

# **Rundbrief Behinderung und Dritte Welt, Ausgabe 1/1995**

## **INHALT**

### EDITORIAL

### ARTIKEL

Rehabilitation als Beseitigung erlittenen Leidens - über die Notwendigkeit einer Entprivatisierung Leib-Seelischen Unrechts (Thomas Gebauer)

Zur Situation behinderter Kinder und ihrer Familien in Ecuador (Walburga Remold)

Behinderung im Islam (Musa Al-Munaizel)

Lepra - eine Krankheit der Armut (Willibald Geueke und Ulrike Mann-Rösemeier)

### BERICHTE AUS DEN ARBEITSKREISEN

### ORGANISATIONEN

Deutsches Aussätzigen-Hilfswerk (DAHW)  
Voluntary Relief Doctors (VRD)

### REHASWISS NEWS

Internationale Konferenz von Nichtregierungsorganisationen zu Behindertenfragen in Kopenhagen am 3. März 1995

Bericht über die Arbeit an der Universität Oldenburg

Interkom erstellt entwicklungspolitische Filmdatenbank (epi)

### VERANSTALTUNGEN

### LITERATUR UND MEDIEN

## **EDITORIAL**

Liebe Leserinnen und Leser,

mit dieser Ausgabe nutzt der Rundbrief als erste deutsche Zeitschrift, die sich mit der Lebenssituation und den Hilfemöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen beschäftigt, die Vorteile neuer Technologien für Blinde und Sehbehinderte.

Ab der Ausgabe 1/95 wird der Rundbrief "Behinderung und Dritte Welt" als Diskette der Literaturversorgungsstelle für Sehgeschädigte in der Bibliothek der Universität/Gesamthochschule Kassel, Mönchebergstr. 19, 34109 Kassel, zur Verfügung gestellt, so daß der Inhalt nun auch für blinde und sehbehinderte Interessenten leichter zugänglich wird.

Grundsätzlich kann man fragen, wie sich die internationale Nutzung der Möglichkeiten moderner Datenverarbeitung mit dem entwicklungspolitischen Ziel "angepaßter Technologien" in der Dritten Welt

vereinbaren läßt. Gerade weil diese modernen Technologien mittlerweile relativ preiswert, einfach handhabbar und in allen Industrieländern leicht zugänglich geworden sind, sollten behinderte Menschen in aller Welt nach Auffassung der Redaktionsgruppe nicht aus ideologischen Gründen davon ausgeschlossen werden.

Die Redaktion des Rundbriefs Behinderung und Dritte Welt hofft, daß weitere Zeitschriften im sozialen Bereich unserer Anregung folgen und künftig blinden und sehbehinderten Menschen ihre Inhalte in maschinenlesbarer Form zur Verfügung stellen.

In der vorliegenden Ausgabe wird die Reihe "Religion und Behinderung" mit einem Artikel von Musa Al-Munaizel über den Islam fortgeführt. Weiterhin haben wir wieder einige Selbstdarstellungen verschiedener Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit aufgenommen, und in dem Aufsatz von Walburga Remold finden sich aufschlußreiche Fallstudien über die Situation behinderter Kinder und ihrer Familien in Ecuador.

Die Redaktionsgruppe

## ARTIKEL

### **Rehabilitation als Beseitigung erlittenen Unrechts: Über die Notwendigkeit einer Entprivatisierung leib-seelischen Leidens**

Thomas Gebauer

Ende April 1993 in San Salvador. Alle waren sie gekommen: Parlamentsabgeordnete, Vertreter der UN-Friedenstruppen, Angehörige der US-Botschaft, gut situierte, aufs Mildtätige spezialisierte Damen und Herren, EG-Beobachter, Techniker, Entwicklungsexperten, Abordnungen der Befreiungsbewegung, des Erzbistums und dazwischen auch diejenigen, denen die Zusammenkunft diene.

Die einen wünschten Erfolg, sprachen ihren Segen aus und zeigten sich verblüfft von Leistungen, die sie nicht erwartet hatten. Andere steckten mit blumigen Worten den politischen Rahmen ab, sahen Beispielhaftes realisiert und brachten sich selbst ins Gespräch, während jene, die es auch sonst tun, bedeckt im Hintergrund blieben und mit unergründlicher Miene das Geschehen verfolgten.

Anlaß für die illustre Versammlung war die Einweihung der ersten von den Kriegsversehrten El Salvadors selbst betriebenen Prothesenwerkstatt. Nach den obligatorischen Reden und dem feierlichen Zerschneiden eines Bandes nahm man die Räumlichkeiten des Zentrums in Augenschein. Nicht ohne Stolz erläuterten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projektes PODES: "Du kannst" den Herstellungsprozeß der künstlichen Gliedmaßen und selbst komplizierter Hüftprothesen. Von einem US-Amerikaner, der während des Vietnam-Krieges an beiden Beinen Amputationen erlitten hatte, waren sie in den zurückliegenden Monaten ausgebildet worden. Und die ersten Ergebnisse sprachen für sich.

