



Inklusion von Menschen mit Behinderungen in Maßnahmen im Gesundheitssektor



1. GESUNDHEITSVERSORGUNG FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN

MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN SIND BEIM ZUGANG ZU GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN WIE GESUNDHEITSBILDUNG UND -FÖRDERUNG, PRÄVENTION, BEHANDLUNG UND REHABILITATION BENACHTEILIGT UND HABEN DESHALB IN HÖHEREM MASSE UNGEDECKTE BEDÜRFNISSE BEI DER GESUNDHEITSVERSORGUNG.



BEHINDERUNG VERSTEHEN

Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.

(VN-Behindertenrechtskonvention, Art. 1)

Über eine Milliarde Menschen oder ca. 15 % der Weltbevölkerung haben eine Behinderung. Geschätzte 80 % von ihnen leben in sogenannten Entwicklungsländern. Menschen mit Behinderungen haben in allen Bereichen der allgemeinen Gesundheitsversorgung die gleichen Bedürfnisse wie der Rest der Bevölkerung. Daneben benötigen sie aufgrund ihrer Behinderung oft spezielle Gesundheitsdienste. Eine Reihe sozialer, ökonomischer und systembedingter Barrieren schränkt ihren Zugang zu Gesundheitsversorgung und -information jedoch erheblich ein. Dazu gehören u.a. unzugängliche Ausstattung und Räumlichkeiten, Mangel an relevanten Gesundheitsleistungen, unzureichende Fähigkeiten oder eine negative Haltung des Gesundheitspersonals, Kommunikationsschwierigkeiten sowie indirekte Kosten (z.B. für Transport). Menschen mit Behinderungen leben mit größerer Wahrscheinlichkeit in Armut, was sie anfälliger für Gesundheitsprobleme macht. Oftmals sind sie daher auch nicht in der Lage, sich notwendige allgemeine oder spezielle Gesundheitsdienste zu leisten. Die Wechselwirkungen zwischen Geschlecht und Behinderung verstärken oft die Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit und Zugang zu Gesundheitsleistungen: Frauen mit Behinderungen haben ein größeres Risiko, sexueller oder häuslicher Gewalt ausgesetzt zu sein und sind aufgrund von Vorurteilen hinsichtlich Sexualität und Behinderung oft von sexual- und reproduktionsmedizinischer Versorgung ausgeschlossen.

“Inklusive Gesundheitsversorgungsmodelle sind aufgrund des Zusammenhangs zwischen Behinderung und Armut für Regierungen bei der Planung von Programmen zur Armutsreduzierung von zentraler Bedeutung.“

Stein, M.A. et al. (2009). Health Care and the UN Disability Rights Convention. *The Lancet*, 374, 1797.

In den vergangenen neun Jahren hat das Sektorvorhaben ‘Inklusion von Menschen mit Behinderungen’ im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) Programme in mehr als zehn Partnerländern darin unterstützt, die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen zu verbessern. Diese Publikation fasst unsere Erfahrungen hierzu zusammen und bietet Orientierung, wie die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen erfolgreich in der programmatischen Arbeit zu Gesundheitsförderung und Stärkung von Gesundheitssystemen umgesetzt werden können. Sie richtet sich an Fachkräfte in der Entwicklungszusammenarbeit und der Community of Practice und gibt Orientierung, um die (Selbst-)verpflichtung des BMZ zur Inklusion von Menschen mit Behinderungen im Gesundheitssektor umzusetzen.

2. POLITISCH-STRATEGISCH UND RECHTLICHER RAHMEN FÜR DIE INKLUSION VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN IN DER GESUNDHEITZUSAMMENARBEIT

EINE REIHE INTERNATIONALER, REGIONALER UND NATIONALER VEREINBARUNGEN GEBEN DEN RAHMEN FÜR DIE INKLUSION VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN IN GESUNDHEITSBEZOGENEN ENTWICKLUNGSMASSNAHMEN VOR.

