



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Die Implementierung von Physiotherapie für Menschen
mit Behinderung nach dem Erdbeben 2010 in Haiti

Eine Systemnachhaltigkeitsanalyse

Verfasserin

Astrid Hattmannsdorfer

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2014

Studienkennzahl:

A 057 390

Studienrichtung:

Individuelles Diplomstudium Internationale Entwicklung

Betreuer:

Univ. Prof. i.R. Dr. Walter Schicho

DANKE

„Ein starkes Wort. Nur fünf Buchstaben, die den zum Scheitern verurteilten Versuch unternehmen, den großen Wert der dahintersteckenden Bedeutung auszudrücken.“

Es sind diese fünf Buchstaben, die ich hier all jenen Menschen aussprechen möchte, die den Entstehungsprozess meiner Arbeit mitgetragen und unterstützt haben. Keine der folgenden Zeilen wäre ohne die Gespräche, die teilweise hitzigen Diskussionen oder eine simple Umarmung und das Verständnis in den wichtigen Augenblicken möglich gewesen. Liebe Familie und Freund_innen, Danke! Ihr wisst genau, wen ich meine und wem ich wofür dankbar bin. Dies ist auch die Stelle, an der ich mich herzlich bei meinem betreuenden Professor Dr. Walter Schicho für seine aufmunternden Worte, seine Expertise und nicht zuletzt seinen wertvollen Glauben an meine Ideen bedanken möchte. Gleichzeitig möchte ich allen Physio- und anderen Therapeut_innen der verschiedenen Organisationen meinen Dank aussprechen, die mir in persönlichen Gesprächen oder E-Mails Mut gemacht haben und wertvolle Einblicke in ihre Arbeit und die Hintergründe der Projekte ermöglichten, wenn ich nicht mehr weiter wusste.

IE bleibt!



Internationale Entwicklung

Ich widme diese Arbeit aber ganz besonders dem Gesamtprojekt *DER Internationalen Entwicklung* und ihren Akteur_innen. Die spezielle Form des individuellen Diplomstudiums wurde von Studierenden und Lehrenden gleichermaßen getragen und geprägt. Die Gemeinschaft, bestehend aus einer bunten und vielfältigen Mischung an liebenswürdigen Menschen bot kritischen Geistern ein Zuhause und eine Umwelt zur Entfaltung eigenständigen Denkens, welche ich nie mehr missen möchte. Auch wenn sich die Universität Wien dazu entschlossen hat, die IE „abzuschaffen“ hoffe ich, dass die Ideale der IE und der WIEderstand gegen Ungerechtigkeiten doch von jedem von uns weitergetragen werden; denn UNS kann man nicht mehr abschaffen!

Abstract

Die Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen unterlag während des letzten Jahrhunderts bis heute einem stetigen Wandel hin zu einem nun *rights based* geprägten Zugang. Das soziale Modell, welches die Behinderung nicht mehr als „Fehler“ des Individuums identifiziert, sondern als soziale Interaktionskonsequenz von physischen Einschränkungen, Aktivitätseinschränkungen und sozialer Exklusion, erlebte in der *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* der Vereinten Nationen eine noch nie dagewesene Aufwertung. Im Zuge der veränderten Wahrnehmung von Menschen mit Behinderung erlebten auch die medizinischen Professionen der Rehabilitation einen Bedeutungsaufschwung. In dieser Arbeit werden die Konsequenzen und das Wirken der neuen Aufwertung anhand der Interventionen vor allem zweier internationaler NGOs (*Christoffel Blinden Mission, Handicap International*) und einer lokalen haitianischen NGO (*Healing Hands for Haiti International Foundation*) als Antwort auf das Erdbeben in Haiti 2010 diskutiert. Um die Darstellung des Interventionskomplexes zumindest exemplarisch zu ermöglichen, liegt der Fokus dieser Arbeit auf der Implementierung von Physiotherapie in die Gesundheitsversorgung Haitis. Der dabei verwendete systemtheoretische Zugang soll helfen, die Interaktionen der verschiedenen Akteur_innen sowie den Einfluss des globalen Diskurses und der lokalen Gegebenheiten zu verstehen. Abschließend wird aufgrund dieser Informationen versucht, den Nachhaltigkeitswert der Interventionen zu beurteilen. Das ungleich größere Ziel der Arbeit liegt aber im Sichtbarmachen der allgemeinen Mechanismen, die hinter verschiedenen immer noch aktuellen Problematiken der Entwicklungszusammenarbeit stehen, um sie (be)greifbar und in weiterer Folge veränderbar zu machen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Verwendete Abkürzungen	3
Einleitung.....	5
Teil I – Der globale Diskurs.....	10
1.1. Überblick	10
1.2. Die Physiotherapie – Aufgaben und Möglichkeiten.....	10
1.2.1. Konzeption von Behinderung – Das soziale Modell	13
1.2.2. Die <i>International Classification of Function, Disability and Health</i> (ICF).....	14
1.3. Der Befähigungsansatz als neues Entwicklungsparadigma.....	17
1.3.1. Das Framework des Befähigungsansatzes	19
1.3.2. Armut als Mangel an Capabilities.....	20
1.3.3. Nussbaums Liste der <i>zehn zentralen Capabilities</i>	22
1.3.4. Der <i>Capability Approach</i> , Kultur und die Menschenrechte	23
1.3.5. Die Operationalisierung des <i>Capability Approaches</i>	23
1.3.6. Kritik des <i>Capability Approaches</i>	25
1.4. Internationale Wahrnehmung von MmB in der EZA.....	26
1.4.1. Bedeutung von MmB in der EZA	26
1.4.2. Der Zusammenhang von Armut und Behinderung	27
1.4.3. Strategien der EZA-Organisationen: Inklusion durch <i>Disability-Mainstreaming</i> und <i>Twin Track Approach</i>	30
1.4.4. Praktische Probleme, die in der Zusammenarbeit mit MmB und in Projekten mit MmB als Zielgruppe auftauchen können	33
1.4.5. Zentrale Kritiken am Verhalten der EZA-Akteur_innen	35
1.5. Die <i>Convention on the Rights of Persons with Disabilities</i> (CRPWD).....	36
1.5.1. Die CRPWD – Ein Spiegel des internationalen Diskurses?.....	36
Teil II – Fallbeispiel Haiti und seine lokalen Gegebenheiten	41
2.1. Allgemeine Eckdaten	41
2.2. Historischer Abriss.....	43
2.2.1. Der Stellenwert der (I)NGOs.....	45
2.3. Soziologisch-ökonomische Rahmenbedingungen	48
2.3.1. Die Situation von Menschen mit Behinderung	50
2.3.2. Medizinische Versorgung	54
2.4. Lokale staatliche und nicht-staatliche Akteur_innen im Kampf um die Beachtung der Rechte von MmB in Haiti.....	63
2.5. <i>Les grandes orientations</i> - Spiegel der haitianischen Ziele vor dem Erdbeben	65
Teil III – Direkte Auswirkungen des Erdbebens 2010.....	69

3.1. Überblick, Ausmaß und Verteilung der vom Erdbeben verursachten klinischen Verletzungsmuster	71
3.1.1. Das Krankheitsbild der SCI im Kontext des Erdbebens	72
3.1.2. Amputationen im Kontext des Erdbebens	73
3.2. Das Commitment von Hanger Prosthetics and Orthotics Inc.....	75
Teil IV – Der Interventionsmix der INGOs nach dem Erdbeben	77
4.1. Funktionsweise des UN-Clusters	77
4.2. Das Health-Subcluster <i>Injury, Rehabilitation and Disability</i>	79
4.3. Überblick der Interventionen zur Etablierung von Rehabilitationsangeboten	81
4.3.1. Unterstützung von lokal, bereits existierenden Gesundheitseinrichtungen	83
4.3.2. Die <i>Disability and Vulnerability Focal Points (DVFP)</i>	83
4.3.3. Die Einrichtung der „Functional Rehabilitation Center“ und die Anpassung von Pro- und Orthesen.....	85
4.3.4. Angebotene Workshops für MmB.....	86
4.3.5. Angebote für Kinder mit Infantiler Cerebralparese (ICP).....	87
4.3.6. Angebote für Menschen mit SCI.....	87
4.3.7. Community Based Rehabilitation (CBR)	88
4.3.8. Aktionen und Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung der Gesellschaft	89
4.3.9. Ausbildung von lokalem Rehabilitationspersonal	90
4.4. Exitstrategien der Organisationen und Ausblick	91
Teil V – Systeminteraktionen zur dauerhaften Implementierung von Physiotherapie in Haiti Die Frage nach der Nachhaltigkeit	93
5.1. Systemtheoretische Hintergründe	93
5.2. Die sechs adaptierten Systemleitwerte nach Bossel (2007)	96
5.3. Der adaptierte Evaluierungsrahmen nach Bossel (2007)	96
Conclusio.....	103
Zusammenfassung.....	106
Verzeichnisse	108
Abbildungsverzeichnis.....	108
Literaturverzeichnis.....	108
Bücher und Sammelbände:	108
Artikel und Paper.....	109
Internetseiten.....	112
Konventionen und Gesetze	115
Anhang.....	116
English Summary	
Interview: A Haitian Physical Therapist battling to rebuild his country	
Lebenslauf	

Verwendete Abkürzungen

ADA	Austrian Development Agency
ADB	Asian Development Bank
ADOFI	Asociación Dominicana de fisioterapia
ALNAP	Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action
AOPS	Association des Oeuvres Privées de Santé
ASHCA	L'Association des Handicapés de Carrefour
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CA	Capability Approach
CBM	Christoffel Blinden Mission, Licht für die Welt
CBR	Community Based Rehabilitation
CES	Centre d'Education Speciale
CONARHAN	Der Conseil national pour la Réhabilitation des Handicapés
CRPWD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities
DAC	Development Assistance Committee
DPO	Disabled People Organisation
DFID	Department for International Development, Britische Entwicklungsagentur
DVFP	Disability and Vulnerability Focal Point(s)
EZA	Entwicklungszusammenarbeit
FHAIPH	La Fédération Haïtienne des Associations et Institutions des Personnes Handicapées d'Haïti
FONHARE	Fondation Haïtienne de Réhabilitation
HDI	Human Development Index
HHHI	Healing Hands for Haiti International Foundation
HI	Handicap International
ICD	International Classification of Diseases
ICP	Infantile Cerebral Parese
INGO	Internationale Non-Government Organisation
MAST	Ministère des Affaires Sociales et du Traivail
MINUSTAH	Mission des Etats Unies pour la Stabilisation en Haiti
MSF	Medecines sans Frontieres
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
MmB	Mensch(en) mit Behinderung(en)
MmA	Mensch(en) mit Amputation(en)

MDGs	Millenium Development Goals
ODA	Official Development Assistance
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OEZA	Österreichische Entwicklungszusammenarbeit
PAHO	Pan American Health Organization
RANIPH	Le Réseau Associatif National pour l'Intégration des Personnes Handicapées
SCI	Spinal Cord Injuries (Rückenmarksverletzungen)
SEIPH	Secrétairerie d'Etat a l'Intégration des Personnes Handicapées, Sekretariat zur Integration von MmB
SHAA	Société Haitienne d'Aide aux Aveugles
SOHAMO	Solidarité des Handicapées Moteur, DPO in Cité Soleil, Port-au-Prince
UN	United Nations
UNDP	United Nations Development Department
VP	Vulnerable People
WCPT	World Confederation for Physical Therapy
WHO	World Health Organisation

Einleitung

Die Wahrnehmung und Rolle von Menschen mit Behinderung(en) (MmB) in der Entwicklungszusammenarbeit (EZA) haben sich während des letzten Jahrhunderts stark verändert. Der Bogen spannt sich von einem rein karitativen, altruistischen Ansatz bis hin zur Forderung, Behinderung als Querschnittsthema in die Projektgestaltung miteinzubeziehen.

Das Erdbeben in Haiti 2010 und die darauffolgenden Medienberichte lösten eine Welle des Mitgefühls aus und rückten besonders Menschen mit Amputation(en) (MmA) als Opfer des Erdbebens in den Vordergrund. Aus diesem Grund wurde Haiti als Fallbeispiel ausgewählt, den derzeitigen Diskurs zur Inklusion von MmB in der EZA exemplarisch abzubilden und zu analysieren. Das übergeordnete Ziel dieser Arbeit ist es, die Logik, der die Interventionen nach dem massiven Erdbeben in Haiti 2010 unterlagen, zumindest teilweise sichtbar zu machen. Da es unmöglich wäre, den gesamten Komplex aus EZA und humanitärer Hilfe, der nach dem Erdbeben von der internationalen Gemeinschaft aktiviert wurde, abzubilden, legt diese Arbeit den Fokus auf die Interventionen zur Implementierung von Physiotherapie. Die Fokussierung ermöglicht es, einige der Mechanismen und Interdependenzen, denen Projekte der EZA generell unterliegen, aufzuzeigen und kritisierbar zu machen, während den entwicklungstheoretischen Ausführungen ein praktisches Spiegelbild gegenübergestellt wird. Die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis der EZA entspringt der Problematik, dass EZA zwar ein Thema mit globaler Reichweite ist, ihre Wirkungen aber nur unter der Beachtung von lokalen Dynamiken und Kontextfaktoren beurteilt werden können. Erst durch eine Analyse der lokalen Gegebenheiten wird es möglich, die Wirkung von EZA darzustellen und zu verstehen.

Als Studentin der Internationalen Entwicklung wurde ich während meiner gesamten Studienzeit dazu ermutigt und aufgefordert, Problemstellungen von möglichst verschiedenen Perspektiven und durch die Linsen zahlreicher Theorien zu betrachten. Ziel war es, die oft widersprüchlichen Standpunkte integrativ zu verbinden, um das große Bild und Zusammenspiel einzelner Prozesse besser begreifen zu können. Ein solches Verständnis sollte helfen, sich den Auswirkungen eigener Handlungen bewusster zu sein und sie gezielt einzusetzen. Insofern kann man die Denkweise auch als adaptierte Anwendung der Systemtheorie verstehen. Den Kern bildet dabei die Annahme, dass ein System mehr ist, als nur die Summe seiner Elemente und sich die Folgen einer Handlung nicht nur auf den unmittelbaren Mikrokosmos beschränken. Es ist vielmehr die Synthese der Beziehungen der einzelnen Elemente zueinander, geprägt von einem Wechselspiel aus Differenz und Abhängigkeit. Im Beispiel der EZA in Form von Physiotherapie in Haiti geht es vor allem um das System der Interven-

tionen internationaler NGOs (INGOs). Die Elemente oder auch Sub-Systeme sind dabei die einzelnen Interventionen, welche im besten Fall wie Zahnräder ineinandergreifen. Nun beeinflussen sich einzelne Sub-Systeme nicht nur innerhalb des eigenen Systems, sondern stehen auch im permanenten Austausch und in einer Wechselbeziehung zu diversen Umweltfaktoren. Das System EZA wird daher als ein offenes System bezeichnet, das immer nur einen kurzen „stationären Zustand der Homöostase [Gleichgewicht] erreichen“ (Kneer/Nassehi 2000: 22) kann und somit dem Paradigma der Selbstorganisation unterliegt. Das Paradigma der Selbstorganisation postuliert, dass es keine linear kausalen Zusammenhänge zwischen der Umwelt und der Adaptierung des Systems gibt, sondern die Adaptierung einer inneren Eigenlogik und Dynamik folgt, welche uns als Beobachter_innen ähnlich dem Inhalt einer Black Box verborgen bleiben (Kneer/Nassehi 2000: 23). Um die Black Box aufzulösen und dadurch eine Erkenntnis über die soziale Ordnung der Systeme zu gewinnen, hat Niklas Luhmann den Begriff der Kontingenz eingeführt. Als Kontingenz bezeichnet er, dass zwar etwas so ist, wie es ist, war oder sein wird, aber eigentlich auch ganz anders sein könnte. (Kneer/Nassehi 2000: 115) „*Alles ist so, aber auch anders möglich*“ (Luhmann 1984: 217). Er differenziert dabei zwischen der einfachen und der doppelten Kontingenz. Während die einfache Kontingenz die Summe der unendlich vielen Operationsmöglichkeiten eines Systems bezeichnet, ermöglicht die doppelte Kontingenz, als Synthese der Kontingenzen zweier oder mehrerer (Sub-)Systeme, das Sichtbarmachen des Vorgangs innerhalb der Black Box. Zusammen mit der Feststellung, dass Systeme selbstreferentiell¹ sind, wird im Sinne der Systemtheorie die Logik der erlebten sozialen Ordnung möglich und erklärbar. (Berghaus 2004: 109ff; Kneer/Nassehi 2000: 115ff)

Nun gibt es fast unzählige Möglichkeiten, innerhalb des begrenzten Analysefeldes „Physiotherapie in Haiti“ Systeme zu definieren, die selbstreferentiell sind und in Wechselbeziehung zueinander stehen. Sie alle darzustellen würde den Rahmen dieser Arbeit eindeutig sprengen. Aus diesem Grund ist sie auch nur als Versuch zu werten, einige Wechselbeziehungen verschiedener Systeme in Haiti sichtbar zu machen.

Für die Implementierung von Physiotherapie waren die, in dieser Arbeit vorgestellten, vier Systeme und deren Wechselbeziehungen zueinander von großer Bedeutung. Kritisch angemerkt sei aber, dass die Auswahl der vier Systeme der alleinigen Selektion der Autorin unterliegt und keinen Anspruch auf eine vollständige Abdeckung sämtlicher Einflussfaktoren erhebt. Vielmehr möchte ich den_die Leser_in auffordern, eigene Systeme zu entdecken.

¹ Selbstreferentiell bedeutet, dass das System selbst die Differenz von System und Umwelt erzeugt und beobachtet. (Luhmann zitiert nach Berghaus 2004: 44) „*Handlungen erscheinen [daher] als Resultat jenes Systemzusammenhanges, der durch diese Handlungen gestiftet wird.*“ (Kneer/Nassehi 2000: 31).

Ebenso sei vorausgeschickt, dass die Reihenfolge der Darstellung der Systeme keine Auskunft über deren Wichtigkeit gibt, sondern den Charakter einer Aufzählung hat.

Die Fokussierung auf das kleine Element der Physiotherapie im breiten Spektrum der Rehabilitationsmaßnahmen dient dazu, trotz der Komplexität der Zusammenhänge, den Menschen als Endnutzer aller EZA-Projekte nicht aus den Augen zu verlieren.

Jede noch so hochtrabende Entwicklungstheorie und Maßnahme würde an Bedeutung verlieren, sollten sich ihre Auswirkungen nicht im Mikrokosmos des Individuums widerspiegeln.

Vor dieser Prämisse ähnelt das Angebot von Physiotherapie einer Nuss am Baum der Entwicklungszusammenarbeit im Garten der Menschen mit Behinderung.

Nach dieser Erläuterung möchte ich die vier Systeme vorstellen:

Das erste System umfasst den **internationalen Entwicklungsdiskurs und die Debatte um die *Convention on Rights of Persons with Disabilities (CRPWD)***. Seit dem *Washington Consensus* wurden zahlreiche Theorien und Konzepte zum Thema Entwicklung entworfen, implementiert, kritisiert und wieder verworfen. Sie alle haben die praktischen Maßnahmen der EZA beeinflusst. Im ersten Teil meiner Arbeit möchte ich daher auf die maßgeblichen Theorien und Konzepte eingehen, die den derzeitigen Diskurs der Entwicklungstheorien geformt und geprägt haben. **Die Hypothese** für diesen Teil der Arbeit lautet, dass der internationale Diskurs rund um den Befähigungsansatz und das Konzept der Nachhaltigkeit in enger Beziehung zur Entwicklung des sozialen Modells steht. Der Stellenwert von Physiotherapie im nationalen Gesundheitssystem wiederum hängt stark mit der Aufwertung und dem Streben nach Selbstständigkeit von Menschen mit Behinderung (MmB) zusammen, welches auch in der CRPWD bestärkt wird. Das Berufsfeld und die Tätigkeiten, die die Profession eines_r Physiotherapeut_in beinhaltet, sind weltweit aber noch sehr heterogen. Ziel des ersten Teils ist es, die Verflechtungen der internationalen Rahmenbedingungen für die Anwendung von Physiotherapie zu beschreiben.

Das **zweite System** bilden **lokale Gegebenheiten in Haiti**. Die Wahl von Haiti als Fallbeispiel hatte mehrere Gründe. Zum einen ist Haiti aufgrund seiner Geschichte Interventionen seitens EZA-Organisationen und internationaler Akteur_innen „gewöhnt“, zum anderen scheint es aber, als würden die Bemühungen der internationalen Gesellschaft zur „Verbesserung“ der lokalen Gegebenheiten wie Wasser auf dem heißen Stein verdampfen. In Bezug auf Physiotherapie war Haiti vor dem Erdbeben quasi eine „tabula rasa“. Obwohl es im Nachbarstaat, der Dominikanischen Republik, bereits seit Jahren (vermutlich seit 2002) sogar einen eigenen Verband für Physiotherapeut_innen gibt, wurde in Haiti vor dem Erdbeben nur vereinzelt Physiotherapie angewendet. (Adofi 2010)

Der zweite Teil der Arbeit sucht deshalb im nationalen Diskurs nach Faktoren, die die Anwendung von Physiotherapie bereits vor dem Erdbeben begünstigten. **Die Hypothese**, die es zu testen gilt lautet: Die Bedingungen und die Akzeptanz für Physiotherapie sowie die notwendige Compliance waren bereits vor dem Erdbeben innerhalb des nationalen Diskurses über MmB vorhanden.

Anschließend beschreibt das **dritte System** die unmittelbaren Auswirkungen der Zerstörung durch den extrinsischen Faktor **Erdbeben**. Der Fokus liegt hier auf den Auswirkungen der sofortigen Rettungsmaßnahmen, den, durch das Erdbeben verursachten, Verletzungen und der Flut von NGOs in ein Land, welches bereits davor als „Staat der NGOs“ bezeichnet wurde. Es waren aber nicht nur (I)NGOs, die das Land stürmten, sondern zum Teil auch finanzkräftige Unternehmen, die großes Interesse zeigten. Im konkreten Fall geht es um die Aktivitäten des Prothesen- und Orthesen-Herstellers Hangar Inc.

Die Hypothese lautet folglich, dass das Erdbeben und der damit verbundene plötzliche und vor allem drastische Anstieg von MmA das Interesse großer Privatunternehmen weckten. Aufgrund der finanziellen Förderungen und Entsendung eigener Techniker_innen trug das Unternehmen zur kostenintensiven Bereitstellung von Prothesen- und Orthesenservices bei, die für die Rehabilitationsinterventionen unerlässlich waren.

Das **vierte System** befasst sich in weiterer Folge mit den **Interventionen der internationalen NGOs (INGO)**. Die größten INGOs in Haiti in Bezug auf Physiotherapie sind *Handicap International* (HI) und die *Christoffel Blinden Mission* (CBM). Als bedeutende lokale NGO ist die *Healing Hands for Haiti International Foundation* (HHHI) zu nennen. Ich werde mich daher auf die Interventionen dieser Organisationen beschränken. Während HI und CBM von den *Vereinten Nationen* (United Nations, UN) das Mandat zur Koordinierung der *Health-Cluster Subgroup „Injuries, Rehabilitation and Disabilities“* erhielten, war HHHI die einzige Organisation, die bereits vor dem Erdbeben ein Trainingsprojekt für *Rehabilitation Aids* in Haiti implementiert hatte. Die Arbeit der internationalen Akteure_innen in Haiti war gekennzeichnet von einer Vielfalt an Interventionen. Dieser Part der Arbeit geht deshalb auf die Gestaltung des Interventionsmix und den geplanten Exitstrategien der INGOs ein. **Die Hypothese** lautet, dass die Arbeit der beiden INGOs den Forderungen des globalen Diskurses entspricht und die Bedürfnisse der MmB auf verschiedenen Ebenen vor dem Hintergrund des Befähigungsansatzes anspricht.

Abschließend führt der **fünfte Part** meiner Arbeit die Systeme vor dem Hintergrund der Systemtheorie zusammen und versucht ihre Interaktionen sichtbar zu machen.

Sowohl Ressourcen als auch Hindernisse und besonders wichtige Schnittstellen für die Implementierung von Physiotherapie sollen noch einmal hervorgehoben werden.

Die Arbeit schließt mit einer Beurteilung der Interventionen im Sinne der Möglichkeit einer langfristigen und auch nachhaltigen Implementierung von Physiotherapie im haitianischen Gesundheitssystem.

Um die Systeme darstellen und die Hypothesen prüfen zu können, wurde die Methode der Literaturrecherche von sowohl Primär- als auch Sekundärliteratur verwendet. Informale Hintergrundgespräche mit Physiotherapeut_innen, die im Bereich der EZA oder humanitärer Hilfeinsätze arbeite(te)n und Organisationsmitarbeiter_innen dienten dazu, die Literaturdarstellungen quer zu prüfen. Die Literaturrecherche umfasste sowohl Projektdokumentationen einzelner (internationaler) Organisationen als auch Informationen, die direkt auf diversen Homepages der selbigen veröffentlicht wurden. Weiters dienten Artikel aus peer-reviewed Journals, online publizierte Paper und Stellungnahmen sowie Bücher und Sammelbände dazu, Informationen zu generieren. Die Suchstrategie umfasste unter anderem die Verwendung der Datenbank des Netzwerks „*Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action*“ (ALNAP), die Verwendung der Suchmaschinen Google, Google Scholar und die Referenzlisten veröffentlichter Artikel und Dokumente.

Teil I – Der globale Diskurs

1.1. Überblick

Der derzeitige Entwicklungsdiskurs sowie die Praxis der Entwicklungszusammenarbeit wurden seit Beginn der 80er sowohl vom Diktat des Neoliberalismus als auch vom Begriff und Konzept der Nachhaltigkeit geprägt. Seit der Entwicklung des *Human Development Index* (HDI) und der damit einhergehenden Abkehr vom Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist es innerhalb der Entwicklungstheorien zu einem kontinuierlichen Aufschwung des Befähigungsansatzes (*Capability Approach*) gekommen. Neben und im Fahrwasser der Konzepte des Befähigungs- und Nachhaltigkeitsansatzes erregte die *Disability-Rights-Movement* immer mehr internationales Aufsehen. Ihre Bemühungen gipfelten schließlich 2006 in der Verabschiedung der CRPWD unter der Berücksichtigung des immer noch aktuellen sozialen Modells für Behinderung. Das soziale Modell weist große Ähnlichkeiten mit der von der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) institutionalisierten *International Classification on Functioning, Disability and Health* auf. Die *Classification*, im Folgenden auch ICF oder ICF-Modell genannt, findet weltweit in der Arbeit der Physiotherapie Anwendung. Im Folgenden werden also zuerst die Arbeitsweise der Physiotherapie im Allgemeinen sowie ihre Möglichkeiten innerhalb des sozialen Modells von Behinderung dargelegt. Anschließend geht es darum, das ICF-Modell und den *Capability Approaches* zu beschreiben, um die Kontingenz des globalen Diskurses besser erfassen zu können. Die Systemtheorie und das Konzept der Nachhaltigkeit werden erst in Kapitel V erläutert und dazu verwendet, die Erkenntnisse dieser Arbeit zusammenzuführen. Der erste Teil der Arbeit schließt mit einer Analyse der CRPWD als Spiegel des internationalen Diskurses.

1.2. Die Physiotherapie² – Aufgaben und Möglichkeiten

„Movement is life. Life is a process. Improve the quality of the process and you improve the quality of life itself.“ (Moshe Feldenkrais)

Diese Feststellung von Moshe Feldenkrais spiegelt prinzipiell die wichtigste Motivation der Physiotherapie wider. Die *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) definiert Physiotherapie, etwas förmlicher, folgendermaßen:

² Der im deutschen geläufige Begriff Physiotherapie wird im Englischen sowohl mit „physical therapy“ als auch mit „physio therapy“ übersetzt. Beide Termini werden als Synonyme verwendet. Dasselbe gilt für „physiotherapist“ and „physical therapist“. (WCPT 2013a)

Physical therapy provides services to individuals and populations to develop maintain and restore maximum movement and functional ability throughout the lifespan. This includes providing services in circumstances where movement and function are threatened by ageing, injury, diseases, disorders, conditions or environmental factors. (WCPT 2011: 1)

Physiotherapie setzt also immer dort an, wo Menschen, egal welchen Alters, egal aus welchem Grund und egal in welcher Art, in ihren Bewegungen eingeschränkt sind.

Die Fähigkeit, funktionelle Bewegungen willkürlich auszuführen, ist eng verbunden mit der Lebensqualität des Individuums. Das Ziel von Physiotherapie ist es, Patient_innen zu helfen, Bewegungen funktionell, aber auch ökonomisch auszuführen, den Körper zu stärken und gleichzeitig weitere Dysfunktionen zu vermeiden. Der Fokus liegt auf der Wahrung oder der Wiederherstellung der individuellen Körperintegrität. Die Förderung und Stärkung von Funktionen gehen einher mit dem Abbau von Aktivitätseinschränkungen. Frühzeitige Physiotherapie erlaubt es außerdem, Sekundärschäden und andere Beeinträchtigungen, die durch Krankheit ausgelöst werden können, zu vermeiden. Vor allem im Falle chronischer Schmerzen des Bewegungsapparates hilft Physiotherapie Schmerzen symptomatisch zu behandeln und/oder zu lindern. Die verbesserte Mobilität, die die Patient_innen im Zuge der Physiotherapie erleben, hilft sie dazu zu befähigen, ihr Leben unabhängiger zu gestalten. Weiters können Therapiemaßnahmen Betroffene dabei unterstützen, (wieder) zu arbeiten oder ihre Freizeitaktivitäten auszuführen. Sie eröffnen ein Stück weit die verschiedenen Gestaltungsmöglichkeiten des täglichen Lebens für Betroffene und äußern sich in verbesserter Lebensqualität für die Betroffenen sowie ihrer Angehörigen. Die Interaktion und Zusammenarbeit im multidisziplinären Team ist dabei ebenso notwendig wie die Einbindung von Angehörigen oder Menschen, die dem_der Patient_in im täglichen Leben beistehen. Der WCPT betont, dass Physiotherapeut_innen weiters auch den Auftrag haben, innerhalb der Gesellschaft im Sinne der allgemeinen Gesundheitsvorsorge auf die Wichtigkeit von Bewegung hinzuweisen und sie in ihrem Wirkungskreis zu fördern. (WCPT 2011: 1ff)

Diese grobe Beschreibung von Physiotherapie entstammt großteils der Definition der WCPT und entspricht somit auch den länderübergreifenden Vorstellungen von Physiotherapie. Denn die Aufgabe der WCPT ist es, Physiotherapeut_innen auf der ganzen Welt zu vernetzen und einen möglichst hohen Standard an Ausbildung und Forschung zu propagieren. Neben der offiziellen Vertretung von rund 350.000 Physiotherapeut_innen in 106 Ländern arbeitet die WCPT auch mit internationalen Organisationen zusammen und ist für das Lobbying der Physiotherapie zuständig. Hervorzuheben ist, dass die WCPT die unterschiedlichen historischen Wurzeln der Profession des_der Physiotherapeut_in in den einzelnen Ländern anerkennt und respektiert. Noch immer sind die Ausbildung und die Arbeitsbedingungen nicht global genormt, sondern von den nationalen sozialen, ökonomischen, kulturellen und politischen Gegebenheiten abhängig. Dadurch ergibt sich die Vielfalt an Praxisbedingungen, die

für Physiotherapeuten_innen von Bedeutung sind. Die WCPT fordert ihre Mitglieder deswegen auf, Kulturvielfalt in ihre nationalen Definitionen von Physiotherapie miteinzubeziehen. Wörtlich heißt es in ihrem *Policy Statement* zur Beschreibung von Physiotherapie:

„[A]llow for variation in: cultures, values and beliefs; health needs of people and societies; the structure of health systems around the world.“ (WCPT 2011: 4)

Dieser Satz erlaubt es, die Physiotherapie, wenn irgendwie möglich, kulturspezifisch und im Kontext des nationalen Rahmens zu adaptieren, um ihre Vorteile allen Menschen nahe zu bringen. In diesem Sinne gibt die WCPT Guidelines und ethische Prinzipien vor, die von den nationalen Vertretungen übernommen werden sollen. Sie lässt den einzelnen Landesverbänden aber auch Raum, die Guidelines dem nationalen Kontext anzupassen. Zum Beispiel haben Physiotherapeuten_innen in Großbritannien mittlerweile das Recht, als Erstansprechpartner_innen von Patient_innen kontaktiert zu werden und Medikamente zu verschreiben, während Physiotherapeuten_innen in der Dominikanischen Republik noch nicht einmal dazu befugt sind, über Behandlungsmaßnahmen sowie Anfang und Ende oder Abbruch einer Behandlung eigenmächtig, also ohne Zustimmung eines Arztes, zu entscheiden. (Cooper 2013; Adofi 2013) Anhand dieses Hierarchiegefälles erkennt man die Einflüsse nationaler Gegebenheiten und der historischen Verankerung der Profession. Während Physiotherapie bereits Ende des 19. Jahrhunderts in Großbritannien institutionalisiert wurde, stammt der erste *Code of Conduct* der Dominikanischen Republik aus dem Jahr 2002. (Adofi 2013; Core Physiatry 2013) Kulturelle Aufwertung erfährt die Physiotherapie vor allem in Neuseeland, wo seit 2001 die Kultur der Maori in die Ausbildung von Physiotherapeuten_innen miteinfließt, um Physiotherapeut_innen ein Bewusstsein für Kultursensitivität zu ermöglichen (NZ Society of Physiotherapists 2013).

Die Arbeitsbereiche der Physiotherapie sind sehr breit gefächert. Physiotherapeut_innen arbeiten sowohl in der Habilitation, indem sie Kindern und Erwachsenen, die von Geburt an Beeinträchtigungen haben, Bewegungen lehren, als auch in der Rehabilitation, wenn Patient_innen erst aufgrund eines akuten Geschehens Beeinträchtigungen erleiden.

Im Sinne der WCPT sollte Physiotherapie ein essentieller Teil jedes Gesundheits- und Wohlfahrtssystems sein. Dabei arbeiten Physiotherapeut_innen entweder selbstständig in Gemeinschaftspraxen oder innerhalb größerer Institutionen wie Krankenhäusern, Pflege- und Altenheimen, Community Based Rehabilitation Programmes, interdisziplinären Rehabilitations- und Habilitationszentren, etc. Therapiemaßnahmen können aber auch im Rahmen von Hausbesuchen ganz nah bei den Betroffenen stattfinden.

Die Anzahl physiotherapeutischer Maßnahmen wächst kontinuierlich. Mancherorts wird mit Physiotherapie nur Massage, Elektrotherapie oder Hydrotherapie verbunden. Tatsächlich

schlägt der WCPT aber folgende (frei übersetzte) Aufzählung ohne Anspruch auf Vollständigkeit vor:

- Therapeutische Übungen, um Bewegungen, Positionen und Transfers zu ermöglichen
- Funktionelles Training der (wenn möglich zuhause stattfindenden)Selbstversorgung
- Manuelle Techniken (dazu gehören Mobilisation, Manipulation, Gelenkstechniken, spezielle Massagen, etc.)
- Verschreibung und Anpassung sowie Anfertigung von Hilfsmitteln (Krücken, Orthesen, Prothesen, etc.)³
- Atemtechniken
- Elektrotherapie
- Hydrotherapie
- Allgemeine Gesundheitsförderung

(WCPT 2011: 10f)

Bevor der_die Therapeut_in aber die anzuwendenden Maßnahmen auswählt, ist es seine_ihre Aufgabe, einen genauen Befund des aktuellen Status des_der Patient_in zu erheben. Dazu gehören sowohl Anamnese als auch Analyse von bereits entstandenen oder zukünftig relevanten physischen Beeinträchtigungen, Aktivitätslimitierungen oder Partizipationseinschränkungen. Die Informationen der Befundung werden in der Physiotherapie anhand des ICF-Modells ausgewertet und erlauben die Identifikation von angemessenen Interventionen und Maßnahmen sowie eine Prognosestellung. (WCPT 2011: 3ff)

Das heutige Verständnis der Physiotherapie von Behinderung und Krankheit ist stark vom ICF-Modell und dem sozialen Modell geprägt. Zum besseren Verständnis der Arbeit werden diese beiden Konzepte kurz erläutert.

1.2.1. Konzeption von Behinderung – Das soziale Modell

Die Definition von Behinderung, ebenso wie die Sichtweise auf Behinderung, wurde über die Jahrzehnte durch verschiedene Modelle immer wieder neu kreiert und weiterentwickelt. Drei Modelle erlangten dabei besondere Bedeutung. Am Beginn der Modellevolution stand das Charity-Modell. Das Charity-Modell sah MmB, vereinfacht ausgedrückt, vorrangig als passive, rechtlose Nutznießer_innen und abhängig von Almosen der restlichen Gesellschaft. Es entstammte dem Prinzip der Nächstenliebe und wurde deshalb auch verstärkt von religiösen Organisationen umgesetzt. Das zweite Modell wird als medizinisches Modell bezeichnet. Es

³ Sowohl Krücken, Orthesen, Prothesen und Schienen werden mit dem Begriff „orthopädische Hilfsmittel“ subsumiert. Die Unterscheidung zwischen Prothese und Orthese ist meist ohne Bedeutung. Generell dient eine Orthese aber vorrangig dazu, eine spastische oder gelähmte Extremität zu unterstützen, während eine Prothese den amputierten Körperteil ersetzt. (CBM 2013b)

definierte MmB anhand ihrer Einschränkungen, deren Überwindung mittels individueller, technischer und medizinischer Lösungen ermöglicht werden sollte. Soziale Barrieren und Mechanismen der Diskriminierung wurden dabei meist vollkommen ausgeblendet, der „Fehler“ lag beim MmB. Das dritte, letzte und heute noch gültige Modell, das soziale Modell sieht Behinderung schließlich nicht mehr primär als vom Individuum abhängig.

Vielmehr definiert die WHO Behinderung, im Sinne des sozialen Modells, heute als einen Überbegriff, der für die soziale Interaktionskonsequenz von physischen Einschränkungen, Aktivitätseinschränkungen und sozialer Exklusion steht.

Die WHO stellt somit fest:

Disability is [...] not just a health problem. It is a complex phenomenon, reflecting the interaction between features of a person's body and features of the society in which he or she lives. Overcoming the difficulties faced by people with disabilities requires interventions to remove environmental and social barriers. (WHO 2013)

Diese Sichtweise findet sich auch in der CRPWD, die offiziell anerkennt:

That disability is an evolving concept and that disability results from the interaction between persons with impairments and attitudinal and environmental barriers that hinders their full and effective participation in society on an equal basis with others.
(CRPWD Präambel (e) zitiert nach Schulze 2010: 27)

Ein Mensch ist also nicht nur aufgrund seiner Einschränkungen behindert, sondern durch deren Interaktionen mit der Umgebung. Diese umfassen sowohl Vorurteile als auch Diskriminierung oder Gebäude, die nicht „barrierefrei“ gestaltet sind.

Die derzeitige, medizinische Sichtweise des sozialen Modells spiegelt sich in der ICF wider, die für die Physiotherapie von Bedeutung ist.

1.2.2. Die *International Classification of Function, Disability and Health* (ICF)

Auch das ICF-Modell wird als Paradigmenwechsel bezeichnet, da der Fokus nicht mehr nur auf den Symptomen und Defiziten der Betroffenen liegt, sondern die gesamte Umwelt und der psycho-soziale Kontext des Individuums in Betracht gezogen wird. Ähnlich der Konzeption von Behinderung stellt das ICF-Modell das vorläufige Ende der Entwicklung von einer vorwiegend schädigungsorientierten, medizinischen Denkweise hin zu einer sozialorientierten dar. Das Modell baut auf die *International Classification of Diseases (ICD)* der WHO auf und wurde 2001 von der WHO-Vollversammlung beschlossen. Ziel des ICF-Modells ist es, die Diagnosen der ICD, wie zum Beispiel Schlaganfall, nicht nur isoliert zu betrachten, sondern in den Lebenskontext der Betroffenen zu transferieren. Es wird somit offiziell erkannt, dass dieselbe Diagnose vollkommen unterschiedliche Auswirkungen auf die Leben zweier Individuen haben kann.

Das ICF-Modell definiert Partizipation (damit ist die Teilhabe an sozialen Aktivitäten gemeint) und deren Beeinträchtigung, ebenso wie das soziale Modell, als Wechselwirkung zwischen dem physischen Problem und den personen- und umweltbezogenen Faktoren. (Rentsch/Bucher: 12ff)

Im Sinne des ICF-Modells werden die Informationen aus Anamnese und Befundung in zwei Teilen erhoben:

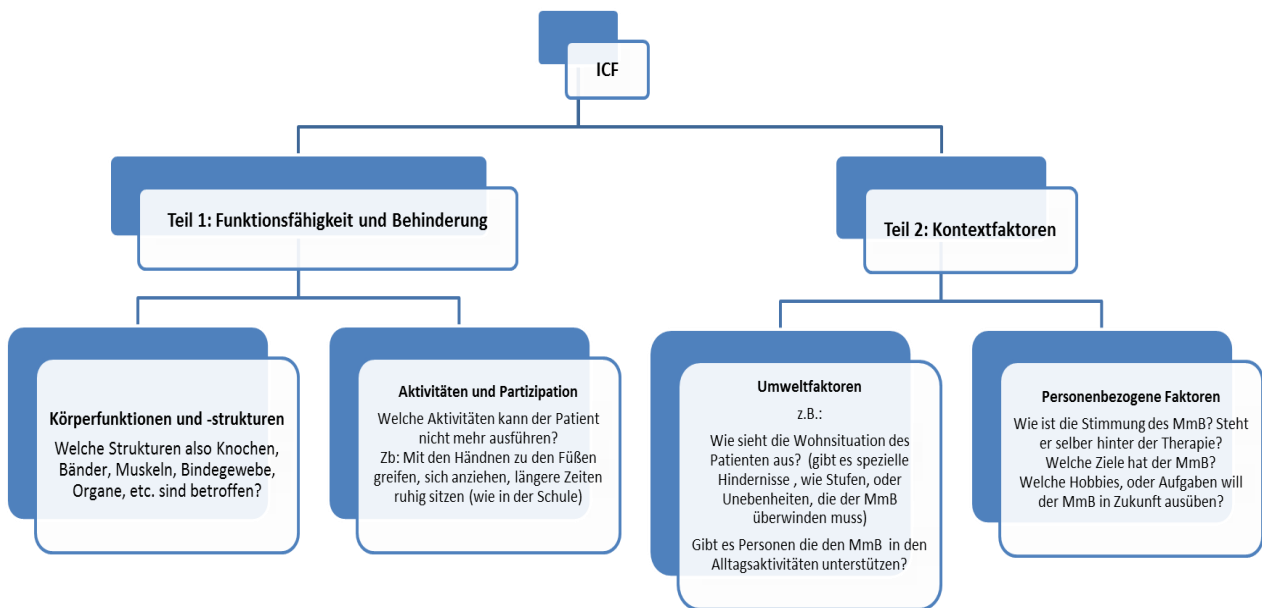


Abbildung 1: Die International Classification of Function, Health and Disability. (ICF nach Rentsch/Bucher 2005: 19 adaptiert durch Hattmannsdorfer: 19ff)

Die Darstellung des ICF-Modells erlaubt durch seine Aufteilung eine holistische Darstellung der Gesamtsituation der Betroffenen. Einschränkungen auf physischer Ebene haben denselben Stellenwert wie Einschränkungen auf der Aktivitäts- und Partizipationsebene. Die Darstellung von individuellen Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren gibt Auskunft über die Ziele, Möglichkeiten und vor allem Ressourcen eines MmB.