In nur vier Wochen konnten die salvadorianischen Kriegsversehrten mit dem Material und den Maschinen, die ihnen medico international bereitgestellt hatte, ebensoviele Prothesen anfertigen wie die staatliche salvadorianische Protheseneinrichtung in einem Jahr. Auch die ersten Patienten waren zufrieden; sie fühlten sich verstanden und nicht als Bedürftige betrachtet, denen man mit karitativer Geste eine schlecht sitzende Prothese spendierte. Zufriedenheit auf den Gesichtern vieler, die schließlich betonten, daß die volle gesellschaftliche Wiedereingliederung von Kriegsversehrten mehr erfordere, als Prothesen und Physiotherapie.

Die Menschen, die sich Ende Mai vor dem Präsidentenpalast San Salvadors versammelten, gehörten nicht zu den politischen Entscheidungsträgern. Ihnen standen auch keine Experten oder Kirchenleute zur Seite, ebensowenig ein Repräsentant irgendeiner internationalen Beobachterkommission. Mit Krücken und in Rollstühlen waren sie gekommen, um von der Regierung die Verabschiedung des Gesetzes zum Schutz und der Versorgung der Kriegsversehrten zu verlangen. Denn nachdem der Präsident eine solche Initiative medienwirksam angekündigt hatte und bereits von 50 Mio. Dollar die Rede war, die für Umschulungsprogramme, für Kredite und die Schaffung von Arbeitsplätzen bereitgestellt werden sollten, geschah über Monate hinweg nichts.

Als die Demonstranten, unter ihnen ehemalige Angehörige der Armee und der Befreiungsbewegung FMLN ein Gespräch mit dem Präsidenten forderten, feuerten Sondereinheiten der Nationalpolizei mit Tränengasgranaten und scharfer Munition in die Menge. Für eine Frau, einen 18jährigen Ex-Guerillero, der

erst kürzlich bei PODES eine Prothese erhalten hatte, und für einen kriegsversehrten Soldaten der Armee kam jede Hilfe zu spät. "Es wird noch weitere Tote geben, wenn diese Proteste nicht aufhören", drohte der Polizeichef unverhohlen.

Das Wort Rehabilitation stammt aus dem Lateinischen und meint die Wiedereinsetzung in den früheren (Zu-)Stand, in früherer Rechte. In seltenen Fällen ist eine solche vollständige Wiederherstellung möglich, dann etwa, wenn eine Person, deren Entwicklungschancen aufgrund einer zu unrecht bestehenden Anschuldigung beeinträchtigt sind, öffentlich rehabilitiert wird und in eine früher eingenommene Position zurückkehren kann.

Viel schwieriger gestaltet sich der besondere Vermittlungsprozeß, der zwischen Individuum und Gesellschaft zu leisten ist, im Kontext körperlicher und seelischer Behinderungen. Schon in der Definition dessen, was Behinderung sei, tauchen gegensätzliche Interessen auf: Während die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gerade den mangelnden Vermittlungsprozeß zwischen Individuum und Gesellschaft hervorhebt und Behinderung als jenen Prozeß sozialer Beeinträchtigungen begreift, welcher erst als Resultat einer Schädigung oder Leistungsminderung auftritt, wird in der westlich orientierten Medizin eine Behinderung im allgemeinen als eine am Individuum feststellbare quantitative und/oder qualitative Abweichung von der Norm begriffen. Behindert seien demzufolge Menschen, denen Gliedmaßen fehlen, die im Test einen niedrigen Intelligenzquotienten erreichen oder beispielsweise als autistisch oder schizophran gelten.

Entsprechend dieser an Normen und nicht an der Interaktion zwischen Mensch und Gesellschaft orientierten Auffassung von Behinderung können heute nahezu alle Menschen zum Objekt von Rehabilitationsmaßnahmen werden: das Unfallopfer, der Alkoholiker, die Kriegsversehrten, die Bewohner sozialer Brennpunkte, die vom Herzinfarkt geplagten Angestellten, die verhaltensauffälligen Jugendlichen, psychiatrisierte Menschen - und selbst dann wird von Rehabilitation gesprochen, wenn es um die Wiederbegründung einer Durchgangsstraße oder die Aufwertung einer nicht mehr benötigten Industrielandschaft geht.

Parallel zu ihrer Ausdehnung auf immer weitere Bereiche des Lebens wird Rehabilitation aber zumeist viel eingeschränkter verstanden, als es die Definition der WHO anregt. Ohne die soziale Ebene der Problematik zu thematisieren oder gar die Ursachen von Behinderungen zu betrachten, wird Rehabilitation reduziert auf therapeutische Maßnahmen, die nur das in seiner Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigte Individuum erfassen, nicht aber den gesellschaftlichen Kontext und die damit verbundenen Möglichkeiten der Prävention, die für all jene Schädigungen besteht, die erst lebensgeschichtlich erworben werden.

Unbestritten gehören Kriegsversehrungen und schwere seelische Traumatisierungen, die das Resultat von Folter und Repression sind, zu solchen Behinderungen, die gesellschaftlich verursacht wurden und unter anderen Verhältnissen vermeidbar gewesen wären. In welchem Umfang und auf welche Weise sie nun die Opfer isolieren und deren Teilhabe an den Lebens- und Tätigkeitsformen reduzieren, die im Umfeld existieren, hängt sowohl von den betroffenen Menschen ab wie auch von der gesellschaftlichen Realität.