INTERNATIONALE INSTRUMENTE

Die **Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (VN-BRK)** von 2006 spielt eine wesentliche Rolle in der Etablierung von Behinderung als Menschenrechtsthema. Deutschland und die Mehrheit der Partnerländer haben die VN-BRK ratifiziert. Die Konvention erkennt die wichtige Rolle der internationalen Zusammenarbeit in ihrer Umsetzung an: Artikel 32 verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, ihre Entwicklungszusammenarbeit inklusiv und zugänglich für Menschen mit Behinderungen zu gestalten. Artikel 25 fordert einen umfassenden Gesundheitsschutz für Menschen mit Behinderungen, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, die die unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern, Mädchen und Jungen mit Behinderungen berücksichtigt. Artikel 26 verpflichtet zur Organisation von Habilitations- und Rehabilitationsdiensten, einschließlich medizinischer Rehabilitation und unterstützender Hilfsmittel und Technologien (Artikel 4, 20, 26).

Das Leitmotiv der **Agenda 2030 ‘Niemanden zurücklassen’** ist ein weiterer Bezugsrahmen für die Inklusion von Menschen mit Behinderungen in die Gesundheitszusammenarbeit: Die Agenda und fünf der 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) berücksichtigen Menschen mit Behinderungen explizit. Unterziel 8 von **SDG 3 ‘Gesundheit und Wohlergehen’** fordert, den Zugang zu Gesundheitsdiensten für alle zu verbessern. Ein Fokus auf Menschen mit Behinderungen, die *‘größte Minderheitengruppe der Welt’*, ist dabei für das Erreichen einer universellen Gesundheitsversorgung (UHC) unabdingbar. Der globale Indikatorenrahmen beinhaltet zudem die Aufschlüsselung der Daten nach Behinderung, einschließlich derer zu SDG 3.

Globale, regionale und nationale Aktionspläne und Strategien

Die Implementierung der VN-BRK wird durch globale und regionale Instrumente zum Thema Behinderung unterstützt: Der *Globale Aktionsplan Behinderung 2015-2021* der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beinhaltet die Verbesserung des Zugangs zu Gesundheits- und Rehabilitationsleistungen und -programmen und der Erhebung von Daten zu Behinderung.



Sowohl die *Incheon Strategy to ‘Make the Right Real’ for Persons with Disabilities in Asia and the Pacific* als auch das *Protocol to the African Charter on Human and People’s Rights on the Rights of Persons with Disabilities in Africa* beinhalten den Zugang zu Gesundheitsdiensten und medizinischer Rehabilitation.

Viele Partnerländer, wie z.B. Kambodscha und Tansania, haben Instrumente zur Förderung der Gesundheit und des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen für Menschen mit Behinderungen, an denen wir uns orientieren bzw. die wir unterstützen können: Gesetze, Strategien oder Aktionspläne zu Behinderung mit Zielen und Maßnahmen im Bereich Gesundheit und Rehabilitation oder solche zu Gesundheit, die Menschen mit Behinderungen berücksichtigen.

Die Inklusion von Menschen mit Behinderungen ist ein wichtiges Prinzip der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Auf einen ersten *Aktionsplan zur Inklusion von Menschen mit Behinderung* im Jahr 2013 folgt eine neue übersektorale Strategie zur Inklusion von Menschen mit Behinderungen. Sie buchstabiert gemäß Artikel 32 der VN-BRK die Umsetzung der (Selbst-)verpflichtung zur Inklusion, unter anderem im Gesundheitssektor, aus und sieht die verbesserte Erhebung von Daten zu Behinderung vor.

3. INKLUSION: UMSETZUNG POLITISCH-STRATEGISCHER ZIELE/VERPFLICHTUNGEN IM GESUNDHEITSSSEKTOR

DIE DEUTSCHE ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT BIETET WERTVOLLE ERFahrungen UND ERKENNTNISSE ZUR ERFOLGREICHEN INKLUSION VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN IN DIE GESUNDEITZUSAMMENARBEIT:

Schlüsselprinzipien behinderungsinklusiver Programmarbeit im Gesundheitssektor

TEILHABE VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN UND IHRER REPRÄSENTATIVEN ORGANISATIONEN (SVOS)