Das Bedeutendste an der Darstellung des sozialen Modells, des ICF und, wie später auch noch sichtbar wird, des *Capability Approaches* sind die Wechselwirkungen zwischen einer Person und ihrer Umwelt. In Broschüren des ICF findet sich daher immer auch die folgende Abbildung 2:

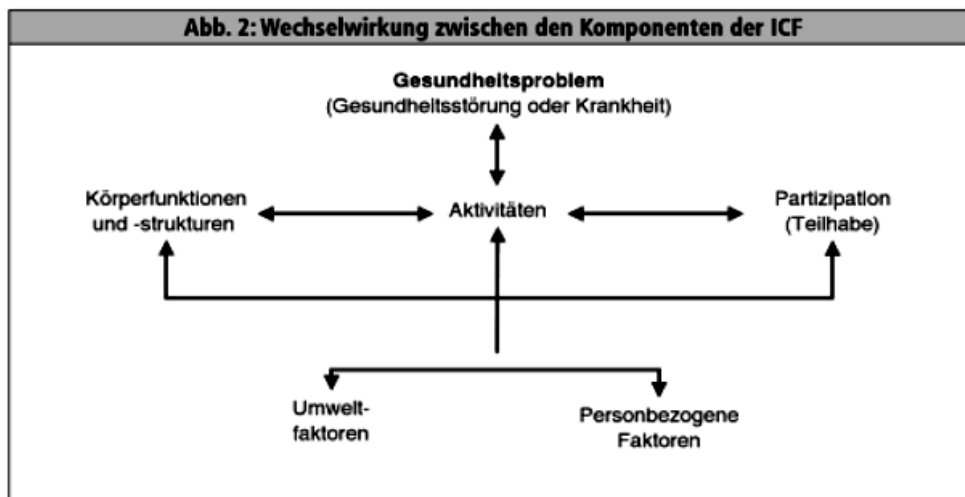


Abb. 2: Wechselwirkung zwischen den Komponente der ICF
(Rentsch/Bucher 2005: 25)

Die Interventionen der Physiotherapie finden meist auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen statt. Es geht aber auch darum zu erkennen, wie sich Defizite der Körperfunktions- und Strukturebene auf der Aktivitäts- und Partizipationsebene äußern. Es nutzt wenig, wenn ein_e Patient_in eine um 10° Grad verbesserte Beugung im Kniegelenk hat, diese jedoch im Alltag beim Einsteigen in den Bus nicht aktiv einsetzen kann. Die umwelt- und personenbezogenen Faktoren geben Auskunft über mögliche Risiken und Kontraindikationen bestimmter Behandlungsmaßnahmen. Außerdem zeigen sie sowohl die Therapie negativ beeinflussenden Faktoren wie Depression als auch die Therapie positiv unterstützenden Ressourcen. Ressourcen können zum Beispiel Menschen und/oder Organisationen sein, die MmB unterstützen und auf welche sowohl MmB als auch der_die Therapeut_in während der Therapie zurückgreifen können. Besonders wichtig für den Erfolg der Therapie ist die gemeinsame Formulierung der Therapieziele. Therapieziele sollten immer gemeinsam mit dem MmB und möglichst realistisch und nahe an die individuellen Lebensumstände und persönlichen Wünsche des MmB angepasst werden. (Gutenbrunner/Ward/Chamberlain 2006: 293)

Genau hier, bei der Betonung des Respekts gegenüber den individuellen Wünschen des_der Patient_in, wird die Verbindung zum und der Einfluss des neuen Entwicklungsparadigmas, des *Capability Approaches*, sichtbar. Im Sinne des *Capability Approaches* ist es das oberste Ziel von Physiotherapie, den Menschen (wieder) dazu zu befähigen, seinen Körper so zu bewegen und einzusetzen, wie er es wünscht und dadurch Selbstständigkeit und Freiheit zu erreichen.

1.3. Der Befähigungsansatz als neues Entwicklungsparadigma

Mit dem Befähigungsansatz, im Englischen auch *Capability(ies) Approach*⁴ (CA) genannt, werden heute besonders zwei Namen in Verbindung gebracht: Amartya Sen und Martha Nussbaum. Durch die Integration des Ansatzes in die „*Human Development Reports*“ der UN als oft zitierter „*Human Development Index*“ (HDI), erlebte der CA spätestens seit 1990 einen großen Push. Der HDI gilt seitdem als eine, wenn auch umstrittene, Operationalisierung des CAs. (Babic u.a. 2011: 1)

Der oftmalige Verweis von Martha Nussbaum und Amartya Sen auf Aristoteles und andere, alte römische und griechische Philosophen oder liberale Ökonomen wie Smith und Hayek, lässt erkennen, dass die Gedanken des Ansatzes nicht ganz neu sind. Durch die Neuauslegungen werden sie aber durchaus als wieder zeitgemäß empfunden (Babic u.a. 2011: 1). Der Anspruch der Theorie ist es, einen neuen Zugang zum Thema Entwicklung zu finden und so Lebensqualität abseits des lange dominierenden Indikators BIP vergleichbar zu machen.

Im Vergleich zu Utilitarismus und den, von Rawls beeinflussten, Gerechtigkeitstheorien, denen auch das Konzept der universalen Menschenrechte zuzuschreiben ist, sieht der CA Entwicklung nicht im Besitz oder der Ausübung von Gütern und Fähigkeiten, die die Lebensqualität und das damit einhergehende Wohlergehen definieren. Der CA macht quasi einen Schritt zurück und fragt nach den Möglichkeiten diese Dinge zu erreichen.

Der Ansatz „*Entwicklung als Freiheit*“ konzentriert sich auf die Möglichkeiten der freien Entscheidung des Individuums, ein Leben nach seinen Wünschen zu leben. Die Summe dieser Freiheiten und die davon realisierten oder bewusst nicht realisierten Fähigkeiten, genauso wie Errungenschaften, bilden für Sen einen Zustand, den er als „Wohlergehen“ [Well-being] definiert. Frei nach Gotthold Ephraim Lessing: „*Wir sind alle Blätter an einem Baum, keins dem anderen gleich. Das eine symmetrisch, das andere nicht und doch alle gleich wichtig dem Ganzen,*“ anerkennt der Ansatz, dass jeder Mensch andere Bedürfnisse hat und deshalb andere Güter in für ihn wichtige Befähigungen eintauscht, um einen Zustand des individuell selbstgewählten „Wohlergehens“ zu erreichen. Die Expansion von Entscheidungsfreiheiten wird damit sowohl zum vorrangigen Ziel als auch der Bedeutung von Entwicklung. (Sen 1999: 36)

Besonders der Begriff Armut erhält unter diesem Aspekt ein neues Gesicht. Armut wird nicht mehr primär als Mangel an Einkommen definiert, sondern vielmehr als Mangel an substanti-

⁴ Während in der Literatur manchmal differenziert wird zwischen dem von Sen geprägten „Capability Approach“ und Nussbaums „Capabilities Approach“, erklärt Nussbaum, dass dies eher eine rein verbale Differenzierung ist und historisch begründet ist. Der Grund für ihre Verwendung des Plurals liegt in der Betonung, dass „*the most important elements of people's quality of life are plural and qualitatively distinct*“ (Nussbaum 2011: 18)

ellen Befähigungen. (Sen 1999: 20) Damit dem Menschen die größtmögliche Entscheidungsfreiheit gewährt wird, müssen verschiedene Grundbedingungen geschaffen werden. Diese Grundbedingungen werden als *Capabilities* bezeichnet und *befähigen* (deswegen Befähigungsansatz) den Menschen sich frei und selbstbestimmt zu entwickeln. Der springende Punkt ist, dass das Ziel seiner Entwicklung, jedem Menschen selbst überlassen wird. Nussbaum verwendet in ihren Ausführungen gerne die Pluralform *Capabilities* um zu betonen, dass es sich dabei um mehrere Befähigungen handelt, die, wenn auch in unterschiedlicher Qualität, für jedes Individuum essentiell sind. Für Nussbaum ist es wichtig, die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen, welche soziale Ungerechtigkeit und Ungleichheit verursachen, auszugleichen. Die Ursache für diesen Missstand sieht Nussbaum in den Folgen von Diskriminierung und Marginalisierung. Daraus folgert sie auch, dass es vor allem die Aufgabe der Regierungen ist, die Voraussetzungen für *Capabilities* zu schaffen und diese in Verfassungen und Verordnungen zu verankern. (Nussbaum 2011: 17ff)

Während Sens Ausführungen sehr abstrakt bezüglich praktischer Beispiele zur Schaffung von *Capabilities* bleiben, definiert Nussbaum in ihrem Buch „*Creating Capabilities*“ (2011) eine *Liste von zehn zentralen Capabilities*, wenn auch ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Der Grund für die von Sen propagierte Offenheit und sein Sträuben gegen die Erstellung einer „fixen“ Liste begründet er folgendermaßen:

The problem is not with listing important capabilities, but with insisting on one pre-determined canonical list of capabilities, chosen by theorists without any general social discussion or public reasoning. To have such a fixed list, emanating entirely from pure theory, is to deny the possibility of fruitful public participation on what should be included and why. (Sen 2005:158)

Sen sträubt sich also nicht vorrangig gegen die Definition von zentralen *Capabilities* oder auch Werten, sondern erkennt, dass deren Definition in einem partizipativen, gesellschaftlichen Konsens formuliert werden soll (Sen 1999: 31). Trotzdem lässt sein Buch „*Development as Freedom*“ verschiedene, für ihn wichtige, Schlüsselkapazitäten erahnen. Unter anderem sind dies Bildung, Gesundheit, politische Partizipation und das Recht auf Meinungsfreiheit. (Sen 1999: 36)

Nussbaum selbst akzeptiert die Gründe für Sens Weigerung der Erstellung einer fixen Liste, bezweifelt aber, ob dies „weise“ ist (Nussbaum 2011: 27). Der finale Grund für die Definierung der zehn *Capabilities* sieht Nussbaum in Platons Paradox, dass man „wenn man nicht weiß, was man sucht, es auch nicht finden kann“ (Nussbaum 2011: 15). Beide, sowohl Sen als auch Nussbaum, legen ihren Fokus auf klar individuell formulierte *Capabilities*. Deshalb wird der CA oft kritisiert, kollektive Befähigungen, wie zum Beispiel jene einer Religionsgemeinschaft ihren Glauben auszuleben, auszuklammern. (Frediani 2010: 176)

Im nächsten Abschnitt wird der Rahmen, der rund um dieses Konzept aufgebaut wurde, erklärt.

1.3.1. Das Framework des Befähigungsansatzes

Die nun schon erwähnten *Capabilities* bezeichnen ein Set aus Fähigkeiten, die verwirklicht werden können. Die Quintessenz ist die Bezeichnung von Entwicklung als die Freiheit persönlich entscheiden zu können, welche der alternativen Fähigkeiten von einem Individuum verwirklicht, also ausgeführt, oder bewusst unterlassen werden möchten. Verwirklichte *Capabilities* werden in weiterer Folge als *Functions* bezeichnet. Die Entscheidung, welche der *Capabilities* schließlich als *Function* verwirklicht wird, also die Entscheidungsfähigkeit, bezeichnet Sen als *Agency*. Wichtig ist, dass die individuelle *Agency* aber nicht nur von den intrinsischen Motivationen eines Individuums beeinflusst ist, sondern von sogenannten *Conversion-Factors* abhängt. *Conversion-Factors* sind strukturelle und persönliche Umstände, die als Umsetzungsfaktoren fungieren. Für Sen sind *Conversion-Factors* in drei Dimensionen unterscheidbar:

1. Persönliche Merkmale: umfassen unter anderem physische Verfassung und Kondition, Geschlecht, Intelligenz, Alphabetisierung, etc.
2. Soziale Merkmale: beziehen sich auf soziale Normen und Regeln, Diskriminierungsmechanismen, Hierarchien, gesetzliche Rahmenbedingungen, etc.
3. Umweltmerkmale: schließen Klimafaktoren, öffentliche Infrastruktur, Institutionen, Gemeinschaftsgüter, etc. ein. (Frediani 2010: 176)

(Nussbaum 2011: 25ff; Frediani 2010: 176)

Das wohl berühmteste Beispiel zur Erklärung dieser Begriffe betrifft zwei Menschen, die beide nichts essen. Der Unterschied zwischen den beiden ist, dass der eine bewusst fastet und der andere hungert. Der Output ist der gleiche, die Hintergründe aber doch vollkommen unterschiedlich. Während die fastende Person aus ihrem *Capability Set* die Fähigkeit des Fastens verwirklicht und sich bewusst und frei zum Fasten entscheidet, bleibt dem Zweiten die Nahrungsaufnahme und die Entscheidung über diese aufgrund von mangelndem Angebot schlichtweg verwehrt. (Sen 1999: 75)

Nussbaum bezeichnet die Summe, oder besser die Freiheitssynthese, die aus der Kombination des *Capability Sets* mit den *Conversion-Factors* entsteht, als *kombinierte Capabilities*. Den kombinierten Fähigkeiten stellt sie anschließend die *internal capabilities* zur Seite. Interne Fähigkeiten sind Eigenschaften, Fähigkeiten und Merkmale, die in Abhängigkeit von sozialen, ökonomischen, familiären und politischen Bedingungen trainiert und entwickelt werden. Als praktische Beispiele nennt sie für interne Fähigkeiten: politisches Verständnis, Selbstbe-

wusstsein und handwerkliche Fähigkeiten. Ihrer Meinung nach ist es die Aufgabe einer Gesellschaft, die internen Fähigkeiten jedes einzelnen durch Ausbildung, Förderung der physischen und psychischen Gesundheit, Familienunterstützung etc. zu fördern und gleichzeitig einen Rahmen zu schaffen, in dem diese internen Fähigkeiten verwirklicht werden können. (Nussbaum 2011: 21, 30f)

Diese Form der grundlegenden Rahmenbedingungen wird von Sen auch soziale Verantwortung genannt. (Sen 1999: 283f)

Sowohl Nussbaum, durch ihre Differenzierung von intrapersonellen und kombinierten Befähigungen, als auch Sen über sein *Agency – Conversion-Factors*-Modell, weisen auf die Verbindung in Form eines Verstärkungsmechanismus hin, der einzelnen Befähigungen inhärent ist. Während also *Agency* von den *Conversion-Factors* abhängig ist, können verwirklichte *Capabilities*, also die Ausübung von Bildung oder politischen Freiheiten, auf die *Conversion-Factors* zurückwirken und so zu einer Positiv-Spirale der *Capability*-Zunahme führen. (Sen 1999: 4f, 9f) Genauso wie die Ausübung einzelner *Capabilities* zur Bestärkung und Zunahme von anderen *Capabilities* und so zu einer Positiv-Spirale führen kann, kreiert das Unvermögen der *Capability*-realisierung eine Verminderung und Schwächung des *Capability*-Sets. Nussbaum verweist auf ein Konzept von Wolff und De-Shalit, welches die Positiv-Spirale als „fruchtbare Verwirklichung“ [*fertile function*] bezeichnet und die Negativ-Spirale als „zerfressende Benachteiligung“ [*corrosive disadvantage*] (Nussbaum 2011: 44). Ein andauerndes Wirken von „zerfressenden“ Benachteiligungen führt sukzessive zu einem Mangel an *Capabilities*, welcher sich in Armut äußert. Der Armutsbegriff, der dabei entsteht, ist aber ein vollkommen neuer. Der reichste Mensch der Welt, gemessen an verfügbarem Geld, auf einer einsamen Insel ohne Möglichkeiten zur sozialen Interaktion oder Konsumation, ist, gemessen an seinen *Capabilities*, doch ganz arm.

1.3.2. Armut als Mangel an Capabilities

Eine Analyse des Zusammenhangs von Armut und Behinderung im Sinne des *Capability Approaches* eröffnet ebenfalls neue Sichtweisen. Der *Capability Approach* wendet sich, wie bereits angedeutet, eindeutig von einer einkommensbasierten Darstellung von Armut ab. Einkommen wird nur als Instrument zur Generierung von *Capabilities* gesehen; ein Mangel an Einkommen also nur als ein extrinsisch instrumenteller Faktor von Armut. (Sen 1999: 87) Genauso gibt es aber neben einem Mangel an Einkommen auch noch andere, sogenannte *intrinsische Mängel*, die das Set der *Capabilities* beschränken und dadurch zu Armut führen. Die Beziehung zwischen Mangel an Einkommen und Mangel an *Capabilities* ist individuell geprägt und eng mit den, nicht vom Individuum beeinflussbaren, *Conversion-Factors* verbunden. Es entstehen dadurch verschiedene, von Sen beschriebene, Mechanismen. Die

wichtigsten Mechanismen für das Verständnis von Armut und Behinderung sind der *Coupling*-Mechanismus und der Verteilungsmechanismus.

1.3.2.1. Der Coupling-Mechanismus

Die Voraussetzung für den *Coupling*-Mechanismus ist folgende Feststellung:

„People have differing needs for resources [e.g. income] if they are to attain a similar level of functioning, and they also have different abilities to convert resources into functionings.”
(Nussbaum 2011: 57)

Die Möglichkeit, Einkommen zu generieren und die Höhe desselbigen, hängen stark von Aspekten wie Alter, Geschlecht, sozialem Umfeld, etc. ab. Zum Beispiel sind MmB in ihren Erwerbsmöglichkeiten oft stark eingeschränkt. Gleichzeitig haben sie aber höhere Gesundheitsausgaben oder Kosten für beispielsweise Prothesen. Trotz derselben Höhe des Einkommens ist somit ein MmB signifikant ärmer an *Capabilities*, als eine Person ohne körperliche Einschränkungen – zumindest solange die körperliche Einschränkung die einzige Unterscheidung ist. Dieses Beispiel ist stark vereinfacht, in der Realität kommt es meist zu einem *Coupling*-Effekt von Benachteiligungen, die in ihrer Gesamtheit die individuellen *Capabilities* einschränken. Die Arbeitslosigkeit einer leseschwachen, älteren Frau mit Behinderung ist nicht nur auf eines dieser Adjektive zurückzuführen, sondern auf das *Coupling* der Faktoren mangelnde Bildung, Gender und Alter. (Sen 1999: 88)

Der nächste Mechanismus hängt mit der innergemeinschaftlichen Verteilung von Ressourcen zusammen.

1.3.2.2. Der Verteilungseffekt

Viele EZA-Maßnahmen und auch viele wohlfahrtsstaatliche Interventionen sehen einzelne Gruppen, Gemeinschaften oder die Familie als eine homogene Einheit an. Die Verteilung des Familieneinkommens findet aber selten proportional zur Anzahl der Familienmitglieder statt. Das kann gerade in Gesellschaften ohne staatliche Wohlfahrt oder formelle Versicherungssysteme funktionelle Zwecke haben. Anstatt Einkommen zu horten, bis es zum Beispiel seinen Wert verliert, wird verfügbares Einkommen sofort für denjenigen_diejenige aufgewendet, der_die es gerade benötigt. Der CA mit seinem Fokus auf das Individuum kritisiert dadurch entstehende Verteilungsungerechtigkeiten, sowohl innerhalb der Familie als auch innerhalb der Gesellschaft. Die strukturelle Benachteiligung von Mädchen zugunsten von Jungen innerhalb der Familie in jungenaaffinen Gesellschaften ist eine Folge dieses Verteilungseffekts. Dasselbe gilt auch für Kinder mit Behinderung, die oft zugunsten von nicht beeinträchtigten Kindern, bei zum Beispiel Schulbildung, benachteiligt werden. (Nussbaum 2011: 35; Sen 1999: 88f)

Um diesen beiden Mechanismen entgegenzuwirken, fordert Nussbaum die Unteilbarkeit und die Umsetzung aller *Capabilities* ihrer Liste der *zehn zentralen Capabilities*. Im Folgenden wird diese Liste kurz vorgestellt.

1.3.3. Nussbaums Liste der *zehn zentralen Capabilities*

Die bereits kurz erwähnten substantiellen *Capabilities* (Gesundheit, Bildung, politische Partizipation und Meinungsfreiheit, Schutz vor Diskriminierung jeglicher Art) finden sich auch in Nussbaums *zentralen Capabilities* wieder (Nussbaum 2011: 70).

Die *zehn zentralen Capabilities* laut Nussbaum sind:

1. **Leben:** Jeder Mensch sollte dazu befähigt sein, ein normales Leben in seiner vollen, natürlichen Länge zu genießen.
2. **Körperliche Gesundheit:** Jeder Mensch sollte dazu befähigt sein, in guter Gesundheit, bei ausreichender Ernährung, in Sicherheit leben und sich fortpflanzen können.
3. **Körperliche Integrität:** Jeder Mensch sollte sich frei von Angst vor Gewalt (an öffentlichen Orten als auch Zuhause) bewegen und fortpflanzen können.
4. **Wahrnehmung, Vorstellung und Intelligenz:** Jeder Mensch sollte dazu befähigt werden, sich selbst und auch seine Meinungen bilden zu können, sich auszudrücken und zu verwirklichen.
5. **Gefühle:** Jeder Mensch sollte dazu befähigt werden, sowohl Liebe als auch Trauer, Schmerz und Ärger um geliebte Personen zu empfinden.
6. **Praktische Vernunft:** Jeder Mensch sollte eine Vorstellung vom persönlichen guten Leben haben, und sein Leben danach planen und hinterfragen können.
7. **Zugehörigkeit:** **A)** Jeder Mensch sollte dazu befähigt sein, mit anderen zusammen zu leben und bewusst in Interaktion zu treten, Anteil an deren Leben zu nehmen und Empathie zu zeigen. **B)** Dies verlangt Selbstrespekt und Würde sowie die Anerkennung der Gleichwertigkeit aller Menschen.
8. **Andere Spezien:** Jeder Mensch sollte dazu befähigt sein, im Einklang und Bewusstsein um die Wichtigkeit von Tieren, Pflanzen und anderen Spezien unserer Umwelt zu leben.
9. **Spiele:** Jeder Mensch sollte dazu befähigt sein, zu lachen und sich am Spiel und anderen Erholungsaktivitäten zu erfreuen.
10. **Kontrolle über die individuelle Umgebung:** **A)** Jeder Mensch sollte dazu befähigt sein, aktiv an seiner politischen und sozialen Realität zu partizipieren. **B)** Jeder Mensch sollte befähigt sein, über die aktive Kontrolle von sowohl beweglichen als auch unbeweglichen Gütern und Land zu verfügen und einer menschenwürdigen Arbeit nachzugehen.

(Nussbaum 2011: 34)

Nussbaum selbst sieht ihre Liste mehr als Vorschlag und Rahmen, dessen Inhalt ohne Zweifel kritisiert werden kann und erweiterbar ist. Abseits ihrer Unteilbarkeit stellt sich immer noch die Frage, in welchem Ausmaß und in welcher Qualität die eben genannten *Capabilities* zu garantieren sind. (Nussbaum 2011: 39f)

1.3.4. Der *Capability Approach*, Kultur und die Menschenrechte

Der CA wird als ein *Human-Rights-Approach* bezeichnet. Als solcher muss er sich aber auch der Kritik stellen, die dem Menschenrechtsdiskurs anhaftet. In seinem Buch „*Development as Freedom*“ behandelt Sen drei Kritiken des Menschenrechtsdiskurses. Die ersten beiden sind eher institutioneller und rechtlicher Art (und werden hier vernachlässigt), während die dritte den Anspruch des Universalismus der Rechte hinterfragt: Wie soll es universelle Rechte geben, wenn die Werte, auf denen sie aufbauen, nicht universell sind? Diese Form der Kritik des Menschenrechtsdiskurses wird meist entlang der sogenannten asiatischen Kollektivrechte geführt. Sen entgegnet aber, dass ein Konzept, welches homogene, asiatische Werte postuliert, aufgrund der Inhomogenität der asiatischen Bevölkerung, die immerhin rund 60 % der Weltbevölkerung ausmacht, nicht haltbar ist. Vielmehr kommt es ihm so vor, als ob die (als homogen dargestellten) asiatischen Werte von autoritären Regimen der Region kreiert wurden und dazu verwendet werden, deren Herrschaftsanspruch zu legitimieren. Außerdem hält Sen die „westlichen“ Menschenrechte nicht wirklich für primär „westlich“, sondern für ein Konglomerat aus Grundsätzen verschiedener Kulturen, auf welches der „Westen“ die Vorherrschaft erhebt. (Sen 1999: 227ff)

Nussbaum verfolgt eine ähnliche Argumentationslinie und verweist auf die Vielfalt der Vertreter_innen des CAs, welche aus den unterschiedlichsten kulturellen Kontexten und Erdteilen kommen. Sie bezieht sich weiters auf die Wurzeln des Ansatzes in alteuropäischen Werten und die Lehren von Aristoteles, Rawls und Adam Smiths sowie Sens indischen Background und sein Einfließen von indischen Parabeln. Die Adaption von Werten und Zielen wurde schon seit jeher praktiziert und ist ihrer Meinung nach daher nicht mit Kulturimperialismus gleichsetzbar. (Nussbaum 2011: 45f)

Abseits dieser Kritiken erhebt der CA den Anspruch, eine neue Form der Entwicklungsevaluation zu bieten. Nur, wie soll man ein solches Konzept operationalisieren?

1.3.5. Die Operationalisierung des *Capability Approaches*

Der zentrale Anspruch des CAs ist es, eine Theorie zu schaffen, die ein Gegengewicht zur Fixierung auf das Agglomerat des BIPs, als Indikator für Entwicklung, bilden kann. Um der internationalen Gesellschaft das Loslassen des BIPs zu ermöglichen, oder auch, weil Amar-

tya Sen selber Ökonom ist, beinhaltet sein Buch „*Development as Freedom*“ noch ein Kapitel, welches sich spezifisch mit der Verbindung von Einkommen und *Capabilities* beschäftigt. Er setzt die Höhe des Einkommens dabei in Bezug zu den *Capabilities* und versucht zu verdeutlichen, dass die Beziehung zwischen Einkommen und den dadurch verwirklichten Fähigkeiten eine relative und keineswegs statische ist. Es kann daher durchaus im Sinne der ökonomischen Gleichheit sein, wenn MmB über ein größeres Einkommen verfügen, da sie auch höhere Ausgaben tätigen müssen. Die Anzahl an Fähigkeiten, die nach individuellem Ermessen verwirklicht werden können, übersteigt also für die MmB mit höherem Einkommen nicht zwingend die von Menschen ohne Behinderung. (Sen 1999: 108f)

Ein weiterer Fokus liegt auf der Beziehung zwischen Einkommen, Bildung und Gesundheit. Dass Bildung und Gesundheit dazu beizutragen, *Capabilities* zu generieren und auch ein höheres Einkommen zu fördern, ist heute unumstritten. In seinem Kapitel „*Income Poverty and Capability Poverty*“ von „*Development as Freedom*“ (1999) betont Sen, dass die Förderung von Gesundheit und Bildung oder sozialer Wohlfahrtsprogramme in weiterer Folge zu einer Erhöhung des BIPs führt. Als Beispiele nennt er dabei Japan, Süd-Korea und andere Staaten, die bereits vor ihren großen Marktöffnungen auf diese Werte gesetzt haben. (Sen 1999: 92) Bildung und Gesundheit gelten auch für Nussbaum als die machtvollsten „fruchtbaren“ [*fertile*] *Capabilities* (Nussbaum 151ff).

Die Verflachung des Ansatzes auf die einfache Formel

„*Bildung + Gesundheit = Förderung von Capabilities = steigendes Einkommen = Entwicklung*“

ist aber sowohl laut Sen als auch Nussbaum nicht zulässig. Das Ziel der Förderung von *Capabilities* ist es nicht Menschen zur Realisation ganz bestimmter *Capabilities* zu erziehen. Eine Policy, die Gesundheits-*Capabilities* forciert, respektiert auch Lifestyle-Entscheidungen zugunsten von Rauchen oder fleischreicher Ernährung und damit Realisierungen, die nicht zwangsläufig als „gesund“ zu bezeichnen sind. (Nussbaum 2011: 25f; Sen 1999: 92)

Trotzdem hat man das Gefühl, als wäre es genau jene Verflachung – die Forcierung bestimmter *Functions* – die bereits 1992 als HDI operationalisiert wurde und schließlich Eingang in die UN-Berichterstattung fand. Nussbaum erklärt dazu, dass der HDI gewollt strategisch gewählt war. Die Aggregation verschiedener Faktoren, die ein *Single Ranking* ermöglichen, war notwendig, um eine Öffentlichkeit zu schaffen, welche anschließend vielleicht ebenfalls dazu bereit ist, die disaggregierten Daten hinter dem Ranking wahrzunehmen. (Nussbaum 2011: 59) Die Strategie wurde 1992 von Mahbub ul Haq bei der Einführung des HDIs angewendet. Sens beibehaltene „Überbetonung des Einkommens“ als maßgeblicher Faktor zur Generation von *Capabilities* mag darauf hinweisen, dass die Strategie zumindest 1999 und wahrscheinlich heute noch notwendig ist. Nussbaums These sieht den Grund für den persistierenden Stellenwert des BIPs in seiner einfachen Messbarkeit. Eine Evaluation von *Capabilities*, die sowohl von intrapersonellen Faktoren als auch externen Umsetzungs-

faktoren abhängig ist, scheint ungleich schwieriger. (Nussbaum 2011: 58ff) Dies trifft insbesondere auf die bewusste Ablehnung der Capabilityrealisierung zu. Eine geringe Wahlbeteiligung kann folglich darauf hindeuten, dass viele Menschen durch Umsetzungsfaktoren (z.B.: Angst, Repression) davon abgehalten worden sind, wählen zu gehen. Sie kann aber genauso gut Ausdruck von allgemeiner Politikverdrossenheit sein, da sich viele Menschen bewusst und frei dazu entschieden haben, aus Protest nicht wählen zu gehen. Vorsicht und eine nähere Untersuchung ist laut Nussbaum vor allem dann geboten und notwendig, wenn das Unterlassen von *Functions* mit sozialer Unterordnung oder einem Stigma korreliert. (Nussbaum 2011:61)

Sen beschreibt 1999 weitere Konfliktsituationen, die sich bei der Bewertung von *Capabilities* zeigen. So scheint es in manchen Situationen nur möglich zu sein, eine von mehreren *Capabilities* zu realisieren, da sich die Verwirklichung mehrerer *Capabilities* in diesen Situationen gegenseitig ausschließt. Die Lösung für diesen Konflikt sieht Sen in zusätzlicher Information zu den einzelnen Verwirklichungsszenarien. (Sen 1999: 252f) *Capabilities* können sich in solchen Szenarien aber auch ergänzen, oder zu einem gewissen Grad ersetzen. Nussbaum geht in „*Creating Capabilities*“ noch einen Schritt weiter und meint, dass es nicht Ziel ist, diesen Konflikt zu Lasten einer *Capability* aufzulösen, sondern vielmehr nach einer Lösung zu suchen, die den Konflikt zwischen den *Capabilities* beseitigt (Nussbaum 2011: 38). Als Beispiel mag Kinderarbeit dienen: Viele Kinder müssen arbeiten, um sich Leben (*Capability 1*) leisten zu können und können daher nicht in die Schule (*Capability 4*) gehen. Eine mögliche Lösung erkennt sie in der Vergabe eines finanziellen Anreizes für den Schulbesuch oder der Möglichkeit einer, in der Schule angebotenen, kostenlosen Mahlzeit. Dadurch erhält das Kind beide Befähigungen.

Sowohl die Darstellungen von Nussbaum als auch von Sen sind immer wieder Kritiken der Machbarkeit ausgesetzt.

1.3.6. Kritik des *Capability Approaches*

In seinem Buch begegnet Sen bereits drei Kritiken des Konzepts. Die erste führt die Vielfalt der individuellen Präferenzen ins Feld. Auch wenn man sich auf einen bestimmten Teil der Gesellschaft beschränkt, wie soll ein kohärenter, sozial vergleichbarer Rahmen aussehen, der diese Vielfalt evaluiert? Wer sollte die Entscheidungen fällen? Sens Antworten auf diese Fragen bleiben sehr konfus und beschränken sich im Wesentlichen darauf, dass die Definition gerechter Verteilung von Fähigkeiten oft nicht mit simplem Mehrheitsstimmrecht zu operationalisieren ist. Man kann diesbezüglich keine fein nuancierten Entscheidungen treffen. Als Beispiel nennt er eine Hungersnot: Während es unumstritten ist, dass es ungerecht ist, wenn Menschen hungern, ist es unmöglich, eine genaue, gerechte Verteilung der gesamten existierenden Lebensmittel auf der Welt aufzustellen. Eine exakte Verteilung wie viele Äpfel oder

Tomaten jeder Mensch erhalten sollte, wäre aber auch, als würde man, ähnlich einem indischen Sprichwort, mit einer Kanone auf Moskitos schießen. (Sen 1999: 253f) Nussbaums Pendant zu dieser These entspringt dem Grundverständnis, dass die Definition von essentiellen Fähigkeiten ungleich schwieriger ist als die kollektive Feststellung, dass die Fähigkeit während eines Kopfstandes „*Yankee Doodle Dandy*“ zu pfeifen, wohl nicht dazu gehört. (Nussbaum 2011: 32)

Ein weiteres Problem, das Sen anspricht, ist ein ganz grundlegendes Problem der EZA und ihrer *Agency*-Tätigkeit. Es geht um die Verantwortung für das eigene Leben. Wer, wenn nicht das Individuum selbst, sollte am besten wissen, was gut für ihn oder sie ist und auch dafür verantwortlich sein? Soziale Verantwortung sollte also niemals versuchen, Eigenverantwortung zu ersetzen. Die soziale Verantwortung hat viel mehr die Aufgabe, die Rahmenbedingungen zu schaffen, die jeden Mensch dazu befähigen, seiner Eigenverantwortung nachzukommen. (Sen 1999: 283f)

Während Sen generell von sozialer Verantwortung spricht, sobald die Verantwortung nicht mehr (alleine) beim Individuum liegt, nimmt Nussbaum die Regierungen in die Pflicht, um für die *zehn zentralen Capabilities* zu sorgen. Als Institutionalisierungsform schlägt sie die Beachtung von *Capabilities* in der Verfassung vor. Außerdem haben Regierungen „reicherer“ Staaten ihrer Meinung nach sogar noch ein bisschen mehr Verantwortung: Sie haben die „Pflicht“, „ärmeren“ Regierungen bei der Institutionalisierung der *Capabilities* zu assistieren. (Nussbaum 2011: 64) Festzuhalten ist, dass ihre Formulierung einmal mehr von „passiven“ Empfänger_innen ausgeht und Potential für ein weiteres *Agency*-Problem bietet, bloß auf Regierungsebene. Durch die Koppelung der Umsetzungs- und Einhaltungskontrolle der Regierung verdeutlicht Nussbaum, dass die *zehn Capabilities* eigentlich eine neue Form oder Weiterentwicklung der Menschenrechte sind. Als neuer Ansatz der Menschenrechte hat der CA auch Eingang in die internationale Politik und die EZA gefunden.

Vor diesem Hintergrund wird im nächsten Abschnitt die Rolle von MmB in der EZA diskutiert.

1.4. Internationale Wahrnehmung von MmB in der EZA

Im Vordergrund dieses Abschnitts stehen nun die Implementierung des sozialen Modells, die Wahrnehmung von MmB in der EZA sowie der Zusammenhang zwischen Armut und Behinderung.

1.4.1. Bedeutung von MmB in der EZA

Bereits seit den 1990ern hat Behinderung in den diversen Policy Katalogen der internationalen Organisationen einen fixen Stammplatz. Die frühen Bestrebungen der EZA, Behinderung gezielt anzusprechen, waren dabei aber bis zu Beginn des neuen Jahrtausends hauptsäch-

lich von medizinisch-kurativen Maßnahmen geprägt. Sobald deren Potential ausgeschöpft oder diese nicht mehr möglich waren, traten Spendenmechanismen in Kraft. Erst mit Beginn des 21. Jahrhunderts wurden die Rechte und Bedürfnisse von MmB, abseits von Charity- und medizinischen Maßnahmen, sowie das soziale Modell in den Guidelines der EZA-Organisationen verankert. (Yeo 2005: 5f) Trotz dieses Wandels kritisiert HI 2009, dass nur rund 3% der MmB weltweit Zugang zu den Projekten der EZA haben (HI 2009).

Mit der Verwendung des Begriffs *Rights-Based-Approach* spricht Yeo eine Weiterentwicklung des sozialen Modells an. Es geht nicht mehr nur darum anzuerkennen, dass Behinderung durch Interaktion entsteht, sondern, dass die dabei auftretenden Barrieren sukzessive entfernt werden müssen.

Die CBM definiert diese Barrieren als physische, institutionelle und verhaltensbedingte Barrieren. Physische Barrieren stellen zum Beispiel Gebäude oder öffentliche Transportmittel ohne barrierefreien Zugang dar. Institutionelle Barrieren ergeben sich durch Verordnungen, welche MmB exkludieren. Die verhaltensbedingten Barrieren finden sich im sozialen Umfeld der MmB. Dazu gehören Ignoranz von Autoritäten, überprotektive Familienangehörige und Freund_innen ebenso wie gesellschaftliche Stigmatisierung. (CBM 2008: 8) Yeo betont, dass die Umsetzung des *Rights-Based-Approaches* und die damit verbundene vollständige Gewährung ökonomischer, kultureller und sozialer Rechte nur möglich ist, wenn alle Akteur_innen der Politik, des Gesundheitswesens und des öffentlichen Lebens genauso wie Familienmitglieder ihr Verhalten anpassen. Während manche meinen, das soziale Modell würde im *Rights-Based-Approach* aufgehen, fürchten andere, dass MmB aufgrund ihrer Diskriminierung und Einschränkung schlichtweg nicht die Möglichkeit haben, auf ihre Rechte zu pochen. (Yeo 2005: 6f)

Die Konsequenz verwehrter Rechte ist die Ursache von Armut auf verschiedensten Ebenen, welche wiederum in enger Beziehung zu Behinderung steht.

1.4.2. Der Zusammenhang von Armut und Behinderung

Dass es einen Zusammenhang zwischen Armut und Behinderung gibt, wird heute wohl kein Mensch mehr in Frage stellen. Die bewusste Auseinandersetzung mit dem Zusammenhang im Kontext der EZA ist aber, ebenso wie seine Verankerung, erst um die Jahrtausendwende zu verorten. Die Einleitung des 2000 erschienen *Issuepaper* von Großbritanniens Entwicklungsagentur (DFID, Department for International Development UK) zum Thema „Disability, Poverty and Development“ beginnt mit folgendem Satz:

„Disability is both a cause and consequence of poverty. Eliminating world poverty is unlikely to be achieved unless the rights and needs of people with disabilities are taken into account.“ (DFID 2000: 1). Im selben Jahr weist die Asiatische Entwicklungsbank daraufhin, dass MmB

oft von produktiver Arbeit ausgeschlossen sind und daher einer höheren Gefahr ausgesetzt sind, zu verarmen. Weiters wird erklärt:

Poverty also causes new disabilities as a result of poor and dangerous living and work conditions; malnutrition; and lack of adequate health care, education, and vocational training opportunities. Therefore, poverty is both a cause and a consequence of disability. Poverty and disability reinforce each other, contributing to increased vulnerability and exclusion. (ADB 2000: 1)

Bemerkenswert ist, dass sich der Text der Asiatischen Entwicklungsbank bezüglich der doppelten Diskriminierung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen, aufgrund der Gender- und Disability-Problematik, bereits auf das *Issue Paper* des DFID bezieht.

Der Zusammenhang zwischen Armut und Behinderung wird meist als eine Abwärtsspirale der Marginalisierung von sich kausal verstärkenden Faktoren beschrieben.

Yeo (2005) konstruierte aber noch ein zweites Modell der Beziehung von Armut und Behinderung. In ihrem Modell stellt sie Marginalisierung als die Teilmenge der Dimensionen Behinderung und Armut dar. Die Begründung dafür lautet, dass es nicht die physischen Beeinträchtigungen sind, die verantwortlich sind für das Erleben von Behinderung, sondern die strukturellen Exklusions- und Diskriminierungsmechanismen der Gesellschaft. Das Modell hilft, die Ähnlichkeit von Armut und Behinderung zu erkennen. Man ist dadurch fast dazu geneigt, Armut *als* Behinderung zu sehen. Grund für die Exklusion von sowohl MmB als auch verarmten Menschen, ist in erster Linie die Tatsache, dass sie sich von der breiten Masse unterscheiden. Vor diesem Hintergrund postuliert Yeo (2005), dass es immer wieder Menschen mit unterschiedlicher Herkunft, Aussehen, Sprache oder anderen besonderen Merkmalen geben wird, die Opfer dieser Mechanismen werden, solange keine Änderung des sozialen Gesellschaftssystems vollzogen wird.

Yeos Konstrukt klingt durchaus plausibel. Die Möglichkeit einer nachhaltigen Systemveränderung, die jegliche Form von Diskriminierung und Benachteiligung unterbindet, kann als Aspekt der Kontingenz (also des Operationalisierungssets) der Gesellschaft im Umgang mit Behinderung gesehen werden. Im derzeitigen EZA-Paradigma findet er sich aber so nicht wieder. Es ist also zu keiner Interaktion unter der Voraussetzung von doppelter Kontingenz laut Luhmann mit dem Interaktionssystem der EZA-Akteur_innen gekommen. Rudimentär erkennt man Yeos Darstellung aber im immer wieder auftauchenden Statement der *Disability-Advocacy*-Debatte: Würden alle (öffentlichen) Gebäude barrierefrei gestaltet sein, die Voraussetzungen gegeben sein, dass MmB freien Zugang zu Beschäftigungs- und Freizeitangeboten haben, könnten auch andere marginalisierte Gruppen sowie die gesamte Gesellschaft von dieser Offenheit profitieren. (Yeo 2005: 21ff, CBM 2008: 3)

Marginalisierung ist oft ein Schicksaal von Minderheiten. Die MmB stellen mit rund 650 Millionen Menschen aber die wohl größte Minderheit der Weltbevölkerung dar. Trotzdem wurden ihre Bedürfnisse bei der Verabschiedung der *Millenium Development Goals (MDG)* nicht sichtbar gemacht. (UN enable o.J.) Dieser Vernachlässigung widmet sich der nächste Punkt.

1.4.2.1. Behinderung und die MDGs

Sowohl HI als auch CBM und andere Autoren kritisieren, dass MmB in den MDGs nicht explizit diskutiert wurden. Ähnlich wie in vielen anderen *Policies* und *Conventions* (bis zur *CRPWD*) blieben die Bedürfnisse der MmB für das Erreichen der MDGs zu Beginn unsichtbar. (Albert/Dube/Riis-Hansen 2005: 10ff; Yeo 2005: 117ff, Axelsson 2008: 19f; CBM 2008: 11)

Beide Organisationen, HI und CBM, haben deshalb 2008 die acht Ziele der MDGs auf die Notwendigkeit der Inklusion von MmB untersucht. Die Generalversammlung des *UN Human Rights Councils* hat ebenfalls im September 2009 die Beachtung der MmB im Zusammenhang mit den MDGs ausdrücklich gefordert und zeigte sich:

Gravely concerned that persons with disabilities are often subject to multiple or aggravated forms of discrimination, and can be largely invisible in the implementation, monitoring and evaluation of the Millennium Development Goals.
(General Assembly Human Rights Council 2009 zitiert nach Schulze 2010: 23)

Im Folgenden sind die Argumente der Autor_innen kurz aufgelistet:

MDG 1 Bekämpfung extremer Armut und Hunger

Wie bereits dargelegt, stehen Armut und Behinderung in enger Beziehung und verstärken einander. Laut UN sind rund 650 Millionen Menschen weltweit von Behinderung betroffen. 80% davon, das sind 520 Millionen Menschen, leben in „Entwicklungsländern“.

MDG 2 Primärschulbildung für alle

Laut UN haben 90% der Kinder mit Behinderungen keinen Zugang zu Bildung. Solange diese nicht angesprochen werden, kann Bildung für *alle* nicht erreicht werden.

MDG 3 Gleichstellung für Männer und Frauen

Frauen mit Behinderung sind besonders gefährdet, Opfer von Missbrauch oder Gewalt zu werden. Aufgrund ihrer Behinderung finden sie schlecht Gehör.