Traumatische Lebensereignisse, körperliche Schädigungen als auch soziale Beeinträchtigungen können je nach dem Entwicklungsstand der Persönlichkeit, der von ihr ausgeübten Tätigkeit, der Weite und Qualität sozialer Beziehungen ganz unterschiedlich erfahren und bearbeitet werden. Zugleich wird der Grad, in dem beeinträchtigte Menschen aus Produktion und Reproduktion herausfallen, von der jeweiligen Beschaffenheit einer Gesellschaft bestimmt. Diese kann die Vermittlung über das Angebot sozialer wie materieller Transferleistungen fördern. Sie kann aber auch der Isolation Vorschub leisten, indem sie das Herausfallen aus Gründen der Kostenökonomie in Kauf nimmt oder gar absichtsvoll auf Selektion und Ausgrenzung behinderter Menschen zielt.

Für die Einschränkungen, die Menschen mit leib-seelischen Schädigungen in ihrem sozialen Umfeld erfahren, ist der materielle gesellschaftliche Reichtum nicht alleine ausschlaggebend. Dort, wo extreme Armut herrscht, können Opfer sich selbst überlassen bleiben, zum Betteln oder zu einer trostlosen Existenz in Armenasylen gezwungen werden. Sie können aber auch von sozialen Bindungen und Familienstrukturen aufgefangen werden, die in vielen ärmeren Gesellschaften noch intakter sind, als in den reichen Industrieländern. Denn zu deren konstitutivem Element gehört neben der sozialen Konkurrenz auch die Warenförmigkeit der Menschen, die dazu führt, daß die soziale Attraktivität von Behinderten herabgesetzt ist. Und so stehen auf der einen Seite staatlich gewährte Sozialleistungen, die das existentielle Überleben sichern und gewisse Privilegien garantieren, und auf der anderen das beispielhaft skandalöse Urteil eines deutschen Gerichtes, das Urlaubern Schadensersatz zugestand, weil sie von ihrem Reiseveranstalter in einem Hotel unterbracht worden waren, in dem auch eine Gruppe Rollstuhlfahrer logiert hatte.

Rehabilitation von Menschen, die leib-seelische Schädigungen erlitten haben, kann nur dann wirkungsvoll sein, wenn sie alle Ebenen berücksichtigt, die Gesundheit und Wohlbefinden determinieren: die physische,

die psychische und die soziale. Damit ist ein therapeutisches Konzept angesprochen, das die integrierte Betreuung durch Mediziner, Psychotherapeuten und Sozialarbeiter meint und das die gesellschaftlichen Ebenen der Problematik versteht und durcharbeitet. Denn trotz ihrer öffentlichen Dimension werden körperliche wie seelische Traumatisierungen in aller Regel von den Opfern privat erfahren.

Um sie auch im gesellschaftlichen Sinne zu rehabilitieren, muß individuell erlebtes Leid so weit wie möglich wieder "entprivatisiert" werden. Nur so kann der durch die Schädigung beeinträchtigte Vermittlungsprozeß zwischen dem Individuum und der Gesellschaft wieder in Gang gesetzt und günstig beeinflusst werden. Das Ziel ist die Ent-Stigmatisierung der Opfer, die Aufhebung ihrer Isolierung und die Anerkennung der gesellschaftlichen Verantwortung.

Eine solche öffentliche Rehabilitierung, die über das großzügige Gewähren von Beihilfen und Prothesen hinausgeht, muß fast immer erstritten werden. Schließlich kommt in ihr das blamable Eingeständnis zum Ausdruck, daß etwas zu unrecht geschehen ist, daß schwere körperliche und seelische Schädigungen hätten vermieden werden können, wenn andere gesellschaftliche Verhältnisse geherrscht hätten.

Weitere Informationen zum Thema, darunter die kostenlose Zeitung "Rehabilitation von Minen-Opfern", können Sie anfordern bei:

medico international  
Obermainanlage 7  
60314 Frankfurt  
Tel. 069/9 44 38-22/3

### **Zur Situation behinderter Kinder und ihrer Familien in Ecuador - aufgezeigt anhand von Beobachtungen, Erfahrungen und Gesprächen mit Eltern behinderter Kinder in Babahoyo.**

Walburga Remold

Während meiner Studienzeit konnte ich mehrere Reisen zu Studien- und Praktikumszwecken nach Ecuador realisieren, wobei ich mich vornehmlich in der in der Küstenregion gelegenen Stadt Babahoyo - Hauptstadt der Provinz Los Rios - aufhielt. Die mittlerweile rund 70.000 Einwohner/-innen zählende Stadt liegt unweit des Küsten-Zentrums Guayaquil und ist daher besonders stark von rural-urbanen Migrationsprozessen betroffen.

Aufgrund des starken Bevölkerungswachstums in den letzten Jahren sind die wenigen bestehenden infrastrukturellen Einrichtungen der Stadt völlig überlastet, was sich auf medizinische, rehabilitative und schulische Bereiche gravierend auswirkt.