Die VN-BRK betont die Verpflichtung zur Einbindung von Menschen mit Behinderungen und ihrer Organisationen in der Implementierung. Ihre Beteiligung in Planung, Umsetzung und Evaluierung von Gesundheitsinterventionen bietet uns ein tieferes Verständnis für die Gesundheitssituationen von Menschen mit Behinderungen, die Barrieren, die ihnen den Zugang zu Gesundheitsleistungen erschweren und die Expertise, wie wir ihren Gesundheitsbedürfnissen entsprechen können. Maßnahmen zur Stärkung der organisatorischen Kapazitäten von SVOs sowie ihrer Kompetenzen in gesundheitsbezogenen Aspekten der VN-BRK und der Agenda 2030 helfen ihnen und ihren Mitgliedern dabei, wichtige Partner und *peer educators* zu werden. Die Zusammenarbeit mit einem SVO Dachverband bietet Zugang zu einem Netzwerk von lokalen SVO. Das bietet die Möglichkeit, die Kapazitäten dieser Mitglieds-SVO zu stärken und sie für die inklusive Umsetzung von Projektaktivitäten einzubeziehen. Um die Wirksamkeit unserer Maßnahmen für Menschen mit Behinderungen sicherzustellen, ist es wichtig, ihre Teilhabe in allen Phasen des Projektzyklus zu institutionalisieren. Dies kann z.B. in Form einer formalen Partnerschaft oder durch ihre Mitgliedschaft in Steuerungs- oder Beratungskomitees sichergestellt werden.

ZUSAMMENARBEIT MIT VERSCHIEDENEN AKTEUREN UND SEKTOREN

Eine Vielzahl an Akteuren auf unterschiedlichen Ebenen (von Entscheidungs- zu Implementierungsebenen) spielen eine Rolle in der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen: Entscheidungsträger*innen im Gesundheitsbereich (*Achtung: manchmal ist die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen zwischen Gesundheits- und Sozialministerien aufgeteilt*), öffentliche und private Anbieter von Gesundheitsleistungen, lokale Regierungen/Administrationen, NRO, SVO, und Anbieter für traditionelle oder informelle Gesundheitsleistungen. Um Kapazitäten und (politische) Unterstützung für die Inklusion von Menschen mit Behinderungen in Gesundheitsleistungen und -planung zu stärken, ist es wichtig, mit den unterschiedlichen Akteuren von nationaler bis lokaler Ebene zusammenzuarbeiten und Allianzen zu bilden. Ebenso wichtig ist es, existierende Beziehungen mit Regierungspartnern zu nutzen und starke Verbindungen zwischen den Sektoren Gesundheit und Behinderung zu entwickeln. Partnerschaften jenseits des Gesundheitssektors sind zudem von Bedeutung, um soziale und ökonomische Zugangsbarrieren, die außerhalb des Gesundheitsbereichs begründet sind, zu adressieren: Die Kooperation mit Akteuren aus Bereichen wie Bildung und Beschäftigung bietet in dieser Hinsicht neue und wichtige Perspektiven.



SELBSTVERTRETUNGS-ORGANISATIONEN VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN (SVO)

Mitgliederorganisationen, die von Menschen mit Behinderungen geführt werden und ihre Interessen vertreten. Manche vertreten Menschen mit einer bestimmten Behinderung, andere arbeiten behinderungsübergreifend. Sie sind eigenständig, in Koalitionen oder nationalen, regionalen sowie internationalen (Dach-) Verbänden organisiert.

MASSNAHMEN UND MECHANISMEN ZUR INKLUSION VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN IM GESUNDHEITSSSEKTOR

Der WHO Health System Framework bietet wertvolle Orientierung für die Inklusion von Menschen mit Behinderungen in Gesundheitsplanung und Programmarbeit, da es zentrale Handlungsfelder aufzeigt.

