbesserung orthopädietechnischer Versorgungs- und Ausbildungsstrukturen in Afrika – etwa in (Post-)Konfliktländern und im südlichen und östlichen Afrika - sowie der Aufbau eines medizinischen Versorgungsangebots in Afghanistan, das die besonderen Bedürfnisse traumatisierter Frauen und Mädchen berücksichtigt.

Die Programme für Menschen mit Behinderungen von InWEnt richten sich vorrangig an (Post-)Konfliktländer. Als Folge der gewalttätigen Auseinandersetzungen sind Körperbehinderungen ein gravierendes Problem aber auch psychische Traumata, die insbesondere im Zusammenhang mit ärztlicher Behandlung wieder aufleben können. InWEnt arbeitet in Afrika mit einer Trainingseinrichtung für Orthopädietechnik zusammen und in Afghanistan mit medica mondiale. Die Programmansätze werden in Abstimmung und Koordination mit den zuständigen Ministerien der Partnerländer, internationalen Organisationen wie dem UNHCR, ISPO und deutschen EZ-Partnern durchgeführt.

Projektbeispiele

Tansania Orthopädietechnik

Das von der GTZ 1981 mitaufgebaute *Tanzanian Training Centre* TATCOT ist eine der wenigen Einrichtungen in Afrika, die Ausbildung und Training zu Orthopädietechnik anbieten. InWEnt ermöglicht Fachkräften aus (Post-)Konfliktländern in Afrika die Teilnahme an Langzeitkursen bei TATCOT. Sie erhalten Stipendien für einen 3-jährigen Diplomkurs zu Orthopädietechnik bzw. für einem einjährigen „Wheelchair“-Kurs. Zur Stärkung der Strukturen und Verbesserung des regionalen Fortbildungsangebots auf dem Gebiet der medizinischen Rehabilitation unterstützt InWEnt TATCOT beim Marketing der Kurse und bei der Entwicklung von eigenen E-learning-Angeboten zu diesem Themenfeld. Dazu wurde auch ein Workspace mit TATCOT auf der InWEnt-Onlineplattform Global Campus 21 (GC 21) eingerichtet. InWEnt unterstützt gegenwärtig die Entwicklung eines E-learning-Kurses, der in der Fernlehre für Orthopädietechniker eingesetzt werden soll (Beispiel Kurs des GTZ-Projekts an der Universität Don Bosco/El Salvador). Eine Anerkennung des Kurses durch die ISPO (International Society for Prosthetics and Orthotics) wird angestrebt.

Afghanistan

Gewalterfahrungen während des Krieges oder im häuslichen Umfeld führen häufig zu lang anhaltenden psychischen Traumata, die auch den Alltag beeinflussen. Um Frauen und Mädchen, die beispielsweise Vergewaltigungen erlebt haben, die Inanspruchnahme von ärztlicher Versorgung zu erleichtern und erneute Traumata zu vermeiden, ist es erforderlich, medizinisches Personal für einen adäquaten Umgang mit solchen Patientinnen zu schulen. In Kooperation mit medica mondiale wurden daher in Deutschland lebende afghanische Ärztinnen und Hebammen auf einen Einsatz in Afghanistan vorbereitet und im Umgang mit traumatisierten Patientinnen geschult. Sie haben in Kurzeinsätzen in Afghanistan eine adäquate Versorgung angeboten und afghanische Kolleginnen geschult, so dass nach der Rückkehr vor Ort lokale Kapazitäten weiter bestehen. Das Projekt ist inzwischen abgeschlossen.

4.4 Deutscher Entwicklungsdienst (DED)

Der DED hat in verschiedenen Ländern - so in Togo, Sambia, Thailand, Namibia und Vietnam -, Projekte zur Verbesserung der Lage körperlich und geistig behinderter Menschen gefördert. Wegweisend, war dabei die Arbeit auf ländliche und benachteiligte Bevölkerungsgruppen auszurichten, elementaren Diensten für breitere Kreise den Vorzug vor spezialisierten Angeboten für kleine privilegierte Gruppen zu geben, der (Früh-)prävention neben der therapeutischen Versorgung einen gleichwertigen Rang einzuräumen und durch Qualifizieren der einheimischen Fachkräfte und Einbeziehen der Familie und des sozialen Umfeldes eine nachhaltige Wirkung anzustreben.

Methodischer Ansatz war die kollegiale Zusammenarbeit mit einheimischen Fachkräften in der direkten Zielgruppenarbeit bzw. in der Herstellung von orthopädischen Hilfsmitteln mit dem Ziel, Standards „guter Praxis“ zu gewährleisten und zu verankern, worin bei den oft nicht nur unzureichend ausgebildeten, sondern auch kaum angeleiteten und supervidierten

Fachkräften in peripheren Einrichtungen die Hauptaufgabe zu sehen ist. Dazu kommt in begrenztem Umfang die Sicherung eines Minimums an technischen Voraussetzungen durch finanzielle Zuwendungen. Eingesetzte Fachkräfte waren und sind bis heute hauptsächlich Physiotherapeutinnen (und Therapeuten), Orthopädiemechaniker und vereinzelt Sonderpädagoginnen.

Seit dem Jahr 2000 konzentriert sich der DED in der Behindertenarbeit auf Vietnam, die bis 2006 auf 8 Plätze, einschließlich einer Koordinatorenstelle, ausgebaut wurde, und damit das gesamte Engagement im Schwerpunktsektor Gesundheit in diesem Land repräsentiert. Es umfasst verschiedene spezifische Ansätze, in denen neben der praktischen Zusammenarbeit der Anteil an Beratung sowie Training und Ausbildung gewachsen ist, und zielt auf Berücksichtigung als Querschnittsthema in den übrigen DED-geförderten Projekten.