In Babahoyo arbeitete ich zuletzt im Rahmen eines ASA-Aufenthaltes in einer kleinen staatlichen Sonderschule, die 1984 eingerichtet wurde, aber erst 1989 eigene Räumlichkeiten am Stadtrand beziehen konnte. Neben der pädagogischen Arbeit in der Schule interessierte ich mich besonders für die inner- und außerfamiliäre Situation, in der sich die Familien mit behinderten Angehörigen befinden, d.h. wie bewältigen die Familien und ihr direktes Umfeld die Realität, die durch die Existenz eines behinderten Kindes entsteht? Welche Erklärungsansätze, Ängste und Hoffnungen und andere Reaktionen sind damit verbunden? Welche Zukunftsvorstellungen und welche Bedürfnisse nach Unterstützung existieren?

Zur Bearbeitung dieser Fragestellungen führte ich - neben vielen, meist kürzeren Gesprächen mit Müttern und Familienangehörigen in der Sonderschule - insgesamt zwölf und ausführliche Gespräche im jeweiligen häuslichen Umfeld der einzelnen Familien, wobei ich mich sowohl bei der methodischen Durchführung wie auch in bezug auf das erkenntnisleitende Interesse an den Verfahren und Grundsätzen der qualitativen Sozialforschung nach WITZEL (1982) und LAMNEK (1988) anlehnte (vgl. REMOLD 1991, S.112ff.). Im folgenden möchte ich zwei prägnante und typische Familiensituationen exemplarisch herausgreifen.

#### **Familie A.**

Familiensituation: Ana, die zum Zeitpunkt meines Aufenthaltes zehn Jahre alt war, wurde als erstes von drei Kindern geboren. Sie lebt zusammen mit ihrer Mutter, ihren beiden jüngeren Schwestern (7 und 9 Jahre alt) und ihrem Stiefvater in einem Reihenhauses am Rande des Stadtzentrums. Die Wohnung ist gut ausgestattet und deutet auf einen ökonomisch relativ stabilen Zustand der Familie hin. Auffällig ist die große Anzahl an Kinderspielzeug, vor allem Puppen und Kuscheltiere.

Die Mutter ist als Krankenschwester in einer Gesundheitsstation tätig. Der Stiefvater arbeitet als Polizist auswärts und kommt selten nach Hause. Die beiden Schwestern Anas gehen in die Regelschule. Anas Vater war alkoholkrank und starb vor sieben Jahren. Frau A. lebte nur kurze Zeit in einer eheähnlichen Gemeinschaft ("maridos") mit ihm zusammen. Die zweite Beziehung ging sie nur aus Sicherheitsgründen ein.

Die Bindung zwischen Ana und ihrer Mutter kann als sehr eng und gleichzeitig ambivalent beschrieben werden. Zu ihrem Stiefvater hat Ana ein gebrochenes Verhältnis. Sie können sich gegenseitig nicht akzeptieren, was zu ständigen Konflikten innerhalb der Familie führt. Auch die Beziehung zu ihren beiden Schwestern ist belastet. Ana fällt es schwer, ihre Mutter mit ihren Geschwistern zu teilen. Auch wird sie von ihren Schwestern des öfteren verspottet und als "muda" (Stumme) bezeichnet.

Anamnese, Entwicklungsumstände und Eindrücke von Ana: Anas Mutter wurde mit 18 Jahren ungewollt schwanger. In dieser Zeit fehlte ihr jegliches Wissen über Verhütungsmethoden. Ihr Mann schien sich darum nicht kümmern zu wollen. Da sie aber bereits als Krankenschwesternschülerin arbeitete, erkannte Frau A. die Symptome der Schwangerschaft bald. In ihrer Verzweiflung versuchte sie mehrmals, Schwangerschaftsabbrüche zu provozieren, indem sie heiße, mit speziellen Kräutern versetzte Bäder nahm und verschiedene Medikamente einnahm, zu denen sie im Krankenhaus Zugriff hatte. Der Grund ihrer Verzweiflung war Angst: Einerseits vor ihren streng katholischen Eltern, die noch nichts von der Beziehung zu ihrem Freund wußten, andererseits vor ihrem Freund selbst, der offensichtlich keine feste

Beziehung eingehen wollte und in Frau A. die Angst vor dem Verlassenwerden erzeugte.

Da weder Bäder noch Medikamente einen Abgang bewirkten, versuchte Anas Mutter, die Schwangerschaft solange wie möglich geheimzuhalten: Sie aß so wenig, daß sie zunächst trotz Schwangerschaft abnahm und kleidete sich "como una soltera" (wie eine unverheiratete Frau) mit engen, den Bauch einschnürenden Hosen und Stöckelschuhen. Später benutzte sie Bandagen, um den Bauch damit einzuwickeln. Auf diese Weise bemerkte niemand etwas von der Schwangerschaft. Es fielen lediglich Bemerkungen wie: "Hast du zugenommen?"

Eingeweiht war nur eine Hausangestellte der Familie, die auf dem Land wohnte und die sie zur Geburt des Kindes aufsuchte. Nach zwei Stunden Busfahrt und 20 Minuten Fußweg kam sie dort gerade noch rechtzeitig für die schnelle, unkomplizierte Geburt an.