INKLUSION VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN IN DER PROGRAMM-ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN, UNTER VERWENDUNG DES WHO HEALTH SYSTEMS FRAMEWORK



DER WHO FRAMEWORK BETONT DIE NOTWENDIGKEIT EINES UMFASSENDEN ANSATZES ZUR INKLUSION VON BEHINDERUNG. OFT SIND ES MEHRERE FAKTOREN, DIE IN KOMBINATION MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN DEN ZUGANG ZU GESUNDHEITSDIENSTEN ERSCHWEREN. DAHER IST ES WICHTIG, BEHINDERUNG UND BARRIEREN FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN IN ALLEN KOMPONENTEN ZU BERÜCKSICHTIGEN, UM DIE NOTWENDIGEN VERÄNDERUNGEN HERBEIZUFÜHREN:

STEUERUNG

Gut gestaltete Politikstrategien können den Zugang zu Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen erheblich verbessern. Um einen geeigneten rechtlich-strategischen Rahmen zu fördern, ist es wichtig:

- Nationale Gesetze, Strategien und Pläne zu Gesundheit und Behinderung zu überprüfen und Änderungsbedarf im Hinblick auf die VN-BRK und den Abbau von Zugangsbarrieren zu identifizieren;
- Sich für die Inklusion von Menschen mit Behinderungen in nationalen Gesundheitsplänen und Monitoringsystemen starkzumachen, und die Kompetenzen von Entscheidungsträger*innen dahingehend zu stärken;
- Die Entwicklung von Versorgungsstandards (z.B. klinische Praxisleitfäden) für Menschen mit Behinderungen und deren Durchsetzungsmechanismen zu unterstützen;
- Die Teilhabe von SVO in Entscheidungsprozessen und der Formulierung von Gesundheitsplänen und -strategien auf allen Ebenen zu fördern;
- Die Harmonisierung und Klärung von Leitfäden für Maßnahmen zur Kostenreduzierung (z.B. Ermäßigungen und Befreiungen).

FINANZIERUNG

Kosten (z.B. für Transport, Begleitung, Behandlung) sind eine Schlüsselbarriere im Zugang zu Gesundheitsdiensten für Menschen mit Behinderungen. Um die Gesundheitsversorgung erschwinglich zu machen, ist es wichtig:

- Evidenz zu den Gesundheitsausgaben von Menschen mit Behinderungen einschließlich indirekter Kosten (disaggregiert nach Art der Behinderung(en), Geschlecht, etc.) zu sammeln;
- Sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen in relevanten Sozialen Sicherungssystemen abgesichert sind, im Hinblick auf allgemeine Gesundheits- aber auch Rehabilitationsdienste (z.B. durch die Aufnahme von Physiotherapie in Basisgesundheitspakete); Zahlungsbefreiungen oder Vergünstigungen für Menschen mit Behinderungen einzuführen oder zu verbessern und indirekte Kosten verbunden mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu unterstützen (z.B. durch multi-sektor Kooperation oder Gutscheinprogramme).

51-53% Menschen mit Behinderungen können sich Gesundheitsdienste nicht leisten, im Vergleich zu 32-33% Menschen ohne Behinderung (WHO und World Bank, 2011).

LEISTUNGSERBRINGUNG

Oft sind barrierefreie Gesundheitsdienste nicht verfügbar. Es ist daher wichtig, allgemeine Gesundheitsdienstleistungen so anzupassen und zu ergänzen, dass sie den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen entsprechen:

- Räumliche Barrieren abbauen und in Baumaßnahmen Prinzipien des universellen Designs anwenden;
- Angemessene Vorkehrungen in den Bereichen Kommunikation, Information und Koordination und gezielte Interventionen speziell für Menschen mit Behinderungen einführen;
- Spezialisten im Bereich Behinderung in Basisgesundheitsdienste einbeziehen und Gemeindenahe Rehabilitation (CBR) und gemeindenahe Gesundheitsversorgung stärken;
- Rehabilitationsleistungen in Basisgesundheitsleistungen aufnehmen und Überweisungswege zu Rehabilitationsdiensten etablieren.

INFORMATION

Fehlende Information zur Gesundheitssituation von Menschen mit Behinderungen, und deren Zugang zur Gesundheitsversorgung erschwert die Planung entsprechender Strategien und Angebote. Es ist daher wichtig:

- Behinderung in Datenerhebungen aufzunehmen und die Disaggregation von Gesundheitsdaten nach Behinderung zu unterstützen;
- Sicherzustellen, dass Projekt- oder Programmdate nach Behinderung disaggregiert werden können;
- Behinderungsbezogene Daten und Informationen mit Gesundheitsplanern und Entscheidungsträgern zu teilen;
- Forschung zu unterstützen, um die Gesundheitssituation und -bedarfe von Menschen mit Behinderungen besser zu verstehen.