MDG 4 Reduktion der Kindermortalität

Die Sterberate von Kindern mit Behinderung bei den unter 5-Jährigen beträgt in einzelnen Ländern bis zu 80%.

MDG 5 Verbesserung der mütterlichen Gesundheit

20 Millionen Frauen sind mit postpartal bedingten Beeinträchtigungen konfrontiert.

MDG 6 Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen schweren Krankheiten

MmB zählen zur von diesen Krankheiten meistgefährdetsten Gruppe und sind zudem oft von der notwendigen medizinischen Versorgung ausgeschlossen.

MDG 7 Sicherung einer ökologisch nachhaltigen Entwicklung

Schlechte Umweltbedingungen sind für rund 25% aller vermeidbaren Krankheiten der Welt verantwortlich. Viele dieser Krankheiten führen aufgrund schlechter Gesundheitsversorgung und mangelnder Pflege zu Behinderung.

MDG 8 Aufbau einer globalen Partnerschaft für Entwicklung

Als die größte globale Minderheit haben MmB ein Recht darauf, an dieser Partnerschaft zu partizipieren. Die Ansätze des *Disability-Mainstreamings* und des *Twin Track Approaches*, welche weiter unten noch näher erläutert werden, können dazu einen Beitrag leisten.

(Axelsson 2008: 22; CBM 2008: 11; UN enable (o.J.)

Die Strategien der INGOs, um diese Herausforderungen zu bewältigen, umfassen vor allem die zwei soeben angesprochenen und ineinander verlaufenden Konzepte des *Disability-Mainstreamings* und des *Twin Track Approaches*.

1.4.3. Strategien der EZA-Organisationen: Inklusion durch *Disability-Mainstreaming* und *Twin Track Approach*

Seit MmB als spezielle Zielgruppe für EZA-Kooperationen Eingang in die diversen Policypaper von Akteur_innen gefunden haben, wird die „inklusive Entwicklung“ gefordert. „Inklusive Entwicklung“ kann viele Bedeutungen haben. CBM orientiert sich an der Definition der Weltbank, die inklusive Entwicklung dann als gegeben erachtet, wenn:

- MmB als gleichberechtigte Partner an allen Entwicklungsmaßnahmen partizipieren können.
- MmB gleichberechtigt von den Erfolgen der EZA-Projekte profitieren können und EZA-Projekte die Gleichberechtigung von MmB hinsichtlich aller Lebensbereiche fördern. (Dies inkludiert soziale, politische, kulturelle und ökonomische Partizipation von MmB.)
- MmB (barrierefreien) Zugang zu allen Einrichtungen des öffentlichen und gesellschaftlichen Lebens haben.

(CBM 2008: 12)

Zuerst wird nun auf das *Disability-Mainstreaming* eingegangen und anschließend der *Twin Track Approach* vorgestellt.

1.4.3.1. *Disability-Mainstreaming*

Eine mögliche Definition für *Disability-Mainstreaming* in der EZA hat die Forschungsgruppe rund um Albert u.a. (2005) in Anlehnung an die *UNDP Gender-Mainstreaming*-Definition vorgeschlagen. Sie lautet:

Mainstreaming disability into development cooperation is the process of assessing the implications for disabled people of any planned action, including legislation, policies and programmes, in all areas and at all levels. It is a strategy for making disabled people's concerns and experiences an integral dimension of the design, implementation, monitoring and evaluation of policies and programmes in all political, economic and societal spheres so that disabled people benefit equally and inequality is not perpetuated. The ultimate goal is to achieve disability equality. (Albert/Dube/Riis-Hansen 2005: 6)

Es geht dabei also um die Natur der Inklusion von MmB und ihr Recht auf Selbstbestimmung, Empowerment und Ebenbürtigkeit. Diese Werte sollen innerhalb der Organisation verankert werden. (Albert/Dube/Riis-Hansen 2005: 36)

Die Problematik, welche sich hinter der Definition verbirgt, ist laut den Autor_innen nicht ihr Wortlaut, sondern ihre mangelnde Umsetzung. Zwar haben 2005 sowohl DFID, NORAD, USAID großartige Policy Papers zur Implementierung und Wichtigkeit des *Disability-Mainstreamings* verfasst, sie blieben aber eben genau dort: am Papier. Mängel wurden sowohl bei der institutionellen Basis als auch in der Kommunikation ebenso wie in der praktischen Anwendung festgestellt. Die Autor_innen schließen 2005 mit der Forderung nach besseren, praktischen Guidelines, mehr Ressourcen und einer innerinstitutionellen Auseinandersetzung, um Mainstreaming klar als rechtbasiertes Konzept zu installieren. (Albert/Dube/Riis-Hansen 2005: 6ff)

CBM und HI als Nichtregierungsorganisationen haben sich diese Aufforderung zu Herzen genommen und drei Jahre später Handbücher mit Guidelines und Principals zur Inkludierung von MmB für das *Project Cycle Management* der *Europäischen Commission* und *inklusive Policy* erstellt. In diesen Handbüchern erklären die Organisationen auch den *Twin Track Approach*. Der Ansatz ist, wenn man so will, als die nächste Generation des *Mainstreamings* in der EZA zu bezeichnen.

1.4.3.2. Twin Track Approach

Der *Twin Track Approach* wurde ebenfalls bereits 2000 vom DFID vorgeschlagen. Die Basis des Konzepts ist die Erweiterung des *Mainstreamings* durch spezifische Projekte für MmB, wenn diese notwendig sind. (Albert/Dube/Riis-Hansen 2005: 29)

Das Manual von CBM im Rahmen der „*Initiative make Development inclusive*“ stellt den *Twin Track Approach* folgendermaßen dar (Abbildung 3):

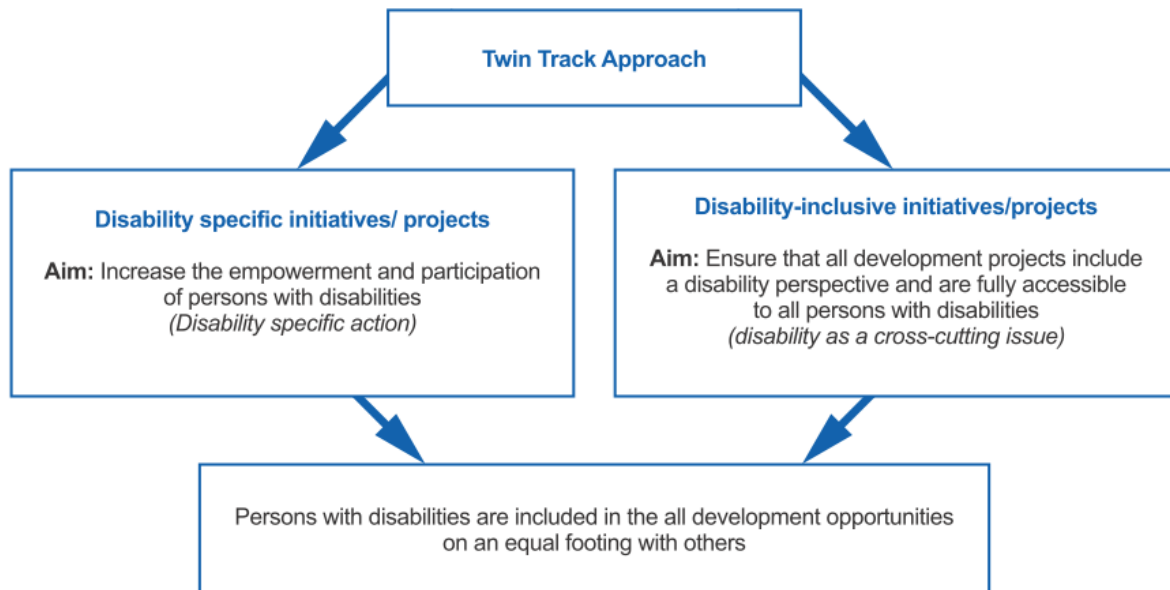


Abb. 3: Twin Track Approach; (CBM 2008: 24)

Der Ansatz gibt uns einen Einblick, auf wie vielen Ebenen EZA passieren sollte. Man erkennt, dass er eine Meta-Ebene aufbaut, die von den einzelnen Akteur_innen fordert, Behinderung als Querschnittsthema zu inkludieren, aber gleichzeitig spezielle Bedürfnisse nicht aus den Augen zu verlieren.

CBM versucht mit diesem Manual auch eine Hilfestellung zu geben, wer denn nun aller mit der Aufgabe der Inklusion für MmB betraut ist.

Sie erklärt ihre Guidelines als relevant für alle Menschen, die:

- mit der Planung und dem Bau von öffentlichen Einrichtungen, Institutionen, Transport- und Kommunikationssystemen betraut sind.
- für den Bau und die Planung von Sanitäreinrichtungen und Wasserversorgung verantwortlich sind.
- die Entwicklung von Klein- und Mittelbetrieben in ländlichen Gebieten forcieren.
- im Bildungssektor und dem *Human Resource Development* arbeiten.
- an Entwicklungs- und Policykampagnen beteiligt sind.
- lokale Organisationen im Sinne von Empowerment unterstützen.
- Etc.

(CBM 2008: 13)

Auch das spezielle Angebot von Physiotherapie für MmB findet sich innerhalb *Twin Track Approaches* wieder.

1.4.3.3. Die Physiotherapie und der Twin Track Approach

Im Sinne des *Twin Track Approaches* erfüllen die Implementierung und vor allem Institutionalisierung von Physiotherapie den *Twin Track Approach* auf beiden Ebenen.

Physiotherapeutische Interventionen kommen besonders MmB zu Gute. Sie können aber für alle Menschen von Bedeutung und Notwendigkeit sein: Erstens in der Prävention von Krankheiten und der Gesundheitsvorsorge, zweitens bei der Prävention von Sekundärschäden, wenn Menschen aufgrund akuter Traumata nur kurz eingeschränkt wären, aber in dieser Zeit dauerhafte Folgebeeinträchtigungen entwickeln können. Gutenbrunner u.a. (2006) beschreiben, dass die Kosten, die durch die spezielle Pflege von MmB entstehen, meist mindestens so hoch sind wie die Kosten, die für die Rehabilitation anfallen würden. Rehabilitation inkludiert aber die Möglichkeit, Folgen von Immobilität und Abhängigkeit, bei gleichzeitiger Steigerung der individuellen Lebensqualität und Selbstbestimmung, zu reduzieren. Außerdem ist es der rehabilitierten Person möglich, länger im Arbeitsleben zu stehen und so mehr zum System der Gesundheitsversorgung und der Pension beizutragen. (Gutenbrunner/Ward/Chamberlain 2006: 292)

Leider funktioniert die Implementierung von *Mainstreaming* und *Twin Track Approach* in der Realität selten so wie die Theorie es gerne hätte. Im Folgenden werden zentrale Konflikte, die in der Zusammenarbeit auftauchen, angesprochen.

1.4.4. Praktische Probleme, die in der Zusammenarbeit mit MmB und in Projekten mit MmB als Zielgruppe auftauchen können

Ich möchte betonen, dass viele dieser Probleme nicht nur im Zusammenhang mit MmB auftreten, sondern bei generell von Armut betroffenen Menschen. Zum Beispiel haben MmB als Vertreter_innen von *Disabled People Organisations* (DPOs), ähnlich aller von Armut betroffenen Menschen, große Probleme, die Opportunitätskosten sowohl für die Reise als auch für die Zeit, an den zahlreichen Meetings mit Partner_innen teilzunehmen, aufzubringen.

Im Folgenden werden drei Probleme, die ebenfalls noch auftreten, näher beschrieben.

1.4.4.1. Das Machtproblem

Geber und Geberinnen sind nicht gleich. Oft spiegelt sich die Machtdifferenz in den langen Wartezeiten wider, die MmB auf ein kurzes Meeting mit „wichtigen“ Persönlichkeiten erdulden müssen. Nebenbei müssen die „wichtigen“ Persönlichkeiten oft erst mühsam überredet werden, um einem MmB Gehör zu schenken.

Es gilt aber nicht nur das Machtgefälle zwischen Geber_innen und Empfänger_innen zu beachten, sondern auch jenes, welches innerhalb der Gemeinschaft von MmB besteht. MmB, die erst später in ihrem Leben von einer Einschränkung betroffen sind, haben andere An-

sprüche, Sicht- und Lebensweisen als von Geburt an beeinträchtigte MmB. MmB, die mit einem Rollstuhl mobil sind, sind sichtbarer als Menschen, die aufgrund einer Cerebralparese nicht außer Haus können. Menschen mit kongenitalen Beeinträchtigungen werden oft eher als passiv in Bezug auf *self-empowerment* und *self-determination* erlebt; vor allem, wenn sie in einem familiären Umfeld und dem Glauben, dass sich immer ein Mensch ohne Einschränkungen um sie kümmern wird, aufgewachsen sind. (Yeo 2005: 23) All diese Heterogenitäten sind schwierig adäquat anzusprechen und führen immer wieder zu Missverständnissen oder Vernachlässigungen der schwächeren Gruppen.

1.4.4.2. Das Differenzierungs-Wettbewerbs-Problem

Im „Kampf“ um die begrenzten Mittel der Entwicklungszusammenarbeit passiert es, dass sich die einzelnen marginalisierten Gruppen nur auf ihre ganz speziellen Bedürfnisse fokussieren und in einen Wettbewerb um die Ressourcen der EZA treten. Das Potential der Kräftebündelung zur großen Systemveränderung geht dabei verloren. Sinnvoller wäre es deshalb, statt der Differenzen und individuellen Bedürfnisse, die Ähnlichkeiten durch Marginalisierung in den Vordergrund zu rücken. Yeo sieht in diesem Verhalten auch die teilweise Überforderung verschiedener EZA-Organisationen begründet, zwischen den marginalisierten Gruppen (Frauen, Kinder, ältere Menschen, MmB, ethnische Minderheiten, etc.) jene zu wählen, die momentan den größten Handlungsbedarf aufweisen. (Yeo 2005: 24)

1.4.4.3. Das Advocacy-Problem

Die Übersetzung von *Advocacy* bedeutet Anwaltschaft. Ein_ Anwalt/eine Anwältin handelt im Allgemeinen nur in Vertretung und nur bei klarer Aufforderung seines_r Mandant_in. Bei vielen NGOs, die sich die Flagge der Anwaltschaft anheften, sei hinterfragt, ob sie auch wirklich über ein Mandat dazu verfügen. Gerade in Hinblick auf das spätere Fallbeispiel Haiti ist dieser Aspekt hervorzuheben, gibt es doch keinen Staat innerhalb der westlichen Hemisphäre, in dem mehr NGOs auf so engem Raum operieren. Des Weiteren vermittelt die Anwaltschaft den Eindruck, als könnten die betroffenen Personen nicht selbst für sich sprechen. Im Falle der MmB führt das Übermaß an *Advocacy*-Tätigkeiten von EZA-Akteur_innen zu einer Verstärkung des Bildes von Inferiorität und Unfähigkeit der DPOs, diese Aufgabe selbst zu übernehmen. (Yeo 2005: 24) Sen beschreibt in diesem Zusammenhang noch eine weitere Komponente. Eine Übertragung der individuellen Verantwortung eines Individuums auf jemand anderen oder eine Organisation, kann zu einem Motivationsverlust des Individuums führen, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen oder für seine Bedürfnisse einzustehen. (Sen 1999: 283f) Eine Person zu befähigen für sich selbst zu sprechen, den Rahmen zu schaffen, dass diese Person ihrer Eigenverantwortung nachkommt, mag natürlich ungleich

schwerer sein, als stellvertretend für sie einzutreten. Genau dies gilt es aber auch im Sinne des CAs zu erreichen. (Yeo 2005: 24; Sen 1999: 284)

Abschließend sei noch einmal auf die zentralen Kritiken der EZA hingewiesen.

1.4.5. Zentrale Kritiken am Verhalten der EZA-Akteur_innen

Reflektiert man die *Papers* des *Disability, Knowledge and Research Programmes* von Yeo und Albert u.a. aus dem Jahr 2005, erkennt man zwei Kernkritikpunkte, was das Verhalten der EZA-Akteur_innen im Allgemeinen anbelangt. Der erste bezieht sich auf den laut Albert u.a. (2005) nur am Papier existierenden Willen zur Beachtung der MmB seitens nationaler Agenturen. Der zweite Punkt kritisiert die Politik der so genannten *Big Hits*, die von vielen Akteur_innen verfolgt wird. Damit ist gemeint, dass das vorrangige Ziel der EZA in der Erzielung schneller und vor allem quantitativ messbarer und vermarktbarer Erfolge liegt. Diese Form der Zielformulierung kann dazu führen, dass obwohl, so Yeo (2005), MmB miteinbezogen werden, das System des eigentlich zu bekämpfenden Zustandes dadurch erhalten wird oder zumindest, entgegen der ursprünglichen Intentionen, nicht verbessert wird. (Albert/Dube/Riis-Hansen 2005: 10; Yeo 2005: 26)

Den Grund für die reale Vernachlässigung seitens der EZA-Akteur_innen wird von Albert u.a. (2005) unter anderem auch auf die Formulierung der MDGs zurückgeführt, in denen MmB keine explizite Rolle spielen. Im Gegenteil schien es, als hätte die Forcierung der MDGs zu Beginn des neuen Jahrtausends zu einer Verdrängung der Querschnittsthemen *Gender und Disability* geführt zu haben. Innerhalb der begrenzten Mittel der *Poverty Reduction Strategy Papers* fanden diese beiden Themen wenig Beachtung. (Albert/Dube/Riis-Hansen 2005: 10) Dieser Vorwurf ist heute (2013) auf Policy-Ebene nicht mehr gerechtfertigt, bedenkt man Initiativen wie „*Make Development Inclusive*“ des „*International Disability Development Consortium*“, einer Verbindung verschiedenster Akteur_innen. Es ist auch unumstritten, dass die Arbeit vieler (I)NGOs, die sich die Linderung des größten Leides marginalisierter Menschen auf die Flaggen geheftet haben, wichtig ist und ihre Berechtigung hat. Sieht man den Grund für Behinderung allerdings in den Mechanismen der Marginalisation, so führt kein Weg an einer Änderung des Gesellschaftssystems in Richtung *Rights-Based-Approach* vorbei, um Behinderung und Armut zu überwinden. (Yeo 2005: 5ff) Aufgrund der wachsenden Bewusstheit ist es aber durchaus möglich und wünschenswert, dass diese Änderung in naher Zukunft bevorsteht.

Die Verabschiedung der *Convention on the Rights of Disabled People (CRPWD)* könnte hier ein Schritt in diese Richtung sein.

1.5. Die *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (CRPWD)

Die CRPWD kann als vorläufiger Höhepunkt in der Wahrnehmung und Anerkennung der Rechte von MmB gesehen werden. Sie ist das Ergebnis langjähriger Bestrebungen und Forderungen der *Disability*-Bewegung an die Gesellschaft.

Im Jahr 2005 starben Schätzungen zufolge immer noch 50.000 Menschen pro Tag aufgrund extremer Armut; rund ein Fünftel davon waren MmB. (Yeo 2005: 4). Während Albert u.a. 2005 noch einen Mangel an Beachtung von MmB seitens der EZA-Akteur_innen vor allem auch im Zusammenhang mit den MDGs kritisierten, hat sich das im Laufe des bisherigen 21. Jahrhunderts gewandelt. Praktische Zeugnisse für diesen Umschwung sind die bereits erwähnten Manuals von HI sowie CBM und nicht zuletzt die CRPWD. (HI 2008: 22ff; CBM 2008: 11ff)

1.5.1. Die CRPWD – Ein Spiegel des internationalen Diskurses?

Die CRPWD ist der momentan jüngste Erfolg der *Disability*-Bewegung im Bereich der internationalen Wahrnehmung und verbunden mit dem weitreichenden Commitment zahlreicher Staaten. Insofern dient sie der vorliegenden Arbeit als Spiegel des internationalen Diskurses. Als offizieller Startpunkt für die Anerkennung von besonderen Rechten oder Bedürfnissen von MmB wird oft das Jahr 1983 genannt. In diesem Jahr publizierte die UN ein „*World Programme of Action Concerning Disabled Persons*“, in welchem die Notwendigkeit der Integration von MmB durch besondere Maßnahmen in der EZA betont wurde. Das Programm war gleichzeitig auch der Startpunkt für die *Dekade der Menschen mit Behinderungen*, an deren Ende die Verabschiedung der „*Rules on the Equalisation of Opportunities for Persons with Disabilities*“ 1993 stand. Von der Verabschiedung der Regeln zur Implementierung bindender Antidiskriminierungsgesetze in den einzelnen Staaten war es trotzdem noch ein langer Weg. Bis zur Verabschiedung der CRPWD wurden MmB weiterhin nur am Rande von diversen Konventionen und Resolutionen erwähnt. (Schulze 2010: 13)

Die Vernachlässigung wurde einmal mehr, wie bereits erläutert, bei der Formulierung der MDGs sichtbar. Erst in den darauffolgenden Jahren wurde erkannt, dass ein tatsächliches Erreichen der MDGs nur möglich ist, sofern auch MmB angesprochen werden. Diese Tatsache wird auch in der CRPWD betont, welche zwischen 2002 und 2006 entworfen und im Dezember 2006 von der UNO Generalversammlung angenommen wurde. Mit der CRPWD wird die Notwendigkeit der Tradition fortgesetzt, bestimmte Rechte von Minderheiten spezifisch und selektiv innerhalb der internationalen Gesellschaft zu betonen. Die CRPWD reiht sich damit in die Liste der großen *UN Konventionen* ein, zu denen unter anderem die *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*, die *Konvention zum Schutz der Rechte von Frauen vor Diskriminierung* und die *Konvention zum Schutz der Rechte der Kinder* zählen. Allen UN Konventionen ist inhärent, dass sie keinen bindenden Charakter oder Sanktionsmechanis-

mus beinhalten. Die Verantwortung ihrer Umsetzung liegt ganz bei den Staaten, die sie unterzeichnen und ratifizieren. Trotz des fehlenden Sanktionsmechanismus legt die CRPWD die Basis für die Qualität der durch sie legitimierten Rechte. Diese erhalten damit den Status der Unveräußerlichkeit, Unabsprechbarkeit und sind aufgrund der menschlichen Würde jedem Menschen inhärent. (Schulze 2010: 1ff) Eine solche Wahrnehmung von Rechten wird auch von Nussbaum und Sen im Rahmen des CAs postuliert. (Nussbaum 2013: 47; Sen 1999: 39)

Die Tatsache, dass die Konvention angenommen und bereits von 133 Ländern ratifiziert wurde, lässt drei Dinge sofort erkennen. Erstens: Das Konzept eines rights-based Approaches, welches auf Würde und Gleichberechtigung aller Menschen aufbaut, ist immer noch gültig und genießt große Akzeptanz innerhalb der internationalen Staatengemeinschaft. Zweitens: Der Stellenwert und die Wahrnehmung von MmB hat sich seit Beginn der Disability Bewegung in den 1950ern maßgeblich verändert. Und drittens: 133 Ratifizierungsunterschriften bedeuten, dass ein Großteil der Nationen die Rechte anerkennen und in ihre nationale Politik übertragen will.

Im Folgenden werden die maßgeblichen Artikel und Absätze beleuchtet, die die Inhalte der bereits vorgestellten Konzepte widerspiegeln und im Zusammenhang mit dem später erläuterten Handeln der nationalen und internationalen Akteur_innen in Haiti zu finden sind.

Den Anfang macht dabei die Definition von Behinderung in der Präambel.

(e) [The States Parties to the present Convention] [r]ecogniz[e] that disability is an evolving concept and that disability results from the interaction between persons with impairments and attitudinal and environmental barriers that hinders their full and effective participation in society on an equal basis with others.
(CRPWD Präambel [e])

Schulze (2010) beschreibt, dass die Verhandler_innen der Konvention sich auf keine einheitliche Definition von Behinderung einigen konnten, weswegen sie auf das soziale Modell zurückgriffen und somit Behinderung offiziell als Folge der Interaktion eines Individuums mit seiner Umwelt deklarierten. (Schulze 2010: 27) Das soziale Modell erlebte somit eine Aufwertung und noch nie dagewesene Beachtung.

Das nächste Zitat spiegelt den Stellenwert und Recht auf individuelle, fundamentale Freiheiten wider. Es erinnert an das Zugeständnis von Befähigungen, die der CA jedem Individuum zugesteht:

(b) [The States Parties to the present Convention] [r]ecogniz[e] that the United Nations, in the Universal Declaration of Human Rights and in the International Covenants on Human Rights, has proclaimed and agreed that everyone is entitled to [...]
Art.1: equal enjoyment of all human rights and fundamental freedoms by all persons with disabilities, and to promote respect for their inherent dignity.
(CRPWD 2006: Präambel [b]; Art.1)

Artikel 3 verweist zudem auf die „*individual autonomy including the freedom to make one's own choices, and independence of persons;*“ (CRPWD 2006: Art. 3[a]) und fordert “[e] *Equality of opportunity*“ (CRPWD 2006: Art. 3[e]).

Ähnlich wie bei Amartya Sen gibt aber auch die Konvention keine Beispiele für „fundamentale“ Freiheiten, im Sinne der von Nussbaum propagierten Liste.

Die lange Zeit betonte Interdependenz von nachhaltiger Entwicklung und Disability-Mainstreaming erscheint durch die nächste Passage der Präambel schon fast selbstverständlich.

The States Parties to the present Convention [...]

(g) [e]mphas[e] the importance of mainstreaming disability issues as an integral part of relevant strategies of sustainable development.

(CRPWD 2006: Präambel)

Dasselbe gilt für den Zusammenhang von Armut und Behinderung, wie folgendes Zitat ebenfalls aus der Präambel erkennen lässt:

The States Parties to the present Convention [...]

(t) [h]ighlight[...] the fact that the majority of persons with disabilities live in conditions of poverty, and in this regard recognizing the critical need to address the negative impact of poverty on persons with disabilities.

(CRPWD 2006: Präambel)

In Artikel 4, den *General Obligations*, bekennen sich die staatlichen Akteur_innen dazu, alles in ihrer Macht stehende, sowohl bezüglich Policies als auch den nationalen, rechtlichen Rahmen Betreffende, zu unternehmen, um MmB in die Gesellschaft zu inkludieren und gegen Diskriminierung vorzugehen. Der Artikel fordert, dass ausreichend qualifiziertes Gesundheitspersonal ausgebildet wird und kann somit als Legitimation für die dauerhafte Integration von Physiotherapie in die Gesundheitsversorgung betrachtet werden. Er bildet somit auch eine Grundlage für die erhöhte Aufmerksamkeit, die dieser Profession und generell Rehabilitationsprofessionen in den letzten Jahren zugekommen ist. Außerdem verpflichten sich die Staaten dazu, MmB und DPOs bei Belangen hinsichtlich der Umsetzung der CRPWD oder anderer Vorschläge, die die Lebensumwelt von MmB betreffen, zu konsultieren und diese in den Entscheidungsprozess zu integrieren. (CRPWD 2006: Artikel 4)

Besonders betont wird auch die Notwendigkeit des „*Awareness Rising*“.

Artikel 8 verpflichtet die staatlichen Akteur_innen die Würde und Rechte von MmB innerhalb der Gesellschaft zu sichern und gegen Vorurteile und Stereotypen vorzugehen. Wichtig ist, dass dieser Punkt unter anderem folgende, praktische Maßnahmen vorschreibt:

Art 8

2a) Initiating and maintaining effective public awareness campaigns designed:

- (i) To nurture receptiveness to the rights of persons with disabilities;
- (ii) To promote positive perceptions and greater social awareness towards persons with disabilities;
- (iii) To promote recognition of the skills, merits and abilities of persons with disabilities, and of their contributions to the workplace and the labour market;

(CRPWD 2006: Art.8 [2a])

Es sind die Artikel 4 und 8, die die Grundlage für die vielschichtigen Interventionen bilden. Sie erläutern, wie wichtig es ist, die Bedürfnisse auf verschiedenen Ebenen anzusprechen und an einer holistischen Wahrnehmungsänderung zu arbeiten.

Artikel 20, 25 und 26 betreffen die Mobilität und die Gesundheit des Individuums. Im Zusammenhang mit der Akzeptanz und der Rolle von Physiotherapie sind vor allem folgende Absätze von Bedeutung:

Art. 20 (c) Providing training in mobility skills to persons with disabilities and to specialist staff working with persons with disabilities;
(CRPWD Art. 20 [c])

Art. 25 (b) Provide those health services needed by persons with disabilities specifically because of their disabilities, including early identification and intervention as appropriate, and services designed to minimize and prevent further disabilities, including among children and older persons;
(CRPWD Art. 25 [b])

Artikel 26 betont generell den Bedarf von Habilitations- und Rehabilitationsmaßnahmen und Services. Er formuliert dadurch die Rahmenbedingungen, die für Artikel 20 und 25 elementar sind. Der Fokus liegt auf einer möglichst frühen multidisziplinären Intervention im Zuge von Rehabilitationsmaßnahmen, um Folgeschäden von Krankheiten und Beeinträchtigungen zu vermeiden. Weiters unterstreicht er die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Ausbildung von Gesundheitspersonal auf dem Rehabilitations- und Habilitationssektor ebenso wie die Förderung von Wissen hinsichtlich Produktion, Technik und Gebrauch von mobilen Hilfsmitteln für MmB.

Neben den lokalen Bedingungen, die die CRPWD umfasst, beschreibt sie in Artikel 28 auch Richtlinien für internationale Kooperationen. Die Convention anerkennt wörtlich die Wichtigkeit von

“[I]nternational cooperation [...], in support of national efforts for the realization of the purpose and objectives of the present Convention, and will undertake appropriate and effective measures in this regard, between and among States and, as appropriate, in partnership with relevant international and regional organizations and civil society, in particular organizations of persons with disabilities.”
(CRPWD 2006: Art. 32)

Bemerkenswert ist die Betonung der Zusammenarbeit von nationalen und internationalen Akteur_innen sowie staatlicher und nicht-staatlicher Organisationen zur Umsetzung der CRPWD. Die CRPWD, die sich eigentlich als *Human Rights Convention* vorrangig an Staaten richtet, bezieht sich hier eindeutig auch auf nichtstaatliche Akteur_innen und legitimiert die Aktionen von (I)NGOs, um die Umsetzung der CRPWD zu gewährleisten.

Nach der Darstellung der globalen Rahmenbedingungen von Entwicklung und der Rechte von MmB sowie der physiotherapeutischen Hintergründe werden nun die lokalen Bedingungen Haitis erörtert.

Teil II – Fallbeispiel Haiti und seine lokalen Gegebenheiten

Das zweite Kapitel dieser Arbeit beschäftigt sich mit den lokalen Gegebenheiten in Haiti. Ziel ist es, im nationalen *Disability*-Diskurs Organisationen, Institutionen und Faktoren zu identifizieren, die die Implementierung von Physiotherapie nach dem Erdbeben begünstigten.

Zuerst wird Haiti in Form von allgemeinen Fakten und einem kurzen geschichtlichen Abriss vorgestellt. Anschließend wird der Stellenwert von (I)NGOs in Haiti erörtert und sowohl lokale staatliche als auch nicht-staatliche Akteur_innen vorgestellt. In weiterer Folge werden Veränderungen in der Gesellschaft schemenhaft skizziert sowie die Situation und Rolle von MmB erörtert. Ähnlich wie die CRPWD auf globaler Ebene, bildet in diesem Kapitel ein *Policy Paper* der *Fédération Haïtienne des Associations et Institutions des Personnes Handicapées d'Haïti (FHAIPH)* von Dezember 2009 die Situation ab.

2.1. Allgemeine Eckdaten

Haiti umfasst rund 27.750km² (rund ein Drittel der Fläche von Österreich) der karibischen Insel Hispaniola. Es nimmt damit das westliche Drittel der Insel ein, welche es sich mit der Dominikanischen Republik teilt. Im Juli 2013 zählte die Bevölkerung fast 10 Millionen Einwohner. (CIA Factbook 2013)

Das Klima ist allgemein tropisch und wird besonders im Osten, wo die Berge den Wind abfangen, als halbtrocken beschrieben. Der gebirgigen Landschaft verdankt Haiti auch seinen Namen: „Ayiti“ bedeutet „gebirgig“ in der Landessprache Kreol. Kreol und Französisch sind die beiden Amtssprachen des Landes. Die natürlichen Ressourcen des Landes umfassen: Bauxit, Kupfer, Kalk, Gold, Marmor und die Wasserkraft. Haiti besteht zu 46,13% aus Agrarfläche. Rund zwei Fünftel der Bevölkerung sind auch auf Subsistenzwirtschaft angewiesen. Die Hauptagrarprodukte des Landes sind Kaffee, Mangos, Kakao, Zuckerrohr, Reis, Meis, Holz und Vetiver⁵. (CIA Factbook 2013)

Haiti liegt in der Mitte des karibischen Hurrikangürtels und wird in den Monaten zwischen Juni und Oktober regelmäßig von tropischen Wirbelstürmen heimgesucht. Aufgrund seiner geographischen Lage ist es auch dem Risiko schwerer Unwetter, Erdbeben, Erdrutsche, Überschwemmungen und Dürreperioden ausgesetzt. Zwischen 2001 und März 2007 belief sich die Zahl seiner Todesopfer infolge von Naturkatastrophen auf 18.441 Menschen, knapp 5.000 Menschen wurden verletzt und rund 132.000 Menschen verloren ihr Zuhause. Das bedeutet, dass im Zeitraum von nur sieben Jahren fast zwei Drittel der Bevölkerung in irgendeiner Weise von einer oder mehreren Naturkatastrophen betroffen waren. 2008 wurde

⁵ Vetiver ist ein tropisches Süßgras, welches gegen Bodenerosion und in der Parfümherstellung, Aromatherapie, Naturheilkunde verwendet wird und als Räucherwerk dient.

Haiti binnen vier Wochen von vier Wirbelstürmen heimgesucht. Fay, Gustav, Hanna und Ike töteten rund 800 Menschen und hinterließen eine Million Obdachloser. (ICG zitiert nach Rencoret u.a. 2010: 8) Grund für die erhöhte Vulnerabilität Haitis gegenüber Umweltkatastrophen ist, neben der geographischen Situation, die seit Jahrhunderten stattfindende Zerstörung und Abholzung der Waldfläche, um neue Agrarflächen zu schaffen oder Brennmaterial zu erhalten. Im Gegensatz zur Dominikanischen Republik mit rund 40,8% Waldfläche, beträgt die Waldfläche Haitis nur mehr 3,7% der Landfläche. Der Boden zeigt daher starke Zeichen der Landerosion, die sowohl für Erdbeben mitverantwortlich ist als auch eine geringe Adaptionfähigkeit des Bodens gegenüber Dürre und starken Regenfällen begründet. (UN Department of Economic and Social Affairs Statistics Division 2012: 61, 89)

Rund 60% der ländlichen Bevölkerung haben keinen Zugang zu frischem Trinkwasser (2009). Zusammenfassend sind daher einige von Haitis größten Herausforderungen der Klimawandel, die Landerosion und der Trinkwassermangel. (CIA Factbook 2013)

Im „Land des Vodou“ praktizieren laut CIA Factbook nur 50% der Bevölkerung Vodou, während 96% der Bevölkerung einer christlichen Glaubensgemeinde angehören. Rund 65% der Bevölkerung sind unter 25 Jahre alt und jedes fünfte Kind war 2006 von Kinderarbeit betroffen. Etwas mehr als die Hälfte (52%) lebte 2010 in Städten, etwas mehr als 2 Millionen Menschen und laut UNICEF 2.000 Straßenkinder davon in der Hauptstadt Port-au-Prince. Jedes zehnte Kind ist gezwungen, als *restaveks* [Haushaltskraft] in fremden Haushalten fern von seiner Familie zu arbeiten. Von den unter 5-Jährigen leidet rund ein Viertel an schwerer Unterernährung. Unterernährung wiederum kann zu Entwicklungsverzögerungen und schweren physischen und kognitiven Beeinträchtigungen führen. (CIA Factbook 2013; UNICEF 2006: 2f)

Durchschnittlich verfügte Haiti (2007) vor dem Erdbeben über 1,3 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner, während 2% der Erwachsenen von HIV betroffen waren und das Risiko für Durchfall, Hepatitis A und E sowie Typhus, Malaria und Dengue Fieber als „hoch“ eingeschätzt wird. (CIA Factbook 2013; De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 6) Mangelnde Impfungen und schlechte Wundversorgung sind auch Ursache für die auftretenden Tetanuserkrankungen. Nicht zu unterschätzen sind außerdem die Auswirkungen der sogenannten „Noncommunicable Diseases“ infolge mangelnder Behandlung. Dazu gehören: Herz- und Gefäßkrankheiten (Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Arteriosklerose, etc.), Krebs, Diabetes und Lungenerkrankungen. (WHO 2010)

Im „ärmsten Land der westlichen Hemisphäre“ leben rund 80% der Bevölkerung unter der Armutsgrenze, 50% in absoluter Armut. (CIA Factbook 2013; De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: VII; WHO 2010: 6)

Aber Haiti war nicht immer arm. Eine aktuelle Situation zu verstehen erfordert immer auch die Auseinandersetzung mit der Vergangenheit. Ökonomie, soziale Umstände und Kultur machen meist nur eingebettet in den Kontext der Landesgeschichte Sinn.

2.2. Historischer Abriss

Aufgrund seiner Position im atlantischen Handelsdreieck galt Haiti im 18. Jahrhundert als die reichste Plantagenökonomie der Karibik. Als erste Sklavenkolonie erkämpfte es sich 1804 die Unabhängigkeit von Napoleon, aber der Preis dafür war hoch. Um Frankreich für den Verlust der Kolonie zu entschädigen, musste sich Haiti dazu verpflichten, Frankreich 150 Millionen Francs „zurück“ zu zahlen. Die internationale Diffamierung des jungen Staates durch die europäischen und nordamerikanischen Staaten als „Negerstaat“ führte zu einer Ausgrenzung des Landes vom internationalen Handel. Eine Kombination aus finanzieller Handlungsunfähigkeit infolge des Schuldenberges und Isolation resultierte in der außenpolitischen Leugnung der (international als rückständig) erachteten, nationalen Traditionen durch die neuen Machthaber. Die Bevölkerung wurde in jener Zeit erstmals Zeugin der Ambivalenz ihrer Machthaber, Traditionen außenpolitisch zu leugnen und sich innenpolitisch darauf zu berufen. Gemeinsam mit der neuen Land- und Rollenaufteilung zwischen den Mulatten – als die herrschende Elite – und der schwarzen Bevölkerung – als verarmte Bauern_Bäuerinnen – wurde der Grundstein für die bis heute anhaltenden sozio-ökonomischen Probleme des Staates gelegt. Die Machtkämpfe der Elite zu Beginn des 20. Jahrhunderts führten zu einem Anstieg von ausländischem Kapital aus Frankreich, Syrien und Deutschland und schließlich zur nordamerikanischen Besetzung Haitis 1915. Die US-Besetzung zwischen 1915-1930 forderte rund 15.000 Todesopfer. Sie wurde damals von einer jahrzehntelangen Hetzkampagne gegen die „Sklavenrepublik“ vorbereitet und diente aus heutiger Sicht vorrangig der Sicherung der nordamerikanischen Vormachtstellung in der Karibik.

Die Zeit der Besetzung durch die USA war geprägt von einer Ablehnung des Vodous und der Traditionen Haitis, welche die Nordamerikaner_innen als barbarisch und kannibalistisch diffamierten. Im Zuge der Proteste gegen die amerikanische Präsenz gegen Ende der 1920er veröffentlichte der haitianische Ethnologe Jean Price-Mars einen Essay, in welchem er die „Haitianität“ und ihre afrikanischen Wurzeln betonte und die Entfremdung der Bevölkerung von ihrer Kultur durch die US-amerikanische Besetzung anprangerte. Jean Price-Mars wurde einer der wichtigsten Verteidiger der aufkeimenden Strömung des haitianischen „Indigenismus“. Der Indigenismus prägte zu jener Zeit auch die Studentenproteste. In deren Ära der spätere Diktator Papa Doc François Duvalier sein Medizinstudium begann. Duvalier, fasziniert von den Arbeiten Jean Price-Mars, sah im Vodou die *„Religion der haitianischen Massen, die das spezifische haitianische Denken ausmache.“* (Sommerfeld 1994: 53)

Duvalier führte ein sehr ambivalentes Regime. Einerseits gab er vor, „*die haitianische Kultur und den Vodou rehabilitieren zu wollen, andererseits [ließ] er jegliche Sozial-, Agrar- und Gesundheitspolitik für die Bevölkerungsmehrheit außer Acht*“ (Sommerfeld 1994: 55)

Seine eigene Macht sicherte er über eine Geheimmiliz, die sogenannte *Tonton Macoutes* und einen Personenkult, der mit Zeichen aus dem Vodou gespickt war (Sommerfeld 194: 55). Nach seinem Tod 1971 wurde sein Sohn Jean-Claude Duvalier alias Baby Doc Präsident von Haiti. Die Machtkonzentration in den Händen einiger weniger sowie die steigende Armut trotz zahlreicher, internationaler Hilfeleistungen führten in den 80ern zu schweren Unruhen. Schließlich schaffte es die Bevölkerung unter dem Banner von Jean-Bertrand Aristide Baby Doc ins Exil nach Frankreich zu zwingen.