Die "Präsentation" des Kindes, zunächst als Findelkind deklariert, dann aber doch als eigenes Kind eingestanden, verursachte schwere Konflikte mit den Eltern und dem Freund von Anas Mutter, die die emotionale Entwicklung Anas im ersten Lebensjahr prägten. Als Frau A. erneut schwanger wurde, brach sie den Kontakt mit ihrem Elternhaus ab und zog mit dem Vater ihrer Kinder zusammen. Die Alkoholkrankheit des Vaters war Anlaß zu weiteren familiären Problemen. So wurde Ana bereits als Kleinkind häufig geschlagen. Als Anas Mutter von dem Verhältnis ihres Mannes zu einer anderen Frau erfuhr, kam es endgültig zu einer Trennung.

Die weiteren Lebensumstände von Ana sind gekennzeichnet von allgemein instabilen Familienverhältnissen und dem schlechten Gewissen der völlig überforderten Mutter, die aus Mangel an Zeit (Berufstätigkeit) und personeller Hilfe ihre Kinder oft alleine zuhause lassen muß(te).

Lange Zeit war Ana ein stilles und zurückhaltendes Kind. Sie fing erst mit drei Jahren zu sprechen an. Bereits im Kindergarten kam es zu Phasen sprachlicher Kommunikationsverweigerung. Mit ungefähr sieben Jahren wandelte sich Anas Verhalten und äußerte sich nun in hysterischen Ausbrüchen, aggressiven Verhaltensweisen und psychogenem Mutismus, d.h. einer Reduktion der sprachlichen Kommunikation aufgrund psychischer Ursachen. Der Mutter gegenüber verhält sie sich einerseits anhänglich, andererseits ablehnend. Mehrere Male hörte ich, wie sie der Mutter den Tod wünschte.

Ana besucht seit zwei Jahren die Sonderschule. Als sie aber damit begann, geistig behinderte Mitschüler zu imitieren, wollte die Mutter sie wieder exmatrikulieren. Erst nach mehreren Gesprächen mit Lehrerinnen und anderen Müttern der Sonderschule schickte sie Ana weiterhin zur Sonderschule.

Ana zeigt sich nicht nur zuhause, sondern auch in der Schule sehr erziehungsschwierig. Ihre Aggressionen richtet sie vor allem auf jüngere Buben. Älteren Jungen gegenüber äußert sie bereits großes Interesse und "pubertäre Neugierde".

Analyse des Gesprächs:

Das Hauptthema im Gespräch mit der Mutter sind ihre immer wiederkehrenden Schuldgefühle. Es mag sein, daß sie sich erst jetzt, mit zunehmendem Alter der Tochter, bewußt wird, welches Ausmaß die Behinderung Anas hat. Möglicherweise hat sie das Thema jahrelang verdrängt. Jetzt aber, da die Entwicklungsdefizite nicht mehr zu leugnen sind, und sich die Verhaltensauffälligkeiten Anas nach außen richten, lassen sich verdeckte Gefühle nicht mehr zurückdrängen.

In der ausführlichen Beschreibung ihrer Schwangerschaft deckt sie die Ursachen ihrer Schuldgefühle auf. Sie bringt ihre Ablehnung des Kindes während der Schwangerschaft und insbesondere die mehrmaligen Abtreibungsversuche mit der Behinderung ihrer Tochter in Verbindung. Ich bemerkte, daß sie dabei vorwiegend sich selbst anklagt und alle soziokulturellen und psychosozialen Rahmenbedingungen außer acht läßt. Oft weist sie andererseits der Behinderung des Kindes indirekt die Schuld für die zerrütteten Familienverhältnisse zu. Ihre Frage, ob nicht der Alkoholismus des Vaters, das "Bedürfnis, sich eine andere Frau suchen zu müssen", und auch die häufige Abwesenheit des Stiefvaters etwas mit der Behinderung ihrer Tochter zu tun habe, kann dahingehend interpretiert werden.

Frau A. wurde streng katholisch erzogen. Sexualität, Verhütung, Schwangerschaft etc. waren Tabuthemen. Schon bei der Feststellung ihrer Schwangerschaft rückten unbewußte Schuld- und Sündenvorstellungen in die Bewußtseinssebene. Immerhin war sie noch nicht einmal "comprometido" (versprochen), was einer Verlobung gleich gekommen wäre, und voreheliche Sexualität war ihr durch ihre katholische Erziehung streng untersagt. Die Angst vor einer "göttlichen" Strafe ging einher mit der konkreten Angst vor ihren Eltern und ihrem Freund. So allein gelassen blieb ihr nur noch ein Ausweg: eine weitere "culpa" (Schuld/Sünde) auf sich zu nehmen, indem sie versuchte, das Kind abzutreiben.

Die Schwangerschaft war demnach von Anfang an mit "Sünde" belastet. Dieses Gefühl stand einer Akzeptanz der Schwangerschaft und somit auch des Kindes entgegen. Der zunächst innere Konflikt drang mit der Geburt des Kindes nach außen, an die Öffentlichkeit. Die darauf folgende Zeit war geprägt von einer Kumulation außergewöhnlich belastender physischer, psychischer und sozialer Faktoren.