Laut einer Studie in vier Ländern im Süden Afrikas erhielten nur 17-37% der befragten Menschen mit Behinderungen die notwendigen unterstützenden Technologien (z.B. Rollstuhl, Prothesen) (WHO und World Bank, 2011).

MENSCHEN

Menschen mit Behinderungen haben oftmals keine oder unzureichende Informationen über Gesundheitsdienste und Finanzierungsmöglichkeiten (z.B. Versicherungen, Zahlungsbefreiungen oder Vergünstigungen). Daher ist es wichtig:

- Informationen über Gesundheitsdienste sowie finanzielle Unterstützung und Anspruchsvoraussetzungen in barrierefreien Formaten (z.B. Braille, leichte Sprache) für Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen bereitzustellen;
- Die weitreichende Verbreitung von Gesundheitsinformation für Menschen mit Behinderungen und ihre Familien zu unterstützen, zum Beispiel in Zusammenarbeit mit SVOs durch peer educators;
- SVO und ihre Mitglieder zu befähigen, Aufklärung über Gesundheit, Gesundheitsdienste und Finanzierungsangebote für andere Menschen mit Behinderungen anzubieten.

PERSONAL

Viele Schwierigkeiten für Menschen mit Behinderungen beim Zugang zu Gesundheitsdiensten entstehen aufgrund unzureichender Kompetenzen des Gesundheitspersonals im Hinblick auf Behinderung und inklusive Praktiken. Daher ist es wichtig:

- Behinderung in die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal und -anbietern aufzunehmen, um Kompetenzen hinsichtlich Behindertenrechte, das Assessment sowie angemessenen Vorkehrungen für Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen aufzubauen und zu stärken;
- Orientierungshilfen für Behandlung und Überweisungen von Menschen mit Behinderungen zusammenzustellen;
- Gemeinde-Gesundheitsarbeiter*innen im Screening und der Gesundheitsvorsorge und Überweisung von Menschen mit Behinderungen aus- und/oder weiterzubilden.

TECHNOLOGIEN

Viele Menschen mit Behinderungen benötigen unterstützende Technologien (z.B. Mobilitäts- oder Hörhilfen, Computersoftware). Um die Verfügbarkeit von erschwinglichen unterstützenden Technologieprodukten zu verbessern ist es wichtig:

- Die Integration von unterstützenden Technologien und entsprechenden Beschaffungssystemen in Basisgesundheitsdienste zu fördern;
- Gesundheitsministerien aufzufordern, die Mittel zu erhöhen, um Zugang zu unterstützenden Technologien in ihre Gesundheitspläne und Strategien zur Universellen Gesundheitsversorgung (UHC) aufzunehmen;
- Lokale Produzenten und Anbieter hochwertiger unterstützender Technologien, öffentlich-private Partnerschaften, sowie Innovation und Investments des Privatsektors zu unterstützen;
- Sicherzustellen, dass Kosten für unterstützende Technologien im Rahmen von Versicherungsprogrammen gedeckt werden und die Etablierung von Überweisungswegen zu unterstützen.

INKLUSIONS CHECK – BARRIEREN UND MÖGLICHKEITEN

INKLUSION SELBSTVERSTÄNDLICH LEBEN!

Die GIZ setzt sich dafür ein, Ansätze für die Inklusion von Menschen mit Behinderungen in den unterschiedlichen Sektoren weiterzuentwickeln. Dabei ist uns wichtig, Theorie und Praxis zu verbinden und unsere Erfahrungen zu teilen.

Es gibt eine Vielzahl an Praktiken, um Gesundheitszusammenarbeit inklusiv für Menschen mit Behinderungen zu gestalten. Diese Checkliste bietet Orientierung und Starthilfe für die Planung inklusiver Maßnahmen im Gesundheitssektor: Sie sensibilisiert für Barrieren für Menschen mit Behinderungen und ihre Bedürfnisse und zeigt entsprechende programmatische Möglichkeiten und Aspekte für den Planungsprozess auf.