Aristide wurde zuvor als römisch-katholischer Priester in den Slums von Port-au-Prince bekannt. Nach der Flucht Baby Docs wurde er 1990 Haitis erster gewählter Präsident. Nur ein Jahr später wurde er aber bereits in einem Militärputsch gestürzt. Mit seinem Sturz zerbrachen auch die Träume der soziopolitischen Transformation Haitis. In den darauffolgenden Jahren wurde die Bevölkerung durch das Militär brutal unterdrückt. 300.000 Menschen wurden dabei zu Binnenflüchtlingen, 10.000 versuchten als berüchtigte „Boatpeople“ in die USA zu flüchten. Die meisten der Boatpeople erreichten aber nur die US-amerikanischen Auffanglager und wurden wieder zurückgeschickt. (James 2010: 2) Erstmals entsendete die UN Truppen nach Haiti, um die Situation zu beruhigen. Gleichzeitig wurde ein Handelsembargo über Haiti verhängt. 1994 kehrte Aristide schließlich nach Haiti zurück und wurde 1995 in demokratischen Wahlen von Rene Preval als Präsident abgelöst. Diese Übergabe ging als die erste, reguläre Präsidentschaftsübergabe Haitis in die Geschichte ein. Während seiner Amtszeit löste Aristide die *Haitian Armed Forces* auf und ersetzte sie durch die *Haitian National Police*. Im Jahr 2000 wurde Aristide erneut zum Präsidenten gewählt. Diesmal waren die Wahlen aber von Misstrauen und Vorwürfen überschattet. Ein zweites Mal konnte Aristide seine Legislaturperiode nicht vollenden, da er 2004 nach Südafrika ins Exil gezwungen wurde. Neben den damit verbundenen politischen Tumulten wurde das Land auch von schweren Überschwemmungen und dem Tropensturm Jeanne heimgesucht. Die UN startete zu dieser Zeit ihre bereits sechste UN Stabilisierungsmission, die *Mission des Etats Unies pour la Stabilisation en Haiti (MINUSTAH)*. Im Jahr 2006 wurde Rene Preval ebenfalls ein zweites Mal Präsident Haitis. Zwei Jahre später, 2008, führte eine Nahrungsmittelkrise zu neuerlichen Unruhen, während die bereits erwähnten vier Wirbelstürme über das Land zogen. (Rencoret u.a. 2010: 12ff)

Infolge dieser langen Liste an schwerwiegenden Katastrophen und Unruhen in einer verhältnismäßig kurzen Zeitspanne bezeichnet Paul Farmer das Erdbeben auch als ein „*Acute-on-Chronic Event*“ (Farmer 2011: 3). Es scheint, als würde Haiti seit über 200 Jahren von einer Krise in die nächste schlittern ohne dazwischen zur Ruhe zu kommen. Der permanente Kri-

senzustand ist auch mitverantwortlich für das von Misstrauen gekennzeichnete Klima zwischen der schwachen Regierung, die oft genug selber Opfer der Krisen wurde, und der Bevölkerung (Rencoret u.a. 2013: 12ff). Im Ranking des „*Index of State Weakness in the Developing World*“ findet man Haiti 2008 auf Platz 129 von 141 (Rencoret u.a. 2013: 9). Oft korreliert die Stärke oder im Fall Haitis die Schwäche der staatlichen Institutionen negativ mit der Anzahl der NGOs im Land. Kein Wunder also, dass Haiti auch als Land der NGOs bezeichnet wird. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 2, Schuller 2007: 91ff)

2.2.1. Der Stellenwert der (I)NGOs

„*It is impossible to discuss development in Haiti without talking about nongovernmental organizations (NGOs).*“ (Schuller 2007: 96) Mit diesem Statement beginnt Schuller seine Analyse der Arbeit von NGOs in Haiti. Ziel der verschiedenen NGOs ist es, die schwache staatliche Versorgung auszugleichen. Bereits vor 1947 waren 13 NGOs (sowohl INGOs als auch nationale NGOs) in Haiti registriert. (Schuller 2007: 103) Die Anzahl sowohl der registrierten NGOs als auch der nicht-registrierten ist seit damals kontinuierlich oder, zu Zeiten des Umsturzes, sprunghaft gestiegen. Es ist vor allem die Proliferation der NGOs, die auffällt. 2007 waren rund 300 NGOs offiziell in Haiti registriert. Die Anzahl der nicht offiziell registrierten NGOs ist aber weitaus größer und bringt Haiti seinen Beinamen „Land der NGOs“ ein. (Schuller 2007: 91ff)

Die Bedeutung des Terminus NGO dieser Arbeit orientiert sich an der Definition der UN. Das „I“ bei INGO steht für „international“ und verweist darauf, dass besagte NGO in einem anderen Land gegründet worden ist, als jenem, in dem sie operiert.⁶ Die zugrunde liegende Definition der UN besagt:

A non-governmental organization (NGO, also often referred to as "civil society organization" or CSO) is a not-for-profit group, principally independent from government, which is organized on a local, national or international level to address issues in support of the public good. Task-oriented and made up of people with a common interest, NGOs perform a variety of services and humanitarian functions, bring public concerns to governments, monitor policy and programme implementation, and encourage participation of civil society stakeholders at the community level. Some are organized around specific issues, such as human rights.
(United Nations Rule of Law o.A.)

Der Unterton der Definition erweckt den Eindruck, als wären NGOs per se gut. Als Organisationen aus der Bevölkerung sollten sie dieser nahe stehen und eine Brücke zur Regierung schlagen sowie als Wachhunde die Arbeit der Regierung kontrollieren. Sie sollen der Gesellschaft helfen, mehr am öffentlichen Leben zu partizipieren und öffentliche Problemstellungen

⁶ An dieser Stelle sei angemerkt, dass es eine Vielzahl von Organisationen gibt, die nicht mehr als ausländische Organisationen operieren, sondern stattdessen Tochterorganisationen in den jeweiligen Ländern gründen. Inwiefern diese NGOs als inländisch oder von ihrer Mutterorganisation unabhängig zu beurteilen sind, wird hier nicht diskutiert, sollte aber von den Leser_innen selbst und im individuellen Fall reflektiert werden.

themenisieren. Ihre Bürgernähe bringt sie in den Ruf demokratischer als die schwachen öffentlichen Institutionen zu sein. Sie werden daher als unterstützenswerter gegenüber der (gewählten) Regierung empfunden.

Es ist daher elementar, die positive Interpretation von NGOs, vor allem NGOs aus den Geberländern, von Zeit zu Zeit auch kritisch zu hinterfragen. NGOs mögen zwar gute Intentionen verfolgen und dabei die oben genannten Aufgaben erfüllen, sie verfügen aber meist über kein öffentliches Mandat. Aus diesem Grund sollten sie nicht per se als verantwortungsbewusster oder repräsentativer als eine gewählte Regierung gelten.

Schuller (2007) thematisiert die kritische Haltung der haitianischen Regierung gegenüber den NGOs. Sie definiert NGOs als apolitische Organisationen, deren Arbeit zur Entwicklung beitragen muss. Außerdem verlangt die Verfassung, dass sich alle in Haiti operierenden NGOs vom *Ministère de la Planification et Coopération Externe (MPCE)*, dem Planungsministerium, registrieren lassen. Das Ministerium alleine ist dazu befugt, der NGO legalen Status zu verleihen oder diesen zu verweigern. (Schuller 2007: 98) Der Prozess der Registrierung ist oft ein sowohl zeit- als auch ressourcenraubender Vorgang. Das liegt unter anderem daran, dass die zuständigen Stellen unterfinanziert und überfordert mit der Anzahl der NGOs sind. Eine Situation, die an sich paradox ist. Während das Ministerium berichtet, in einem Monat mit mehr als 300 Anforderungen konfrontiert zu sein, waren 2005 nur rund 345 NGOs registriert. (Schuller 2007: 99) Andere Autor_innen schätzen die Zahlen der bereits vor dem Erdbeben in Haiti operierenden NGOs auf 9.000-10.000 (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 41).

Haiti kämpft seit jeher mit dem Problem der Koordination und Organisation der zahlreichen (I)NGO-Projekte. Da viele Geber_innen den Glauben und das Vertrauen in die staatlichen Institutionen verloren haben, werden sowohl *Official Development Assistance (ODA)* als auch Spendengelder direkt durch die (I)NGOs vergeben und erschweren damit indirekt die Planung und Prioritätensetzung der Regierung. Die Unterfinanzierung der Regierung erklärt zum Teil auch, warum der Präsident Haitis nach dem Erdbeben seine Gespräche immer noch im Schatten eines Mangobaums abhielt, während die (I)NGOs langsam von ihren Zelten in sicherere Boxen übersiedelten. (Rencoret u.a. 2013:19)

Schuller (2009) gibt eine Reihe von Problemen an, die im Zusammenhang mit INGOs für die lokale Bevölkerung entstehen. Besonders ins Auge stechen die Erhöhung der generellen Lebenskosten und der Brain-Drain im öffentlichen Sektor. Der Grund für die fehlende Rückmeldung von rund 190 Ärzten_innen des Universitätskrankenhauses dürfte zwei Monate nach dem Erdbeben zum Teil daran gelegen haben, dass diese Arbeit bei einer der (I)NGOs gefunden haben. Die verhältnismäßig gute Mittelausstattung der (I)NGOs im Vergleich zur Regierung erlaubt es ihnen, zum Teil vier bis fünfmal höhere Gehälter an lokale Mitarbeiter_innen zu zahlen. Überspitzt formuliert unterschlagen (I)NGOs so staatlichen Institutionen

dringend benötigte Schlüsselkräfte und verhindern, dass sie ihre Aufgaben erfüllen. Das Misstrauen der Bevölkerung in die Kompetenz der Regierung wird dadurch zusätzlich bestärkt. (Schuller 2009: 90ff; De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 39)

Nach über 20 Jahren ausländischer Intervention ohne signifikante Verbesserung ist das Vertrauen der Bevölkerung in (I)NGOs aber schrittweiser Ernüchterung und auch Aggression gewichen. Ablehnung und Resignation angesichts der internationalen Interventionen werden auch im Unterton der haitianischen Schriftstellerin Yannick Lahens in ihrem Buch „Und plötzlich tut sich der Boden auf“ hörbar. Ihr Protokoll des Bebens beschreibt eine Szene, in der sie zusammen mit einigen Freunden auf der Terrasse kurz nach dem Beben die Situation reflektiert.

Wir, P., S., und ich, wissen, dass uns die Hilfe nicht retten wird. In ihrer Logik steckt ein Denkfehler. Letztendlich wird sie sowohl die korrumpieren, die Hilfe geben, als auch die, die sie annehmen. Zudem geht sie ja bereits in Rauch auf. In den Fliegern und Helikoptern, die am Himmel über uns kreuzen, fliegt bereits ein guter Teil des Spieleinsatzes mit. Der Auftritt der ersten NGOs kommt einer Entmündigung gleich, trotz der großen Dienste, die sie geleistet haben. Von Hilfgeldern in Höhe von jährlich zwei Milliarden Dollar ist die Rede, über fünf Jahre hinweg. Viel zu wenig. Man plant Versammlungen. Noch besser aber: Wir wissen, die versprochene Hilfe wird nicht kommen. Aus lokalen Gründen, aber auch, weil die internationale Gemeinschaft immer schon widersprüchliche Beziehungen zu Haiti hatte. Die alte Leier. Wir kennen sämtliche Strophen und den Refrain. (Lahens 2010: 46)

Lahens macht ihrer Desillusionierung und Frustration Luft und folgert, dass die internationale Hilfe einem inhärenten Logikfehler unterliegen muss. Die Hilflosigkeit und Gewissheit, dass sich die Zustände trotz der internationalen Bemühungen nicht verbessern werden, führt dazu, dass so mancher den Eindruck hat, die (I)NGOs würden mehr sich selbst und ihrer Reputation helfen, als den lokal Betroffenen. Dabei korrumpiert die Hilfe jede_n, die_der mit ihr in Berührung kommt: Volontär_innen, ganze Organisationen und auch die Menschen, die die Hilfe annehmen. Schuller kritisiert weiter *„[i]f an NGO engaged in formerly government task, [...] the result was never sustainable; they become dependent on the decision of foreign donors, not responsive to the people as citizens“*. (Schuller 2007: 90)

Lahens Zitat spiegelt aber auch die Zerrissenheit und Resignation der haitianischen Bevölkerung bezüglich der verschiedenen Hilfsinterventionen wider. Auf der einen Seite haftet den nationalen Institutionen noch der Schrecken und das Misstrauen der letzten Jahrzehnte an, auf der anderen Seite hängt auch das Vertrauen in die internationalen Organisationen an einem seidenen Faden.

Trotzdem anerkennen sowohl Lahens (2010) als auch Schuller (2007) die Wichtigkeit der Arbeit der (I)NGOs in der ersten Zeit nach dem Erdbeben. Es geht ihnen also nicht darum den gesamten Hilfsapparat zu verteufeln, sondern vielmehr seine Langzeitkonsequenzen, die sich in Form von Abhängigkeit, Untergrabung der Staatssouveränität und Entfremdung zeigen können. Die unkoordinierten Bemühungen der vielen unregistrierten Akteur_innen, die Haiti besonders kurz nach dem Erdbeben geflutet haben, führten sowohl zu einem un-

überschaubaren Chaos für die Regierung als auch zu einer Überforderung der großen internationalen Organisationen, die mit der Koordinierung beauftragt worden waren. Oft wurde infolgedessen an verschiedenen Seiten und in zueinander in Konflikt stehenden Projekten gearbeitet.

Ein großer Kritikpunkt ist auch die starke Heterogenität der Gruppe der internationalen Akteur_innen. Es gibt große und kleine, glaubensorientierte und viele spezialisierte (I)NGOs. Sie alle haben unterschiedliche Schwerpunkte und Zugänge und viele davon genießen gerade in ihrem unmittelbaren Wirkungskreis hohes Ansehen und das Vertrauen der Bevölkerung. Es ist aber unbestreitbar, dass größere internationale NGOs erfolgreicher darin sind, ihre Aktivitäten zu koordinieren, als kleinere grass-root orientierte Organisationen. Es liegt in der Natur der kleinen Organisationen, dass ihnen sowohl Zeit als auch Geld fehlt, um an Treffen oder anderen Methoden der Kommunikation teilzuhaben. (Benton/Ware 2001 zitiert nach Rencoret u.a. 2010: 17) Gleichzeitig bieten kleinere Organisationen durch flachere Hierarchien mehr Möglichkeiten, sich an lokale Gegebenheiten anzupassen, anstatt diese passend zu machen.

Die Kombination aus schwacher Regierung, unkontrollierten (I)NGO-Projekten und der permanente Krisenzustand spiegeln sich in den soziologisch-ökonomischen Rahmenbedingungen wider.

2.3. Soziologisch-ökonomische Rahmenbedingungen

Die Wurzeln der heutigen Krisensituation reichen bis zur Unabhängigkeitserklärung Haitis zurück. Nach der Unabhängigkeit wurde Haiti international als rückständige, infantile „Negerrepublik“ diffamiert. Infolgedessen versuchten die Machthaber des jungen Staates dieses Image zu durchbrechen, indem sie die traditionell haitianische Kultur leugneten. Ein solches Wechselspiel zwischen der innenpolitischen Berufung auf die Kultur bei gleichzeitiger außenpolitischer Leugnung, wurde maßgeblich für Haitis Darstellungen der darauffolgenden Jahrhunderte, das nationale Selbstbewusstsein und auch die Lebensweise. (Sommerfeld 1994:10ff)

Sommerfeld diagnostizierte 1994 in Haiti die Existenz zweier großer sozialer Gruppen, deren (konstruierte) Differenzen in immer wieder aufkeimenden Rassenideologien zu Tage treten. Ihre Merkmale äußern sich in Sprache (Kreol vs. Französisch), Religion (Vodou vs. Katholizismus), Sozialformation (Elite vs. Volk) und Couleur (Schwarz vs. Mulatte). Natürlich ist eine solche Trennung niemals als absolut zu sehen. Es gibt Mitglieder der Elite, die genauso Vodou praktizieren, oder Schwarze, die über mehr Einkommen verfügen und infolgedessen als Mulatten wahrgenommen werden. Die verschiedenen Rassenideologien, die in diversen lokalen Konflikten aufkeim(t)en, sind für Sommerfeld weniger einer realen Differenz zwischen den Menschen geschuldet, sondern vielmehr der Ausdruck sozio-ökonomisch begründeter

Spannungen. (Sommerfeld 1994: 17f) Aufgrund der daraus resultierenden, hohen Unsicherheit werden private Investitionen sowohl von Haitianer_innen als auch von ausländischen Investor_innen als sehr riskant eingeschätzt. Die Folge davon ist eine chronisch hohe Arbeitslosigkeit. 2003 ergab eine Umfrage, dass rund ein Drittel der erwerbsfähigen Bevölkerung arbeitslos war. Die tatsächliche Arbeitslosigkeit wird aber als noch höher eingestuft. Regierungs- und Verwaltungsbedienstete machten 2007 46% der offiziell Beschäftigten aus. Fast 50% arbeiteten in Bereichen der Landwirtschaft, Forstwirtschaft, Viehzucht und des Fischfangs. Diese Bereiche sind vor allem männerdominiert, während Frauen im Groß- und Einzelhandel tätig sind. (PAHO 2007: 414) Es wird auch berichtet, dass mehr Frauen in Städte migrieren, während Männer aufs Land wandern. (PAHO 2007: 415)

Haitis Bevölkerung ist, wie bereits erwähnt, sehr jung. 65% der Bevölkerung sind unter 25 Jahre alt. 2003 wurde erhoben, dass die meisten Todesfälle (deren Ursache festgestellt wurde) der 20-49-Jährigen Aids und seinen Folgeerscheinungen zugeschrieben werden musste. Die Bevölkerungspyramide von 2005 wird in Abbildung 4 dargestellt.

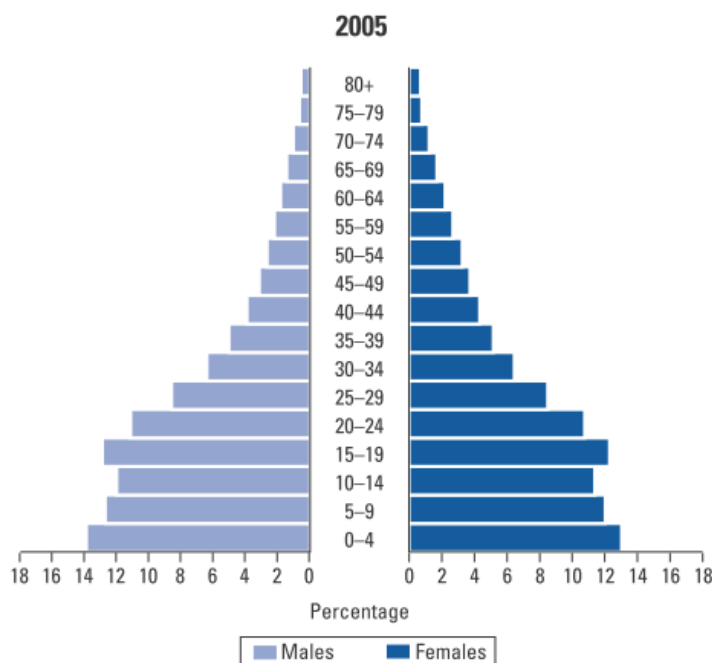


Abb. 4: Die Bevölkerungspyramide Haitis 2005
(PAHO 2007: 415)

In der traditionellen Vorstellung wurden ältere Familienmitglieder bis zu ihrem Tod von meist weiblichen Familienangehörigen zuhause versorgt. Die permanente Migration und das Abwerben von Kindern als *restaveks* führten aber über die Jahre zum Zerbröckeln der traditionellen Familienverbände. In Städten werden die meisten Haushalte von Frauen geführt und beherbergen meist nicht nur die eigene Kernfamilie (48%). Nur 45% der unter 18-Jährigen

wachsen mit beiden Elternteilen auf. (PAHO 2007: 417)

Fast zehn Jahre nach Sommerfelds Analyse (1994) wird die Gesamtsituation in Haiti als eine Mischung aus Arbeitslosigkeit, schwacher Regierungsinstitutionen, mangelhafter öffentlicher Infrastruktur, verheerender Umweltzerstörungen und daraus resultierender Gewalt- und Sicherheitsproblematik dargestellt. Viele Verletzungen und Unfälle sind die Konsequenz von willkürlicher Gewalt. 2006 ergab eine Erhebung, dass 90% der von *Medicines sans Frontières* (MSF) behandelten Notfälle, die Folgen bewaffneter Überfälle waren. Eine weitere große

Zahl an Notfällen resultierte als Konsequenz sexueller Übergriffe und häuslicher Gewalt. (PAHO 2007: 422)

Bildung und Wasserversorgung sind größtenteils privatisiert oder werden von internationalen Akteur_innen bereitgestellt. Sie blieben bisher für große Teile der Bevölkerung unleistbar. (Rencoret u.a. 2010: 12ff) 2003 waren 89% der Schulen private Institutionen. 17% der Kinder im Schulalter zwischen sechs und neun besuchten zur Zeit der Umfrage der *Pan American Health Organization (PAHO)* keine schulische Institution, während 12% noch nie eingeschrieben waren. (PAHO 2007: 416) Laut der PAHO hatten 2009 45% der Bevölkerung keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser und 83% lebten ohne sanitäre Einrichtungen. Gleichzeitig litten 3,8 Millionen Menschen (fast die Hälfte der Bevölkerung) regelmäßig an Hunger, mehr als jedes fünfte Kind galt als chronisch unterernährt und rund 40% der Haushalte waren regelmäßig mit Lebensmittelknappheit konfrontiert. Unterernährung und Vitaminmangel während des Wachstums führen bei Kindern zu schweren Beeinträchtigungen. Vor allem Sehbeeinträchtigung, aber auch motorische und kognitive Beeinträchtigungen, sind die Folge. (WHO 2010: 6; PAHO 2007: 414) Die Haupttodesursachen für Kinder zwischen 5 und 9 Jahren in Haiti sind Tuberkulose, Diarrhoe, Unterernährung, HIV/Aids und Malaria. Das sind mitunter die Gründe, warum Haiti 2009 nur den 149. Platz im *HDI Ranking* erreichte. Diese allgemein schwierigen Lebensbedingungen haben für die Situation der MmB weitreichende Konsequenzen und werden im nächsten Abschnitt diskutiert.

2.3.1. Die Situation von Menschen mit Behinderung

Wie überall auf der Welt gehören auch in Haiti MmB zu den verwundbarsten Menschen der Gesellschaft. Ihre Marginalisierung wird vor allem in der Diskriminierung am Arbeitsmarkt, mangelnder Schulbildung und fehlendem Zugang zum öffentlichen Leben sichtbar.

Ein Report der *UN Stabilization Mission* in Haiti 2007 schätzt die Anzahl von MmB in Haiti auf knapp 800.000 Personen, das sind ca. 10% der Gesamtbevölkerung. Ein Problem von MmB ist die Diskriminierung am Arbeitsmarkt. Im öffentlichen Dienst kam auf 2.500 Bedienstete nur ein MmB. Die Bilanz des privaten Sektors wurde als noch dürftiger eingeschätzt. MmB wurden weder im staatlichen Arbeitsgesetzbuch erwähnt, noch schienen die Institutionen des öffentlichen Lebens Rücksicht auf ihre Bedürfnisse zu nehmen. Öffentliche Gebäude, Schulen und Transportmittel sowie Straßen waren für MmB nur teilweise zugänglich. Nur rund 3% der Kinder mit Behinderung besuchten eine Schulinstitution. (ReliefWeb 2007)

Eine Umfrage von Brigelow u.a. (2004) unter Menschen mit Amputationen in Haiti ergab, dass diese sich als vollkommen abhängig von der Familie erlebten. Mit ihren Einschränkungen können sie zwar kleinere Aufgaben, wie kochen und putzen im Haushalt erledigen, aber selten zur Einkommensgenerierung beitragen. Dadurch werden sie als ökonomische Bürde für die ganze Familie wahrgenommen. Manche haben „Glück“ und finden auch Jobs als

Köch_innen, Schneider_innen oder Straßenverkäufer_innen. Besonders einschränkend empfanden die Befragten, dass sie aufgrund ihrer Beeinträchtigung ans Haus gefesselt waren und nicht an Gottesdiensten oder sonstigen sozialen Aktivitäten teilhaben konnten. (Brigelow u.a. 2004: 249f)

Es sind aber nicht nur die baulichen Gegebenheiten, mit denen die MmB kämpfen. In Haiti werden MmB auch als *kokobé* bezeichnet. Das ist ein Begriff aus dem Kreolischen, der übersetzt „gut für nichts“ bedeutet. Gemeinsam mit dem Sprichwort „*Kote ou konn wè moun andicape ap travay?*“ - „Wo hast du schon jemals einen MmB arbeiten sehen?“ lässt die Sprache die Abwertung und Vorurteile sowohl der staatlich Bediensteten als auch des sozialen Umfelds im Umgang mit MmB erkennen. (ReliefWeb 2007; Pean 2011: 4)

Viele dieser Vorurteile haben ihren Ursprung in der Denklöge des Vodous und den *lwa*. *Lwa* sind Geister, die meist aus Westafrika stammen und vergleichbar mit den Heiligendarstellungen des Katholizismus sind. (Brodwin 1996: XVI) In der Vorstellung des Vodous sind die Wünsche der *lwa*, welche sie in Träumen oder durch Séancen ausdrücken, unbedingt zu respektieren, da sich ein aufgebrachter *lwa* durch Bestrafung rächen kann. Ein Unfall, welcher eine Beeinträchtigung nach sich zieht oder die Geburt eines beeinträchtigten Kindes, wird so zu einer göttlichen Bestrafung. (Wobei das Baby hierbei als unschuldiges Opfer für die Taten der Eltern büßt.) Jacobson (2002) beschreibt, dass auch Protestant_innen das Auftreten von Behinderung meist einem Fluch zuschreiben oder als Strafe Gottes für ihr Missverhalten interpretieren. Noch 2009 ergab eine Studie der *Federation Haïtienne des Association et Institutions des Personnes Handicapées d'Haïti (FAIPH)*, dass von den Befragten rund ein Drittel der Männer wie Frauen die Ursache für die Beeinträchtigung einer übernatürlichen Kraft zuschrieb. Der Glaube an übernatürliche Ursachen ist aber stark altersabhängig. Je jünger die Befragten waren, desto mehr rückten übernatürliche Erklärungen in den Hintergrund. (Clerisme u.a. 2009: 30, 32) Im Rahmen der Studie zur Erhebung der Lebensumstände wurden 2.050 MmB kontaktiert und in Form eines Methodenmix (Fragebögen, Interviews, Fokusgruppen) zu ihrer Situation befragt. (Clerisme u.a. 2009: 5)

Die Interpretation von Behinderung als etwas Übernatürliches führt dazu, dass der Kontakt mit MmB vermieden wird, um die *lwa* nicht gegen sich aufzubringen oder sich mit „Behinderung anzustecken“. Aus diesem Grund werden MmB von ihrer Familie laut Jacobson (2002) oft versteckt und negiert. (Jacobson 2002: 16f) Da ein Kind mit Behinderung als elterlicher „Fehler“ angesehen wird, wird von ihm nicht erwartet, die hohen Ansprüche, die an ein „gesundes“ Kind gestellt werden würden, zu erfüllen. Viel mehr denken Eltern nicht einmal daran, ihr Kind mit Behinderung in eine Schule oder zur Rehabilitation zu schicken, sondern fühlen sich persönlich dafür verantwortlich. Eine solche Sichtweise führt zur lebenslänglichen Abhängigkeit des Kindes von seinen Eltern oder der Familie, während ihm jegliche Verant-

wortung und Eigenständigkeit für das eigene Leben abgesprochen wird. (Jacobson 2002: 16f)

Der Theorie der behüteten Isolationssituation von Jacobson werden heute aber viele andere Darstellungen entgegengehalten. So findet man in den Straßen von Port-au-Prince sehr wohl MmB, die sich bettelnd durchschlagen. (Brigelow u.a. 2004: 249) Es könnte sein, dass durch die große Anzahl an MmB in Haiti ein ähnlicher Effekt zutage tritt, wie er bereits 1999 in Afghanistan von Coleridge beschrieben wurde. Coleridge beobachtete, dass aufgrund der großen Anzahl an MmB, deren Anblick in der Öffentlichkeit immer weniger Aufsehen erregte und sich infolgedessen deren Diskriminierung massiv reduzierte. Den Grund dafür schrieb Coleridge der allgemeinen und somit verbindenden Armut zu. (Coleridge zitiert nach Yeo 2005: 21)

Ein solches Phänomen könnte in Haiti verstärkt im Viertel Cité Soleil, dem größten Slumviertel der Hauptstadt, sichtbar werden. Hier hat die *Organisation Solidarité des Handicapés Moteur (SOHAMO)* Fuß gefasst. Die Organisation genießt großen Rückhalt und Respekt in der Gesellschaft - vor allem seit es die Organisation 1997 schaffte, eine Schule für Kinder mit und ohne Behinderungen zu etablieren, deren Schüler_innenzahl zwischen 1997 und 2009 von 25 auf 150 anstieg. (Clerisme u.a. 2009: 26) Ein weiteres Positivbeispiel sind die Sporttage im Viertel Carrefour (Port-au-Prince), die von der FAIPH organisiert werden.

Trotz der anhaltenden Beschreibungen von Situationen, bei denen sich zum Beispiel ein Busfahrer weigert, auf zwei ältere Damen mit Behinderung Rücksicht zu nehmen oder die weiterhin gängige Verwendung des Begriffs *kokobé*, gibt es auch Beispiele positiver Wegweiser für die Zukunft. (Clerisme u.a. 2009: 25f) Die Einrichtung eines *Staatssekretariats für die Integration von MmB (Secrétairerie d'Etat à l'Intégration des Personnes Handicapées, SEIPH)* im Mai 2007 ist ein solches Beispiel.⁷ Sein Vorsitzender, Dr. Michel Péan, wurde mit dem Auftrag der Erstellung einer Gesetzesvorlage für die Rechte der MmB und der Sensibilisierung der Bevölkerung für die Bedürfnisse der MmB betraut. Das gestiegene Selbstbewusstsein der MmB konnte auch bei der Eröffnung des Staatssekretariats erlebt werden. Während sich Präsident Préval am 3. Dezember 2007 bei der Eröffnungsfeier schockiert über das Verhalten mancher gegenüber MmB äußerte, versammelten sich 500 MmB vor dem Gebäude, um öffentlich ihr Recht auf Gleichberechtigung, Respekt und Würde einzufordern. (ReliefWeb 2007) Der Report der PAHO sprach 2007 deshalb bereits von einem Umdenken und einem Erwachen der Gesellschaft hinsichtlich der Bedürfnisse von MmB. Als weiterer Schritt in Richtung mehr Beachtung von MmB unterzeichnete und ratifizierte Haiti am 23. Juli 2009 die CRPWD.

⁷ Nähere Information über das SEIPH und weitere lokale Akteur_innen finden sich im Kapitel 2.4. Lokale staatliche und nicht-staatliche Akteur_innen dieser Arbeit.

Nach den Angaben der Studie der FAIPH (2009) wurden als vordergründige Ursachen für Beeinträchtigungen Unfälle, Krankheiten (Typhus, Polio, etc.), schlechte Hygienebedingungen und generell *la pauvreté* [die Armut] identifiziert. (Clerisme u.a. 2009: 7) In Relation zur Gesamtbevölkerung ist die Gruppe der über 55-Jährigen mit 37,5% am meisten von Beeinträchtigungen betroffen. Den niedrigsten Anteil findet man in der Bevölkerungsgruppe der unter 25-Jährigen mit nur 2,8%. Außerdem kann angenommen werden, dass mehr MmB in der Stadt als am Land leben. Im Rahmen der Studie kamen 57,3% der zufällig ausgewählten Proband_innen aus der städtischen Bevölkerung und 42,7% aus den ländlichen Gebieten. Die häufigste Form der Behinderung ist eine Form der Bewegungseinschränkung. 45,6% der Befragten gaben an, eine motorische Einschränkung zu haben. Dieser Prozentsatz steigt auf 67,2%, wenn Lähmungen zu den motorischen Einschränkungen gezählt werden. Im Bereich der Schulbildung gaben 24,1% der Befragten an, die Primärschule abgeschlossen zu haben und 11,1% die Sekundärschule. 58,7% der Befragten gaben aber an, Analphabeten zu sein. Dieser Prozentsatz ist somit leicht erhöht im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Die Schätzung für Analphabeten in Haiti liegt bei 52%.

Die Befragten der Studie forderten daher sowohl von der Regierung als auch der Zivilgesellschaft eine generelle Verbesserung ihrer Lebensumstände. Dazu gehören sowohl Schulen, in denen Kinder mit Behinderungen gemeinsam mit Kindern ohne Behinderungen unterrichtet werden, genauso wie eine verbesserte Wohnsituation inklusive sanitärer Einrichtungen und eine Änderung der Wahrnehmung von MmB innerhalb der Gesellschaft. (Clerisme u.a. 2009: 27f)

Die Studie spiegelt aber auch den Hauch von Hoffnung wider, den die MmB haben, dass sowohl die Regierung als auch Akteur_innen wie SOHAMO helfen, die Situation zu verbessern. (Clerisme u.a. 2009: 29)

Einer der Hauptkritikpunkte, der sowohl von Yeo (2005) als auch der Studie der FAIPH (2009) hervorgehoben wird, ist und bleibt der mangelnde Zugang von MmB zu Basisgesundheitsdienstleistungen. Der Prozentsatz für schulmedizinische Konsultationen liegt bei gerade einmal 20%. Als Hauptursachen dafür werden die mangelnden finanziellen Ressourcen, die langen Distanzen zur nächsten Einrichtung und der mangelnde Respekt sowie die Vorurteile des dortigen Gesundheitspersonals genannt.

Mehr als die Hälfte der Befragten der Studie der FAIPH litt neben der physischen Beeinträchtigung an einer chronischen Krankheit. (Clerisme u.a. 2009: 8; Yeo 2005: 19ff)

Da Physiotherapie im Bereich der Schulmedizin angesiedelt ist, widmet sich der nächste Punkt dem Gesamtsystem der offiziellen, schulmedizinischen Versorgung.

2.3.2. Medizinische Versorgung

Das Versorgungsnetz der medizinischen Versorgung präsentiert sich ähnlich dem Gesamtzustand Haitis als sehr unkoordiniert. Das dazugehörige Sozialversicherungssystem in Haiti ist außerdem noch längst nicht flächendeckend.

2007 wird von Versicherungsgesellschaften berichtet, welche zwischen 400 und 115.000 Versicherungsteilnehmer_innen pro Gesellschaft gegen Entrichtung einer kleinen, regelmäßigen Prämie auf Gegenseitigkeit versichern. Zwar haben Bedienstete des Staates (immerhin rund 215.000 Personen) eine spezielle Versicherung, deren Leistungen werden aber, besonders außerhalb der Hauptstadt, als mangelhaft kritisiert. Angestellte des privaten, formalen Sektors werden von einer dezentralen, eigenständigen Agentur für Arbeit, Krankheit und Mutterschaftsversicherung abgesichert. Die Agentur betreibt ein Krankenhaus für elementare Gesundheitsversorgung, traumatische Verletzungen sowie Gynäkologie und Geburtshilfe. (PAHO 2007: 418)

Weitere Versicherungen sind in Haiti dezentral durch verschiedene Büros organisiert. Dazu gehören eine Pensionsversicherung, eine Versicherung für Arbeitsunfälle, Krankheit und Schwangerschaften sowie ein Institut für Wohlfahrtsforschung. (PAHO 2007: 423; WHO 2010: 6)

2005 verabschiedete die Regierung einen Fünfjahresplan zur Reformierung der Gesundheitsversorgung. Der Plan betont, dass Gesundheit ein Menschenrecht ist, zu welchem alle Menschen Zugang haben sollten. Er unterstreicht die Verbindung und Notwendigkeit von Gesundheit für Entwicklung und betont die Prinzipien von Solidarität, Gleichheit und sozialer Gerechtigkeit. Die Aufgabe des Ministeriums ist es, als Kontroll- und Managementorgan der -Gesundheitsversorgung zu funktionieren, welches die einzelnen dezentralen *Community Health Units* evaluiert und vernetzt. Diese sind dazu angehalten, als eigene, administrative Einheiten in Zusammenarbeit mit öffentlichen als auch privaten Gesundheitsorganisationen unter Partizipation der lokalen Bevölkerung zusammenzuarbeiten. 2006 waren elf dieser *Community Health Units* in fünf Departments implementiert und einsatzfähig. (PAHO 2007: 422)

Neben der schulmedizinischen Versorgung geben 80% der Bevölkerung (aus allen sozialen Schichten und Einkommensklassen) an, bei medizinischen Belangen den Rat von traditionellen Heiler_innen wie Vodou Priester_innen, Phytotherapeut_innen, Masseuren und Masseusen, Chiropraktiker_innen, etc. zu suchen. (PAHO 2007: 422)

Der große Stellenwert traditioneller Heilpraktiker_innen ergibt sich aus der kreolmedizinischen Vorstellung von Krankheit.

2.3.2.1. Das Kreolmedizinische Krankheitsbild

Sommerfeld (1994) beschreibt, dass die entwurzelten Sklaven_innen im 18. Jahrhundert aufgrund mangelnder medizinischer Versorgung seitens der Kolonialherren auf ihr eigenes, überliefertes Wissen angewiesen waren, welches sich später mit der früheuropäischen und vor allem französischen Tropenmedizin vermischte. Das Resultat findet sich heute innerhalb des Konstrukts Vodou wieder und wird in seiner Gesamtheit von Sommerfeld als Kreolmedizin bezeichnet. (Sommerfeld 1994: 1f) Die Praktizierung von Vodou wird sowohl außerhalb als auch innerhalb Haitis, vor allem in elitären Kreisen und der Ärzteschaft mit der „Rückständigkeit“ illiterater, bäuerlicher Bevölkerung in Verbindung gebracht, obwohl viele Vertreter_innen der Elite, als auch die verarmte, urbane Bevölkerung Vodou praktiziert. (Sommerfeld 1994: 4) Sommerfeld betont aber, dass es nicht nur die schulmedizinische Mangelversorgung der ländlichen Bevölkerung ist, die dafür sorgte, dass 1994 noch rund 12.500 Phytotherapeut_innen (*dokté fey, metsen fey*), 11.000 Vodouheiler_innen (*oungan, manbo*) und 6.400 traditionelle Hebammen (*fanm saj*) im Einsatz waren. (Sommerfeld 1994: 2) Vielmehr geht Sommerfeld von einem sogenannten Medizinpluralismus aus. Das heißt, dass Patient_innen und ihre Angehörigen eine Strategie der Vielfalt entwickelt haben, um mit der *„chronischen Krise im Allgemeinen und kultur- und gesellschaftsspezifischen Problemen im Besonderen umzugehen“*. (Sommerfeld 1994: 2) Die Strategie ermöglicht es, innerhalb des Konstrukts Vodou, aus den „vollen“ (wenn auch mangelhaften) Ressourcen der Versorgung zu schöpfen und bestimmte Krankheitszustände auch sozio-kulturell zu bewältigen. (Sommerfeld 1994: 9)

Die Vorstellung von Krankheit und vor allem deren Ätiologie innerhalb der Kreolmedizin ist holistischer als die der Schulmedizin und weniger statisch. Somatischen Beschwerden wird dabei eine besonders große Aufmerksamkeit zuteil. Gleichzeitig kommt es immer wieder zu einer (adaptiven) Integration schulmedizinischer Erkenntnisse. Aus diesem Grund ist Sommerfeld auch der Meinung, dass Vodou nie vollkommen durch die Schulmedizin ersetzt wird.⁸ Vodou bildet in Sommerfelds Darstellung den Rahmen, innerhalb dessen sowohl traditionelle Fachkräfte wie Heiler_innen, Phytotherapeut_innen, etc. also auch Schulmediziner_innen konsultiert werden und gleichwertig nebeneinander existieren. Wenn es die Krankheit erfordert, werden oft auch mehrere Fachkräfte gleichzeitig konsultiert. (Sommerfeld 1994: 5) Gefahr birgt dabei das Risiko der doppelten Medikation. Das Phänomen tritt auf, wenn sowohl schulmedizinische als auch der traditionellen Medikamente oder Kräuter verschrieben und eingenommen werden, da die Vertreter_innen der Gesundheitsprofessionen ohne Wissen voneinander arbeiten.

⁸ Neuere Ansätze der Schulmedizin und besonders der Physiotherapie tendieren übrigens dazu, psychosomatischem Geschehen wieder mehr Bedeutung einzuräumen.

Entscheidend bei der Auswahl von Schulmedizin oder Kreolmedizin ist, ob es sich um eine „natürliche“, von Gott gewollte Krankheit (*maladi bon dye*) handelt oder um eine übernatürliche, durch einen Übeltäter (*malfektè*) verursachte. Zur Heilung natürlicher Krankheiten wird meist der_die Schulmediziner_in zu Rate gezogen, während bei durch *malfektè* verursachten Krankheiten traditionelle Heiler_innen oder Phytotherapeut_innen aufgesucht werden. Von diesen wird erwartet, dass die „Störung des spirituellen Gleichgewichts“ (Sommerfeld 1994: 8) beseitigt und sein Gleichgewicht wieder hergestellt wird.

Die große Anzahl an Krankheiten, und vor allem an Krankheiten, die durch *malfekté* verursacht wird, wird dabei mit der lakonischen Feststellung „*le mal egsist*“ (Das Schlechte existiert) begründet. (Sommerfeld 1994: 10)

Die Rolle des_der Patient_in wird während des gesamten Konsultationsprozesses, egal ob traditionelle Heiler_innen oder schulmedizinische Institutionen aufgesucht werden, als passiv beschrieben. Zum einen, weil die Familie als oberste Instanz entscheidet, wann wer aufgesucht wird, zum anderen, weil ein guter Arzt_eine gute Ärztin oder ein guter Heiler_eine gute Heilerin die Diagnose und Beschwerden selber erkennt und nicht vom_n der Patient_in erfragen muss. Aus dem geschichtlichen Kontext (siehe dazu Sommerfeld 1994: 63ff) haftet Ärzt_innen immer noch ein Hauch von Autorität an und Medikamente, in Form von Pillen, werden mit wundersamer Sofortheilung assoziiert. Rehabilitationsprozesse, die längere Zeit in Anspruch nehmen würden, werden aufgrund dieser Vorstellung vorschnell, wenn die erwartete Verbesserung nicht schnell genug eintritt, abgebrochen. Sowohl Angehörige als auch Patient_innen sind es aufgrund des Autoritätsanspruchs des medizinischen Personals nicht gewohnt, Therapiemaßnahmen zu hinterfragen. Eine eigenständige, aktive Partizipation an der Verbesserung des Krankheitsgeschehens seitens des_r Betroffenen ist somit ebenfalls nicht vorgesehen. (Jacobson 2003: 18f)

Aus der Sicht des Konzepts der Physiotherapie, welches die aktive Mitarbeit des_der Patient_in einfordert, ist dies eine denkbar ungünstige Ausgangssituation und muss vorweg angesprochen und geklärt werden. Als nächstes wird die Organisation des Gesundheitssystems näher beschrieben.

2.3.2.2. Organisation der medizinischen Versorgung

Das Gesundheitssystem in Haiti präsentiert sich sehr gesplittet und besteht aus den Angeboten vorrangig vier verschiedener Gruppen von Akteur_innen:

1. Der Öffentlicher Sektor: Dieser wird vom *Ministerium für Gesundheit und Bevölkerung* (*Ministère de la Santé Publique et de la Population, MSPP*) sowie dem *Ministerium für Soziale Angelegenheiten und Arbeit* (*Ministère des Affaires Sociales et du Travail, MAST*) bedient und macht 35.7% der gesamten schulmedizinischen Versorgung aus.

2. Der private, gewinnorientierte Sektor: Er besteht aus privaten Kliniken oder Praxen sowie Laboren und Apotheken. Dieser Sektor umfasst 32,5% des schulmedizinischen Bereichs.
3. Der gemischte, nicht-gewinnorientierte Sektor: Dieser beinhaltet jene Einrichtungen, die privat von NGOs oder glaubensbasierten Organisationen betrieben werden, deren Personal aber vom Ministerium für Gesundheit und Bevölkerung bereitgestellt wird. Mit einem Anteil von 31,8% am gesamten schulmedizinischen Sektor ist dies der kleinste Bereich.
4. Der traditionelle Sektor wird von der Gemeinschaft der Vodouheiler_innen, Phytotherapeut_innen und traditionellen Hebammen gebildet.

(PAHO 2013: 423ff)

Insgesamt wird das System von rund 400 Ärzten_innen aus Kuba unterstützt, welche Gesundheitsdienstleistungen vor allem in ländlichen Regionen anbieten. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 18)

Die oberste, nationale Instanz des Systems stellen derzeit Minister und Generaldirektor des *MSP* dar. Ihnen unterstehen zehn nationale Büros und vier koordinierende Einheiten, um die nationalen Programme zur Eindämmung infektiöser und übertragbarer Krankheiten zu implementieren. Weiters sind sie für die Themen Immunisierung, Ernährung und Krankenhaussicherheit zuständig. Die zuvor erwähnten *Community Health Units* sind den zehn Büros unterstellt. Der Bericht der PAHO kritisiert, dass die direkte Unterstützung seitens der internationalen Akteur_innen von privaten Organisationen oder (I)NGOs die Position des Ministers als oberstes Kontrollorgan dieser Einheiten unterminiert. Durch die Unterstützung war es manchen privaten Organisationen möglich, eine größere Kompetenz und Reichweite zu erlangen als das Ministerium und dessen Organe. (PAHO 2007: 419ff, WHO 2010: 6f)

Gerade Akteur_innen des privaten, gewinnorientierten Sektors finden sich konzentriert im urbanen Bereich und vernachlässigen die ärmlichen ruralen Gebiete. Eine weitere Problematik besteht darin, dass private Akteur_innen außerhalb des staatlichen Informationssystems operieren. Sie partizipieren somit weder an nationalen Gesundheitsprogrammen, noch sind sie dazu verpflichtet, wichtige Informationen bezüglich epidemiologischer Beobachtungen weiterzugeben. (PAHO 2007: 423)

Während die PAHO 2007 von insgesamt 402 Apotheken, 198 *Health Centers* ohne Betten, 54 *Health Centers* mit Betten und 64 Krankenhäusern berichtet, zählt die WHO 2009/10 371 *Health Posts*, 217 *Health Centers* und nur mehr 49 Krankenhäuser. Der Report der PAHO beschreibt zwar, dass rund 40% der Bevölkerung keinen Zugang zur schulmedizinischen Versorgung haben, gibt aber leider keine Information zur Auslastung der Institutionen an. Sommerfeld beschrieb zum Beispiel, dass 1986 beinahe 50% aller Gesundheitseinrichtun-

gen von einer Verbindung vorwiegend nordamerikanischer und kanadischer NGOs (La Association des Oeuvres Privées de Santé) betrieben wurden und dabei täglich rund dreimal so viele Patient_innen behandelten, als die staatlichen, die zum Teil nur zu 50% ausgelastet waren. (Sommerfeld 1994: 19) Aus diesen Berichten erkennt man die Zersplitterung der Information bezüglich tatsächlich existierender Einrichtungen und ihrer Funktionstüchtigkeit. Zersplitterung und mangelnde Koordination spiegelt sich auch in der Aufteilung von Verantwortung und Ausführung der Ausbildung von lokalem, medizinischem Personal wider.