Einheimische Fachkräfte, die Rahmen von DED-Projekten tätig sind, werden in einigen Fällen vorübergehend finanziert, um den Übergang von Kompetenzen nach Abschluss eines Projektes abzusichern. Einheimische als Interessenvertretung der Zielgruppen fungierende Organisationen können finanziell gefördert werden.

Projektbeispiele

Vietnam

Zusammen mit dem *Office of Genetic Counselling and Disabled Children* (OGCDC) des Hue Medical College und mit der Christian Blind Mission (CBM) wird die Integration von Kindern mit geistigen Behinderungen in allgemeine Kindergärten und Grundschulen gefördert. Das Projekt für die Thua Thien Hue Provinz soll als Modell für die landesweite Übernahme durch die Regierung dienen. Die Lehrer werden für den Umgang mit geistig behinderten Kindern trainiert und die Eltern sensibilisiert. Gleichzeitig wird versucht das gesellschaftliche Problembewusstsein zu schärfen. Ein Counterpart ist für die Fortsetzung der Arbeit nach Schluss des Projektes ausgebildet worden.

Im „Dorf der Freundschaft“ in Ha Thay werden Physiotherapeuten in modernen Konzepten der Entwicklungsförderung behinderter Kinder und Jugendlicher (u.a. Bobath, PNF) weitergebildet. Sie lernen, differenzierte Befunde zu erheben, Behandlungspläne zu erstellen und geeignete Hilfsmittel anzuwenden. Dabei wird den z.T. wenig bekannten aktivierenden Verfahren, die unabhängig von Fachkräften durchgeführt werden können, besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

4.5 Nichtregierungsorganisationen

In den Partnerländern arbeiten GTZ, KfW und InWEnt eng mit Nichtregierungsorganisationen und anderen Institutionen, z.B. Universitäten, zusammen. Diese Kooperationen sollen gepflegt und ausgeweitet werden. Auch in Deutschland wird ein intensiver Dialog der Durchführungsorganisationen der staatlichen Entwicklungszusammenarbeit mit den verschiedenen in der Behindertenarbeit tätigen Nichtregierungsorganisationen gepflegt. Der politische Dialog findet mit der VENRO-Arbeitsgruppe Behindertenarbeit in Entwicklungsländern statt. In der Arbeitsgruppe sind u.a. die Nichtregierungsorganisationen Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit, Caritas International, Christoffel-Blindenmission, Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe (DAHW), Deutsches Blindenhilfswerk, EIRENE, Handicap International, Kindernothilfe, Bundesvereinigung Lebenshilfe, medico international und Misereor vertreten.

Daneben gibt es einige Ansätze für die Kooperation von staatlicher mit nichtstaatlicher Entwicklungszusammenarbeit. So kooperiert die GTZ pilothaft in einem Projekt mit der Christoffel-Blindenmission und Handicap International in Vietnam und Kambodscha, bei dem unter dem Titel "Making PRSPs inclusive", die Prozesse, die zur Erstellung nationaler Armutsbekämpfungsstrategien führen, im Hinblick auf die Einbeziehung der Rechte und Belange behinderter Menschen angepasst werden.

Und wie sieht es bei uns selbst aus....?

Menschen mit Behinderungen ...

.... im Bundesministerium für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit

Im BMZ gibt es derzeit 36 schwerbehinderte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Dies entspricht einer Quote von 6,2 % bezogen auf die gesamte Belegschaft. Das BMZ kommt damit seit Jahrzehnten der gesetzlichen Pflicht zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen nach. Schwerbehindertenvertretung und Personalrat haben der Verwaltung vor kurzer Zeit einen Entwurf für eine Integrationsvereinbarung übermittelt. Das neue Schwerbehindertengesetz, integriert in das Sozialgesetzbuch IX, hat mit der Integrationsvereinbarung ein neues Instrument zur beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung eingeführt. Konkret verpflichtet diese Vorschrift den Dienstherrn mit der Schwerbehindertenvertretung und dem Personalrat auf die Dienststelle zugeschnittene Integrationsziele festzulegen und verbindlich in einer Vereinbarung abzuschließen.

.... im Unternehmen GTZ

In der Zentrale der GTZ in Eschborn sind rund 50 Personen, Männer und Frauen gleichermaßen als schwerbehinderte Menschen nach dem deutschen Schwerbehindertengesetz gemeldet. Dies entspricht einem Anteil an der Gesamtheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von rund 4,5%.

.... in der KfW Entwicklungsbank

Die Quote der schwerbehindert Beschäftigten betrug im Jahr 2005 in der gesamten KfW Bankengruppe 5,39 %.

... bei InWEnt

InWEnt beschäftigt zur Zeit etwa 40 schwerbehinderte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Dies entspricht einem Anteil von rund 5%. InWEnt hat eine Integrationsvereinbarung geschlossen, die dazu beitragen soll, die Arbeitsplätze behinderter Mitarbeiter zu sichern und bei neu zu besetzenden Arbeitsplätzen im Betrieb beschäftigte schwerbehinderte Menschen zu berücksichtigen oder geeignete schwerbehinderte Menschen von außen einzustellen.

... im DED

Unter den rund 230 hauptamtlichen Beschäftigten des DED im In- und Ausland befinden sich 12 gesetzlich anerkannte schwerbehinderte Menschen. Unter den entsandten Fachkräften findet sich ein ähnlich großer Anteil von Personen mit Behinderungen und gesundheitlichen Einschränkungen.



Im Auftrag des



Bundesministerium für
wirtschaftliche Zusammenarbeit
und Entwicklung