INKLUSION VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN IN GESUNDHEITSSYSTEMEN AUF DEM PRÜFSTAND

✓ STEUERUNG

Welche Gesetze, Strategien und/oder Pläne unterstützen den Zugang zur allgemeinen und speziellen Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen im Land? Wie effektiv sind sie?

✓ INFORMATION

Welche Systeme stehen im Gesundheitssektor zur Verfügung, um Daten und Informationen zur Gesundheitssituation und den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu Gesundheitsdiensten zu erheben?

✓ PERSONAL

Wer sind wichtige Akteure in der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen? Wie ist das Bewusstsein des Gesundheitspersonals hinsichtlich Behinderung, das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Gesundheitsversorgung und Strategien für den Abbau von entsprechenden Barrieren? Welche Inklusionskompetenzen müssen im Gesundheitspersonal gestärkt werden?

✓ LEISTUNGSERBRINGUNG

Wie barrierefrei ist die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen im Land für Frauen und Männer, Mädchen und Jungen mit Behinderungen? Was sind Schlüsselbarrieren? Welche Interventionen oder Dienste existieren, um die Barrierefreiheit von Gesundheitsleistungen zu gewährleisten?

✓ FINANZIERUNG

Wie sind Menschen mit Behinderungen in Gesundheitsfinanzierungsmodellen und -programmen sowie nationalen Plänen zur universellen Gesundheitsversorgung abgesichert? Welche Maßnahmen existieren, um Selbstzahlungen von Menschen mit Behinderungen zu reduzieren?

✓ TECHNOLOGIEN

Wie ist die Verfügbarkeit und Qualität von erschwinglichen unterstützenden Technologien (z.B. Mobilitätshilfen)? Welche Beschaffungssysteme gibt es und wie effektiv sind diese? Wie effektiv sind Dienstleistungen und Überweisungswege für unterstützende Technologien? Wie barrierefrei sind verfügbare E-Health Lösungen für Menschen mit Behinderungen?

INKLUSION VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN IN UNSERE GESUNDHEITSINTERVENTIONEN

- ✓ Haben wir SVO und Menschen mit Behinderungen in der Planung unserer Gesundheitsintervention involviert?
- ✓ Haben wir Maßnahmen im Rahmen unseres Programmes oder Projekts geplant, um Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdiensten für Frauen und Männern, Mädchen und Jungen mit Behinderungen abzubauen?
- ✓ Haben wir eine Budgetlinie eingerichtet für Maßnahmen, die die Barrierefreiheit unserer geplanten Aktivitäten für Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen sicherstellen?
- ✓ Haben wir eine Partner SVO, die uns bei der Inklusion von Menschen mit Behinderungen in allen Phasen des Projektes oder Programmes und der Evaluierung unterstützt?
- ✓ Haben wir sichergestellt, dass Daten, die im Rahmen unserer Maßnahme(n) gesammelt werden, nach Behinderung disaggregiert werden?
- ✓ Haben wir Maßnahmen und Systeme etabliert, um die Umsetzung der Inklusion von Menschen mit Behinderungen nachzuhalten (z.B. anhand von Indikatoren)?
- ✓ Haben wir ausreichend Wissen und Kapazitäten in unserem Team, um inklusive Praktiken in unserer Arbeit und Kommunikation umzusetzen?
- ✓ Sind unsere Projekt-/Programmstandorte barrierefrei für Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen?

**INKLUSION VON BEHINDERUNG IN
GESUNDHEITSSYSTEME: PROGRAMM ZUR
SOZIALEN GESUNDHEITSSICHERUNG
(SHPP) (2006 – 2021) IN KAMBODSCHA**

Die Projekte *Improving Maternal and Newborn Care* und *Social Health Protection (SHP)* bildeten die TA Komponente des SHPP. Ziel des Programms war es, den Zugang zu Gesundheitsversorgung für arme und marginalisierte Menschen sowie Familien mit kleinen Kindern zu verbessern. Handlungsfelder waren die Finanzierung, Steuerung und Bereitstellung von Gesundheitsdiensten sowie Mutter- und Neugeborenen-Gesundheit. Eine Studie zu Barrieren im Zugang zu Gesundheitsdiensten für Menschen mit Behinderungen bildete dabei die Basis für die progressive Umsetzung eines behinderungsinklusiven Ansatzes.

