

# Im schlimmsten Fall

## Behinderung als Folge einer Katastrophe

**Fallen Behinderte durch die Maschen des indonesischen Versorgungssystems? Welche Hilfen haben die Betroffenen mit Rückenmarksverletzungen oder anderen anhaltenden körperlichen Beeinträchtigungen bei dem Erdbeben in Zentraljava erhalten, um sich an ihr neues Leben zu gewöhnen und um wieder in einen möglichst selbstständigen Alltag zu gelangen?**

**Silke Schwarz**

Katastrophen können nachhaltige Auswirkungen auf die Gesundheit von Betroffenen haben. Besonders bei Erdbeben ist die Gefahr groß, von Trümmern getroffen oder sogar verschüttet zu werden und körperliche Verletzungen mit langfristigen Behinderungsfolgen zu erleiden. Die Überforderung des medizinischen Versorgungssystems in der Notfallsituation kann zu langen Wartezeiten mit verheerenden Auswirkungen für die Verletzten führen.

2006 ereignete sich ein derartiges Unglück in der ländlichen Region *Daerah Istimewa Yogyakarta* (DIY), Zentraljava, Indonesien.

### Verschiedene institutionelle Hilfen

Zunächst waren medizinische Versorgung und Rehabilitationen mittels Physiotherapie indiziert, die entweder in Krankenhäusern oder zu Hause stattfanden. Neben diesen körperorientierten Hilfsmaßnahmen gab es psychologische Unterstützungsangebote entweder in Gruppenform oder in Form von zweier Gesprächen. Ferner fanden Programme statt, welche die ökonomische Selbstständigkeit vorantreiben

sollten. Beispielsweise wurden Kleinkreditgruppen gegründet, wo man mittels Fertigkeitentrainings und Kapitalbereitstellung den Betroffenen neue Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt eröffnen wollte. Weiterhin wurden auch sozialarbeiterische Maßnahmen durchgeführt, die bei der Bewältigung des Alltags unterstützten. Man bemühte sich auch, die Angehörigen mit Hilfe von Psychoedukation und Beratungsgesprächen zu stützen. Diese katastrophenspezifischen Hilfsmaßnahmen waren größtenteils zeitlich begrenzt. Daraus ergibt sich die Frage, inwieweit ein langfristiger Zugang zum staatlichen Gesundheitswesen vorhanden ist.

Im Vergleich zu seinen Nachbarländern investiert der indonesische Staat wenig in sein Gesundheitssystem, so dass Krankenversicherungen selten und private Kostenübernahmen häufig sind. Besonders Arme und chronisch Kranke sind hiervon betroffen. Seit 1998 bemüht sich die Regierung darum, mittels Armutsprogrammen in Verbindung mit Krankenversicherungen das Problem anzugehen. 2005 wurde erstmalig eine gesetzliche Krankenversicherung für Arme eingeführt, die heute unter dem Namen *Jaminan Kesehatan Masyarakat* oder kurz JAMKESMAS bekannt ist. Das Programm deckt inzwischen die Krankenversicherung von 76 Millionen IndonesierInnen (von insgesamt ca. 238 Millionen Einwohnern) ab und wird als ein Schritt in die richtige Richtung beurteilt.

JAMKESMAS stellt auch die gesetzliche und finanzielle Grundlage für viele dar, die durch die bebenbedingte Behinderung fortwährende medizinische

Die Autorin ist wissenschaftl. Mitarbeiterin im Projekt »Individuelle und kollektive langfristige Bewältigung von extremem Leid und externer Hilfe nach einer Naturkatastrophe – Sinngehalte und Emotionen«.\*



Unterstützung benötigen. Die JAMKESMAS-Berechtigung ist an die Erfüllung von 14 Armutskriterien geknüpft. Sobald ein Familienmitglied beispielsweise ein Motorrad besitzt, verliert der oder die Betroffene die Berechtigung auf JAMKESMAS, wodurch der Armutskreislauf möglicherweise aufrecht erhalten wird. Insofern wird ein Anrecht auf JAMKESMAS aufgrund einer Behinderung unabhängig von den 14 Kriterien eingefordert.