2.3.2.3. Ausbildung von medizinischem Personal und Rehabilitationspersonal

Die generelle, ungleiche Ressourcenverteilung zwischen ländlichen und urbanen Gebieten macht auch vor der Gesundheitsversorgung nicht Halt. Medizinische Versorgung sowie Ausbildungsmöglichkeiten konzentrieren sich vor allem auf den Großraum Port-au-Prince. Während die Ausbildung früher ausschließlich von staatlicher Seite organisiert wurde, gibt es nun auch zahlreiche Ausbildungsprogramme von privaten Organisationen und (I)NGOs. Diese haben allerdings oft Akkreditierungsprobleme und werden von der Regierung nicht anerkannt. Aufgrund der fehlenden Institutionalisierung von Staatsexamen und Standardisierungsrichtlinien sind viele Gesundheitsprofessionen gezwungen, in einer Grauzone zu operieren. (PAHO 2007: 423ff) Diese Problematik trifft auch das Ausbildungsprojekt von lokalen Physiotherapeut_innen oder *Rehabilitation Technicians*, welches 2001 von der *Healing Hands for Haiti International Foundation* (HHHI) gestartet wurde.

Nachdem HHHI im Jahr 2000 die Rehabilitationsklinik Kay Kapab gründete, rief sie 2001 ein Trainingsprogramm für *Rehabilitation Technicians* ins Leben. Später wurde das Trainingsprogramm mit der Hilfe von *Volunteers Overseas* von Port-au-Prince nach Deschapelles transferiert, um dort in Zusammenarbeit mit dem Albert Schweitzer Krankenhaus weitergeführt zu werden. Zum Zeitpunkt der von Bigelow durchgeführten Evaluation 2008 hatten 49 Student_innen den ersten Teil der Ausbildung bereits absolviert oder befanden sich gerade in der Ausbildung. Für die Evaluation wurden insgesamt 32 der 49 Studierenden befragt. 50% der befragten Graduierten hatten tatsächlich einen Job als *Rehabilitation Technician*, die meisten davon in urbanen Gebieten. Sie gaben an, in Waisenhäusern, Krankenhäusern oder Kliniken zu arbeiten. Nur von einer Absolventin des ersten Jahrgangs war bekannt, dass sie im ländlichen Gebiet arbeitete. Aus dem jüngsten Jahrgang gaben drei Studierende an, nach der Ausbildung wieder zurück aufs Land gehen zu wollen.

Die Ausbildung beinhaltete sechs Monate theoretische Kursausbildung und drei Monate praktische Arbeit. Mit Absolvierung des ersten Levels sollten die Studierenden fähig sein, Basisrehabilitationsmaßnahmen unter der Supervision eines_r Arztes_Ärztin oder anderem Krankenpflegepersonals auszuführen. Zum Zeitpunkt der Evaluation hatten zwei Klassen die

Ausbildung bereits abgeschlossen. Der erste Jahrgang bestand aus 15, der zweite aus 22 und der dritte, welcher noch in Ausbildung war, aus 12 Studierenden.

In Zahlen gaben 22 der Absolvent_innen an, im Rehabilitationsbereich zu arbeiten. Sieben davon arbeiteten auch freiwillig und ohne Bezahlung, acht auf selbstständiger Basis entweder bei sich zuhause oder indem sie Patient_innen besuchten. Meist waren die Patient_innen aus der Nachbarschaft der Absolvent_innen oder wurden von einem_r Arzt_Ärztin weitergeleitet.

Hinsichtlich ihrer Ausbildung hätten sich die Absolvent_innen bessere Kenntnisse der Ersten Hilfe sowie verschiedener Pflegemaßnahmen gewünscht. Gerade die Absolvent_innen des ersten Jahrgangs gaben an, in ihrer Jobsuche durch fehlende, offizielle Diplome eingeschränkt zu sein. Weitere Wünsche wurden hinsichtlich flexiblerer Zeiten, vor allem für jene Studierende, die nebenbei arbeiten mussten und besseren Sprachfähigkeiten seitens des Lehrpersonals bezüglich der Terminologie in Französisch und Kreole geäußert. Außerdem forderten die Absolvent_innen eine generell längere Ausbildungszeit. Neun Monate wurden von den meisten als zu kurz empfunden, um sich das nötige Basiswissen anzueignen. Es scheint aber auch hier eine Veränderung über die Jahrgänge gegeben zu haben: Während der erste Abschlussjahrgang noch enttäuscht war und sich mehr Wissenszuwachs von der Ausbildung erwartet hatte, war der zweite Abschlussjahrgang positiv überrascht und hätte nicht erhofft so viel zu lernen. Die Strategien der Absolvent_innen, ihr Wissen auch nach der Ausbildung zu vervollständigen, umfassten Volontärstätigkeiten in der Klinik Kay Kapab oder Mitarbeit bei anderen internationalen Teams. Außerdem gab rund die Hälfte der Befragten an, regelmäßig das als Lehrbuch verwendete Textbuch „*Disabled Village Children*“ oder andere Bücher zu lesen und im Internet zu recherchieren. In der Praxis wurden die Absolvent_innen hauptsächlich mit den Krankheitsbildern des Schlaganfalls und verschiedenen Arten der Lähmung (u.a. Facialisparesie) konfrontiert. Einige berichteten auch von Geburtsdeformitäten wie Klumpfüßen, Hydrocephalus und Spina Bifida. Sie wünschten sich deshalb auch nach der Ausbildung Angebote zur Weiterbildung in diesen Bereichen.

Der größte Kritikpunkt betrifft die Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten nach der Ausbildung. Das Einkommen der befragten Absolvent_innen unterlag großen Schwankungen (\$300-800 Haitian Dollar/Monat). Nur fünf Absolvent_innen konnten ein Einkommen von mehr als \$500 haitianischen Dollars im Monat erwirtschaften. Die anderen mussten zusätzlich einer anderen Beschäftigung nachgehen, um überleben zu können. (Bigelow 2009: 656ff)

Seitens der Organisation wurde mir in einem E-mailwechsel die Ausbildung sowohl von *Rehabilitations Technicians* und *Ortho-Prothesis Technicians* bereits vor dem Erdbeben bestätigt.⁹

Erstaunlicherweise erwähnt HI das Ausbildungsprogramm sowie seine Absolvent_innen in seiner ersten Analyse nach dem Erdbeben nicht einmal. Wörtlich heißt es: „*There are no accredited training programs in Haiti for rehabilitation professionals.*” (O’Connell u.a. 2010: 8) Diese Feststellung wird drei Jahre später von HI noch einmal bestärkt: „*When the earthquake struck in 2010, the country counted a mere 13 physical therapists, half of whom were living abroad.*” (HI 2013a) Nach meiner Recherche schien das Ausbildungsprogramm von HHHI das einzige seiner Art vor dem Erdbeben gewesen zu sein. Da es nach dem Erdbeben aber in keinem Dokument aufscheint, erhält man den Eindruck, es wäre wie der sprichwörtliche Tropfen auf dem heißen Stein verdampft.

Bigelow selbst schreibt, dass zum Zeitpunkt der Evaluation das spärliche Angebot der Physiotherapie meist von ausländischen NGOs angeboten wurde und sich auf Kinder mit Behinderung beschränkte. In Port-au-Prince sind diesbezüglich die Klinik Kay Kapab und das St. Vincent Center for Handicapped Children als vorrangige Institutionen zu nennen. Außerhalb Port-au-Prince war Physiotherapie quasi nicht existent. (Bigelow 2009: 656ff)

Zwar ist es unumstritten, dass Physiotherapeut_innen bereits vor dem Erdbeben, angesichts der geschätzten 800.000 MmB, von Nöten gewesen wären, gleichzeitig fehlten aber die Ressourcen sowohl für Ausbildungsprogramme als auch für die Lohnfinanzierung der Absolvent_innen. Daraus ergibt sich die paradoxe Situation, dass trotz des hohen Bedarfs nur 50% der Absolvent_innen einen Arbeitsplatz im Bereich der Rehabilitation wahrnehmen konnten. Die Aufmerksamkeit und Unterstützung der Regierung für ein solches Programm wurde somit als essentiell identifiziert, um die Schaffung von bezahlten Jobs und eine langfristige Einbettung in das Gesundheitssystem zu erreichen. Um die nötige Aufmerksamkeit zu erreichen, schlug Bigelow (2009) deshalb vor, sowohl die Position von MmB als auch die Bedeutung von Rehabilitation für alle Menschen in der Öffentlichkeit zu forcieren. (Bigelow 2009: 656ff)

Ein weiterer Punkt, der von Bigelow (2009) aufgegriffen wurde, betrifft die Adressierung des lokalen Projektkontexts. Es macht keinen Sinn, ein Ausbildungsprogramm aus einem anderen Land blind zu kopieren, wenn die Herausforderungen lokal eine andere Schwerpunktsetzung erfordern. Insofern ist es notwendig, die Kritikpunkte der Studierenden ernst zu nehmen, und eventuell auch sowohl Lehrmethoden als auch Therapiemaßnahmen an die ressourcenknappe Umgebung anzupassen. Um Absolvent_innen mit einem entsprechenden Diplom ausstatten zu können, ohne Angst zu haben, dass diese damit ins Ausland abwan-

⁹ Diese Information stammt aus einem persönlichen E-Mailwechsel zwischen der Autorin und dem Koordinator des Ausbildungsprogramms von HHHI Oreste Renel Joseph.

dern, ist es unumgänglich, auf lange Sicht vor Ort für bessere und sichere Arbeitsplätze zu sorgen. (Bigelow 2009: 660ff)

Vor dem Hintergrund der mangelnden Ressourcen bezüglich Rehabilitation, möchte ich folgend die Versorgungssituation von Menschen mit Amputationen (MmA) und Menschen mit Rückenmarksverletzungen (Spinal Cord Injuries, SCI) beleuchten. Nach dem Erdbeben waren es besonders diese beiden klinischen Krankheitsbilder, die aufgrund ihres drastischen Anstiegs in den Mittelpunkt der Rehabilitationsmaßnahmen gerückt wurden.

2.3.2.4. Versorgung von Menschen mit Amputationen (MmA)

2004 haben Bigelow u.a. eine Studie zur Bestandsaufnahme der Situation von MmA durchgeführt. Die Autor_innen schätzten, dass zu jener Zeit rund 8.000-16.000 Menschen in Haiti von einer Amputation betroffen waren. (Bigelow u.a. 2004: 246f)

Innerhalb des ganzen Landes gab es drei dauerhaft geöffnete, orthopädische Stellen, um Prothesen zu erwerben: das St. Vincent Hospital in Port-au-Prince, das Krankenhaus in Gonaïves sowie eine Stelle von Canada-‘Help the Aged’ in Les Cayes. Zudem gab es noch zwei weitere, nur periodisch betriebene, Orthopädiegeschäfte: Eines befand und befindet sich in der Klinik in Kay Kapab und eines im Centre de Coeur Eucharistique in Cap-Haïtien.

Ursache für die Amputation war in den meisten Fällen eine Infektion (33%) oder ein Verkehrsunfall (26%), gefolgt von Geburtseinschränkungen (8,6%). Zwei Drittel der Amputationen betrafen dabei die untere Extremität. Knapp die Hälfte der Amputationen befand sich unterhalb des Knies oder des Ellbogens, während die andere Hälfte nur das Sprunggelenk und/oder den Fuß oder das Handgelenk und/oder die Hand betraf. Von den Befragten gaben 75% an, noch nie eine Prothese benutzt/besessen zu haben. Als Gründe dafür nannten sie Mangel an Geld, Mangel an Information über die Beschaffung oder eine Kombination der beiden Gründe. (Bigelow u.a. 2004: 246f)

Ebenso klagten alle Stellen, die Prothesen vertrieben, über Ressourcenarmut und mangelnde Unterstützung seitens der Regierung. Zudem wird die damalige Sicherheitssituation dafür verantwortlich gemacht, dass sich viele Investoren_innen nicht getrauten, langfristige Projekte zu planen. Aufgrund der langen Distanzen, mit oft schwer überwindbaren Hindernissen, bis zur nächsten orthopädischen Einrichtung und aufgrund der persönlichen Immobilität war es vielen MmA schlichtweg nicht möglich, eine der vorhin genannten Stellen aufzusuchen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung gaben nur 25% der Befragten an, jemals eine Prothese besessen zu haben.

Die Arbeitssituation der MmA gestaltete sich ebenfalls trist. Rund 50% der MmA waren zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos. Während nur 7% der Befragten bereits vor der Amputati-

on arbeitslos waren, gaben viele der Befragten an, nun aufgrund ihrer Amputation nicht mehr arbeiten zu können. (Bigelow u.a. 2004: 248)

Weiters ist hervorzuheben, dass von den 25% der Befragten, welche angaben, eine Prothese zu besitzen oder besessen zu haben, nur mehr 35% den künstlichen Ersatz auch noch täglich verwendeten. Die anderen gaben an, dass sie die Prothese wieder zurückgegeben hätten (21%), die Prothese nie zu benutzen und meist zuhause zu lassen (16%), sie nur teilweise zuhause zu benutzen (7%) oder, dass die Prothese kaputt gegangen ist (21%). (Bigelow u.a. 2004: 248)

Wie bereits angesprochen, ist die Hauptursache für Amputationen eine Superinfektion anfänglich kleiner Wunden. Aufgrund der langen Distanzen zu Gesundheitseinrichtungen oder mangelnder finanzieller Mittel, um die Behandlungskosten zu finanzieren, warteten Betroffene oft monatelang, bis sie sich doch in medizinische Behandlung begaben. Als einziger Heilungsweg blieb dann aber oft nur noch die Amputation.

Betroffene berichteten auch, dass ihre größte Einschränkung die Immobilität ist.

Haitis gebirgige Landschaft sowie der schlechte Zustand der Straßen erschweren sowohl die Benutzung eines Rollstuhls als auch die einer Prothese. Verschlimmert werden diese extrinsischen Faktoren, wenn internationale Organisationen „abgetragene Prothesen“ aus den Heimatländern importieren oder die verwendete Prothesentechnik nicht an die veränderte Umweltsituation (tropisches Klima, gebirgige Wege) angepasst wird. Infolge der oft komplizierten Produktionsweise und Technik, welche die eigenständige Reparatur durch die Betroffenen unmöglich macht, ist der Lebenszyklus solcher Prothesen in Haiti sehr kurz. Gemeinsam mit den gesundheitlichen Konsequenzen schlechtsitzender Prothesen führen sie zu großer Frustration und genereller Ablehnung der Verwendung einer Prothese seitens der Betroffenen. (Tataryn/Blanchet 2012: 18)

Zudem hatten viele der Betroffenen, die eine Prothese erhielten, keine ausreichende Schulung im Umgang mit ihr. Das Problem liegt hierbei für die Autor_innen in der mangelnden Ausbildung des Gesundheitspersonals. Ärzt_innen, die Extremitäten amputierten ohne Sorge dafür zu tragen, dass der Stumpf anschließend für eine Prothese verwendet werden kann, und/oder fehlende postoperative Betreuung waren keine Seltenheit. Die Betroffenen berichteten, zum Teil von den orthopädischen Einrichtungen zurückgewiesen worden zu sein, da ihr Stumpf keine passende Form zeigte, Kontrakturen aufwies, oder zu viel Muskelkraft verloren hatte, um eine Prothese zu tragen. Diejenigen, die eine Prothese erhielten, waren oft enttäuscht und überfordert von den Schmerzen und Schwierigkeiten, die am Beginn der Nutzung einer Prothese auftreten. Ohne ausreichende therapeutische Begleitung haben sie angesichts dieser Herausforderungen die Prothese schnell aufgegeben. (Bigelow u.a. 2004: 246ff). Von einer nachhaltigen Prothesenversorgung kann also vor dem Erdbeben trotz den Bemühungen nationaler und internationaler Akteur_innen nicht gesprochen werden.

2.3.2.5. Versorgung von Menschen mit Wirbelsäulenverletzungen (Spinal Cord Injury SCI)

Vor dem Erdbeben gab es in Haiti keinerlei medizinisches Fachpersonal für diese besondere Art der schwerwiegenden Rückenmarksverletzungen. Infolge der fehlenden Akutbehandlungen lag die erwartete Lebensdauer von Patient_innen mit diesem Krankheitsbild vor dem Erdbeben bei maximal 1-2 Jahren. (Tataryn/Blanchet 2012: 16) Es gab also einfach keinen Bedarf an Services für langfristige Rehabilitation dieser Patient_innen. Die durch das Erdbeben generierte Aufmerksamkeit rief erstmals genügend internationale Hilfskräfte auf den Plan, die in Haiti geschätzten 200 Menschen mit SCI das Leben retteten. Die weiterführende Notwendigkeit langfristiger Rehabilitationsservices, um den Menschen ein würdiges Leben zu ermöglichen, wurde also erst im Zuge des Erdbebens und aufgrund des Einsatzes internationaler Rettungskräfte kreiert. (Landry u.a. 2010: 1617) Ihre Existenz ist aber mitunter Grund und Ursache für den hohen Stellenwert, der der Rehabilitation nach dem Erdbeben international zugemessen wurde.

Es wurde bereits festgestellt, dass Haiti sehr vom Agieren der internationalen Akteur_innen geprägt ist. Im nächsten Abschnitt möchte ich mich aber vor allem mit Regierungsorganisationen und lokalen nicht-staatlichen Akteur_innen, die für die Rechte der MmB von Relevanz sind, befassen.

2.4. Lokale staatliche und nicht-staatliche Akteur_innen im Kampf um die Beachtung der Rechte von MmB in Haiti

Laut PAHO gab es 2005 bereits 28 nationale Institutionen (und 10 internationale Organisationen), die sich in Haiti um die Bedürfnisse der MmB kümmerten. (PAHO 2007: 418)

Die wohl wichtigste Anlaufstelle für die Bedürfnisse von MmB in Haiti ist das „*Secrétairerie d'Etat a l'Intégration des Personnes Handicapées*“ (SEIPH), das Staatssekretariat zur Integration von Menschen mit Behinderungen. Das SEIPH wurde, wie bereits erwähnt, 2007 gegründet und ist an das *Ministerium für Soziales und Arbeit (Ministère des Affaires Social et Travail; MAST)* angegliedert. Diese Position erlaubt seinem Vorsitzenden Dr. Michel A. Pen an allen Sitzungen der Minister_innen und der Regierung teilzunehmen. Gemeinsam mit dem *Ministerium für Gesundheit und Bevölkerung (Ministère de la Santé Publique et de la Population; MSPP)* sind diese beiden Staatsministerien für den öffentlichen, schulmedizinischen Gesundheitssektor verantwortlich. (Pean 2011: 1)

In Haiti wurde aber nicht erst 2007 mit dem Kampf für die Rechte von MmB begonnen. Bereits 1983 wurde der *Conseil national pour la Réhabilitation des Handicapés (CONARHAN)* etabliert. Er wurde vom MAST ins Leben gerufen und stellte den ersten formellen Rat für die

Bedürfnissen von MmB dar. Zu seinen Aufgaben gehörte es von Beginn an, die Situation der MmB bezüglich des Zugangs zu Arbeitsmarkt, Bildung und Gesundheitseinrichtungen zu verbessern. Dabei hätte er als Regierungsorgan die Bemühungen von sowohl nationalen als auch Internationalen Organisationen koordinieren und eine Einbindung der Rechte von MmB in den nationalen Entwicklungsplan forcieren sollen. Drei Jahre später wurden MmB tatsächlich das erste Mal formell in der haitianischen Verfassung erwähnt. Der Artikel 32-8 der Haitianischen Verfassung verpflichtete erstmalig den Staat dazu, sowohl Menschen mit besonderen Begabungen als auch Bedürfnissen speziell zu fördern, um ihre Autonomie, Bildung und Unabhängigkeit zu garantieren. Dieser Artikel stellt den Grundstein der heutigen Gesetzgebung dar. (Pean 2011: 5) Nebenbei wird auch der internationale Diskurs sichtbar. Im Jahr 1983 publizierte die UN das *World Programme of Action Concerning Disabled People*, es war der Beginn der Menschenrechtsdekade und Rechte für MmB wurden erstmalig auf derartigem Level international diskutiert. (Siehe auch Kapitel 1.5.)

Im Sinne der Systemtheorie war es aber wahrscheinlich nicht alleine der Druck des globalen Diskurses, der verfassungsgebend wirkte, sondern sein Zusammenspiel mit den lokalen Organisationen, die bereits vor 1981 Rechte für MmB in Haiti forderten. Die folgende Liste lokaler Akteur_innen, die zum Teil bereits vor den 80ern aktiv waren, erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

- *Société Haitienne d'Aide aux Aveugles (SHAA)*: ist eine Organisation, die sich für die Rehabilitation und Ausbildung von Menschen mit Sehbehinderung einsetzt. Sie ist langjährige Partnerin der CBM. (CBM 2010b: 11)
- *Centre d' Education Speciale (CES)*: Die Schule wurde 1976 gegründet, um Kindern mit kognitiven Beeinträchtigungen zu helfen. Auf Initiative einer psychiatrischen Institution wurden zu Beginn 35 Schüler_innen unterrichtet. Heute ist es ein Zentrum mit verschiedenen, auch medizinischen, Serviceangeboten für sowohl beeinträchtigte Kinder als auch deren Eltern. Hier werden auch Eltern im Umgang mit ihren Kindern und der gemeinsamen Kommunikation unterstützt. Ziel des Zentrums ist es, ein inklusives Bildungsangebot zu entwickeln. (Magloire 2008)
- *L'Ecole St. Vincent for Physical & Sensory Disabilities*: Die Schule bot vor dem Erdbeben als einzige Schule Unterricht für Kinder mit sowohl physischen, sensorischen und kognitiven Behinderungen an. (CBM 2010b: 11)
- *L'Institution Pazapa (Jacmel)*: ist ebenfalls eine Schule für Kinder mit Behinderungen. Nach dem Erdbeben bietet Pazapa gemeinsam mit CBM Platz für 225 Kinder mit Behinderung. Diese haben so auch Zugang zu orthopädischen und neurologischen Operationen und verschiedenen Therapien. (CBM 2010b: 6)

- *Le Centre Foyer d'Amour*: wurde 1994 gegründet und steht unter dem Schutz der russisch orthodoxen Kirche, CBM und dem SEIPH. 2013 besuchten rund 150 Schüler_innen mit Beeinträchtigung die Schule, in der seit 2004 auch Sport ein Schwerpunkt ist. (SEIPH 2013a)
- *L'Association des Handicapés de Carrefour (ASHCA)*. (Pean 2011: 6)
- *Le Réseau Associatif National pour l'Intégration des Personnes Handicapées (RANIPH)*: ist eine Gruppe von rund 40 Institutionen sowohl aus Port-au-Prince als auch ländlichen Gebieten. Die Organisation wurde 2001 gegründet. (Pean 2011: 6)
- *La Fédération Haïtienne des Associations et Institutions des Personnes Handicapées d'Haïti (FHAIPH)*: Diese Vereinigung wurde im Dezember 2000 gegründet, um MmB in die Gesellschaft zu integrieren. Ihr Fokus liegt auf dem Zugang zu Gesundheit und Rehabilitation, Sporttherapie und Advocacy. Die Vereinigung umfasst 58 Organisationen, die in Haiti operieren und wird von einem Netzwerk an Freiwilligen in 142 Gemeinden Haitis unterstützt. (Project Hope 2012)

Trotz der Unterstützung seitens lokaler Akteur_innen und obwohl der globale Diskurs einen Aufschwung bezüglich der Rechte von MmB abzeichnete, konnte der CONARHAN aber nie genügend Mittel aufbringen, um seinen Aufgaben nachzukommen oder zu einer greifbaren Institution heranzuwachsen. (Pean 2011: 6)

Erst die Einführung des SEIPH 2007 scheint hier einen realpolitischen Umschwung zu signalisieren. Nur zwei Jahre nach seiner Einführung kam es zur Veröffentlichung von *Les Grandes Orientations* [Grundlegende Richtlinien], einem Strategiepapier des SEIPH zur Inklusion der MmB und der bereits erwähnten Studie der FAIPH bezüglich der Lebensumstände von MmB.

Als nationales, richtungsweisendes Dokument spiegeln *Les Grandes Orientations* die nationale Wahrnehmung von MmB sowie ihren Stellenwert wider. Besondere Merkmale der Richtlinien, hinsichtlich der Position von MmB und Rehabilitation, werden im nächsten Abschnitt dargestellt.

2.5. *Les grandes orientations* - Spiegel der haitianischen Ziele vor dem Erdbeben

Der volle Titel des Dokuments lautet: *Politique National du Handicap - Les Grandes Orientations*. Es wurde im September 2009 vom SEIPH veröffentlicht und soll als Leitbild für die Inklusion von MmB dienen und deren Rechte sicherstellen.

Bereits im Geleitwort der Ministerin für Arbeit und Soziales, Gabrielle P. Beaudin, wird klar, dass es um eine grundlegende Veränderung im Umgang mit MmB geht. Der Mythos von Behinderung als Bestrafung oder Fluch wird dabei ebenso, wie das bereits in Teil I erwähnte Charity-Modell, als Hemmschuh zur Inklusion von MmB bezeichnet. Ziel ist es vielmehr, den

sozialen Imperativ zu ändern und MmB in die nationale Solidarität aufzunehmen. Schließlich kann Behinderung jeden treffen. (SEIPH 2009: 6) Die Bestärkung von MmB als gleichberechtigte Individuen mit Rechten wird in den Vordergrund gerückt.

Pean fügt dem hinzu, dass die negative Wahrnehmung von Behinderung ihren Ursprung in der Kolonialzeit hat. Aufgrund der Gräueltaten in den darauffolgenden Jahrhunderten wurde die Bevölkerung gegenüber Beeinträchtigungen desensibilisiert. Wörtlich schreibt er, dass: *„Hommes, femmes, adolescents pleins de vigueur et de vitalité pouvaient être amputés pour un oui ou pour un non.“* (SEIPH 2009: 10) [Frei übersetzt: Männer, Frauen und Jugendliche, in der Blüte ihres Lebens, wurden wegen Kleinigkeiten Opfer von Amputationen.] Das SEIPH möchte nach dieser Zeit der Willkürherrschaft, der sowohl physischen als auch moralischen und psychischen „Amputationen“, die Gesellschaft und den Staat für die Belange von MmB erneut sensibilisieren, ihre Rechte verteidigen und die vollkommene Integration der MmB fördern. Es möchte einen Beitrag zur Demokratieförderung leisten, um zu verhindern, dass die Praktiken der Vergangenheit wieder aufleben.¹⁰ (SEIPH 2009: 11)

Das Dokument bezeichnet Haiti selbst als einen der ärmsten Staaten, der an chronischer Unterentwicklung leidet, welche besonders MmB trifft. Seit Jahren wurden die Anliegen von MmB in der Gesellschaft ignoriert. Sie wurden verachtet, als inferior behandelt und isoliert. Die einzigen Organisationen, die sich um sie kümmerten, waren kirchliche oder andere Charity-Organisationen. (SEIPH 2009: 11f) Anhand dieser Feststellung wird einmal mehr, die historische Entwicklung des sozialen Modells von Behinderung und dessen breite Antizipation deutlich.

Weiter heißt es im Papier wörtlich, dass alle Maßnahmen zugunsten von MmB auf allen Ebenen des Staates stattfinden müssen, dezentral und in nationaler Harmonie. Dabei sollen die Maßnahmen frei von Motiven des Mitleids oder Erbarmen sein. MmB müssen als gleichberechtigte Frauen, Männer und Bürger_innen angesehen werden. (SEIPH 2009: 28)

Weiters werden die Notwendigkeit der Prävention von Behinderung sowie die Linderung von Beeinträchtigungen in den Vordergrund gerückt. (SEIPH 2009: 29)

Zur Strategie des SEIPH gehört es, sowohl zentral die Legislative zu beeinflussen als auch dezentral Anlaufstellen und Kommissionen in den einzelnen Regionen zu etablieren, um so z.B. den Zugang zu öffentlichen Gütern und zur öffentlichen Infrastruktur zu ermöglichen. (SEIP 2009: 30f)

Auffallend ist, dass sich das SEIPH bei der Erstellung einer groben Verteilungseinschätzung der Beeinträchtigungen innerhalb der Bevölkerung auf Zahlen von HI aus dem Jahr 2003

¹⁰In diesem Zusammenhang möchte ich auf die zahlreichen Gräueltaten zwischen 1991 und 1994 nach der Entmachtung Aristides verweisen. Für eine genauere Analyse dieser Gräueltaten und ihre Auswirkungen auf die Sozialstruktur Haitis empfehle ich „Democratic Insecurities. Violence, Trauma, and Intervention in Haiti“ von Erica Caple James, erschienen 2010 bei University of California Press.

stützt und zitiert, dass nur 3% der MmB Zugang zu Bildungs-, Gesundheits- und Rehabilitationseinrichtungen haben. (SEIPH 2009: 39) Das spiegelt den Stellenwert und die Akzeptanz internationaler Akteur_innen innerhalb der lokalen Diskussion um die Verbesserung der Situation wider. Ein paar Zeilen später wird überhaupt auf die Situation von MmB in den Ländern des „Okzidents“ verwiesen. Diese würden ein wesentlich besseres Leben führen und werden als Vorbilder, vor allem was Zugang zu öffentlichen Plätzen und Einrichtungen betrifft, genannt. Außerdem wird beschrieben, dass sie als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft an allen Rechten der Bürgerschaft partizipieren, welche manchen MmB in Haiti immer noch verwehrt sind. (SEIPH 2009: 41)

Ebenso wird das Argument des globalen Diskurses wiederholt, wonach Maßnahmen, die zur Inklusion von MmB unternommen werden, auf lange Sicht auch allen anderen Bürger_innen dienen. (SEIPH 2009: 41) Innerhalb des Dokuments wird auf die lange Geschichte der Forderungen und unterschiedlichen Dokumente zur Anerkennung der Bedürfnisse der MmB hingewiesen. Besonders die *Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Persons with Disabilities*“ (1999), welche auch von Haiti unterzeichnet wurde und die CRPWD werden betont. (SEIPH 2009: 24) Das Strategiepapier unterstreicht die Selbstdarstellung des SEIPH als Organ zur Implementierung und des Transfers der CRPWD in die nationale Gesetzgebung. (SEIPH 2009: 45)

Im Weiteren werden einige Maßnahmen (wenn auch betont wird, dass diese nicht sehr zahlreich waren) zur Verbesserung der Situation von MmB aus der Vergangenheit genannt. Unter anderem wird die Gründung der nationalen Netzwerks zur Integration von MmB, *Réseau Associatif National pour l'Intégration des Personnes Handicapées (RANIPH)*, und die Verordnung des Bürgermeisters von Delmas erwähnt. Die Verordnung des Bürgermeisters vom 28. November 2007 besagt, dass alle zukünftig errichteten Gebäude über einen barrierefreien Zugang verfügen und alle öffentlichen Schulen Kinder mit Behinderungen akzeptieren müssen. (SEIPH 2009: 46f)

Ich möchte hervorheben, dass das SEIPH im Originaltext diese Errungenschaften einzelnen Bereichen wie Politik, Soziales, Bildung, Sport, etc. zuordnet und so unterstreicht, dass die Bedürfnisse von MmB auf unterschiedlichen Ebenen adressiert werden müssen. (SEIPH 2009: 46f)

Der Capability Approach findet sich bei der Gliederung der öffentlichen Politik des SEIPH unter dem Punkt: *B) L'Accessibilité aux services de base* [Zugang zu den öffentlichen Basisleistungen] (SEIPH 2009: 14) wieder. Hier werden die substantiellen Capabilities des Capability Approaches sichtbar. Die Schlagworte lauten: Zugang zu Gesundheit, sicherer Behausung, öffentlichen Transportmitteln, Bildung, Arbeit, Rechtsberatung und Gerechtigkeit vor dem Gesetz, öffentlichen Kommunikationsmitteln, Kultur, Sport und Freizeitangebot. Die Be-

fähigung zur demokratischen Partizipation findet sich unterschwellig als roter Faden des gesamten Dokuments.

Weiters definiert das SEIPH es als die Aufgabe seiner Politik, für das Wohlbefinden von MmB zu sorgen. Dazu gehören sowohl das physische als auch das psychische Wohlbefinden und die Garantie der vollen Rechte der Staatsbürgerschaft. Ziel muss es sein, den MmB ein Leben in Würde zu garantieren und sie vor allen Formen der Exklusion und Marginalisierung zu bewahren. (SEIPH 2009: 57) Dazu impliziert auch, dass dem Bereich der Prävention von Behinderung mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird. In diesem Zusammenhang wird die Notwendigkeit der Früherkennung und Behandlung von kongenitalen Beeinträchtigungen hervorgehoben. Eine Forderung, welche sowohl Artikel 25 und 26 der CRPWD entspricht und Artikel 20, bezüglich der notwendigen Ausbildung von Rehabilitationspersonal respektive Physiotherapeut_innen, impliziert. (SEIPH 2009: 58f; CRPWD 2006: Artikel 20, 25, 26)

Ziel meiner mosaikhaften Darstellung der lokalen Situation in Haiti vor dem Erdbeben war es, die bereits unternommenen Anstrengungen zur Verbesserung der Lebensbedingungen der MmB zu betonen und die verschiedenen Akteure_innen kurz vorzustellen.

Der Verlauf der Entwicklungen zeigt, dass sich der globale Diskurs auch in der nationalen Politik, getragen von den Anstrengungen der lokalen Akteur_innen, wiederfindet.

Der folgende, dritte Teil meiner Arbeit rückt nun die direkten Auswirkungen des Erdbebens sowohl auf die Institutionen als auch die Bevölkerung in den Mittelpunkt. Es geht dabei weniger um eine Interpretation der Geschehnisse, sondern vor allem um eine Erhebung der Fakten, um die Interventionen der internationalen Akteur_innen und Reaktionen der Bevölkerung besser analysieren zu können.

Teil III – Direkte Auswirkungen des Erdbebens 2010

Das Erdbeben, welches Haiti am 12. Jänner 2010 um 15:53 Uhr lokaler Zeit erschütterte, hatte eine Stärke von 7 auf der Richterskala. Das Epizentrum befand sich 17km westlich der Hauptstadt Port-au-Prince. Rund 3,5 Millionen lebten in dem direkt vom Erdbeben betroffenen Gebiet, welches das stärkste jemals in Haiti gemessene war.

Von den direkten Auswirkungen waren Strom-, Wasser und Abwassernetzwerke ebenso betroffen wie sanitäre Einrichtungen. Die Zerstörung des Transportsystems, wie des Telekommunikationsnetzwerks, erschwerten die Rettungsmaßnahmen. Zudem wurden beim Erdbeben in der dicht besiedelten Hauptstadt viele der sich dort konzentrierenden Gesundheitseinrichtungen und Ressourcen zerstört. Das Erdbeben traf mit Port-au-Prince das Herz des Landes, welches angesichts des Verlusts von sowohl personellen als auch materiellen Ressourcen von der Katastrophe überwältigt war. Mitarbeiter_innen und Ressourcen der Regierung wurden ebenso getroffen wie jene der UN und anderer internationaler Organisationen. Rund 40% der Regierungsmitarbeiter_innen wurden im Zuge des Erdbebens getötet. (CBM 2010a: 2) Die Zahl der Toten unter den Mitarbeiter_innen der UN Mission MINUSTAH belief sich auf 102 Menschen. Unter ihnen befand sich auch der Leiter der Mission. Die zerstörerischen Folgen des Erdbebens, welche alle richtungsgebenden Institutionen erfuhren, führten dazu, dass internationale Organisationen im ersten Moment genauso handlungsunfähig waren wie die Regierungsinstitutionen. (WHO 2010: 6; De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 15)

Neben 100% der Regierungsgebäude wurden 105.000 Eigenheime komplett zerstört und 208.000 weitere stark beschädigt. Die sich daraus ergebende Zahl der intern vertriebenen Menschen wird mit rund 1-1,5 Millionen angegeben. Viele davon wanderten zu Verwandten in ländliche Gebiete. In Port-au-Prince wird von zeitweise annähernd 1.200 Zeltlagern berichtet. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 33f)

Auch die Gesundheitseinrichtungen blieben nicht vom Erdbeben verschont. 50 Krankenhäuser und sonstige Institutionen der Stadt waren zum Großteil in sich zusammengestürzt und nicht in der Lage, die vielen Verletzten zu koordinieren oder zu versorgen. Alle Gebäude sowie die gesamte Infrastruktur von MSF waren schwer beschädigt. Dasselbe galt für das *General Hospital*, das größte Krankenhaus der Stadt, welches auch als Universitäts- und Ausbildungszentrum diente und dient. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 13; 30 CBM 2010a: 2) Aus Angst vor weiteren Beben und der generellen Einsturzgefahr wurden zahlreiche Gesundheitsdienstleistungen in Zelte ausgelagert. Der Schock saß der Bevölkerung tief in den Knochen; geschlossene Räume wurden gemieden. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 30)

Aufgrund der Schäden an Flughafen und Hafen gestalteten sich die Transporte der Hilfsmittel, Materialien und anderer Infrastrukturgüter, die die Helfer_innen benötigten, mehr als schwierig. (WHO 2010: 6) Der finanzielle Schaden des Erdbebens wird auf 7,8 Milliarden Dollar geschätzt, während das Bruttoinlandsprodukt 2010 um 5,4% schrumpfte. Es wird berichtet, dass in Port-au-Prince 30.000 Betriebe und Geschäfte zerstört wurden, wodurch viele Menschen ihren Arbeitsplatz verloren. (CBM 2010: 2; CIA Factbook: 2013; De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 14)

Die groben Schätzungen nach dem Erdbeben gingen von 220.000-300.000¹¹ Toten, rund 300.000 Verletzten und 1 Million obdachloser Menschen aus. (CBM 2010a: 2; De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 22) Im Rehabilitationskontext bedeuten diese Zahlen, dass es aufgrund des Erdbebens 300.000 potentielle MmB geben könnte, sollten ihre Verletzungen nicht richtig behandelt oder deren Nachsorge vernachlässigt werden. (CBM 2010a: 6)

Die bereits angesprochenen lokalen Institutionen und wenigen Gesundheitszentren, in denen Rehabilitationsmaßnahmen angeboten wurden, waren zerstört. 98% der nationalen Organisationen und Institutionen, die mit MmB arbeiteten, lagen in Trümmern. Dazu gehörte auch das Hauptgebäude des SEIPH. (Hernández Ramírez 2011: 6)

Neben den vielen Nachteilen, die Haitis Umstände mit sich bringen, um eine Katastrophe dieses Ausmaßes zu bewältigen, wurde die geographische Lage Haitis als Vorteil interpretiert. Die Nähe zu den USA und anderen Nationen wie Kuba und der Dominikanischen Republik ermöglichte es den medizinischen Hilfsteams, binnen drei bis fünf Tagen vor Ort zu sein. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 61)

Eine weitere Konsequenz des Erdbebens und der internationalen Hilfsteams war, dass unmittelbar nach dem Beben viele Gesundheitsdienstleistungen erstmals gratis für alle Menschen angeboten werden konnten. Auch die nationalen, eigentlich gewinnorientierten privaten Krankenhäuser und Einrichtungen öffneten ihre Türen für die Betroffenen. Die Möglichkeit einer flächendeckenden, kostenlosen Gesundheitsversorgung wurde somit erstmalig ansatzweise erlebbar gemacht. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 40)

HI war eine der ersten Organisationen vor Ort, um den Bedarf an Rehabilitationsmaßnahmen zu erheben. In weiterer Folge dienten die von HI erhobenen Zahlen als Richtwerte für viele andere internationale Akteur_innen. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 27f, 85f)

¹¹ Hier sei angemerkt, dass De Ville de Goyet u. a. 2011 hervorheben, dass die offiziellen Zahlen bezüglich getöteter Menschen bei Umweltkatastrophen oft mehr als dubios sind und selten eine Korrektur erfahren. Im Falle Haitis verweisen sie auf Studien, die die Zahl der getöteten Menschen auf 65.576 - 149.095 schätzen. Die tatsächliche Zahl wird wohl nie mit Sicherheit erhoben werden können. ((De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 22)

Der Report: *Preliminary Findings* von HI lässt auch die Verflechtungen der Organisationen sichtbar werden. Eine der Hauptautorinnen des Reports, Colleen O'Connell, ist Vorsitzende der Organisation *Team Canada Healing Hands Inc.* (Nicht zu verwechseln mit *Healing Hands for Haiti International Foundation*, HHHI)

Im nächsten Punkt erfolgt ein Überblick der klinischen Verletzungsmuster, die sich nach dem Erdbeben boten.

3.1. Überblick, Ausmaß und Verteilung der vom Erdbeben verursachten klinischen Verletzungsmuster

Unmittelbar nach dem Erdbeben ging HI von rund 7.500 Menschen mit potentiellen bleibenden Beeinträchtigungen in den Gesundheitsinstitutionen im Großraum Port-au-Prince aus.

Die Verteilung der Verletzungen zwischen Männern und Frauen scheint dabei gleich zu sein, 80% der Menschen, die ein Hospital aufsuchten, wiesen eine orthopädische Verletzung auf. (O'Connell/Shivji/Calvon 2010: 3, 7) Altersmäßig stellte HI fest, dass vor allem die Gruppe der erwerbsfähigen Bevölkerung, die der zwischen 18-59-Jährigen, am stärksten von schweren Verletzungen betroffenen war. Kinder hingegen, im Alter von 5-17, sind in einem geringeren Umfang als erwartet mit schweren Verletzungen in die Gesundheitseinrichtungen aufgenommen worden. Die Verteilung ist insofern interessant, als HI berichtet, dass in anderen Erdbeben meist Ältere und Kinder in stärkerem Ausmaß von den schweren Verletzungen betroffen sind. Ein Grund für diese Verteilungsabweichung kann nicht angegeben werden. Es ist aber anzunehmen, dass die stärkere Betroffenheit der erwerbsfähigen Generation zukünftige Probleme bei der Haushaltseinkommensgenerierung schaffen kann. (O'Connell/Shivji/Calvon 2010: 3ff)

In Zusammenhang mit Erdbeben gibt es zahlreiche Verletzungsmuster, die das Risiko einer dauerhaften Beeinträchtigung beinhalten. Dazu gehören: einfache und komplexe Frakturen, Polytraumen, Wirbelbrüche, SCIs, Amputationen, Schädelhirntraumen und Verbrennungen. Als primäre oder auch sekundäre Behandlung kommt es zu Fasziotomien, Kompartmentsyndromen und Folgeamputationen.