Das SHPP unternahm eine Reihe von Maßnahmen um diese Barrieren abzubauen: Transportkosten wurden im Rahmen einer Kooperation mit lokalen Organisationen erstattet. Anpassungen von Gesundheitseinrichtungen (z.B. Rampen, Kommunikationstafeln) verbesserten die Barrierefreiheit von Gebäuden, Information und Kommunikation. Eine Studie zu den Gesundheitsausgaben von Menschen mit Behinderungen lieferte entscheidende Informationen für die Einbeziehung von Behinderung in den *National Social Protection Policy Framework 2016-2025*. Richtlinien und Training des Gesundheitspersonals verbesserten die Qualität von Gesundheitsdiensten für Menschen mit Behinderungen. Checklisten wurden eingeführt um die Früherkennung von Beeinträchtigungen bei Neugeborenen und Kindern zu fördern. Klare Überweisungswege und ein Verzeichnis von Rehabilitationsdiensten unterstützten die Überweisung von Menschen mit Behinderungen an entsprechende Dienste. Workshops verbesserten das Verständnis für das Thema Inklusion in der Bevölkerung, und die Kapazitätsstärkung bei der nationalen DPO im Bereich Gesundheitsförderung die reproduktive Gesundheitsbildung für Menschen mit Behinderungen.

Diese Erfahrung hat gezeigt, wie wichtig Sektor- und Ministerien-übergreifende Koordination ist, um gesundheitsbezogene Programme und Prozesse im Bereich Behinderung und Armutsreduzierung zu harmonisieren. Deutlich wurden zudem die Grenzen eines Sektoransatzes, um strukturelle Barrieren im Zugang zu Gesundheitsdiensten für Menschen mit Behinderungen in anderen Bereichen wie z.B. Bildung oder Armutsreduzierung abzubauen. Schließlich unterstrich die Erfahrung die Rolle von SVO für die Planung und Implementation behinderungsinklusiver Gesundheitsinterventionen. Besonders in Kontexten mit wenig Raum für menschenrechtsbasierte Advocacy-Arbeit bietet Gesundheitsbildung den SVO einen Weg, die Situation von Menschen mit Behinderungen positiv zu beeinflussen.

**VERBESSERUNG DES ZUGANGS ZU
UNTERSTÜTZENDEN TECHNOLOGIEN:
TRAINING FÜR ORTHOPÄDIE
SPEZIALISTEN IN LATEINAMERIKA
(2011 – 2014)**

Im Rahmen seines Engagements im Gesundheitssektor gab das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) ein Projekt zur Stärkung der Ausbildung im Bereich Orthopädietechnik in Lateinamerika in Auftrag, um so den Zugang zu entsprechenden Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen zu verbessern: Die GIZ, das Medizintechnikunternehmen *Ottobock* und die *International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO)* starteten eine Partnerschaft, die drei Berufsschulen für Orthopädietechnik in El Salvador, Kolumbien und Brasilien im Kontext des *develoPPP.de* Programmes unterstützt.

Das Projekt unterstützte die Weiterentwicklung bestehender Ausbildungsgänge und die Etablierung neuer Kurse gemäß der internationalen ISPO Standards. Lehrer*innen und Ausbilder*innen wurden geschult und neue Themen in die bestehenden Ausbildungs-Curricula aufgenommen. Neben intensiver Kapazitätsstärkung des Personals leistete das Projekt wichtige Aufklärungsarbeit unter Entscheidungsträger*innen über die Relevanz einer umfassenden Ausbildung im Bereich Orthopädietechnik nach internationalen Standards.