Nach BRADL (1990) geht es in einer solchen Situation darum, Unterstützung und Entlastung zu finden. Dafür kommen "externe und interne Ressourcen" in Frage (vgl. BRADL 1990, S. 150ff.).

"Externe Ressourcen", also ein "soziales Netzwerk" in Form familiärer und/oder staatlicher Hilfen, waren im Fall von Frau A. kaum gegeben. Bis auf die Hausangestellte durfte zunächst niemand etwas von der Schwangerschaft erfahren. Später brach Frau A. alle familiären Kontakte ab, weil sie der täglichen Repression nicht mehr standhalten konnte.

Staatliche Unterstützung, wie z.B. Beratungseinrichtungen, Familienplanungsstellen und Vorsorge ist in Ecuador nur vereinzelt vorzufinden. Zwar gibt es auch in Babahoyo ein Büro der staatlichen Familienplanungsstelle "Aprofe" (Asociación pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana), das ich aber stets verschlossen vorfand und den Lehrerinnen und Eltern nicht bekannt war.

Innerhalb ihrer eigenen Familie findet Frau A. wenig Rückhalt, da weder der Vater Anas noch der Stiefvater bereit war/ist, Verantwortung zu übernehmen, so daß Frau A. mit allen Schwierigkeiten allein gelassen ist.

Frau A. kann also nur auf ihre "internen Ressourcen" zurückgreifen, die ihre bestimmten Persönlichkeitsmerkmale und individuellen Bewältigungsstrategien beinhalten. Diese stehen im zirkulären Verhältnis mit der Enkulturation im jeweiligen sozialen und soziokulturellen Umfeld. Tiefliegende diffuse Schuld- und Sündenvorstellungen und das Gefühl des Alleingelassenseins führen zu einer allgemeinen Verunsicherung, die sich sowohl in der Verarbeitung und Akzeptanz der Behinderung als auch im alltäglichen Umgang mit der behinderten Tochter zeigen. Sie fühlt sich völlig überlastet mit ihren Rollen als Mutter, Ehefrau und Berufstätige und hat allen Bereichen gegenüber ein schlechtes Gewissen. Durch diese Überlastung bieten sich ihr auch kaum Möglichkeiten, in Gesprächen mit anderen Müttern behinderter Kinder ihre Selbstvorwürfe und Schuldgefühle zu bearbeiten. Insgesamt läßt sich die Situation von Frau A. als stark beeinträchtigt hinsichtlich der externen und der internen Ressourcen bezeichnen. Da es unter den gegebenen Umständen für Frau A. schwierig ist, Wege zu finden, mit der Behinderung und den Folgeerscheinungen auf alle persönlichen und gesellschaftlichen Bereiche besser zurechtzukommen, kann man annehmen, daß sich der Leidensdruck auf sie und ihre Familie eher verstärken wird.

#### Familie F.

Familiensituation: Fernando, der zum Zeitpunkt meines Aufenthaltes neun Jahre alt war, kam als jüngstes von insgesamt sieben Kindern zur Welt. Zwei seiner Geschwister starben im frühen Kindesalter an den

Folgen einer schweren Infektionskrankheit. Seine drei älteren Schwestern sind mittlerweile alle bei Verwandten in Guayaquil als "ahijadas" untergebracht, d.h. sie werden dort versorgt und leisten im Gegenzug dafür unentgeltliche Dienste im Haushalt. Sie können wegen der hohen Fahrtkosten nur noch selten nach Hause kommen.

Fernando wohnt mit seinen Eltern, seiner Großmutter und seinem 17jährigen Bruder in einer Bambushütte auf dem Land, eine halbe Stunde Busfahrt und zehn Minuten Fußweg von Babahoyo entfernt. Er lebt gerne dort und redet oft und begeistert von seinem Zuhause und dem Landleben.

Die Hütte wird zwar mit Strom aus einer LKW- Batterie versorgt, hat aber keinen Wasser- und Kanalisationsanschluß. Das Trinkwasser wird von einem Wasserloch nahe der Hütte geholt. Fernandos Eltern sind eigenständige, unabhängige Kleinbauern. Das von den Großeltern geerbte - ohnehin kleine - Stück Land wurde im Zuge der Realerbteilung unter den Geschwistern weiter aufgeteilt, so daß ringsherum nur Familienangehörige wohnen.

Sie bauen vor allem Reis, Kaffee, Kakao und Früchte an und sind weitgehend Selbstversorger (Subsistenzwirtschaft). Am Wochenende werden die übriggebliebenen Waren auf dem Markt von Babahoyo gegen Grundbedarfsartikel eingetauscht.

Fernando hat zu seinen Eltern eine gute Beziehung. Dem Vater hilft er hin und wieder bei der Arbeit. Zu seiner Mutter pflegt er ein sehr enges Verhältnis. Meistens begleitet sie ihn in die Schule, was einen erheblichen finanziellen und zeitlichen Aufwand für sie bedeutet.

Auch mit seinem Bruder, der ebenfalls behindert ist, versteht er sich gut. Da dieser körperlich sehr schwach ist, kann er nur kleine Aufgaben erledigen. Die Mutter kennt den Grund seiner Beeinträchtigung nicht, "er war schon immer so".