Nach den ersten zwei Wochen sieht die angenommene Verteilung der Verletzungen folgendermaßen aus. (O'Connell/Shivji/Calvon 2010: 6)

Condition	Nb	%
Fractures	156	51%
Amputations	107	35%
Spinal Cord Injuries	19	6%
Traumatic Brain Injuries	9	3%
Burns	5	2%
Other	11	4%
Total	307	100%

Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass der größte Anteil, mehr als die Hälfte der Verletzungen, aus diversen Frakturen besteht, gefolgt von Amputationen und SCIs. Schädelhirntraumen, Verbrennungen und sonstige Verletzungen machen nur einen kleinen Prozentsatz aus.

Abb. 5: Verteilung der Verletzungen nach dem Erdbeben. (O'Connell/Shivji/Calvon 2010: 6)

Der Großteil der erhobenen Frakturen (60%) befindet sich im Bereich der unteren Extremitäten.

HI geht davon aus, dass rund 7.500 der verletzten Menschen, also ca. 15%, eine potentiell dauerhafte Beeinträchtigung aufgrund des Erdbebens erworben haben. (HI 2010: 9) Besonders die Situation von Patient_innen mit komplexen Frakturen, Amputationen und SCI wird im Folgenden von HI als problematisch definiert.

Die Versorgung der Verletzungen erfolgte besonders in den ersten Tagen unter katastrophalen Bedingungen. Frakturen wurden oft nur durch Palpation diagnostiziert, da bildgebende Verfahren nicht zur Verfügung standen. Im Anschluss an die Erstversorgung fehlten Gehhilfen wie Krücken oder Ähnliches, um die Betroffenen zu entlassen und Platz für neue Patient_innen zu schaffen. (O'Connell/Shivji/Calvon 2010: 3) Als Folge der Frakturen kam es noch wochenlang zu Komplikationen wie Kompartmentsyndromen und Superinfektionen, welche unter Umständen eine Folgeamputation notwendig machten. (O'Connell/Shivji/Calvon 2010: 7f) Die Bilder, welche nach dem Erdbeben in den Medien präsent waren, zeigten meist MMA und Menschen, die infolge einer SCI im Rollstuhl saßen. Sie haben international für Aufsehen gesorgt und die Menschen zum Spenden animiert.

3.1.1. Das Krankheitsbild der SCI im Kontext des Erdbebens

SCI wurde von den Autor_innen des HI-Reports kurz nach dem Erdbeben in fast allen besuchten Krankenhäusern (insgesamt wurden im Zuge der Erhebung 17 Krankenhäuser berücksichtigt) vorgefunden. Die Schätzung für die Gesamtzahl an Betroffenen liegt bei ca. 750 Personen. Aufgrund der schlecht ausgestatteten Einrichtungen ging der Erstreport von HI aber langfristig von ca. 100 überlebenden Personen mit SCI aus. Exakte Diagnosemöglichkeiten waren auch hier aufgrund der Zerstörung rar. Oft berichteten die Betroffenen, dass sie nach der Bergung aus den Trümmern einfach von anderen ins Krankenhaus getragen wurden. Es wurde dabei meist keine Rücksicht auf etwaige SCI genommen. (O'Connell/Shivji/Calvon 2010: 7)

Landry 2010, gab später (Juli 2010) an, dass rund 200 Betroffene mit SCI aufgrund der ausgezeichneten internationalen Rettungsmaßnahmen überlebt haben. Daraus ergibt sich für Landry die moralische Verpflichtung, auch in Zukunft für diese Überlebenden zu sorgen. Er gab zu bedenken, dass das klinische Bild der SCI-Betroffenen in Haiti sich anders präsentierte als, zum Beispiel in Kanada, üblich. Die Patient_innen waren meist unter 30 Jahre alt, mit Läsionen im Brust- und Lendenwirbelsäulenbereich und hatten keine weiteren chronischen Erkrankungen. Nach dem Erdbeben gab es drei Einrichtungen, die Menschen mit SCI akzeptierten: *St. Boniface Hospital in Fond-des-Bland*, *Medishare/University of Miami Project in Port-au-Prince* und das *Haiti Hospital Appeal (HHA)* in Cap-Haïtien. (Landry 2010: 974ff)

Als erste Reaktion wurde versucht, Patient_innen mit SCI ins Ausland zu transferieren, um sie dort adäquat zu versorgen. (O'Connell/Shivji/Calvon 2010: 7) Später wurde aber erkannt, dass die Aufnahme von SCI-Patient_innen in anderen Ländern zu weiteren Problemen in der Nachsorge führen würde. Während die Aufnahme vergleichsweise einfach ist, wäre eine Rücksendung der Patient_innen aufgrund der mangelnden lokalen Versorgung ethisch nicht vertretbar. In Folge würden die Patient_innen teure Krankenhausbetten auf unbestimmte Zeit belegen. Daraus ergibt sich auch ein interessanter Anreiz für diverse Akteur_innen im Land selber die Situation zu verbessern. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünewald 2011: 78)

Landry bezeichnet dies als „*moral imperative to provide direct rehabilitation services and to train local providers to manage the complex outcomes.*“ (Landry 2010: 975)

Die Argumentationslinie betrifft auch MmA und zeigt die frühe Motivation zur dauerhaften Implementierung von Rehabilitationsmaßnahmen in das haitianische Gesundheitssystem.

3.1.2. Amputationen im Kontext des Erdbebens

Der hohe Anteil an Amputationen, im Vergleich zu den Erdbeben im Iran (2004) und Pakistan (2005), sowohl als primäre (bei komplexen Wunden oder Frakturen) als auch sekundäre (bei Superinfektionen) Maßnahme, war eines der markantesten Merkmale des Erdbebens in Haiti. Bei knapp 68% der Amputationen handelte es sich um Amputationen der unteren Extremität. 43% aller von Amputation betroffenen Menschen wiesen eine Amputation oberhalb des Knies auf. (O'Connell/Shivji/Calvon 2010: 7) Amputation war oft eine lebensrettende Maßnahme, vor allem wenn andere Maßnahmen nicht (mehr) möglich waren. Sie wurde auch bei Befreiungsaktionen von unter den Trümmern verschütteten Menschen eingesetzt. Amputationen haben also durchaus ihre Berechtigung. Die Problematik, die ihnen anhaftet, ist mehr jene der medizinischen Nothilfe. Medizinische Nothilfe ist auch heute noch der *wild west* der Medizin und impliziert nicht zwangsläufig eine adäquate Nachsorge bezüglich post-operativer Versorgung. Zwar waren sich viele Akteur_innen der Notwendigkeit von post-operativer Versorgung bewusst, es gab aber auch in Haiti Fälle, in denen die ausführenden internationalen Akteur_innen keinen Gedanken an die Nachsorge verschwendeten. Besonders besorgniserregend für den Sektor der Rehabilitation ist dies dann, wenn eine solche Herangehensweise von einem der größten Feldkrankenhäuser praktiziert wird. Eine weitere Konsequenz dieser radikalen Methode war die dadurch generierte Angst der Patient_innen, sofort einer Amputation unterzogen zu werden, sobald sie eine medizinische Institution aufsuchten. In weiterer Folge vermieden Patient_innen die Konsultation der Versorgungseinrichtungen so lange wie möglich (bis Amputation erst recht der letzte Ausweg war) oder erschienen nicht zu Nachsorgeterminen, wenn es zu Komplikationen im Heilungsprozess gekommen war. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünewald 2011: 64f; O'Connell/Shivji/Calvon 2010: 9)

Derzeit gibt es keine international verpflichtenden Regeln oder Bedingungen, die die einzelnen Organisationen erfüllen müssen, um in Katastrophensituationen behandeln oder operieren zu dürfen und nur wenige Organisationen erlegen sich selbst solche Bedingungen auf. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünewald 2011: 64f) Das führt dazu, dass es in der Gruppe der heterogenen Ärzteschaft sehr wohl zu Uneinigkeiten ob der Notwendigkeit einer Amputation kommen kann und auch gekommen ist. Chancy (2011) beschreibt den Konflikt, den einige französische Ärzt_innen angesichts der amerikanischen „Kriegsmedizin“ äußerten. Dabei zitiert sie Ärzte, die den Eindruck hatten, dass Amputationen nicht bloß als letzter Ausweg dienten, um das Leben der Betroffenen zu retten, sondern beinahe systematisch appliziert wurden. In der Eile wurde dabei meist die „Guillotine“-Form der Amputation gewählt. Eine Methode, die verhältnismäßig rasch abgeschlossen ist, wenig technische Mittel und wenig Knowhow verlangt. Die Konsequenz des bloßen „Absägens“ ohne Rücksicht auf Höhe oder Form des Stumpfes macht es aber unmöglich, diesen im Anschluss direkt für eine Prothese zu verwenden und der_die Patient_in ist trotzdem einer (wenn auch geringeren, im Vergleich zu jener der eigentlichen Wunde) Infektionsgefahr ausgesetzt. Eine zweite Operation, welche die Stumpflänge erneut reduziert, ist, damit die Betroffenen eine Prothese benutzen können, dadurch aber unumgänglich. Chancy (2011) kritisiert, dass weniger invasive Methoden in der Erstversorgung vernachlässigt wurden und die, vor allem von „US-Ärzt_innen“, durchgeführten Amputationen ein noch größeres Bedürfnis nach postoperativer Nachsorge schufen, obwohl diese Versorgung nicht gesichert war und ist. (Chancy 2011: 115f)

Zwar weniger dramatisch, aber genauso kritisch beleuchten auch De Ville de Goyet u.a. die Durchführung und Darstellung der Amputationen. Sie stellen fest, dass manche medizinischen Teams ihre hohen Amputationsraten unter den schwierigen Bedingungen beinahe als Aushängeschild für ihre gute Arbeit verwendeten. Ihrer Meinung nach haben Amputationen, genauso wie die angewendete „Guillotine“-Technik, ihre Berechtigung, sollten aber aufgrund der weitreichenden Auswirkungen auf das weitere Leben der MmA nur sehr reflektiert angewendet werden. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünewald 2011: 73)

Die ersten Schätzungen von HI gingen von ca. 1.500-2.000 Menschen mit MmA aus. Aufgrund der Revisionen und als Folge weiterer Infektionen wird aber mit einer zweiten Flut von Amputationen gerechnet. Die Gesamtzahl an Amputationen, welche aufgrund des Erdbebens entstanden sind, wird daher von HI mit 2.000-4.000 angegeben. Davon wird angenommen, dass rund 650 Personen eine Oberschenkelprothese und 350 eine Unterschenkelprothese benötigen werden. (O’Connell/Shivji/Calvon 2010: 7, 10)

Die Aufnahme der, von HI erhobenen, Daten scheint ambivalent zu sein. Das Online Wall Street Journal titulierte in seiner Europe Division am 8. Februar 2010: *„For Haiti’s Countless Amputees, a Hard Road Ahead“*. Im Artikel selbst wird zuerst die Zahl von 20.000-40.000 MmA angegeben und später der Report von Handicap International mit prognostizierten

4.000 MmA zitiert. Die Zahl 20.000-40.000 scheint von einer Mitarbeiterin der Hilfsorganisation *Partners in Health* zu stammen. Diese vergleicht die Situation in Haiti mit jener in Kambodscha, wo rund 40.000 MmA Opfer der Landminen wurden. (Dugan 2010)

Es wird wohl eher die Zahl der 40.000 MmA gewesen sein, die Unternehmen der Prothesen- und Orthesenherstellung, wie zum Beispiel Hangar Inc. aus Kalifornien, dazu animierten, alte und neue Prothesen in landesweiten Kampagnen zu sammeln und zu spenden. Vor dem Hintergrund, dass es in den USA verboten ist, bereits benutzte Prothesen wieder zu verwenden, bekommen diese Spenden eine ökonomische Konnotation. (Chancy 2011: 116f; Clabaugh 2010) Verbunden mit der Darstellung von De Ville de Goyet u.a. (2011), dass die Anzahl der internationalen Akteur_innen, die sich mit der Prothesen- und Orthesenbereitstellung in humanitären Katastrophen auseinandersetzen, von fünf auf rund 38 angestiegen ist, rücken etwaige unterschwellige, ökonomische Motive für das plötzliche Interesse an MmA in den Vordergrund. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünewald 2011: 85)

Aus diesem Grund möchte ich mich genauer mit dem Commitment eines der größten Prothesen- und Orthesenherstellers der USA befassen.

3.2. Das Commitment von Hanger Prosthetics and Orthotics Inc.

Hanger Prosthetics and Orthotics Inc. ist einer der größten Prothesen- und Orthesenhersteller der USA. Das Unternehmen betreibt 640 Center für Patienten_innen in 44 Staaten. Gemeinsam mit der aus Norfolk (US) stammenden NGO *Physicians for Peace* sammelte es in einer landesweiten Kampagne rund 25.000 Pfund an Prothesen- und Orthesenbestandteilen zur Wiederverwertung. Gleichzeitig spendete es 250.000 US-Dollar. In weiterer Folge schloss sich Hanger Inc. mit *Physicians for Peace* und drei weiteren NGOs zur *Haitian Amputee Coalition* zusammen und eröffnete Ende Februar 2010 die „Hanger“-Klinik des *Hôpital Albert Schweitzer* in Deschapelles, 60 Meilen von Port-au-Prince entfernt.

Bereits vor dem Erdbeben war Hanger Inc. in Haiti aktiv. Seit 2005 unterstützte das Unternehmen die Organisationen *Healing Hands in Haiti* und die St. Vincents Schule für Kinder mit Behinderungen bei ihrer Arbeit. (Hôpital Albert Schweitzer 2012; Clabaugh 2010; Hanger Prosthetics and Orthotics Inc. 2010)

Es scheint jedoch, als hätte erst das Erdbeben es mit seinen geschätzten 4.000-40.000 MmA geschafft, das Unternehmen zur Eröffnung einer eigenen Klinik zu motivieren. Erklärtes Ziel des Unternehmens ist es, eine *sustainable clinic* zu etablieren. Dies inkludiert auch die Ausbildung und das Training von Haitianer_innen als Orthopädietechniker_innen. Besonders aussagekräftig ist die Aussage des Hangar Vorstandsmitglieds Ivan R. Sabel 2012:

With established protocols and efficient operations in place, our primary goal now is to teach the Haitians to be able to treat the people of Haiti. By educating the local Haitians, we are in turn creating a sustainable clinic where amputees will be able to receive prosthetic care for years to come. (The O&P Edge 2012)

Das Zitat lässt erkennen, dass es Hanger Inc. nicht nur um eine kurzzeitige Finanzierung ging, sondern um eine langfristige Zusammenarbeit.

Tataryn/Blanchet (2012), welche eine Analyse der Reaktionen des Rehabilitationssektors 2012 veröffentlichten, stellten ebenfalls fest, dass das hohe Interesse internationaler Prothesen- und Orthesenhersteller in der bisherigen Geschichte humanitärer Hilfe einzigartig war. Als Grund dafür wurde die geographische Nähe Haitis zu den USA vermutet. (Tataryn/Blanchet 2012: 18) Weiters sei hier angemerkt, dass die durchschnittliche Lebensdauer einer Prothese bei drei bis fünf Jahren liegt.

Die Zusammenarbeit soll hier nicht gewertet, sondern nur zur Kenntnis genommen werden. Tatsache ist, dass ein langfristiges Commitment des Unternehmens das Potential beinhaltet, Rehabilitationsmaßnahmen mehr in den Vordergrund zu rücken und zu ermöglichen. Um den richtigen Umgang mit einer Prothese zu lernen, sind wiederum adäquate Rehabilitationseinrichtungen und post-operative Begleitung und Betreuung unumgänglich. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünewald 2011: 75)

Die Kombination aus Umweltkatastrophe, katastrophalen OP-Bedingungen, einer internationalen Pro-Disability Stimmung und das Zugeständnis eines großen Privatunternehmens boten somit erstmalig der lokalen Behinderten-Bewegung und auch den internationalen Rehabilitationsprofessionen eine Chance auf sich aufmerksam zu machen. Wie sie diese neue Bühne nutzten, wird in Teil IV dargelegt.

Teil IV – Der Interventionsmix der INGOs nach dem Erdbeben

In Teil II konnte festgestellt werden, dass es bereits vor dem Erdbeben eine Reihe nationaler Akteur_innen gab, die sich mit den Bedürfnissen von MmB beschäftigten.

Sie waren es auch, die aufgrund ihrer Arbeit vor Ort am schnellsten Hilfe leisten konnten. Die UN sieht nach einer Katastrophe die Aktivierung des Cluster-Mechanismus vor. Bevor ich also genauer auf die Interventionen zur Implementierung von Physiotherapie eingehe, werde ich diesen Mechanismus und die Rollen CBMs und HIs innerhalb dieses Gefüges darstellen. Teil I und II haben mehrmals erkennen lassen, wie wichtig die Adressierung der Bedürfnisse von MmB auf möglichst verschiedenen Ebenen sowie die Einbeziehung und Stärkung nationaler und lokaler Partner_innen ist. Es gilt also im Anschluss sowohl den Methodenmix der Akteur_innen als auch die Einbeziehung haitianischer Partner_innen zu beleuchten.

4.1. Funktionsweise des UN-Clusters

Der UN-Clustermechanismus wurde 2005 vom Emergency Relief Coordinator der vereinten Nationen eingeführt, um besser und vor allem effektiver auf humanitäre Katastrophen reagieren zu können. Ziel des Clustermechanismus ist es, die Verantwortlichkeiten essentieller Teilbereiche humanitärer Hilfsaktionen einzelnen Organisationen übertragen zu können. Diese sind anschließend für die Koordination der Interventionen auf nationalem und internationalem Level zuständig. Die Leitung der einzelnen Cluster unterliegt im Normalfall der Regierung sowie den Ministerien des betroffenen Landes. Gerade in Situationen wie Haiti, bei denen die nationalen Akteur_innen schwer beschädigt sind, macht es Sinn, wenn die UN-Organisationen anfangs als Cluster-Verantwortliche einspringen, bis sich die Regierung gesammelt hat und in der Lage ist, die Leitung zu übernehmen. Kritisch ist dabei die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt der Übergabe sowie nach der Clusterstruktur, welche in jedem Fall die Ministerialverantwortlichkeiten widerspiegeln sollte, um die Übergabe zu vereinfachen. (Steets u.a. 2010: 17)

Der Clustermechanismus trat in Haiti erstmals August und September 2008, in Folge der starken Wirbelstürme, in Kraft. Die Kritikpunkte der damaligen Interventionen gelten dennoch ebenso für die Durchführung der Interventionen 2010. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 131)

Einer der Hauptkritikpunkte an den UN-Clusters in Haiti war damals bereits die mangelnde Anpassung der Clusterorganisation an die Kompetenzen der Ministerien sowie ihre Fremdsteuerung. Kein Cluster wurde direkt von einer nationalen Mandatsvertretung geleitet. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 131)

Eine Evaluationsstudie des Clustermechanismus 2009 zeigte bereits, dass die Inter-Cluster Koordination mangelhaft und ineffektiv war, sowohl in Haiti (2008) als auch in zahlreichen anderen Ländern. Trotz dieser Feststellung im Jahr 2009 änderte sich nichts in der Umsetzung des Clustermechanismus 2010. Die erhoffte Integration von Querschnittsthemen, wie Gender, Behinderung, etc., wurde erneut nicht erreicht. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 134)

Generell beschreiben De Ville de Goyet u.a. (2011) die Reaktionen auf das Erdbeben folgendermaßen:

If the impact was unprecedented, the organization of the response was not. It followed the same chaotic pattern as in past disasters. Information was scarce, decisions were often not evidence-based, and overall sectorial coordination presented serious shortcomings. Management gaps noted in past crises were repeated and amplified in Haiti. The humanitarian community failed to put in practice the lessons learned. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 6)

Kritik hagelte es auch aufgrund der verzögerten Übergabe der Clusterverantwortlichkeit an die Regierung Haitis, welche laut De Ville de Goyet u.a. (2011) generell zu lange hinausgezögert wurde und zu einer Schwächung der ohnehin strauchelnden Institutionen beigetragen hat (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 134f). Außerdem wurde die Hauptaufgabe des Clusters - Klarheit, Struktur und Koordination zwischen den einzelnen Akteur_innen zu forcieren - durch die große Flut an (I)NGOs fast unmöglich gemacht. Die UN-Akteur_innen wurden von dieser Flut genauso überrollt wie staatliche. Während sich bis Mitte April 396 internationale Agenturen und Organisationen im Rahmen des UN Health Clusters registrierten, waren es nur 50, die ihre Hilfe offiziell beim Gesundheitsministerium bekanntgaben. 26 der Agenturen verließen Haiti bereits zwei Wochen nach dem Erdbeben wieder. Es wird angenommen, dass zahlreiche weitere, vor allem kleinere Akteur_innen, weder bei der Regierung noch im Cluster registriert waren. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 116, 124)

Die Abhaltung der Clustermeetings, meist in englischer Sprache ohne Übersetzung ins Französische oder Kreolische, in den Räumen der Logbase der UN Mission MINUSTAH, führten zu einer Exklusion lokaler Akteur_innen. Zum einen befindet sich die Logbase weit außerhalb des Zentrums in der Nähe des Flughafens, zum anderen wurden besonders Haitianer_innen beim Betreten derselbigen strengstens kontrolliert. (Tataryn, Blanchet 2012: 8) Zudem wurden die Treffen von diversen (I)NGOs zur Selbstinszenierung (Flag Waving) oder lediglich zur Generierung neuer Information über bisher un(ter)versorgte Gebiete missbraucht. Eine Koordinierung der Interventionen war angesichts so viel Eigeninitiative seitens der (I)NGOs fast unmöglich. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 133) Zwar stellten De Ville de Goyet u.a. (2011) fest, dass viele Einrichtungen auf ihre Art durchaus funktionstüchtig und effektiv waren. Aufgrund der mangelnden Kommunikation und Vernetzung

entstanden aber keine Synergien, sondern unabhängige „*bubbles of excellence*“. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 88)

Diese sehr allgemeine Kritik des Clustermechanismus beschreibt die Rahmenbedingungen des für diese Arbeit relevanten Health-Subclusters *Injury, Rehabilitation and Disability*.

4.2. Das Health-Subcluster *Injury, Rehabilitation and Disability*

Zwei Wochen nach dem Erdbeben bat die WHO, als Vorsitzende des *Health*-Clusters, CBM und HI gemeinsam mit den Regierungsinstitutionen SEIPH und MSPP das Subcluster *Injury, Rehabilitation and Disability* zu leiten. Die weiteren staatlichen Akteur_innen, die in Zusammenhang mit der Subgruppe „*Injury, Rehabilitation and Disability*“ eine Rolle spielten, waren: das MAST (Ministerium für Arbeit und soziale Angelegenheiten), an welches das SEIPH angegliedert ist und der CONARHAN (der nationale Rat zur Rehabilitation von MmB) (Tataryn/Blanchet 2012: 7).

Insgesamt bestand das Subcluster aus mehr als 125 Akteur_innen. Während sich HI auf die INGOs konzentrierte, legte CBM den Fokus auf die Koordination und Zusammenarbeit mit den lokalen Partner_innen, zu denen sie zum Teil seit 1976 Kontakt hatte. (HI 2010b: 5f) 2011 wurde von CBM eine Systemanalyse der Interventionen auf dem Rehabilitationssektor in Auftrag gegeben und von Tataryn und Blanchet (2012) der London School of Hygiene & Tropical Medicine durchgeführt und 2012 publiziert. Obwohl die Studie von CBM in Auftrag gegeben wurde, weist sie auch auf Hindernisse und Kritikpunkte der Arbeit hin und versucht die Probleme, mit denen die Akteur_innen kämpften, aufzuzeigen. Im Rahmen der Studie wurden sowohl nationale als auch internationale Akteur_innen kontaktiert und befragt. (Tataryn/Blanchet 2012: 9) Ein Problem, welches Tataryn/Blanchet (2012) ansprechen, betrifft die Kompetenzverteilung zwischen MAST, SEIPH und MSPP, welche nicht immer eindeutig war. Das MSPP wäre zum Beispiel als Kontakt für Belange der intramuralen Versorgung vorgesehen gewesen. Seine Mitarbeiter_innen aber erweckten manchmal den Eindruck, kein oder nur geringes Interesse am Rehabilitationssektor zu haben. Als dann das SEIPH intervenierte, war am Anfang nicht klar, welche Kompetenzen des MSPP nun vom SEIPH übernommen werden (dürfen). Dadurch ergaben sich Verwirrungen hinsichtlich verantwortlicher Ansprechpartner_innen und Mandatslinien. (Tataryn; Blanchet 2012: 19) Dieser Kompetenzkonflikt spiegelt nur im Kleinen die Problematik der Interaktionen zwischen den Akteur_innen wider. Um die Komplexität des Rehabilitationssektors zu verdeutlichen und die Beziehungen untereinander darzustellen, fertigten Tataryn/Blanchet (2012) eine Grafik an, die die einzelnen Akteur_innen (DPOs, Donors, Haitianische Regierungsorganisationen, INGOs, Haitianische NGOs, Hybrid I/NGO, UN-Organisation und Universitäten) zueinander in Bezug setzte.

Key: ■ DPO; ■ Donor; ■ Government body (Haitian); ■ INGO; ■ Haitian NGO; ■ Hybrid I/NGO; ■ UN; and ■ Universities.

Auch wenn die Grafik (bereits in ihrer Originalversion) aufgrund mangelnder Auflösung fast nicht lesbar ist, verdeutlicht sie doch, dass von den beiden INGOs HI und CBM deutlich mehr Striche, also mehr Vernetzungsaktivitäten, ausgingen als von den vier Regierungskörpern. Überhaupt hat keine der Regierungsorganisationen direkten Bezug zu einer Geberorganisation. Die Rolle der Netzwerker_innen und Brückenbauer zwischen den einzelnen Akteur_innen wurde eindeutig von den beiden INGOs übernommen.

Die Vernetzungsaktivitäten gestalteten sich aber nicht nur aufgrund der Anzahl oder des Verhaltens der Clusterm Mitglieder schwierig, sondern litten zudem unter der mangelnden und/oder zerstörten Kommunikations- und Dokumentationsinfrastruktur. Innerhalb der ersten Tage und Wochen wussten die Einrichtungen nicht, wohin sie Patient_innen verweisen konnten, sofern sie nicht für sie zuständig waren oder keinen Platz hatten. Dabei wurden Betroffene dazu gedrängt, das Krankenhaus zu verlassen, wussten aber nicht, wohin sie dann gehen sollten und weigerten sich deshalb, die schützenden Institutionen zu verlassen. Hinzu kommt, dass der Mangel an Mobilitätshilfen, wie z.B. Krücken, dazu führte, dass Menschen mit bereits erstversorgten Frakturen und Wunden nicht aus dem Krankenhaus entlassen werden konnten, da sie ihr eigenes Gewicht nicht ohne Unterstützung tragen konnten. Sie

blockierten dadurch Krankenhausbetten, welche somit zur Versorgung weiterer Verletzter nicht zur Verfügung standen und setzten das Personal zusätzlich unter Druck. (O'Connell/Shivji/Calvon 2010: 9)

In den meisten Gesundheitseinrichtungen war eine Dokumentation der Patient_innen und deren Behandlungen aufgrund des Chaos der ersten Wochen beinahe unmöglich. Erst zwei Wochen nach dem Erdbeben hatten zumindest die meisten Krankenhäuser ein Dokumentationssystem eingerichtet. (O'Connell/Shivji/Calvon 2010: 9; De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 60)

In weiterer Folge wurde von den beiden INGOs, CBM und HI, eine gemeinsame Datenbank zur Nutzung der Informationen von den *Disability and Vulnerability Focal Points (DVFP)*¹² eingerichtet. Die Datenbank war bis Ende 2012 aktiv und bot mitunter die zuverlässigste Quelle bezüglich auftretender Verletzungen und Rehabilitationsmaßnahmen. Eine gemeinsame Datenbank wurde auch bezüglich der Information und Koordination von SCI-Betroffenen geschaffen. Diese nach dem Ende 2011 fortgeführt, aber am Ende lediglich von einer Person betreut und noch nicht in die nationale Datenbank integriert. Aus diesem Grund bezweifeln Tataryn/Blanchet (2012), dass sie langfristig bestehen bleiben wird. (Tataryn/Blanchet 2012: 12) Gründe für die Vernachlässigung dieser gemeinsamen Datenbanken werden von Tataryn/Blanchet (2012) nicht angegeben. Es könnte aber an den Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes der Patient_innen liegen.

Drei Jahre nach dem Erdbeben zieht HI folgende Bilanz:

- 90,000 basic care and rehabilitative sessions occurred (in homes or tents, on the street right after the emergency, or at a DVFP; usually provided by our mobile teams),
- 25,000 people received psychosocial support,
- 1,500 people were fitted with orthopedic devices,
- 5,600 mobility aids (crutches, wheelchairs, etc.) were distributed,
- 4,500 rehabilitation sessions were offered in the rehabilitation center with our physical therapists. (HI 2013a)

Diese beeindruckenden Zahlen ergeben sich aus dem Interventionsmix, der angewendet wurde. Im Weiteren wird ein Überblick über die von HI, CBM und den von ihnen unterstützten Akteur_innen hinsichtlich der Etablierung von Rehabilitationsangeboten gegeben.

4.3. Überblick der Interventionen zur Etablierung von Rehabilitationsangeboten

Zu Beginn dieses Kapitels sei angemerkt, dass dieser Überblick keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Aufgrund der bereits geschilderten, chaotischen Umstände wäre dies fast nicht, und bestimmt nicht ohne eigene Feldforschung, möglich. Ziel ist es, die Interventionen

¹² DVFP sind Stützpunkte, die die Kontaktaufnahme mit und die Inklusion von besonders vulnerablen Personengruppen ermöglichen sollten. Weitere Informationen zu den DVFP werden im Kapitel 4.2.2. dieser Arbeit erläutert.

der Organisationen CBM und HI, als den beiden größten Anbieterinnen physiotherapeutischer Angebote, und ihre Zusammenarbeit mit lokalen Partner_innen zu beleuchten. (Tataryn/Blanchet 2012: 16) Als Grundlage dienen die, von CBM und HI publizierten, Projektupdates und Informationen, welche auf den jeweiligen Homepages publiziert wurden.

Bereits die Organisation des Clusters lässt die enge Kooperation von CBM und HI erkennen. Tatsächlich arbeiteten die beiden Organisationen, von Beginn an, eng zusammen.

Für HI ist es die bisher größte Mission der Organisationsgeschichte. (HI 2010a: 4, HI 2013a) Zeitweise beschäftigte HI über 600 Menschen in Haiti, unter ihnen fast 80 ausländische Fachkräfte. (HI 2011: 3) Aufgrund der Aktivitäten während der Hurrikane-Saison 2008 hatte die Organisation zum Zeitpunkt des Erdbebens noch rund 160 lokale Mitarbeiter_innen und fünf ausländische Mitarbeiter_innen über vier Standpunkte (Port-au-Prince, Cap-Haïtien, Gonaïves und Jacmel) im Land verteilt im Einsatz. Die Aktivitäten HIs schienen sich 2008 aber auf die Koordination der Inter-Agency Logistikplattform in Zusammenarbeit mit dem World Food Programm beschränkt zu haben. (HI 2011: 20) Diese Kooperation wurde nach dem Erdbeben wieder aufgenommen.

Im Gegensatz zu HI baute CBM nach dem Erdbeben auf ein bereits existierendes Netzwerk von lokalen Partner_innen auf. Bereits seit 1976 ist CBM in Haiti aktiv. Ihre Partnerorganisationen umfassen die bereits erwähnten Institutionen: L'Ecole St. Vincent und die haitianische Blindengesellschaft (SHAA), das Centre d'Education Speciale (CES) sowie das staatliche, allgemeine Universitätskrankenhaus, das Grace Children's Hospital, die Outreach Eye and Ear Care Clinic und das Institut Monfort (ein Institut und Schule für Kinder vorrangig mit Hörbeeinträchtigungen, aber auch anderen Beeinträchtigungen).

Im Zuge der Interventionen wurden verschiedene Maßnahmen von den Organisationen getätigt, um MmB zu erreichen und zu unterstützen. Die Grenze zwischen den Projekten der Soforthilfe und den Projekten der Langzeitentwicklung ist meist verschwommen. Außerdem ist es, besonders im haitianischen Kontext der chronischen Krise, schwer definierbar, wann genau ein Projekt nicht mehr als Soforthilfeprojekt, sondern als Langzeitprojekt anzusehen ist. Es stellt sich auch die Frage, ob eine klare, zeitliche Unterteilung der Projekte überhaupt Sinn macht. CBM deklarierte trotzdem Ende 2010 die Emergency Phase für beendet. Für die Organisation bedeutet dies, dass sie begann, ihre Interventionen fortan in die fünf Kernbereiche Gesundheitsvorsorge, Inklusive Bildung, Schutz der Kinder, Advocacy und Barrierefreiheit, CBR und Katastrophenvorsorge einzuteilen. (CBM 2010b: 3)

Eine der ersten Maßnahmen beider INGOs, als Reaktion auf das Erdbeben, umfasste die direkte Unterstützung von Krankenhauspersonal und die Einrichtung sowie Betreuung der *Disability and Vulnerability Focal Points (DVFP)*. Später wurde mit der Errichtung der *Functional Rehabilitation Centers* und der Bereitstellung und Anpassung von Prothesen und Orthesen in Verbindung mit dem Angebot von Physio- und/oder Ergotherapie sowie der Veranstal-

tung spezifischer Workshops für MmB begonnen. Auch die psychosoziale Komponente und damit Angebote zur Traumabewältigung spielten eine wichtige Rolle. Zusätzlich inkludierten die späteren Maßnahmen die Ausbildung von lokalem Rehabilitationspersonal und die Veranstaltung von Workshops und Aktionen, um das Bewusstsein innerhalb der Gesellschaft und bei den für den Wiederaufbau verantwortlichen Akteur_innen für die Bedürfnisse der MmB zu verbessern.

Im Folgenden werden die einzelnen Interventionen näher beschrieben.

4.3.1. Unterstützung von lokal, bereits existierenden Gesundheitseinrichtungen

Eine der ersten Hilfsmaßnahmen sowohl von CBM als auch HI war die personelle Unterstützung der rund 20 Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen in Port-au-Prince. Von Jänner bis Juli 2010 arbeiteten unter anderem rund 20 internationale Physio- und Ergotherapeut_innen der INGOs in den Krankenhäusern. Im Krankenhaus *Hôpital d'Adventiste d'Haïti* transformierte sich die von CBM gewährte Nothilfe zu einem Langzeitprojekt. Somit wurde das Angebot von sowohl orthopädischen Operationen als auch Rehabilitationsservices für stationäre und ambulante Patient_innen dauerhaft ermöglicht. Das Projekt wurde im März 2012 vom lokalen Partner *Hôpital d'Adventiste d'Haïti* übernommen. Das Hospital wurde daraufhin ein zentrales Referenzkrankenhaus für die westliche Region Haitis. Bei der Beschreibung des Projekts auf der Homepage CBMs wird der Stellenwert der Physio- bzw. Ergotherapie besonders gut sichtbar. Die Beschreibung betont, *dass „[w]ith funding from CBM, the Adventist Hospital has been able to conduct 4,500 therapy sessions per year 900 orthopedic surgeries per year.“ (CBM 2013c)*

CBM unterstützte außerdem verschiedene Bildungseinrichtungen für Kinder mit Behinderungen. Dazu gehörten eine Kooperation mit dem Centre d'Education (CES) und PAZAPA. PAZAPA bietet ähnlich dem CES rund 225 Kindern mit Behinderungen einen Schulplatz. Außerdem werden die Kinder dort orthopädisch versorgt und erhalten Physiotherapie, während ihre Eltern die Möglichkeit erhalten einen Beruf zu erlernen, um ein Einkommen zu generieren. (CBM 2010b: 6) Sowohl das CES als auch das PAZAPA sind als Projekte der Community Based Rehabilitation (CBR) anzusehen, auf die weiter unten (in Punkt 4.3.7. Community Based Rehabilitation) noch eingegangen wird.

Ebenfalls eine der ersten Maßnahmen der beiden INGOs war der Aufbau *der Disability und Vulnerability Focal Points*.

4.3.2. Die Disability and Vulnerability Focal Points (DVFP)

Die DVFP sind Antennenstützpunkte, an die sich MmB und andere vulnerable Personengruppen (VP) wie ältere, kranke und generell isoliert lebende Menschen wenden können. (HI 2011: 15; CBM 2011: 7) Die Stützpunkte dienen dazu, einen Kontakt zu diesen oft vernach-

lässigten Gruppen herzustellen und ihre spezifischen Bedürfnisse zu identifizieren, um diese weiterleiten zu können und gemeinsame Lösungen zu finden. Dabei bieten die Mitarbeiter_innen der DVFP entweder Soforthilfe, im Sinne von Erstversorgung an, oder leiten die Betroffenen an die zuständigen Stellen weiter. Es wurden aber auch Physiotherapie und Ergotherapie an diesen Stützpunkten, die näher an den Lebenswelten der Menschen waren als die Rehabilitationszentren, angeboten. (HI 2010b: 6; CBM 2011: 7) Zur Identifizierung der besonderen Bedürfnisse und um überhaupt mit den MmB und VP in Kontakt zu kommen, verteilten die Organisationen auch einfache Hygienepackages. (HI 2010b: 6)

Bis September 2010 wurden von CBM, HI und dem SEIPH neun DVFP eingerichtet. CBM betreute zwei davon im Großraum Port-au-Prince, während die anderen sieben (fünf im Großraum Port-au-Prince, einer in Petit-Goâve und einer in Gonaïves) HI unterstellt waren. (Haiti 2010b: 7, 11) Die Rolle des SEIPH dabei bleibt unklar bzw. hat es den Anschein, als hätten die beiden INGO die tatsächliche Leitung der DVFP unter sich aufgeteilt. Anfangs waren die DVFP in Zelten in der Nähe der diversen Krankenhäuser untergebracht, um die Nachsorge zu übernehmen. Später wurden sie in die verschiedenen Stadtviertel und Gemeinden transferiert, um noch näher an den Menschen zu sein. Die von HI betreuten *Focal Points* in Port-au-Prince waren bis Juni 2011 aktiv. Anschließend wurden sie zugunsten von mobilen *Focal Points* abgelöst. Die mobilen *Focal Points* hatten die Aufgabe, ihre Dienste in Zusammenarbeit mit den vorhandenen Versorgungsstrukturen, von z.B. kirchlichen Einrichtungen, Apotheken, Schulen etc. zu koordinieren und diese einzubinden. Jeder mobile *Focal Point* bestand aus zwei Teams, die die beiden Ziele „Anbieten von Rehabilitationsservices“ und „Bewusstseinsbildung“ verfolgten. (HI 2011: 15)

Neben der Soforthilfe in Form von kleineren Pflegemaßnahmen, dienten die *Focal Points* ab April 2010 auch mobilen, medizinischen Teams als Stützpunkte für ihre Besuche einzelner Gegenden oder der Arbeit in den Camps (Haiti 2010b: 7, 11).

Die Einteilung in verschiedene medizinische Teams erlaubte eine Adaptation an die Bedürfnisse der Betroffenen und führte z.B. dazu, dass im Juni 2010 ein eigenes Team für die Nachsorge der von Para- und Tetraplegie Betroffenen gegründet wurde. Dieses Spezialteam bestand aus einem_r Physio- und Ergotherapeuten_in und einem_r Sozialarbeiter_in. In dieses Team waren auch ein_e Arzt_Ärztin und ein_e Pfleger_in von HHHI eingebunden. (HI 2010b: 12)

HI gibt an, dass die Teams, durch die ständige Präsenz in den einzelnen Stadtvierteln und Camps, besser die Lebenswelten und –umstände der VP erleben und dadurch deren Bedürfnisse identifizieren konnten. Darüber hinaus hatten sie die Möglichkeit, diese zum Teil sofort und auf täglicher Basis zu befriedigen (so geschehen z.B. im Fall kleinerer Pflegemaßnahmen) oder die Menschen zumindest an die richtigen Stellen weiterzuleiten. VP, aber auch deren Angehörige, wurde dadurch ermöglicht, Vertrauen in die Organisationen aufzu-

bauen und sie langfristig dazu zu ermutigen, selber verstärkt Hilfe zu fordern. Als beste Methode der Angebotskommunikation wurde dabei *word of mouth* identifiziert. (HI 2010b: 10)

Aufgrund der großen Anzahl an Menschen, die nach dem Erdbeben von einer Amputation betroffen waren, wurde so bald wie möglich mit der Anpassung und Provision von Prothesen und Orthesen begonnen.

4.3.3. Die Einrichtung der „Functional Rehabilitation Center“ und die Anpassung von Pro- und Orthesen

Bereits im Februar 2010 begannen HHHI und HI damit, erste orthopädische Hilfsmittel im Sinne von Übergangslösungen anzupassen, sowie Dienste der Physio- und Ergotherapie anzubieten. Solche Übergangsprothesen oder -orthesen sind noch nicht direkt an den Patient_in angepasst und dienen dazu, den_die Betroffene möglichst schnell wieder mobil zu machen, um zu verhindern, dass er_sie den Anschluss an die Gesellschaft verliert. Außerdem hilft das Tragen einer Übergangsprothese sich generell an das Tragen einer Prothese zu gewöhnen und auf eine individuell angepasste vorzubereiten. Die Produktion von individuell angepassten Prothesen startete im April 2010. Die Produktion von Übergangsprothesen wurde mit September 2010 eingestellt, als wahrscheinlich die meisten Akutpatient_innen versorgt waren. (HI 2010b: 12ff)

Insgesamt wurden mindestens vier Rehabilitationszentren als Folge des Erdbebens errichtet. Das erste und größte Rehabilitationscenter von HI wurde bis Ende März in der Nähe des zentral gelegenen Platzes Champs de Mars fertiggestellt. Im Oktober 2010 beschäftigte es ein Team aus 38 Mitarbeiter_innen. (HI 2010b: 7)

Das zweite Rehabilitationscenter, welches mit HI in Verbindung steht, eröffnete in einem Krankenhaus des Stadtteils Sarthe und wird bis heute vorrangig von der HI Division Belgiens betreut. Das Center in Sarthe verfügte über einen Raum für Physiotherapie sowie einen Bereich für Patient_innen, die ambulant betreut wurden und eine kleine Werkstatt zur Produktion von Übergangsprothesen. (HI 2010a: 12; HI 2010b: 15) Später war geplant, dieses Center in das neugebaute Krankenhaus Tabarre zu übersiedeln. Die Besonderheit des Centers war, dass für die Unterbringung der Patient_innen ein eigenes Dorf in der Nähe des Centers errichtet wurde.

Ein drittes Rehabilitationscenter mit einer Ambulanz wurde von CBM im Hôpital Adventiste d'Haïti eingerichtet. Auch hier war 2011 geplant, zukünftig lokale Rehabilitationstechniker_innen in der Prothesen- und Orthesenherstellung zu schulen.

Ein viertes Rehabilitationscenter unter der Leitung von HHHI entstand 2012 in Port-au-Prince. Ziel war es, das neu ausgebildete lokale Rehabilitationspersonal dort zu beschäftigen und sukzessive die Aufgaben von HI zu übernehmen. (HI 2013a)

Bei der Anpassung der orthopädischen Hilfsmittel für die unteren Extremitäten gab es seitens der Organisation nur medizinische (z.B. nicht adäquate Stumpfform) Ausschlusskriterien. Das Alter spielte dabei keine Rolle. Neun Monate nach dem Beben berichtete HI, dass bereits 368 Menschen eine Prothese oder Orthese für die untere Extremität erhalten hatten oder sich gerade im Prozess der Anpassung befanden. Mehr als die Hälfte der Versorgten waren Frauen und knapp ein Sechstel waren Kinder unter 14 Jahren. Die Altersspanne reichte von 9 Monaten bis 76 Jahren. Je nach Lebensstil des_der Träger_in wurde zwischen Prothesen mit und ohne beweglichem Kniegelenk unterschieden. Die Lebensdauer einer Erwachsenenprothese beträgt ca. drei bis fünf Jahre, während Kinderprothesen aufgrund des Wachstums ca. alle sechs Monate adaptiert oder gewechselt werden müssen. (HI 2010b: 14)

Während im ersten Jahr der Fokus klar auf der Prothesenprovision der unteren Extremität lag, wurde im April 2011 mit der Anpassung von Arm- und Handprothesen begonnen. (HI 2011: 3) Prothesen und Orthesen für die oberen Extremitäten wurden von HI aber nur für Erwachsene bereitgestellt. Kinder wurden von diesem Projekt ausgeschlossen, da sie aufgrund ihres Wachstums regelmäßig mit neuen Hilfsmitteln ausgestattet werden hätten müssen und dies aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen nicht für möglich erachtet wurde. (HI 2011: 11) Auch hier wurde je nach Lebensstil und Möglichkeit zwischen der Provision einer rein ästhetischen oder einer mechanisch funktionellen Prothese unterschieden. (HI 2011: 11)

Um jedoch den täglichen Umgang und Alltag mit einer Prothese zu erlernen, braucht es jede Menge Training, Motivation und Begleitung.