Das Projekt ist ein gutes Beispiel für die wichtige Rolle des Privatsektors in der Förderung der Versorgung mit unterstützenden Technologien. Durch das Projekt konnte das Ausbildungsangebot im Bereich Orthopädietechnik deutlich verbessert werden, was wiederum mittelfristig zu einer Verbesserung der Verfügbarkeit und Qualität der orthopädischen Versorgung im Rahmen der Gesundheitssysteme der drei Länder beiträgt.

**VERBESSERUNG DES ZUGANGS ZU
SEXUAL- UND REPRODUKTIONS-
MEDIZINISCHER VERSORGUNG: PROGRAMM
ZUR REPRODUKTIVEN UND FAMILIEN-
GESUNDHEIT (PSRF II) (2015 – 2022)
IN GUINEA**

Das *PSRF II* hatte drei Komponenten: Stärkung der Steuerungsfunktionen, Verbesserung der Qualität der Gesundheitsleistungen und Stärkung der Nachfrage. Die Umsetzung eines inklusiven Ansatzes konzentrierte sich v.a. auf die zweite Komponente.

Um die Umsetzung der Inklusion zu gewährleisten, stellte die GIZ finanzielle Ressourcen sowie zwei *Focal Points* bereit. Sie sensibilisierten Mitarbeiter*innen und Partner zum Thema Behindertenrechte und Möglichkeiten zur Inklusion von Menschen mit Behinderungen in die Programmarbeit: Workshops für GIZ Personal boten Raum, um die Gesundheitssituation von Menschen mit Behinderungen und Möglichkeiten des Programms, Gesundheitsdienste barrierefreier zu gestalten, zu reflektieren. Treffen mit SVO boten die Möglichkeit, sich kennenzulernen und Kooperationsmöglichkeiten zu eruieren. Eine Studie identifizierte Barrieren im Zugang zu Gesundheitsdiensten für Menschen mit Behinderungen in Guinea und formulierte darauf basierend entsprechende Empfehlungen. Die Ergebnisse flossen in die Planungen relevanter Akteure (z.B. das Ministerium für soziale Angelegenheiten, Frauen und Kinder; regionale Gesundheitsbüros) ein. Sie wurden zudem im Design der nächsten PSRF Phase berücksichtigt, die drei Prioritäten zur Inklusion beinhaltet: 1) Bewusstseinsbildung unter Gesundheitsakteuren und Menschen mit Behinderungen, 2) Kapazitätsstärkung bei Gesundheitspersonal, und 3) Barrierefreiheit von Gesundheitsdiensten. Ein Antrag zur Verbesserung der Gesundheitseinrichtungen in der Gemeinde Mamou folgte daraufhin, sowie Bildungsmaßnahmen zu sexueller Gesundheit für Menschen mit Behinderungen.

Diese Erfahrungen unterstrichen die Notwendigkeit, Behinderung in allen Aspekten eines Gesundheitssystems zu berücksichtigen, um positive Veränderungen für Menschen mit Behinderungen herbeizuführen. Zudem wurde die Bedeutung von Indikatoren deutlich, um die Inklusionsziele nachzuhalten. Das starke Engagement für die Inklusion von Menschen mit Behinderungen innerhalb der GIZ Steuerungsgruppe war entscheidend, um diesen Ansatz nachhaltig weiterzuentwickeln. Positiv war in dieser Hinsicht zudem der Umstand, dass das beteiligte Beratungsunternehmen in Form eines Experten entsprechende Inklusionskompetenzen beitragen konnte.



Impressum

Herausgeber:
Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Sektorvorhaben Inklusion
von Menschen mit Behinderungen
E disability@giz.de

Sitz der Gesellschaft
Bonn und Eschborn

Friedrich-Ebert-Allee 36 + 40
53113 Bonn, Deutschland
T +49 228 44 60-0
F +49 228 44 60-17 66
E info@giz.de
I www.giz.de

Bonn, Februar 2019

Inhaltliche Verantwortung:
Bettina Schmidt (GIZ)

Design:
yellow too, Berlin

Fotonachweise
© GIZ

URL-Verweise:
Für Inhalte externer Seiten, auf die hier verwiesen wird, ist stets der jeweilige Anbieter verantwortlich. Die GIZ distanziert sich ausdrücklich von diesen Inhalten.