Die Familie akzeptiert die Behinderung ihrer Söhne als gottgewollt. Die Mutter versucht sie als "besondere Aufgabe", die ihr von Gott auferlegt wurde, anzusehen.

Anamnese, Entwicklungsumstände und Eindrücke von Fernando: Fernando kam, wie alle seine Geschwister, zuhause zur Welt, unter der Betreuung seiner Großmutter und einer Verwandten. Alle Geburten, bis auf die von Fernando, verliefen schnell und problemlos. Die Großmutter berichtete, daß das Neugeborene erst längere Zeit geklopft werden mußte, bis es zu schreien begann. Vermutlich litt er bei seiner Geburt unter Sauerstoffmangel.

Fernando hat eine leichte spastische Hemiparese, eine Sprachbehinderung (Stottern) und ist insgesamt retardiert. Die Behinderung fiel der Mutter erst zwischen dem ersten und zweiten Lebensjahr Fernandos auf, da er "nicht gehen lernen wollte". Fernandos erste unsichere Gehversuche begannen mit zwei Jahren. Er war schnell erschöpft und fiel oft im Sitzen in einen Tiefschlaf. Mit drei Jahren wurde er von einem Arzt in Babahoyo an das Rehabilitationszentrum SERLI in Guayaquil verwiesen. Dort bekam er krankengymnastische Behandlung und heiß-kalte Wechselbäder. Allerdings konnte er aus Zeit- und Geldmangel der Familie nur dreimal an der Therapie teilnehmen.

Fernando besuchte zunächst eine Landgrundschule in der Nähe des Wohnortes. Dort wurde er zusammen mit 45 Schüler/-innen innerhalb eines ungegliederten Systems unterrichtet.

Wie sein Bruder kam auch Fernando unter diesen Bedingungen nicht mit und blieb drei Jahre in der ersten Jahrgangsstufe.

Vor einigen Monaten erfuhr die Mutter über die Grundschullehrerin von der Existenz der Sonderschule in Babahoyo. Dort wurde er der Klasse für "lernbehinderte Schüler/-innen" zugewiesen. Im Gegensatz zu vorher ist er nach Aussagen der Mutter nun wieder motiviert, in die Schule zu gehen. Im Unterricht ist Fernando ein aufgeschlossener und freudiger Schüler. Durch seinen großen Bewegungsdrang - die Lehrerin bezeichnet ihn als hyperaktiv - hat er allerdings Schwierigkeiten, dem Unterrichtsstoff konzentriert zu folgen.

Fernando ist sehr anhänglich, sensibel und weint häufig, vor allem dann, wenn seine Mutter ihn während der Unterrichtszeit allein läßt. Mitunter kommt es zu Weinkrämpfen, die mit Husten und Brechreiz einhergehen und besonders bei psychischer Überforderung eintreten.

Analyse des Gesprächs:

Wesentliches Thema der mehrmaligen Gespräche mit der Mutter ist ihre Unzufriedenheit über das Fehlen adäquater Bildungs-, Ausbildungs- und Rehabilitationseinrichtungen für ihre beiden behinderten Söhne und die damit verbundene Angst vor der Zukunft.

Familie F. steht exemplarisch für die Mehrzahl der in Armut lebenden Landfamilien, die fernab von Bildungs- und Ausbildungsmöglichkeiten und einem hinreichenden Gesundheitswesen leben.

Fernando konnte zwar eine Landgrundschule besuchen, die aber aufgrund der hohen Schüler-Lehrer-Relation und der unzulänglichen, unangepaßten Ausbildung der LehrerInnen den speziellen Anforderungen und Bedürfnissen Fernandos nicht gerecht werden konnte.

1975 gaben eine Mehrheit von ecuadorianischen Grundschullehrer/-innen bei einer Umfrage selbst zu, daß sie ihre Ausbildung für unvollständig halten und "nicht erlaube, die Arbeit unter den sozio-ökonomischen Bedingungen und Umständen des jeweiligen Ortes angemessen durchzuführen" (SCHRADER 1978, S. 54).

Ebenso wie der Bruder wiederholte auch Fernando mehrmals die erste Klasse, bevor er vor kurzem in die Sonderschule übertreten konnte.

Die Mutter berichtet von ihren anfänglichen Schwierigkeiten, ihren Sohn unter all den anderen "enfermos" (Kranken) zu sehen. Ihr wurde bewußt, daß auch ihr zweiter Sohn eine weitergehend elterliche Unterstützung bis ins Erwachsenenalter benötigen würde. Dennoch hofft sie, daß Fernando seine Lernschwierigkeiten überwinden wird, um wieder die reguläre Schule besuchen zu können.

Daß es gerade ihre Söhne sind, die nicht gesund sind, gibt ihr immer wieder zu denken: "Alle drei Töchter sind gesund", betont sie des öfteren, "warum sind ausgerechnet meine zwei einzigen Söhne krank?" Diese hätten bessere Chancen, eine Ausbildung zu erhalten und Arbeit zu finden, um das Familieneinkommen abzusichern (vgl. REMOLD 1991, S. 47ff.). Inwieweit ihre Töchter oder andere Verwandte einmal für die Söhne sorgen können, ist fraglich. Noch stehen die Töchter im Abhängigkeitsverhältnis mit ihren Verwandten, die nur "ahijados" übernehmen, d.h. Familienmitglieder, die sich "nützlich" erweisen können.