4.3.4. Angebotene Workshops für MmB

Die Dauer des Rehabilitationsprozesses bzw. das Erlernen des Umgangs mit einer Prothese hängt sehr von der Motivation und dem Umfeld der Betroffenen ab. Aus diesem Grund wurde in den Centern eine sogenannte *daily activities area* eingerichtet. Hier konnten MmA/MmB die Aktivitäten des täglichen Lebens vor ihrer Entlassung üben. Dazu gehörte anziehen, genauso wie schreiben, kochen, waschen und sonstige handwerkliche Fähigkeiten. Der Bereich diente auch dazu, den Austausch zwischen den MmB zu fördern und notwendige Adaptionen der Hilfsmittel vor der Entlassung zu erkennen und vorzunehmen. Der Bereich wurde gemeinsam von einem_r Physio- und Ergotherapeut_in betreut. (HI 2011: 11)

Die *daily activities area* war besonders für Menschen mit Beeinträchtigungen der oberen Extremitäten vorgesehen, wurde aber auch im Sinne des Austauschs von den Betroffenen mit Bein- und Fußbeeinträchtigungen genutzt. Um diesen Patient_innen ein Gehtraining als Vorbereitung auf die unebenen Straßen von Port-au-Prince in einem gesicherten Rahmen zu

ermöglichen, wurde auf dem Dach des Rehabilitationszentrums ein Hindernisparcour errichtet.

Zudem wurde zumindest zwischen Juni 2011 und Oktober 2011 einmal wöchentlich ein Tanzworkshop von Fabienne Michel, einer bekannten, haitianischen Hip-Hop Tänzerin, im Turnsaal des Centers angeboten. (HI 2011: 12)

Im Zuge der Rehabilitationsmaßnahmen wurden auch MmB, deren Beeinträchtigung nicht eine Folge des Erdbebens war, sichtbar. Eine dieser Gruppen waren zum Beispiel Kinder mit infantiler Cerebralparese.

4.3.5. Angebote für Kinder mit Infantiler Cerebralparese (ICP)

Seit April 2011 beherbergte das Rehabilitationszentrum in der Nähe von Champs de Mars eine Gruppe von vier bis sechs-jährigen Kindern mit ICP und ihre Eltern. Im Rahmen von sechs Einheiten über sechs Wochen wurden den Eltern Tipps und Kommunikationsmöglichkeiten im Umgang mit ihren Kindern näher gebracht. Außerdem erhielten die Kinder während der Einheiten sensorisches sowie funktionelles Training, um ihre Bedürfnisse besser auszudrücken und Alltagsaktivitäten besser bewerkstelligen zu können. Am Ende erhielten die Eltern noch eine Broschüre über die wichtigsten Punkte des täglichen Handlings. Insgesamt wurden von den mobilen Teams 70 Kinder mit ICP auf die Warteliste des Centers gesetzt. (HI 2011: 14) Die große Anzahl verdeutlicht, wie viele Menschen eine therapeutische Behandlung benötigen würden. Eine weitere Patienten_innengruppe waren die schon erwähnten Menschen mit SCI.

4.3.6. Angebote für Menschen mit SCI

Um ein lokales Angebot für die Bedürfnisse und Behandlung von SCI zu schaffen, unterstützt CBM zwei lokale Krankenhäuser (St. Boniface Hospital und das Baptiste Convention Hospital) beim Aufbau eines Rehabilitationsprogramms für Menschen mit SCI. (CBM 2010b: 4) Im Zuge dieses Programms sollte es den Betroffenen möglich sein, ein Jahr zur Rehabilitation im Krankenhaus zu bleiben, während ihre Angehörigen in einer Nachbareinrichtung die Möglichkeit haben, richtiges Handling von Menschen mit SCI zu lernen und psychosozial betreut zu werden. Im Falle des Baptiste Convention Hospital handelt es sich um ein Hospital, welches schon seit 2007 von der Britischen NGO *Haiti Hospital Appeal* betreut wird. CBM deklariert in weiterer Folge die (Britische) NGO *Haiti Hospital Appeal* als ausführende lokale Partnerorganisation. (CBM 2013b) Die ausführende Partnerin des St. Boniface Hospital ist die *St. Boniface Foundation*, eine NGO aus den USA, welche bereits seit 25 Jahren das St. Boniface Hospital unterstützt. (CBM 2013d)

Solche Verflechtungen lassen erahnen, wie stabil und verwurzelt das Engagement diverser (I)NGOs in Haiti bereits seit Jahrzehnten ist und wie schwierig es ist, tatsächlich zwischen nationalen und internationalen Akteur_innen zu unterscheiden.

Ein Schwerpunkt der Arbeit der CBM war und ist es, das langfristige Angebot von Services für MmB so nah wie möglich an ihren Lebenswelten zu etablieren. Dieses Ziel wird durch die Implementierung von *Community Based Rehabilitation (CBR)* Programmen versucht zu erreichen.

4.3.7. Community Based Rehabilitation (CBR)

Neben der Unterstützung und Fortführung der bereits bestehenden CBR-Projekte, wie ZAPATA und CES, startete CBM im Februar 2011 ein neues CBR-Projekt. CBM verfolgt bei der Implementation der CBR-Projekte die Strategie der CBR-Matrix.

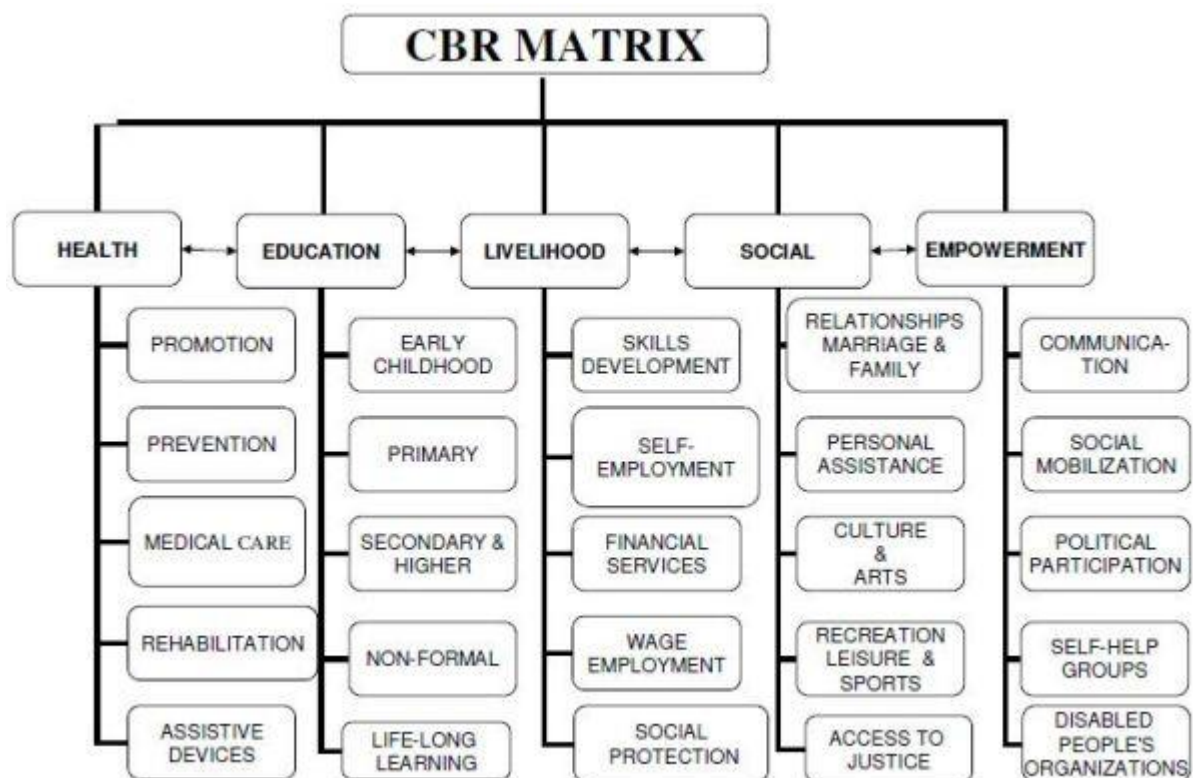


Abb. 7: CBR-Matrix. (CBM 2013a)

Ziel der Matrix ist es, ein Instrument zu bieten, aus dem die einzelnen Ausführenden wählen können. Seine Elemente sind beliebig miteinander kombinierbar. (CBM 2013a)

In einem ersten Schritt nahmen insgesamt 82 Menschen (MmB und ihre Familien, Freunde_innen, andere Organisationen, etc.) an einer Reihe von Trainingssessions in den Bezirken Carrefour und Croix-des-Missions teil. Ziel dieser Sessions war es, den Teilnehmer_innen das Konzept der CBR näher zu bringen und sie dazu zu befähigen, Aufgaben der

CBR zu koordinieren und umzusetzen. Um ihnen eine lokale Plattform zu bieten, wurden zwei CBR-Center, eines in Carrefour und eines in Croix-des-Missions, gegründet. Gemeinsam mit den CBM-Mitarbeiter_innen einigten sich die Teilnehmenden auf den Namen *Sante Kore Lavi* [Center for supporting life] für die beiden CBR-Center. Innerhalb der Center arbeiteten CBM-Mitarbeiter_innen, lokale DPOs und Community-leaders (in diesem Fall Priester, Bürgermeister, etc.) zusammen, um MmB und deren Angehörigen eine Anlaufstelle zur Vernetzung zu bieten und ihnen zu helfen, ihre Rechte einzufordern. Mit dem Center wurden bisher vor allem die Bereiche Gesundheit und Soziales der CBR-Matrix angesprochen. (CBM 2011)

HI begann ein paar Monate später, im Juli 2011, ein peer-to-peer Netzwerk aufzubauen, um MmB besser untereinander zu verbinden und den Austausch von Erfahrungen zu ermöglichen. Das Netzwerk sollte auch dazu dienen, gemeinsame Ziele und Lösungen zu formulieren. HI versuchte sogenannte „Ressource“-Personen in den Gemeinschaften zu finden, die als Ansprechpartner_innen für MmB dienen könnten. Ihre Aufgabe wäre es auch, regelmäßige Treffen für MmB innerhalb der Gemeinde zu veranstalten und die „*solidarity and mutual aid networks*“ zu koordinieren. (HI 2011: 15).

Alle CBR-Projekte dienen auch dazu, in der Gesellschaft ein Bewusstsein für die Inklusion von MmB zu schaffen.

4.3.8. Aktionen und Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung der Gesellschaft

2011, nach mehr als 30 Jahren Arbeit in Haiti, gesteht CBM ein, dass sie mit ihren lokalen Partner_innen trotz der besten Intentionen ihrer Arbeit es noch nicht geschafft hat, MmB in die Mainstream Gesellschaft zu integrieren. Das Erdbeben hat daher für CBM auch den Charakter einer einmaligen Chance, um dieses Ziel zu erreichen. (CBM 2010b: 8)

Ab Juni 2011 wurde der Fokus beider Organisationen zusehends auf die Bewusstseinsbildung innerhalb der Gesellschaft gerichtet. Im Bereich der mobilen medizinischen Teams bedeutete dies z.B. eine Änderung der Hauptaufgaben. Während eines der mobilen, medizinischen Teams zu Beginn noch den Fokus auf der Anpassung von orthopädischen Hilfsmitteln hatte, entwickelte es sich zusehends zu einer mobilen Werkstatt für kleinere Reparaturarbeiten der Prothesen und Orthesen. Außerdem hilft es Unterkünfte, wo notwendig, durch kleine Anpassungen (z.B. ein Handlauf bei der Toilette) barrierefreier zu gestalten. (Haiti 2011: 12)

Begleitend standen verstärkt *community mobilization sessions* (HI 2011: 15) auf dem Plan. Diese umfassten partizipative Elemente wie Tanz, Theater, Sport und sollten die Inklusion von MmB in der Gesellschaft forcieren und deren Diskriminierung verhindern.

Auf der Ebene der Regierungsorganisationen startete CBM gemeinsam mit dem SEIPH ein Advocacy Programm, um die Kompetenzen der DPOs zu stärken. Gemeinsam mit der Deut-

schen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit wurde ein Center für Inklusion in Port-au-Prince geplant. Das Center sollte vom SEIPH betreut werden und eine Plattform für alle Akteur_innen, die sich für MmB engagieren, bieten. (CBM 2010b: 8f)

Im Sinne eines langfristigen Angebots von Therapieservices wurde auch das Training von lokalem Rehabilitationspersonal forciert.

4.3.9. Ausbildung von lokalem Rehabilitationspersonal

Abwechselnd wurde immer wieder von *Rehabilitationstechnicians* oder *Rehabilitationsassistants* gesprochen. Gemeint ist damit in beiden Fällen eine Ausbildung, die jedenfalls das Handling und Training von MmB (im Besonderen von MmB, die mit einer Prothese oder Orthese versorgt wurden) sowie einfache Pflegemaßnahmen beinhaltet.

Laut eigenen Angaben hat die CBM bereits im Juli 2010 mit der Ausbildung von lokalen Rehabilitationstechniker_innen im Hôpital Adventiste d'Haïti in Carrefour begonnen. Die Ausbildung der Techniker_innen während des Hands-on Prozesses an der Seite ausländischer Physio- und Ergotherapeut_innen wird im Report von 2011 aber nicht näher beschrieben. (CBM 2010b: 4) Im Oktober 2010 konnten vier Rehabilitationsassistent_innen mit ihrer Ausbildung bei HI beginnen. Die erste Planung ging dabei von einer mindestens sechsmonatigen Ausbildung aus. (HI 2010b: 15) Neun Monate später befanden sich bereits sieben Assistent_innen in Ausbildung. Die Ausbildung bestand aus zehn Stunden Theorie pro Woche, kombiniert mit praktischem Training im Rehabilitationscenter (Champs de Mars). Dieser Kurs schloss ohne offizielles Diplom. Sechs weitere lokale Mitarbeiter_innen wurden zu Orthopädie-Anpassungstechniker_innen ausgebildet. Dabei absolvierten sie wöchentlich neun Stunden Theorie in Kombination mit praktischer Arbeit im Center. Ziel war es, diese Mitarbeiter_innen so auf die weiterführende Ausbildung mit abschließendem Zertifikat (auf ISPO Level two) vorzubereiten. Gemeinsam mit HHHI hat HI einen Studiengang für ISPO Level Two Orthopädietechniker_innen in Zusammenarbeit mit der Universität DonBosco (El Salvador) aufgebaut. Ziel war es, gemeinsam 30 haitianische Orthopädietechniker_innen auszubilden, die anschließend von HHHI im Zuge der Eröffnung eines weiteren Rehabilitationscenters übernommen werden. (HI 2011: 14) Das neue Rehabilitationscenter von HHHI wurde 2012 fertiggestellt und in Betrieb genommen. (HI 2013a) Im Juli 2011 war bereits die Einrichtung eines Projekts geplant, welches die Supervision von 24 im Ausland ausgebildeten Physiotherapeut_innen für drei Jahre übernimmt. Ziel wäre es, die frisch ausgebildeten Physiotherapeut_innen zu begleiten und bei ihren Aufgaben zu unterstützen. (HI 2011: 14)

Zum Zeitpunkt der Recherche konnte nicht erhoben werden, wie viele dieser Rehabilitationsassistent_innen, Rehabilitationstechniker_innen oder gar im Ausland ausgebildete Physiotherapeut_innen bereits in Haiti tätig sind. Bezüglich der andauernden Ausbildung des Rehabilitationspersonals erklärt HI, dass Haiti binnen der nächsten zwei Jahre, also bis 2015

über „70 [national] rehabilitation staff and 32 [national] prosthetic and orthotic technicians to help support people with disabilities, particularly amputees.“ (HI UK 2013) verfügen sollte.

Seitens der internationalen WCPT ist nur bekannt, dass es Kontakte zu Physiotherapeut_innen in Haiti gibt, aber noch keine offizielle Vertretung gemeldet ist.¹³.

Nach so viel Einsatz stellt sich die Frage nach den Exitstrategien der Organisationen.

4.4. Exitstrategien der Organisationen und Ausblick

Zum Zeitpunkt der Recherche (2013) hat sich HI bereits teilweise von den Interventionen zurückgezogen. Darauf lässt die Rückgabe der Leitung des Subclusters, ebenso wie der Aufbau des Universitätslehrganges in Kooperation mit der Universität Don Bosco (El Salvador) und die Abgabe einiger anderer Aktivitäten an HHHI (als lokale Partnerin) nach der Fertigstellung des neuen Rehabilitationscenters schließen.

Das erklärte Ziel der Organisation ist nicht, das nationale Gesundheitssystem langfristig zu ersetzen, sondern „to create the conditions for the management of activities by local organizations“. (HI UK 2013) Es ist also zu erwarten, dass HI sich immer mehr aus dem Geschehen zurückzieht, aber eine kleine Basis (ähnlich wie nach der Hurrikanekatastrophe) im Land zurückbleiben wird.

CBM hingegen, bereits seit über 30 Jahren im Land aktiv, hat auch vor in Zukunft die MmB sowie ihre Vertretungen zu unterstützen. Wörtlich heißt es dazu:

CBM realizes the rebuilding of Haiti's health care infrastructure will take years and during that time the health care needs of Haitians, especially those with disabilities, will remain a priority. That is why CBM is committed to increasing access to physio/occupational therapy services via the Rehab Clinic, as well as eye and ear care to prevent avoidable impairments. CBM will continue to explore relationships with local agencies either working towards pre-venting long-term disabilities or providing services for people living with a disability. (CBM 2010b: 5)

Die Unterstützung erfolgt aber mehrheitlich in indirekter Form durch die Unterstützung lokaler agierender Partner_innen. Die INGOs versuchen durch diese Politik der Unterstützung lokaler Partner_innen dem internationalen Anspruch des nationalen Empowerments nachzukommen. Tatsächlich haben aber viele der bereits genannten ‚lokalen‘ Partner_innen in Haiti ausländische Wurzeln oder sind lokale Tochter-NGOs ausländischer NGOs. CBMs dauerhaftes Commitment diese NGOs auch in Zukunft zu unterstützen ohne eine Exitstrategie anzudenken, ist auch als Baustein für die von Schuller (2007) kritisierte Proliferation der NGOs zu werten, welche bereits in Teil II – 2.2.1. dieser Arbeit diskutiert wurde. Im Sinne des Befähigungsansatzes ergibt sich hier ein neues Diskussionsfeld mit der Fragestellung: Können NGOs und nationale Institutionen Menschen gleichermaßen befähigen? Vor allem Nussbaum (2013) sieht die Aufgabe des Schaffens eines geeigneten Rahmens als Aufgabe des

¹³ Diese Information geht aus einer persönlichen E-Mail-Konversation der Autorin mit der WCPT hervor.

Staates. Was aber, wenn der Staat zu schwach ist? Da der Befähigungsansatz aber von der Ebene des Individuums und nicht vom Staat ausgeht, scheint diese Frage nicht im Vordergrund zu stehen. Aus entwicklungspolitischer und demokratiepolitischer Sicht ist diese Problematik aber doch erwähnenswert, auch wenn sie hier nicht weiter diskutiert wird.

Abschließend gilt es die einzelnen Interventionen der INGOs vor dem Hintergrund des Befähigungsansatzes zu bewerten. Eine zentrale Feststellung des Befähigungsansatzes war, dass sich einzelne Befähigungen positiv verstärken können. Genau diesen Effekt haben die INGOs durch ihren Interventionsmix versucht zu erreichen. Bei genauerer Betrachtung erkennt man, dass sie mit ihren Interventionen viele Ebenen zur Schaffung von Befähigungen angesprochen haben. So wurde über den Kontakt mit den nationalen Autoritäten an einem gesetzlichen Rahmen zur Inklusion von MmB weitergearbeitet, während die DVFP den Anspruch erhoben, auch jene Menschen dazu zu befähigen ihre Wünsche und Bedürfnisse auszudrücken und zu befriedigen, die von den Interventionen anderer Organisationen aufgrund diverser Faktoren ausgeschlossen wären. Die spezialisierten Einrichtungen der Rehabilitation erfüllen bereits durch den Faktor Rehabilitation per se den Befähigungsanspruch, da es ihr Ziel ist, jeden Menschen dazu zu befähigen, wieder aktiv und willentlich am Gesellschaftsleben teilzunehmen bzw. zum Beispiel einen MmA erst dazu befähigen, eigenständig zu entscheiden, ob er_sie in Zukunft eine Prothese in Anspruch nehmen möchte oder auch nicht. Das Angebot verschiedener Workshops erlaubt es zudem, dass MmB Selbstbewusstsein und damit auch den Mut zu eigenständigen Entscheidungen (wieder) erlangen. Gleichzeitig haben die Interventionen der gesellschaftlichen Bewusstseinsbildung die Aufgabe, die notwendige Toleranz und Akzeptanz innerhalb der Gesellschaft zu schaffen, um den MmB das Ausleben ihrer Entscheidungen und ihrer Rechte zu ermöglichen. Es scheint somit, als wäre der Befähigungsansatz in der Arbeit der INGOs angekommen.

Damit bleibt die Frage nach der Interaktion der nun einzeln vorgestellten Systeme und ihrer Schnittstellen sowie nach der Möglichkeit einer langfristigen und dauerhaften Implementierung von Physiotherapie in die haitianische Gesundheitsversorgung. Dieser Frage widmet sich das fünfte und letzte Kapitel meiner Arbeit.

Teil V – Systeminteraktionen zur dauerhaften Implementierung von Physiotherapie in Haiti

Die Frage nach der Nachhaltigkeit

Es wurde bereits eingehend erläutert, dass Physiotherapie als Konzept und auch in seiner lokalen Anwendung in Haiti eindeutig zu einem Befähigungsanstieg der MmB in Haiti beiträgt. Jetzt bleibt aber die Frage, ob die Implementierung, entsprungen aus einem Emergency Einsatz, nach ihrer Transformation in langfristige EZA auch etwas zur sozialen Nachhaltigkeit beisteuert.

Dieses letzte Kapitel legt den Fokus auf die Beurteilung der Interventionen als sinnvolle Maßnahmen, um Physiotherapie nachhaltig in die haitianische Gesundheitsversorgung zu implementieren. Dazu ist es aber notwendig, die systemtheoretischen Hintergründe der Interventionen und ihrer Systemumwelt etwas genauer darzulegen.

5.1. Systemtheoretische Hintergründe

Der vorliegenden Arbeit liegt Luhmanns Definition von einem System als „*aufeinander sinnhaft verweisende soziale Handlungen*,“ (Kneer/Nassehi 2000: 38) als Basisannahme zugrunde. Luhmann unterschied drei verschiedene Systemtypen: Interaktionssysteme, Organisationssysteme und Gesellschaftssysteme. Hervorzuheben ist, dass zwar Interaktions- und Organisationssysteme innerhalb des Gesellschaftssystems operieren, aber dieses nicht in ihnen aufgeht. In meinem Beispiel kann man die Interventionen durch die INGOs als Interaktionssystem spezifizieren. Ein Interaktionssystem wird vorrangig durch Handlungen gebildet. Das System des globalen Diskurses wäre ein Grenzfall, welches ich aber aufgrund der einzelnen Konzepte als Organisation einordne. Die lokalen Bedingungen Haitis werden als Gesellschaftssystem erachtet. (Kneer/Nassehi 2000: 43)

Jedes dieser Systeme unterliegt aber auch der Systemdifferenzierung. Das heißt, dass es zur Bildung von Subsystemen kommt. Diese Subsysteme sind als Elemente oder Teilsysteme zu verstehen. Durch die Differenzierung ergibt sich die Möglichkeit der Darstellung des großen Systems (zum Beispiel des globalen Diskurs) als Umweltsystem und Differenzierung zu seinem Subsystem, welches zum Beispiel der *Capability Approach*, der Human-Rights-Approach oder das Disability-Konzept sein könnte. (Kneer/Nassehi 2000: 112) Wie ist es nun aber zu erklären, dass einzelne Systeme oder Subsysteme genau auf diese Art und Weise miteinander interagieren, wo es doch eigentlich zahlreiche andere Möglichkeiten gäbe? Wie Ordnung in die Komplexität der unzähligen Möglichkeiten bringen? Die Lösung liegt in der

bereits in der Einleitung erwähnten doppelten Kontingenz¹⁴. Erst die Synthese der Kontingenz ein oder mehrerer Systeme erlaubt es uns, die unzähligen Möglichkeiten für Zustände oder Ereignisse auf ein, für den Menschen verständliches, Ausmaß zu reduzieren. Das System erlaubt weniger Ereignisse als aufgrund einzelner Systemumwelten möglich wären. Je komplexer ein System in sich ist, desto mehr Möglichkeiten hat es, auf wechselnde Umweltanforderungen zu reagieren. (Kneer/Nassehi 2000: 41, 115f) Die Komplexität eines Systems ist somit die Stärke seiner Resilience. An diesem Punkt setzt Bossel (2007) an, wenn er Systemveränderungen in Evolution, Entwicklung und nachhaltiger Entwicklung differenziert. Der Begriff Evolution verweist für ihn auf eine Anpassung nach dem Darwin-Prinzip. Evolution folgt, so Bossel (2007), einem Trial and Error Prinzip, welches nicht immer zur optimalen Lösung, sondern lediglich zu einer befriedigenden Lösung im Sinne der Arterhaltung führt. Entwicklung, im Gegensatz, bedeutet für ihn eine Systemveränderung, bei der die Systemstruktur an Komplexität zunimmt und sich so immer mehr an Umweltherausforderungen anpassen kann. Der Zusatz „Nachhaltigkeit“ wiederum gibt dieser Entwicklung eine bestimmte Richtung.

Dadurch ergibt sich, dass Entwicklung kein statischer Zustand ist. Eine Gesellschaft „ist“ folglich nicht entwickelt, eine Gesellschaft „entwickelt sich“ (dauernd), da sie dauerhaften Umweltveränderungen und Einflüssen ausgesetzt ist, denen sie sich anpassen muss. Außerdem verläuft Entwicklung nicht stetig. Der große Unterschied von Evolution und Entwicklung liegt in ihren Strukturveränderungsmechanismen. Strukturveränderungen im Sinne der Evolution passieren langsam und stetig. Ein soziales System verfügt zwar über ein gewisses Maß an Flexibilität, früher oder später werden die Umweltanforderungen diesen Rahmen aber sprengen und das System durch die ausgelöste Krise zu einer sprunghaften, qualitativen Strukturveränderung zwingen. (Bossel 2007: 75ff) Im Zuge der vorliegenden Arbeit stellt das Erdbeben den Krisenfaktor dar. Aus diesem Kontext ergibt sich auch die Sichtweise des Erdbebens als Auslöser für etwaige qualitative Strukturveränderungen. Es wird aber auch klar ersichtlich, dass der Krisenfaktor nur etwas Bestehendes verändern kann und damit impliziert, dass bereits etwas existiert. Dieses etwas ist die Gesundheitsversorgung Haitis und der Umgang mit MmB vor dem Erdbeben.

Um nun aber „nachhaltige“ Strukturveränderung nachweisen zu können, benötigt man Systemindikatoren. Indikatoren sind das Werkzeug der Evaluation, um eine *„überwältigende Komplexität auf ein handhabbares Maß verständlicher Informationen, die unsere Entscheidungen prägen“* (Bossel 2007: 77) zu reduzieren. *„Indikatoren [...] bedeuten uns etwas, sie sind wertvoll für uns [und] deshalb ein Ausdruck von Werten.“* (Bossel 2007: 77) Aus dieser

¹⁴ Kontingenz heißt, das zwar etwas so ist, wie es ist, war oder sein wird aber eigentlich auch ganz anders sein könnte. (Kneer/Nassehi 2000: 115) „Alles ist so, aber auch anders möglich“ (Luhmann 1984: 108). Die doppelte Kontingenz ist schließlich die Synthese aus den Handlungsmöglichkeiten zweier Akteure.

Feststellung wird ersichtlich, warum ethische Werte eng mit den Indikatoren nachhaltiger Entwicklung verwoben sind und deshalb einer eingehenden Analyse und Diskussion bedürfen. Die Werte des derzeitigen Diskurses sind, wie bereits erläutert, maßgeblich am *Capability Approach* und seinen Differenzierungen orientiert, die sich in den EZA-Policies widerspiegeln. Indikatoren hängen also vom Ziel und den Interessen, kurz, von den Werten des Gesamtsystems ab. Sie werden aber auch durch die Eigenschaften des überwachten Systems bestimmt und können entweder quantitativ oder qualitativ ausgedrückt werden. (Bossel 2007: 77f) Zu beachten ist dabei aber, dass Systemstrukturveränderungen nicht stetig passieren. Deshalb ist es notwendig, die Dynamik der Gesamtsystementwicklung und seiner Teilsysteme bei der Identifikation von Systemindikatoren zu berücksichtigen. (Bossel 2007: 74f) Bossel beschreibt also die Notwendigkeit eines Indikatorensets, welches:

- die Gesamtsystemdynamik und die Entwicklungsfähigkeit des Teilsystems reflektiert,
- die Gewichtung des Teilsystems gemessen am Gesamtziel nachhaltiger Entwicklung spiegelt und
- die Konsequenzen von nachhaltiger Entwicklung aufzeigt. (Bossel 2007: 80)

Eine der zentralen Thesen Luhmanns lautet, dass Systeme autopoietisch und selbstreferentiell sind. Das bedeutet, dass sie ihre eigenen Handlungen reflektieren und Systemkomponenten zur Systemerhaltung selber reproduzieren können. (Kneer/Nassehi 2000: 57) Insofern findet sich der gemeinsame Nenner von Bossel und Luhmann in der Systemstrukturveränderung als Evolution. Der Unterschied ist, dass Luhmann nicht darauf abzielt, die Erhaltung eines Systems quantitativ zu messen oder gar qualitativ, im Sinne der ethischen Nachhaltigkeitskriterien, zu evaluieren.

Luhmann nimmt an, dass jedes System in sich das Bedürfnis trägt, sich anzupassen, der Zustand der perfekten Adaptation aber durch permanente Veränderung der Systemumwelt unerreichbar bleibt. Unter diesen Voraussetzungen sind Luhmanns Systeme von einem starken Überlebenswillen charakterisiert und quantitativ nachhaltig. Diesen Charakterzug schwächt Bossel etwas ab. Bossel bietet uns dahingehend eine angewendete Systemtheorie und listet sechs Systemeigenschaften auf, die in Leitwerte transformiert werden können. Die sechs Leitwerte lauten: Existenz, Wirksamkeit, Handlungsfreiheit, Sicherheit, Wandlungsfähigkeit und Koexistenz. Setzt man diese Leitwerte in Beziehung zur Gesamtdynamik der Systeminteraktionen und der einzelnen Subsysteme unter Einschluss der individuellen Werte, erhält man einen Rahmen zur Identifikation von verschiedenen Nachhaltigkeitsindikatoren. (Bossel 2007: 81ff)

Um in einem weiteren Schritt diesen Identifikationsrahmen zu erhalten, wurden Bossels sechs Systemleitwerte von mir etwas adaptiert.

5.2. Die sechs adaptierten Systemleitwerte nach Bossel (2007)

Folgend wurden Bossels Systemleitwerte (2007) leicht abgewandelt, um sie für das Beispiel der Arbeit besser verwenden zu können.

1. **Existenz:** Das System muss im Normalzustand zu einem gewissen Grad an die Umwelt angepasst sein und über die notwendigen Ressourcen für seine Operationen verfügen.
2. **Wirksamkeit:** Das System muss innerhalb seines Flexibilitätsrahmen notwendige Ressourcen adaptieren oder frei setzen können, wobei langfristig die Kosten der Adaptation den dadurch erzielten Erfolg nicht übersteigen dürfen.
3. **Handlungsfreiheit:** Das System muss über Mechanismen verfügen, die eine notwendige Adaptation erkennen und einleiten.
4. **Sicherheit:** Das System muss sich vor etwaigen plötzlichen und existenzbedrohenden Schwankungen schützen können. Es muss also über einen Risikomechanismus verfügen.
5. **Wandlungsfähigkeit:** Das System muss (hier im Sinne von Entwicklung) auf die Einflüsse von außen notwendige Strukturanpassungen vornehmen können.
6. **Koexistenz:** Das System erkennt seine Abhängigkeiten von der Existenz und dem Verhalten anderer Systemen und benutzt diese.

(Bossel 2007: 82, adaptiert von Hattmannsdorfer)

Jeder dieser Leitwerte ist als gleichwertig und -wichtig zu betrachten. Nach dem Prinzip des schwächsten Glieds einer Kette kann ein Mehr eines Leitwertes den Mangel eines anderen nicht substituieren. (Bossel 2007: 82f)

Aus diesen Informationen ist es nun möglich, einen Evaluierungsrahmen mit einem dazugehörigen Indikatorenset zu kreieren.

5.3. Der adaptierte Evaluierungsrahmen nach Bossel (2007)

Aufgabe der Indikatoren ist es, die vorher beschriebenen Leitwerte, sowohl auf Subsystemebene als auch dessen Beitrag zum Gesamtsystem, abzufragen. Ein funktionelles Indikatorenset beschreibt also immer die Fähigkeit des Teilsystems zu Existenz, Wirksamkeit, Handlungsfreiheit, Sicherheit, Wandlungsfähigkeit und Koexistenz von Sub- und Gesamtsystem beizutragen. Zur Identifikation wurden daher Unterfragen formuliert und in folgendem Raster beantwortet. „Nachhaltigkeit“ kann aber immer nur in Bezug auf eine bestimmte Region und die dortigen Gegebenheiten sowie die Gesamtdynamik bestimmt werden. (Bossel 2007: 93)

Bei der nun folgenden Beurteilung erhalten die Interventionen der INGOs, mit dem Ziel der langfristigen Implementierung von Physiotherapie, die Rolle des Subsystems, während das Gesamtsystem als „Physiotherapie im haitianischen Gesundheitssystem“ definiert wird. In Kombination mit dem bisher dargelegten Wissensstand zu lokalen Gegebenheiten und getätigten Interventionen wird es möglich, die von der Autorin in diesem Sinne definierten Indikatoren zu bewerten. Die Bewertung der Indikatoren erfolgt mittels der Prädikate: erfüllt – unzureichend erfüllt – teilweise erfüllt – nicht erfüllt.

1. Leitwert: Existenz

Unterfragen: Ist das Subsystem innerhalb des Normalzustandes überlebensfähig? Verfügt es über die notwendigen Ressourcen? Trägt das Subsystem seinen Anteil zur Existenzfähigkeit des Gesamtsystems bei?

Indikator 1: Es gibt vernetzte Serviceeinrichtungen, die in der Lage sind, Physiotherapie anzubieten.

Beurteilung: Erfüllt.

Die in Part IV dargestellten Interventionen erlauben es, diesen Indikator zu bestätigen. Tatsächlich wurde zum Zeitpunkt der Recherche (2013) Physiotherapie im Rahmen von vier funktionellen Rehabilitationszentren sowie in zwei Einrichtungen für SCI und diversen anderen Projekten zur Unterstützung von Kindern mit Behinderungen angeboten.

2. Leitwert: Wirksamkeit

Unterfragen: Ist das Subsystem wirksam und effizient? Trägt es zur Gesamtwirksamkeit des Systems bei?

Indikator 1: Die geschaffenen Serviceeinrichtungen sind in ihrer Ressourcenbeschaffung möglichst unabhängig.

Indikator 2: Es gibt Strategien zur Ausbildung von lokalem Personal, welches später von den Serviceeinrichtungen übernommen werden kann.

Beurteilung: Unzureichend erfüllt.

Das Problem der NGO-Proliferation wurde bereits mehrmals in Teil II und Teil IV angesprochen. Sowohl die Rehabilitationszentren als auch die CBR-Projekte sind und werden auch in Zukunft von den Spendengeldern der Geber_innen abhängig sein.

Zum Zeitpunkt der Recherche (2013) war es noch nicht möglich, die Ausbildung von lokalem Personal durch HI und CBM endgültig zu beurteilen. Die Gründe für die mangelhafte Etablierung langfristiger Ausbildungsprogramme seitens INGOs in Haiti wurden bereits in Teil II analysiert.

Während die Abhängigkeit von ausländischer Unterstützung angesichts der prognostizierten

Proliferation der NGOs als erfüllt betrachtet werden kann, bleibt abzuwarten, ob die neuerlichen Anstrengungen zur Etablierung eines Ausbildungsprogramms für Rehabilitationspersonal von CBM und HI von mehr Erfolg gekrönt werden, als jene von HHHI vor dem Erdbeben oder doch erneut nur ein Tropfen auf dem heißen Stein bleiben. Aus diesem Grund wird hier nur das Prädikat ‚unzureichend erfüllt‘ vergeben.

3. Leitwert: Handlungsfreiheit

Unterfragen: Kann das Subsystem auf die vielfältigen Anforderungen der Umwelt reagieren? Trägt es zur Handlungsfreiheit des Gesamtsystems bei?

Indikator 1: Sowohl Stadt- als auch Landbevölkerung haben Zugang zu Angeboten der Physiotherapie.

Indikator 2: Das Angebot von Physiotherapie deckt die Bedürfnisse von mehr als nur einer Patientengruppe ab.

Beurteilung: Unzureichend erfüllt.

Vor allem der erste Indikator spricht einen großen Kritikpunkt an. Bereits vor dem Erdbeben konzentrierten sich die schulmedizinischen Einrichtungen auf den Großraum Port-au-Prince. Ebenso zeigte die Evaluation von Bigelow (2010), dass auch die bereits vor dem Erdbeben ausgebildeten Physiotherapeut_innen eine starke Präferenz für die städtischen Gebiete als Arbeitsumfeld aufwiesen. CBR-Projekte bieten die Möglichkeit, Leistungen der Gesundheitsversorgung auch in ruralen Gebieten zu forcieren. Die bisher implementierten Projekte von CBM befinden sich aber erneut in den eher dicht besiedelten Gebieten Croix-des-Missions und Carrefour.

Der Fokus der Physiotherapie lag nach dem Erdbeben eindeutig auf der Behandlung von MmA und Menschen mit SCI. Somit wurden zumindest zwei Patientengruppen angesprochen. Angesichts der zahlreichen anderen klinischen Bilder von MmB und der Vielfalt des Konzepts Physiotherapie auf diese einzugehen, besteht hier noch Potential zur Verbreiterung des Angebotes.

Aufgrund dieser Feststellungen wird der dritte Leitwert mit ‚unzureichend erfüllt‘ beurteilt. Beide Indikatoren werden zwar relativ erfüllt, sind aber definitiv ausbaufähig.

4. Leitwert: Sicherheit

Unterfragen: Kann sich das Subsystem vor unvorhergesehenen und potentiell gefährlichen Schwankungen schützen? Trägt es dabei zur Gesamtsystemsicherheit bei?

Indikator 1: Das Angebot von Physiotherapie ist dezentral organisiert.

Indikator 2: Es gibt Mechanismen, die den Zugang zu Physiotherapie sowohl bei politischen Unruhen als auch Umweltkatastrophen und finanziellen Engpässen sichern.

Beurteilung: Teilweise erfüllt

Nach dem Erdbeben wurde Physiotherapie vor allem von verschiedenen, administrativ unabhängigen Institutionen angeboten und ist definitiv als dezentral organisiert anzusehen.

Es wurden bisher aber keine Mechanismen implementiert, die das Angebot vor externen Angriffen schützen. Im Gegenteil, das Angebot von Physiotherapie an den DVFP wurde Ende 2010 zugunsten der Aufklärung und Prävention im Kampf gegen die ausgebrochene Cholera unterbrochen. (CBM 2010b: 8) Aus diesem Grund wird der Indikator nur als teilweise erfüllt betrachtet.

5. Leitwert: Wandlungsfähigkeit

Unterfragen: Ist das Subsystem sowohl innerhalb seines Flexibilitätsrahmens als auch hinsichtlich weiterer Strukturveränderungen entwicklungsfähig? Welchen Beitrag leistet es zur Wandlungsfähigkeit des Gesamtsystems?

Indikator 1: Die Form des Angebots von Physiotherapie kann sich verschiedenen Gegebenheiten anpassen.

Indikator 2: Das ausgebildete Rehabilitationspersonal kann in verschiedenen Bereichen des bestehenden Systems oder in neuen Bereichen arbeiten.

Beurteilung: Erfüllt

Das Konzept Physiotherapie ist durch seine Vielseitigkeit unterschiedlich einsetzbar. Die verschiedenen Institutionalisierungsformen in unterschiedlichen Ländern bestätigen diese Fähigkeit. Dasselbe gilt auch für die Einsetzbarkeit des Rehabilitationspersonals. Das wichtigste Werkzeug der Physiotherapie sind die Hände der Therapeut_innen (abgesehen von speziellen orthopädischen Hilfsmitteln). Dadurch ergibt sich die in Teil I beschriebene Vielfalt an Betätigungsfeldern in Krankenhäusern, genauso wie im Hausbesuch bei einzelnen Patient_innen.

Vor diesem Hintergrund wird der Indikator als erfüllt beurteilt.

6. Leitwert: Koexistenz

Unterfragen: Kann das Subsystem angemessen auf seine Umweltsysteme reagieren? Wie trägt es zur Befähigung des Gesamtsystems bei, auf Umwelteinflüsse zu reagieren?

Indikator 1: Physiotherapie als eigenständiges Angebot erfolgt gemeinsam mit anderen Gesundheitsdienstleistungen.

Indikator 2: Physiotherapie kann die positiven Effekte anderer Gesundheitsdienstleistungen unterstützen und verstärken.

Beurteilung: Erfüllt

Die Behandlungsinterventionen, die im Rahmen der Physiotherapie angewendet werden, können sehr wohl für sich alleine stehen und eine beachtliche Wirkung erzielen. Um aber einem holistischeren Anspruch gerecht zu werden, ist es sinnvoll, Physiotherapie mit anderen Maßnahmen zu kombinieren und sich mit anderen Professionen zu vernetzen. Aus dieser Idee entsteht auch die enge Zusammenarbeit von Physio-, Ergotherapeut_innen mit zum Beispiel Logopäden_innen oder Orthopädischen Fachkräften. Die Zusammenarbeit der aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen stammenden Professionen findet man in Haiti in allen Institutionen, in denen Physiotherapie angeboten wird. Lediglich die selbstständig arbeitenden Rehabilitationstechniker_innen, welche von HHHI bereits vor dem Erdbeben ausgebildet wurden, scheinen davon eine Ausnahme zu bilden. Die positive Verstärkung anderer Dienstleistungen liegt ebenfalls in der Natur der Physiotherapie und begründet erst ihren hohen Stellenwert in der Rehabilitation, der ebenfalls bereits in Teil 1 diskutiert wurde. Damit wird der sechste Indikator als erfüllt bewertet.

(Von der Autorin adaptierter Evaluierungsrahmen nach Bossel 2007: 94f)

Zusammenfassend zeigt die Tabelle, dass die drei Leitwerte Existenz, Wandlungsfähigkeit und Koexistenz zum Zeitpunkt der Recherche im Sinne der Nachhaltigkeit erfüllt waren, während der Leitwert Sicherheit nur teilweise angesprochen wurde. Hervorzuheben ist, dass keiner der Leitwerte vollkommen außer Acht gelassen wurde.