Bis heute leben seit dem Beben Behinderte ohne Zugang zum Gesundheitswesen unversorgt in ihrer Gemeinde. Das liegt zum einen daran, dass die Betroffenen über ihre eigenen Ansprüche nicht informiert sind, zum anderen sind die Barrieren bei der Beantragung von Hilfen zu hoch. Die Dorfvorsteher sind beispielsweise dafür verantwortlich, die Armutskriterien und damit das Anrecht auf JAMKESMAS zu prüfen, wobei intransparentes Verhalten und Korruption den Zugang zu notwendigen Hilfen erschweren können.

### Strukturelle Probleme im Gesundheitswesen

VertreterInnen staatlicher wie nicht-staatlicher, nationaler wie internationaler Einrichtungen, beispielsweise des Gesundheitsamts oder von Handicap International, wurden 2010 von der Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, zu einem Workshop eingeladen. Dort sollte die Versorgungssituation von Personen diskutiert werden, die als Folge des Bebens von 2006 mit einer körperlichen Behinderung leben. Die diversen InteressenvertreterInnen kritisierten unter anderem die Öffentlichkeitsarbeit und Psychoedukation, die bislang zu diesem Thema geleistet wurde. Beispielsweise wurden auf Dorfebene Informationsdefizite festgestellt. So würden zwar mittlerweile die Gesundheitskader trainiert, die Multiplikation des Wissens innerhalb der Gemeinde bliebe jedoch aus. Das Umfeld empfinde behinderte Menschen größtenteils als Belastung. Zu wenige würden anerkennen, dass Behinderte bei entsprechender Unterstützung ihr Entwicklungspotential entfalten können. Das Wort »disabled person« hat sich in diesem Kontext etabliert, wonach eine behinderte Person nicht durch ihr Defizit primär gekennzeichnet ist, sondern durch ihre »different abilities«. Ein weiterer Kritikpunkt der InteressenvertreterInnen richtet sich auf die Anzahl und das Qualifizierungsmaß von denjenigen, die in diesem Bereich ar-

beiten. So fehle es an Dingen, wie der notwendigen Einweisung in die Benutzung von Geräten zur Physiotherapie. Auch die Vernetzung von medizinischen und psychologischen Betreuungsangeboten wird als unzureichend eingestuft. Ein möglicher Weg sei die Integration von PsychologInnen in die PUSKESMAS, die staatlichen Gesundheitszentren. Des Weiteren wurde die unzureichende Versorgung mit Medikamenten oder Verbänden in den PUSKESMAS aufgrund finanzieller Engpässe bemängelt. Nahezu paradox sei es, dass nicht einmal die staatlichen Gesundheitszentren ihre Gebäude behindertengerecht gestalten und sie damit den Betroffenen den Zugang zum Gesundheits- und Staatswesen verwehren.

Am 28. Oktober 2011 verabschiedete das indonesische Parlament ein Gesetz, welches 2014 in Kraft tritt und dem Land eine flächendeckende Sozialversicherung bringen soll. Insgesamt ist positiv festzuhalten, dass es bereits Programme zur Versorgung und Prävention von Behinderungsfällen gibt, wenngleich diese noch auszubauen sind. Die vorhandenen gesellschaftlichen und staatlichen Ressourcen sind besser zu verknüpfen, um so Synergieeffekte auf dem Weg zur Gesundheit zu erreichen.

Eine Fassung des Artikels mit ausführlicher Literaturangabe ist bald auf den **südostasien**-Seiten unserer Homepage unter <http://asienhaus.de/suedostasien-neu> zu finden.



### Anmerkung

\*) Bei dem Projekt »Individuelle und kollektive langfristige Bewältigung von extremem Leid und externer Hilfe nach einer Naturkatastrophe – Sinngehalte und Emotionen« handelt es sich um eine Kooperation zwischen der Internationalen Akademie für Pädagogik, Psychologie und Ökonomie gGmbH, Freie Universität Berlin und der Faculty of Psychology, Gadjah Mada University Yogyakarta. Das Projekt hat eine Laufzeit von 2008 bis 2011.