Ein solches Indikatorenset kann zugegebenermaßen sehr umfangreich werden und es ständig zu beobachten, eine Herausforderung sein. Bossel 2007 empfiehlt daher, sich in der Praxis, nach dem Prinzip des schwächsten Glieds in der Kette, auf jene Subsysteme zu konzentrieren, die gegenwärtig nicht nachhaltig sind. (Bossel 2007: 95) Das mittels der Tabelle identifizierte schwächste Glied ist die Sicherheit. Im Falle einer weiteren „Acute-on-Chronic“ Katastrophe besitzen die Institutionen, die Physiotherapie anbieten, keine Notfallstrategien und wären erneut auf die Hilfe externer Akteur_innen angewiesen. Ebenso wurden in der Tabelle Mängel hinsichtlich der Leitwerte Wirksamkeit und Handlungsfreiheit identifiziert.

Der große Knackpunkt ist hier die Ausbildung. Die Logik der Ausbildungsmechanismen in Haiti wurde in Teil II der Arbeit ausgiebig erläutert. Die Tatsache, dass HI und CBM trotz der engen Zusammenarbeit mit HHHI, die Ausbildungsbemühungen HHHIs vor dem Erdbeben wiederholt in öffentlichen Publikationen negieren oder ignorieren, erfordert eine Klärung seitens der Organisationen. Weiters hat die Evaluation von Bigelow (2010) gezeigt, dass eines der Hauptprobleme der Ausbildung die fehlende staatliche Anerkennung darstellt. Auch bei den von HI unterstützten Ausbildungsprogrammen sind erneut nur NGOs (HHHI und die Universität Don Bosco) mit der Ausführung betraut. Staatliche Akteur_innen scheinen einmal mehr von diesem Prozess ausgeschlossen zu sein.

Gleichzeitig muss aber eingeräumt werden, dass mit dem Unternehmen Hangar Inc. ein neuer Akteur den Rehabilitationssektor in Haiti als Bühne benutzt. Hangar hat sich in seinen Statements bereits öffentlich dazu verpflichtet, langfristig in Haiti aktiv zu sein. Ein langfristiges Angebot von Prothesen und Orthesen erfordert aber auch das dazugehörige, angemessen ausgebildete Personal. Aufgrund der Größe des Akteurs, die sich in seinen finanziellen Ressourcen und dem damit einhergehenden politischen Gewicht widerspiegelt, könnte es Hangar Inc. durchaus gelingen, ein Ausbildungsprogramm abseits der staatlichen Strukturen zu etablieren bzw. neue Impulse am Stellenmarkt für Rehabilitationspersonal zu setzen.

Im Bereich der Handlungsfreiheit ist positiv anzumerken, dass der Anspruch von CBR-Projekten generell die Adressierung der vor allem ländlichen Bevölkerungsgruppen forciert. Mit der Perspektive, dass die Langzeitplanung der Organisationen noch weitere CBR-Projekte einschließt, ist hier die Chance, Physiotherapie auch in bisher noch exkludierten Regionen zu etablieren, positiv hervorzuheben.

Diese Feststellungen werden unterstützt von einer 2013 durchgeführten Erhebung der Lebensumstände von MmB in Haiti. Die Studie wurde vom SEIPH in Zusammenarbeit mit der London School of Hygiene and Tropical Medicine, dem International Centre for Evidence in

Disability, the Foundation Internationale de la Recherche Appliquée sur le Handicap und HI durchgeführt. Dabei wurden, unter anderem, 178 MmB zum Angebot spezifischer Dienstleistungen für MmB befragt. Es wurde erhoben, welche Dienstleistungen den MmB überhaupt bekannt waren (vgl. Leitwert Existenz), welche sie laut eigenem Ermessen benötigen würden und welche sie tatsächlich in Anspruch nehmen. Das Ergebnis bezüglich der medizinischen Rehabilitation ist einigermaßen ernüchternd. Nur rund 50% der Befragten kannten Dienstleistungen der medizinischen Rehabilitation, welche eindeutig auch als Physio- oder Ergotherapie deklariert worden waren. 46% der Befragten gaben im Anschluss an, diese Dienstleistungen zu benötigen, aber nur 21% behaupteten, sie auch tatsächlich in Anspruch zu nehmen. (Brus/Danqua 2013: 60ff) Gründe für die Nichtinanspruchnahme waren zu gleichen Teilen der Preis sowie die lokale Verfügbarkeit. (vgl. Leitwerte Handlungsfreiheit)

In ihrer Gesamtheit können die bisher getätigten Interventionen also als bedingt nachhaltig aber mit viel Potential bewertet werden.

Abschließend werden die einzelnen Erkenntnisse der Arbeit und die Zusammenhänge der vier erläuterten Systeme in einer Conclusio zusammengefasst.

Conclusio

Das Erdbeben, so tragisch es auch war, wurde von vielen Akteur_innen als Chance gesehen, das Schicksal Haitis zu verändern. Der Slogan lautete „*build Haiti back better*.“ (Farmer 2011: 77, 91) Tatsächlich hat sich einiges seit dem Erdbeben verändert.

Besonders die öffentliche Wahrnehmung von MmB scheint sich verbessert zu haben. Dieser Vorgang wurde bereits 2011 von De Ville u.a. (2011) prognostiziert (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: VI). Ende Juli 2013 konnte das SEIPH auf seiner Homepage zahlreiche Bilder von MmB veröffentlichen, die an einem öffentlichen Karnevalszug teilnahmen und diesen sichtlich genossen (SEIPH 2013b).

Die Sichtbarkeit von MmA und die Problematik der mangelnden Versorgung von SCI-Betroffenen, die durch das Erdbeben hervorgerufen und von den Medien ausführlich dargestellt wurde, führte zu mehr Aufmerksamkeit in der breiten Bevölkerung für MmB. In Kapitel II wurde aber festgestellt, dass bereits vor dem Erdbeben seitens der Regierung und lokaler NGOs Bemühungen zur Sichtbarkeit von MmB und ihren Bedürfnissen unternommen wurden. Das Erdbeben verhalf diesen Bemühungen endlich auch breitenwirksam wahrgenommen zu werden. Dieser Vorgang wurde unter anderem dadurch unterstützt, dass die Schlussfolgerung von Behinderung als Folge von Armut und/oder einem Fluch nicht mehr zulässig war, da die Gesamtgruppe der MmB in Folge des Erdbebens zu heterogen wurde. Die Folgen des Erdbebens machten keinen Unterschied zwischen reich und arm, hell und dunkel oder Religionszugehörigkeit. Behinderung wurde plötzlich ein Thema, welches alle Menschen betreffen konnte. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 85)

De Ville de Goyet u.a. prognostizierten daher bereits 2011:

Rehabilitation and acceptance of disabilities: The earthquake also induced a significant change of perception and policies regarding disabilities in Haiti. It is a profound and permanent modification of public behaviour. Institutional changes will follow. (De Ville de Goyet/Sarmiento/Grünwald 2011: 108)

Am 5. Mai 2010 wurde die Gesetzesvorlage zur Inklusion von MmB einstimmig vom Abgeordnetenhaus angenommen und in weiterer Folge am 13. März 2012 vom Senat der Republik bestätigt. Das Gesetz garantiert MmB Recht und Zugang zu Gesundheit, Unterkunft, öffentlichen Transportmitteln, Bildung und Arbeit sowie zu Gerechtigkeit, Kommunikation, Freizeitangeboten und Sport. (Journal Officiel de la Republique d’Haïti 2012: Artikel 10; a-e). Außerdem verpflichtet sich die Regierung in den Artikeln 15-19 zur Einführung von Ausbildungsprogrammen von Rehabilitationpersonal an den medizinischen Fakultäten und Schulen für Krankenpflegepersonal. Weiters ist es Ziel, dass zumindest ein öffentliches Krankenhaus pro Region über ein Departement für spezielle Rehabilitation verfügt. Hervorzuheben

ist Artikel 19, welcher private Gesundheitseinrichtungen dazu verpflichtet, MmB ein Minimum an kostenlosem Service anzubieten. Die genaue Definition dieses Angebotes ist zwar noch zwischen der Privatinstitution und dem MSPPP auszuhandeln, spiegelt aber den Ansatz der kostenlosen Gesundheitsversorgung wider.

Die Inhalte des Gesetzes spiegeln den hohen Stellenwert wider, der Rehabilitationsmaßnahmen formal zugesprochen wird. Dies gilt für Haiti ebenso wie im internationalen Diskurs: *“They [thousands of Physiotherapists from around the world] also have indirectly helped to propel physical therapy into the mainstream of humanitarian aid and relief.”* (Landry 2010: 974)

Es scheint also, als würden die Systeme lokale Gegebenheiten und internationaler Diskurs perfekt miteinander harmonieren. Gemeinsam mit der durch das Erdbeben kreierten öffentlichen Aufmerksamkeit und dem Engagement eines großen Privatkonzerns hätten sich so optimale Bedingungen zur Implementierung von Rehabilitationsmaßnahmen geboten. Trotzdem sind die von Brus/Danquah (2013) bereits angesprochenen Daten zum Angebot von Rehabilitationsservices mit einer Bekanntheitsrate von Physiotherapie von nur rund 50%, von denen wiederum nur die Hälfte die Möglichkeit einer Inanspruchnahme derselbigen hat, eher ernüchternd. (Siehe Kapitel 5.3.) Der Grund für diese Diskrepanz liegt in der Interaktion der Interventionen nach dem Erdbeben mit den lokalen Gegebenheiten. Die mangelnde Handlungsfähigkeit und Wirksamkeit, im Sinne von mangelnder Ausbildung respektive zu wenig Rehabilitationspersonal bzw. die Vernachlässigung ruraler Gebiete, sind hier als die Hauptgründe zu nennen. Um der Theorie Bossels (2007) zu folgen, bedeutet dies, dass es, solange die Indikatoren für die Leitwerte zur nachhaltigen Systemveränderung nicht erfüllt werden können, zu keiner doppelten Kontingenz dieser beiden Systeme kommt. Das bedeutet aber auch, dass es ebenso lange zu keiner langfristigen Verankerung eines flächendeckenden Angebots von Physiotherapie im Rahmen des Gesundheitssystems kommen wird.

Um zu meiner Prämisse am Beginn der Arbeit zurückzukehren, bleibt es, bildlich gesprochen, abzuwarten, ob der Nussbaum der EZA im Garten von Haitis MmB auch in den nächsten Jahren Früchte trägt.

Das größere Ziel der Arbeit war es, die Mechanismen und Interdependenzen, denen die Projekte der EZA unterliegen, aufzuweisen. Die Problematiken, die sich in den Bereichen Agency, mangelnde Koordination, subtil unter- und determinierender ökonomische Interessen und der unnötigen Proliferation von (I)NGOs gezeigt haben, finden sich in den verschiedensten Kontexten der EZA ebenso wieder, wie das von manchen (I)NGOs praktizierte Flag-Waving oder Zielformulierungen mit dem (alleinigen) Fokus auf Big Hits.

Trotzdem, und ähnlich Schuller (2007) und Lahens (2011), möchte auch ich hier darauf hinweisen, dass nicht alle Aspekte der EZA per se schlecht sind. Vielmehr war es mein persönliches Ziel, mit dieser Arbeit die Aufmerksamkeit auf den größeren Kontext und die Zusammenhänge zu lenken, denen jedes noch so kleine EZA-Projekt unterliegt. In diesem Sinne möchte ich jede_n Akteur_in der EZA dazu auffordern, sich vor der Planung und vor allem Durchführung von EZA-Projekten mit dem System, in dem er_sie sich befindet, ebenso wie mit den verschiedenen Systemumwelten auseinanderzusetzen. Nur wer die Systeme kennt, kann sie von innen heraus verändern. Luhmann muss nicht immer Recht haben.

Interessierte Leser_innen finden im Anhang noch ein Interview, welches in der Jänner-Ausgabe der *WCPT News* mit Ivens Louius, Gründer der *Haitianischen Foundation of Rehabilitation*, veröffentlicht wurde.

Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit war es, herauszufinden, wie der internationale Diskurs, lokale Gegebenheiten, die Auswirkungen des Erdbebens 2010 und die spezifischen Interventionen von INGOs miteinander agieren, um eine nachhaltige Veränderung in Haitis Gesundheitssystem zugunsten von MmB zu erreichen. Um diese Fragestellung zu beantworten, wurde zuerst der internationale Entwicklungsdiskurs, der die EZA und ihre Projektinterventionen beeinflusst, beleuchtet. Da Nachhaltigkeit nur im lokalen Kontext bewertet werden kann, wurde in einem zweiten Schritt die Situation in Haiti vor dem Erdbeben analysiert. Es wurde dabei besonders auf die Stellung und die Rolle von MmB innerhalb der Gesellschaft, das haitianische Krankheitsbild und das System der Gesundheitsversorgung in Haiti sowie seine Akteur_innen eingegangen.

Das tragische Erdbeben 2010 wurde als extrinsischer Faktor gesehen, der die Aufmerksamkeit sowohl auf Haiti als auch seine unter der chronischen Krise leidenden Bewohner_innen lenkte. Besonders Menschen mit Behinderung und allen voran Menschen mit Amputationen rückten dabei in den Vordergrund und riefen viele internationale EZA-Akteur_innen auf den Plan, dem aktuellen Entwicklungsdiskurs Folge zu leisten. Es waren aber dieses Mal nicht nur klassische non-profit EZA-Akteur_innen, sondern auch privatwirtschaftliche Unternehmen, die Interesse an Haitis Gesundheits- und Rehabilitationssektor bekundeten und aktiv wurden. Unter Berücksichtigung dieses Aspekts wurde in der vorliegenden Arbeit versucht, die Dynamik der Interventionen im Rehabilitationsbereich herauszuarbeiten. Der Fokus lag dabei auf den Interventionen der beiden internationalen *Organisationen Handicap International* und *Christoffel Blinden Mission* und der lokalen NGO *Healing Hands for Haiti International Foundation*. Abschließend wurden diese Interventionen unter Zuhilfenahme der Systemtheorie auf ihre Nachhaltigkeit hinsichtlich einer langfristigen Implementation von Physiotherapie in das haitianische Gesundheitssystem geprüft. Das Ergebnis der Untersuchung ergab eine bedingte Nachhaltigkeit mit viel Potential vor dem Hintergrund fehlender Krisenmechanismen. Weitere Kritikpunkte, die identifiziert wurden, betrafen die Ausbildung von Rehabilitationspersonal und die Vernachlässigung der ruralen Gebiete.

Weiters war es möglich, verschiedene Problematiken und deren Folgen, denen Projekte der EZA generell unterliegen, aufzuzeigen und kritisierbar zu machen. Dazu gehörten unter anderem die Proliferation von (I)NGOs, die mangelnde Koordination zwischen den einzelnen Akteur_innen und das Auftreten subtiler ökonomischer Interessen. Es wurde deutlich, dass Akteur_innen der EZA und NGOs dazu angehalten sind, Regierungen an ihre Verpflichtungen gegenüber der Bevölkerung zu erinnern und sie gleichzeitig bei der Erfüllung derselbigen zu unterstützen ohne sie zu ersetzen.

Weiters konnten im Zuge der Arbeit zahlreiche positive Tendenzen identifiziert werden, die darauf schließen lassen, dass sich die Wahrnehmung von MmB auch in Zukunft im Sinne einer Anerkennung ihrer Bedürfnisse und Rechte als „inklusiv“ Partizipierende der Gesellschaft entwickeln wird. Dies gilt für Haiti ebenso wie für MmB in anderen Länderkontexten.

Verzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Die International Classification of Function, Health and Disability.

(ICF nach Rentsch/Bucher 2005: 19 adaptiert durch Hattmannsdorfer: 19ff)

Abb. 2: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (Rentsch/Bucher 2005: 25)

Abb. 3: Twin Track Approach (CBM 2008: 24)

Abb. 4: Die Bevölkerungspyramide Haitis 2005. (PAHO 2007: 415)

Abb. 5: Verteilung der Verletzungen nach dem Erdbeben (O'Connell/Shivji/Calvon 2010: 6)

Abb. 6: Das Netzwerk des Health-Subcluster „Injury, Rehabilitation and Disability“

(Tataryn/Blanchet 2012: 12)

Abb. 7: CBR-Matrix (CBM 2013a)

Literaturverzeichnis

Bücher und Sammelbände:

Akude, John Emeka (2011): Theorien der Entwicklungspolitik. Ein Überblick. In: König, Julian; Thema, Johannes [Hrsg.] (2011): Nachhaltigkeit in der Entwicklungszusammenarbeit. Theoretische Konzepte, strukturelle Herausforderungen und praktische Umsetzung. Reihe: Globale Gesellschaft und internationale Beziehungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. S. 69-96.

Babic, Bernhard (u.a.) (2011): Vorwort. In: Sedmak, Clemens (u.a.) (2011): Der Capability-Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten Überlegungen zur Anschlussfähigkeit eines entwicklungspolitischen Konzepts. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Heidelberg. S. 7-10.

Berghaus, Margot (2004) [2. Auflage]: Luhmann leicht gemacht. Böhlau Verlag: Köln.

Bossel, Hartmut (2007): Systemtheoretische Konzepte sozialer Nachhaltigkeit. In: Beckenbach, Frank; Hampicke, Ulrich; Leipert, Christian (u.a.): Soziale Nachhaltigkeit. Jahrbuch Ökologische Ökonomik. Band 5, Metropolis Verlag: Marburg. S. 73-98.

Brodwin, Paul (1996): Medicine and Morality in Haiti. Cambridge University Press: Cambridge.

Caspari, Alexandra (2004): Evaluation der Nachhaltigkeit von Entwicklungszusammenarbeit. Zur Notwendigkeit angemessener Konzepte und Methoden. Reihe: Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung. Bd. 3, VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.

Farmer, Paul (2011): Haiti after the Earthquake. PublicAffairs: United States of America.

- James, Erica Caple (2010): Democratic Insecurities. Violence, Trauma, and Intervention in Haiti. University of California Press: Berkely/Los Angeles.
- Kneer, Georg; Nassehi Armin (2000) [4. Aufl.]: Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme. Wilhelm Fink Verlag: München.
- König, Julian (2011): Entwicklung und Nachhaltigkeit. In: König, Julian; Thema, Johannes [Hrsg.] (2011): Nachhaltigkeit in der Entwicklungszusammenarbeit. Theoretische Konzepte, strukturelle Herausforderungen und praktische Umsetzung. Reihe: Globale Gesellschaft und internationale Beziehungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. S. 41-68.
- Lahens, Yannick (2011): Und plötzlich tut sich der Boden auf. Ein Journal. Rotpunktverlag: Zürich.
- Luhmann, Niklas (1984): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Suhrkamp Verlag: Frankfurt am Main.
- Nussbaum, Martha C. (2011): Creating Capabilities. The Human Development Approach. The Belknap Press of Harvard University Press: Cambridge England.
- Rentsch, Hans Peter; Bucher, Peter O. (2005): ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag. Schulz-Kirchner Verlag: Idstein.
- Sen, Amartya (1999): Development as Freedom. Oxford University Press: Oxford/New York.
- Sommerfeld, Johannes (1994): Körper, Krise und Vodou. Eine Studie zur Kreolmedizin und Gesundheitsversorgung in Haiti. Medizinkulturen im Vergleich Bd. 5, LIT Verlag: Münster.

Artikel und Paper

- ADB (2000): Technical Assistance for Identifying Disability Issues Related to Poverty Reduction. November 2000. TAR: OTH 33529.
- Albert, Bill; Dube A.K.; Riis-Hansen, Trine Cecilie (2005): Has Disability Been Mainstreamed into Development Cooperation? July 2005. Disability, Knowledge and Research Programme.
- Axelsson, Charlotte (2008): A Guidance Paper for an Inclusive Local Development Policy Mainstreaming Disability in Development Cooperation To Break the Cycle of Poverty and Disability in Developing Countries Background information Tools for action at local level Support material. Handicap International/SHIA/Handikapp Förbunden.
- Bielefeldt, Heiner (2009): Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechts-konvention. Deutsches Institut für Menschenrechte.

- Bigelow, Jeffrey K. (2010): Rehabilitation in Practice. Establishing a training programme for rehabilitation aides in Haiti: Successes, challenges, and dilemmas. In: Disability and Rehabilitation, 2010; Vol. 32, Nr. 8, S. 656–663.
- Brigelow, J.; Korth, M.; Jacobs, J. (u.a.) (2004): Rehabilitation in Practice. A Picture of amputees and the prosthetic situation in Haiti. In: Disability and Rehabilitation (2004), Vol. 26, No. 4, S. 246-252.
- Brus, Aude; Danquah Lisa (2013): La Representation et l'évaluation du handicap en Haiti (Port-au-Prince, 2012). Recherche et Études. Direction des Ressources Techniques International Centre for Evidence in Disability.
- CBM (2008): Make Development inclusive. How to include the perspectives of Persons with Disabilities in the Project Cycle Management Guidelines of the EC. Concepts and Guiding Principles.
- CBM (2010a): Helping Haiti rebuild. The first six month's of CBM's emergency Response in Haiti. CBM.
- CBM (2010b): Haiti one year after: Rising from the ruins. CBM helps rebuild lives and livelihood in Haiti. CBM: o.A.
- Chancy, Myriam J.A. (2011): Desecrated bodies/phantom limbs: Post-traumatic reconstructions of corporeality in Haiti/Rwanda. In: Atlantic Studies. Vol. 8, Nr. 1, S. 109-123.
- Clerisme Calixte; Compere, Michel-Ange; Sanon, Jean Chevalier (2009): Rapport Etude sur les Conditions de Vie des Personnes Handicapées en Haïti. Pour le compte de la Fédération Haïtienne des Association et Institutions des Personnes Handicapées d'Haïti (FHAIPH). Dezember 2009. FHAIPH/Centre de Recherche pour le Développement.
- De Ville de Goyet, Claude; Sarmiento, Juan Pablo; Grünewald Francois (2011): Health Response to the Earthquake in Haiti January 2011. Lessons to be learned for the next massive sudden-onset disaster. PAHO: Washington.
- DFID (2000): Disability, Poverty and Development. Issues Paper des Department for International Development.
- Frediani, Alexandre Apsan (2010): Sen's Capability Approach as a framework to the practice of development. In: Development in Practice. Vol. 20, Nr. 2, April 2010. S. 173-187.
- Gutenbrunner, Christoph; Ward, Anthony B.; Chamberlain, Anne M. (2006): White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. European Board of Physical and Rehabilitation Medicine/European Society for Physical and Rehabilitation Medicine: o.A.
- Hernández Ramírez, Carolina (2011): Project Completion (Final) Report to U.S. Agency for International Development (USAID)/Haiti Protection of Vulnerable Groups-Woman and Disabled Program (April 2009-May 2011). Grant # 521-G-00-09-00026-00. July, 2011. Organization of American States: o.A.

- HI (2010a): Six Months of Action by Handicap International. Haiti Situation Update. Updated: July 15, 2010. Handicap International: US.
- HI (2010b): Nine Months of Action by Handicap International. Haiti Situation Update. Updated: 10/14/2010. Handicap International: o.A.
- HI (2011): 18 Months of action in Haiti. Situation Report. Updated: July 6, 2011. Handicap International: US.
- Landry, Michel D. (2010): Physical Therapists in Post-Earthquake Haiti: Seeking a Balance Between Humanitarian Service and Research. In: Journal of the American Physical Therapy Association. Vol. 90, Nr. 7, S. 974-976.
- Landry, Michel D.; O'Connell, Colleen; Tardif, Gaetan (u.a.) (2010): Perspectives in Rehabilitation. Post-earthquake Haiti: the critical role for rehabilitation services following a humanitarian crisis. In: Disability and Rehabilitation, 2010, Vol. 32, Nr. 19, S. 1616-1618.
- O'Connell, Collin; Shivji, Aleema; Calvot, Thomas (2010): Earthquake of 12th, January, 2010. Haiti. Preliminary findings about persons with injuries. Greater Port au Prince Area. 15-26 January, 2010. Handicap International: o.A.
- OECD (2001): The DAC Guidelines. Strategies for Sustainable Development: Guidance for Development Co-operation. OECD Publications Service: Paris.
- PAHO (2007): Countries. Haiti. In: Health in the Americas. Vol. 2, S. 412-429.
- Pean, Michel Archange (2011): Haïti: un modèle d'exclusion, un échantillon de lutte pour l'inclusion des Personnes Handicapées dans le Tiers Monde. Intervention à la Commission des Affaires Sociales et de l'Environnement du Parlement Européen. 16. März 2011. Secrétaire d'Etat à l'Intégration des Personnes Handicapées d'Haïti.
- Rencoret, Nicole (u.a.) (2010): Haiti Earthquake Response Context Analysis July 2010. AL-NAP: o.A.
- Schuller, Mark (2007): Invasion or Infusion? Understanding the role of NGOs in Contemporary Haiti. In: The Journal of Haitian Studies. Vol. 13, Nr. 2, 96-119.
- Schuller, Mark (2009): Gluing Globalization: NGO as Intermediaries in Haiti. In: Political and Legal Anthropology Review. Vol. 32, Nr. 1, S. 84-104.
- Schulze, Marianne (2010): Understanding the UN Convention On the Rights Of Persons With Disabilities. A Handbook on the Human Rights of Persons with Disabilities. July 2010. Handicap International: New York.
- SEIPH 2009: Politique National. Les Grandes Orientations. September 2010. SEIPH: Haiti.
- Sen, Amartya (2005): Human Rights and Capabilities. In: Journal of Human Development. Vol.6, Nr. 2, S. 151-166.
- Steets, Julia; Grünewald, Francois; Binder, Andrea (u.a.) (2010): Cluster Approach Evaluation 2. Synthesis Report. IASC Cluster Approach Evaluation, 2nd Phase April 2010. Urgence réhabilitation développement; Global public policy institute: Berlin/Plaisians.

- Tataryn, Myroslava; Blanchet, Karl (2012): Giving with one hand... Evaluation of Post-Earthquake Physical Rehabilitation Response in Haiti, 2010 -. A systems analysis. International Centre for Evidence in Disability: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- UNICEF (2006): Child Alert: Haiti. No. 2, March 2006.
- UN Department of Economic and Social Affairs Statistics Division (2012): World Statistics Pocketbook 2011. United Nations: New York.
- WCPT (2013): Policy Statement. Description of physical therapy. WCPT Secretariat: London.
- WHO (2010): Public Health Risk Assessment and Interventions. Earthquake: Haiti. January 2011. Disease Control in Humanitarian Emergencies Department of Global Alert and Response: Genf.
- Yeo, Rebecca (2005): Disability, poverty and the new development agenda. September 2005. Disability, Knowledge and Research Programme.

Internetseiten

- Adofi (2010): Código de Ética. Guía para el comportamiento profesional de los miembros de la Asociación. <http://adofi.wordpress.com/codigo-de-etica/> [Zugriff: 20.08. 2013]
- CBM (2011): First CBR programme in Haiti. <http://www.cbm.org/First-CBR-programme-in-Haiti-316368.php> [Zugriff: 25.09.2013]
- CBM (2013a): The CBR-Matrix. <http://www.cbm.org/The-CBR-matrix-272242.php#> [Zugriff: 25.09.2013]
- CBM (2013b): North Haiti Rehabilitation Center. <http://www.cbm.org/programmes/North-Haiti-Rehabilitation-Centre-317830.php> [Zugriff: 25.09.2013]
- CBM (2013c): Orthopaedic Surgery and Rehabilitation Services through inpatient, outpatient and community. <http://www.cbm.org/programmes/Orthopaedic-Surgery-and-Rehabilitation-Services-through-inpatient,-outpatient-and-community-317814.php> [Zugriff: 25.09.2013]
- CBM (2013d): Spinal Cord Injury Care and Rehabilitation Programme. <http://www.cbm.org/programmes/Spinal-Cord-Injury-Care-and-Rehabilitation-Programme-317822.php> [Zugriff: 25.09.2013]
- CIA Factbook (2013): The World Factbook: Haiti. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ha.html> [Zugriff: 01.09.2013]
- Clabaugh, Jeff (2010): Hanger Orthopedics sending artificial limbs to Haiti. In: Washington Business Journal online. 21. Juli. 2010. <http://www.bizjournals.com/washington/stories/2010/07/19/daily30.html> [Zugriff: 25.09.2013]

- Commission on Environment and Development (1987): Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future. <http://www.un-documents.net/wced-ocf.htm> [Zugriff: 10.08.2013]
- Cooper, Charlie (2013): Physiotherapists in UK can now independently prescribe medication to their patients in world first. In: The Independent. Dienstag, 20. August 2013. <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/physiotherapists-in-uk-can-now-independently-prescribe-medication-to-their-patients-in-world-first-8775378.html> [Zugriff 06.09.2013]
- Core Physiatry (2013): A History of Physiotherapy (Physical Therapy). <http://www.chiropractorswarwick.co.uk/index.php/about-chiropractors-warwick/a-history-of-neuromusculoskeletal-healthcare/a-history-of-physiotherapy-physical-therapy/> [Zugriff: 20.08.2013]
- Dugan, Ianthe Jeanne (2010): For Haiti's Countless Amputees, a Hard Road Ahead. Aid Groups Seek to Build a System for the Thousands Who Lost Limbs in the Earthquake. Wall Street Journal, Europe division, 08.02.2010. <http://online.wsj.com/article/SB10001424052748704041504575045630456902538.html> [Zugriff: 25.09.2013]
- FONHARE (2013): History. FONHARE, Fondation Haïtienne de Réhabilitation (Haitian Foundation of Rehabilitation). <http://www.fonhare.org/about-us/> [Zugriff: 05.10.2013]
- Hanger Prosthetics and Orthotics Inc. (2010): Hanger helps those in need in Haiti. <http://www.hanger.com/pages/haitirelief.aspx> [Zugriff: 25.09.2013]
- HI (2009): Behinderung in Entwicklungsländern – ein Überblick. 12/2009 <http://www.handicap-international.de/behinderung/behinderung-und-menschenrecht/3-dezember-2009-marokko/behinderung-in-entwicklungslaendern.html> [Zugriff: 02.01.2013]
- HI (2013a): Haiti – 3 Years Later. http://www.handicap-international.us/haiti_earthquake_3_years_later [Zugriff: 10.09.2013]
- HI (2013b): Rehabilitation. The first steps towards autonomy. http://www.handicap-international.org.uk/what_we_do/rehabilitation/index [Zugriff: 25.09.2013]
- HI UK (2013): Three years after the earthquake: Empowering the people of Haiti. Handicap International UK. Thomas Reuters Foundation, Fr. 26.4.2013. <http://www.trust.org/item/20130112132200-o6j0t/> [Zugriff: 25.09.2013]
- Hôpital Albert Schweitzer (2012): HAS recognized at Hanger 150th Anniversary. 20. Februar 2012. <http://www.hashaiti.org/blog/has-recognized-hanger-150th-anniversary> [Zugriff: 25.09.2013]

- Jacobson Erik (2003): An Introduction to Haitian Culture for Rehabilitation Service Providers. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange. <http://cirrie.buffalo.edu/culture/monographs/haiti.php> [Zugriff: 15.09.2013]
- Magloire Laurence (2008): CES: 32 Ans d'éducation en Haiti. YouTube. <http://www.youtube.com/watch?v=DKPg hmPPuxE> [Zugriff: 20.09.2013]
- NZ Society of Physiotherapists (2013): Hītori - Tae Ora Tinana. http://www.100yearsofphysio.co.nz/document-library/branches-and-special-interest-groups/hitori-tae-ora-tinana/#.UiovuT_GgfF [Zugriff: 20.08.2013]
- OECD (o.J.): Paris Declaration and Accra Agenda for Action. <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/parisdeclarationandaccraagendaforaction.htm> [Zugriff: 24.08.2013]
- Project Hope (2012): PROJECT HOPE and Partners To Launch Comprehensive Program to Benefit Haitians with Disabilities. Millwood, Virginia, August 23, 2012. <http://www.projecthope.org/news-blogs/press-releases/project-hope-and-partners-to.html> [Zugriff: 19.9.2013]
- ReliefWeb (2007): Haiti: Plus de respect pour les personnes handicapées. Report from the UN Stabilization Mission in Haiti. Published: 4. Dezember 2007. OCHA. <http://reliefweb.int/report/haiti/ha%C3%Afti-plus-de-respect-pour-les-personnes-handicap%C3%A9es> [Zugriff: 12.09.2013]
- SEIPH (2013a): Foyer d'Amour, près de 20 ans dans la formation spéciale en Haïti. <http://www.seiph.gouv.ht/foyer-d%E2%80%99amour-pres-de-20-ans-dans-la-formation-speciale-en-haiti/> [Zugriff: 19.9.2013]
- SEIPH (2013b): 28-30 Juillet 2013: Des personnes handicapées ont participé au défilé du Carnaval. <http://www.seiph.gouv.ht/28-30-juillet-2013-des-personnes-handicapees-ont-participe-au-defile-du-carnaval/> [Zugriff: 30.09.2013]
- The O&P Edge (2012): An Update on the Hanger Clinic in Haiti. In: The O&P Edge online 2012. Februar 2012. http://www.oandp.com/articles/2012-02_05.asp [Zugriff: 25.09.2012]
- UN enable (o.J.): Factsheet on Persons with Disabilities. <http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=34&pid=18#text> [Zugriff: 03.09.2013]
- UN enable (2012): Convention and Optional Protocol Signatures and Ratifications. <http://www.un.org/disabilities/countries.asp?navid=12&pid=166> [Zugriff: 03.09.2013]
- UN Rule of Law (o.A.): Non-governmental Organizations. http://www.unrol.org/article.aspx?article_id=23 [Zugriff: 12.09.2013]
- WCPT (2013a): World Confederation for Physical Therapy. <http://www.wcpt.org/> [Zugriff: 20.08.2013]

WCPT (2013b): A Haitian Physical Therapist battling to rebuild his country. WCPT News January 2013. <http://www.wcpt.org/node/52802> [Zugriff: 05.10.2013]

WHO (2013): Health Topics. Disabilities. <http://www.who.int/topics/disabilities/en/> [Zugriff: 1.9.2013]

Konventionen und Gesetze

Convention on the Right of People with Disabilities (CRPWD). December 2006. United Nations. <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> [Zugriff: 03.09.2013]

Loi portant sur l'intégration des personnes handicapées. Republique d'Haïti. Journal officiel de la republique d'Haïti. 167ème Année No. 79, 21 Mai 2012: Port-au-Prince.

Anhang

Im Anhang folgen nun eine englische Zusammenfassung der Arbeit sowie ein Interview der WCPT News mit dem haitianischen Physiotherapeuten Ivens Louius von der Organisation *Foundation Haïtienne de la Réhabilitation* und ein Lebenslauf.

English Summary

Implementation of Physical Therapy for People with Disabilities in the Aftermath of the Haitian Earthquake 2010

A systems sustainability analysis

The aim of this work was to reveal the interactions of international discourse, local circumstances, and the specific interventions of various actors in an effort to create a sustainable change in the Haitian health system in favour of people with Disabilities. This author chose to use a systems theory approach to try to uncover the interaction mechanism and answer questions of sustainability. The first part of this work illuminates the international discourse on the Rights of People with Disabilities. The discourse has undergone constant change before culminating in the broad acceptance of the social model and its anticipation by the *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. The perception was explained due to the promotion of the rights based capability approach and its reflection by various policy papers of the international community.

In order to evaluate the sustainability of taken action it is vital to examine the local context, including the Haitian perception of people with disabilities, locally existing concepts of disease and the general Haitian health-system as well as its actors.

Furthermore the massive earthquake rocking Haiti in January 2010 is perceived as an extrinsic factor, putting Haiti and its on-going crisis back into the international spotlight. Moreover the massive destruction attracted uncountable international actors who flooded the country with the best intentions and goodwill. Linked to the international discourse on people with disabilities it was especially people with disabilities in general, and even more specifically, people with amputations and spinal cord injuries upon who's specific needs international actors attention was centred.

In the case of Haiti though, it was also not only classic non-profit actors who were entering the stage of the rehabilitation sector but also big and financially well equipped companies, e.g. Hanger Inc., a North-American orthopaedic devices producing enterprise which opened its own clinic in Deschappelles after the earthquake together with other NGOs.

Through study and reflection on the international discourse, as well as the local circumstances, and the destruction resulting from the massive earthquake; this work aimed to create a working framework that can be used to evaluate the sustainability of the taken actions by two international NGOs namely Christoffel Blinden Mission and Handicap International and one local Haitian NGO called Healing Hands for Haiti International Foundation.

The use of an adapted sustainability evaluation framework showed that the interventions of the international NGOs were only partly sustainable, though with big potential. Important points of criticism were the missing plan on sustaining provision of physiotherapy when and if other crises were to hit the country, and the training programmes which were provided without national accepted degrees and were lacking of at least national regulations and the disregard of rural areas by the interventions.

The broader goal of this work was to reveal problem generating mechanisms of international co-operations and their consequences in order to illuminate and criticise them. These general mechanisms result in the proliferation of NGOs and are linked to the lack of government accountancy. Another identified side-effect was the missing co-ordination of actors, subtle economic interests and the problem of flag-waving international NGOs longing for attention. Conversely some trends confirm the positively changed perception of people with disabilities within the society, which may lead to future full “inclusion” of people with disabilities as equal participants of society in Haiti as well as globally.

Interview: A Haitian Physical Therapist battling to rebuild his country

Folgendes Interview wurde im Februar 2013 in den *WCPT News online* veröffentlicht. (WCPT 2013b) Die Organisation (FONHARE) wurde von Ivens Louius offiziell 2011 gegründet. Die Aktivitäten der Organisation umfassen ein Rehabilitationsprogramm und weitere Projekte, um auf MmB aufmerksam zu machen. Louius stammt ursprünglich aus Gonaïve und absolvierte seine Ausbildung zum Physio- und Ergotherapeuten in der Dominikanischen Republik. Weiters besitzt er einen Master der Argentinischen CAECE Universität in „*Prevention and Rehabilitation of Musculoskeletal Injuries*“. (FONHARE 2013)

A Haitian physical therapist battling to rebuild his country

Two years on from the earthquake that devastated Haiti, physical therapists are still working to rehabilitate people and rebuild services. But it isn't easy. Haitian physical therapist Ivens Louius is founder of the Haitian Foundation of Rehabilitation (FONHARE). He has been working with WCPT's North America Caribbean Region (NACR) and has participated in the region's meetings. Here he tells Stacy de Gale, NACR regional Chair, about discriminatory attitudes, resource shortages and lack of professional rehabilitation skills.

Stacy de Gale: What challenges have you faced working as a physical therapist in Haiti?

Ivens Louius: Initially, I had great difficulty getting community leaders involved in organising FONHARE. It has also been difficult to change perceptions about disability. People with disabilities in Haiti have always been excluded from society and there is much work to be done to build opportunities for education and employment. There are also limited employment opportunities for Haitian physical therapists. In order to work with people in poverty who cannot pay, you must often volunteer your own time, which is what I do.

Another challenge is a lack of materials and equipment to provide the kind of therapy I would like to provide. Also, sometimes patients do not complete their duration of therapy sessions, due to lack of money for transportation.

SdG: Many people admire the tenacity of physical therapists working in Haiti. Why did you decide to stay?

IL: I wanted to be part of the change in Haiti. I wanted to bring my knowledge back and make a difference in people's lives, particularly in the north of Haiti, where there are very limited rehabilitation options. These are my people and they motivate me to stay with their willingness to go great distances just to receive therapy and with the progress they can make in their health and function.

SdG: Since the disaster of 2010, how has the face of rehabilitation changed in your country?

IL: Many more non-governmental organisations are now attempting to establish physical therapy as a permanent profession. The government is more concerned now with the issues facing people with disability and is promoting initiatives to improve rights, access, and opportunity. Before the earthquake, rehabilitation was virtually unknown, but now more people are hearing and talking about it. Some organisations are attempting to address the need for rehabilitation by training people to become rehab technicians. To me, this is not a positive move – it is not formal training, and long-term I believe it will create more problems.

SdG: Are the rehabilitative needs of the people of Haiti being met?

IL: No. Problems still exist because many disabled people are living in bad conditions and don't have access to services, and many have accessibility barriers inside their own homes. There are still so few therapists providing rehabilitation and so many more people in need of services, that this will be a challenge for a long time.

SdG: Can you tell me more about the Haitian Foundation of Rehabilitation?

IL: FONHARE is a grassroots organisation that provides both physical and occupational therapy to children and adults regardless of ability to pay. It is the only organisation providing therapy founded and led by Haitians. I am currently the only therapist on staff, but I have a rehab technician who works alongside me, and we are implementing a volunteer programme, so hope to have volunteers helping us throughout the year. We want to get funds so that we can welcome Haitian therapists who are working and studying outside of Haiti to join the FONHARE staff.

There are other physical therapy institutions in Haiti, but they are mainly run by foreigners, and most are concentrated near to Port au Prince. We operate a clinic in Ouanaminthe, and see patients with orthopaedic injuries and deformities, strokes, developmental disabilities, neurological conditions, and general pain and dysfunction. Our approach to creating lasting change for individuals involves implementing special programmes, such as the Independent Life Programme that provides accessibility at home, church, school and public places for people with disabilities. We try and change public perceptions by hosting a weekly radio education programme.

SdG: What are your dreams for physical therapy in Haiti?

IL: My dream is for all Haitian physical therapists to be able to return to Haiti to work in their country and contribute to building the rehabilitation system. I dream of having physical therapy schools in Haiti. I would like to see a Haitian Physical Therapy Association become a member of the World Confederation for Physical Therapy.

(WCPT 2013b)

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Astrid Hattmannsdorfer
Geburtstag: 20. März 1989
Geburtsort: Vöcklabruck
Staatsbürgerschaft: Österreich

Schulischer Werdegang

Seit Oktober 2011 Studium der *Physiotherapie* an der *FH-Campus Wien*
Abschluss: Juli 2014

Seit Oktober 2008 Studium der *Internationalen Entwicklung* an der *Universität Wien*

September 2010 - Absolvierung eines *Auslandssemesters in Uppsala, Schweden*
Jänner 2011 Schwerpunkt *Development Co-Operation und Sustainable Development*

Oktober 2008 - Studium der *Internationalen BWL* an der *Wirtschaftsuniversität Wien*
Juni 2009

Bisherige Berufserfahrung

Oktober 2011 - heute Seminarassistentin im *Physiozentrum für Weiterbildung (Wien)*

Juni - Juli 2011 Assistenz im Back Office, *Amrop Jenewein Wien*

Jänner - März 2011 Volontariat im Out of Home-Bereich von *FAIRTRADE Österreich, (Wien)*

Juli - August 2010 Auslandspraktikum als Englischlehrerin für die Gemeinde Akçakoca (Türkei) im Rahmen des Vereins *EDIT, Entwicklung durch Interaktion*.

Im Zuge der Ausbildung zur Physiotherapeutin wurden verschiedene, mehrwöchige Praktika in den Bereichen Allg. Rehabilitation, Orthopädie, Innere Medizin, Neurologie, Gynäkologie, Pädiatrie und Psychiatrie absolviert.

Besondere Kenntnisse und Fähigkeiten

- Sehr gute Englischkenntnisse in Wort und Schrift, gute Spanisch- und Französischkenntnisse in Wort und Schrift
- Kenntnisse in Projektmanagement, Evaluation, Rhetorik und Mediation
- Teilnahme an der *Elbe Model United Nations in Dresden (ElbeMUN)* im Mai 2010
- 2004-2008 Jungschar- und Dekanatsleiterin, Schul-Peer-Mediatorin, Schulsprecherin
- Bisherige besondere Auslandsaufenthalte: Uppsala (SE) – 5 Monate (2010), Akçakoca (TR) – 5 Wochen (2010) China (Reise) – 4 Wochen (2012)