Zukunftsgedanken machen Fernandos Mutter Angst. Sie versucht sie weitgehend zu verdrängen und mit der Hoffnung zu belegen, daß bei Fernando "noch nicht alles zu spät ist".

Frau F. beklagt sich über die fehlende staatliche Unterstützung und die Konzentration aller Einrichtungen (Gesundheit, Bildung, Rehabilitation) in den Städten.

Gerade bei Arbeitsspitzen in der Landwirtschaft, wie z.B. Ernte und Aussaat, fühlt sie sich mit der Aufgabe als Bäuerin, Mutter und Hausfrau überfordert. Da die Familie relativ abgelegen wohnt, kann sie auch kaum auf Nachbarschaftshilfen zurückgreifen. Austausch und Dialog mit anderen betroffenen Frauen findet die Mutter von Fernando nur in der Schule. Die Überforderung von Frau F. und ihre Ängste bestehen vor allem aufgrund einer dreifachen Isolation: Diese manifestiert sich im räumlichen Sinn, bedingt durch die abgeschiedene Wohnlage, aus zeitlichen Gründen, so daß ihr psychische und physische Erholung fast völlig verwehrt bleibt, und auf der Kommunikations- bzw. Verstehensebene, da im Umkreis keine weiteren Familien mit behinderten Kindern wohnen.

Insgesamt läßt sich die Situation von Familie F. wie folgt beschreiben: Familie F. hat trotz ihrer Armut eine Strategie zur Bewältigung der Behinderung ihrer Söhne gefunden. Diese sind in der Familie angenommen und man versucht ihnen, wenn irgendwie möglich, trotz erheblichem Aufwand eine Förderung zu gewähren. Es mangelt also nicht am Bewußtsein und/oder am Willen der Familie, sondern an den Möglichkeiten sowohl finanzieller als auch infrastruktureller Art.

Die "internen Ressourcen" sind bei der Mutter aufgrund der starken Persönlichkeit, Aufgeschlossenheit, dem hohen Grad an Information und dem bewußten Umgang mit der Behinderung ihrer Söhne im hohen Maße gewährleistet. Diese bewußte Auseinandersetzung mit der Behinderung ist Basis für einen konstruktiven Umgang mit behinderten Menschen, was auch Strasser in einer Untersuchung 1968 belegt hat.

Abgesehen von einem guten Zusammenhalt innerhalb der Familie ist eine Unterstützung von außen jedoch nur bedingt vorhanden. Der Mangel von "externen Ressourcen" ist somit vermutlich der Hauptgrund für die Zukunftsangst, die innerhalb der Gespräche als augenscheinlich einzige innerfamiliäre "Störung" zum Vorschein trat.

#### Abschließende Bemerkungen



Die beiden Beispiele machen m.E. deutlich, daß in peripheren Zonen die Bewältigung der Probleme, die für eine Familie mit einem beeinträchtigten Kind erwachsen, in fast ausschließlichem Maße von den "internen Ressourcen" abhängig sind. Aufgrund der marginalisierten Situation vieler dieser Familien ist diese Ressourcenausstattung aber unzureichend, was zu einer dauerhaften ökonomisch und/oder psychisch hochgradig belasteten Familiensituation führt. Das erste Beispiel der Familie A. zeigt, wie die im traditionell katholischen Glauben verankerten Schuld- und Sündenvorstellungen in einem beeinträchtigten Kind eine sozusagen permanente Verkörperung erfahren. Die Beeinträchtigung wird in Verbindung mit einem Sündenfall gebracht, dem Verstoß gegen die Sexualmoral. In dem Gespräch wurde deutlich, daß die möglichen daraus resultierenden verunsichernden, angstausslösenden und schuldzuweisenden Faktoren auf die Menschen bei der Bewältigung ihrer Probleme eher hemmend als konstruktiv aktivierend wirken.

Als weiteres Problem macht das Beispiel der Familie F. den Mangel eines ausreichenden, flächendeckenden Sozialnetzes deutlich. Dazu weise ich auf die Relevanz eines gemeindeorientierten Ansatzes hin. Gemeinwesenorientierung als Lösungsansatz, vor allem für die stark benachteiligte ländliche Bevölkerung, enthält eine ganzheitliche Sichtweise. Sie ermöglicht den Menschen mit Behinderungen und ihren Familien neben einer kostengünstigen und den speziellen Bedürfnissen angepaßten Rehabilitation auch eine stärkere Integration in das Gemeindeleben und entlastet die Familien in finanzieller und psychosozialer Hinsicht.

In einem solchen Zusammenhang müssen auch Einheiten wie die kleine Sonderschule in Babahoyo gedacht werden. Sie ist momentan die einzig existierende "externe Ressource", auf die die Familien bauen können. Trotz ihrer Mängel in der Erziehung und Unterrichtung - auf die ich aber an dieser Stelle nicht eingehen kann (vgl. REMOLD 1991, S. 103ff.) - kann sie eine wichtige Funktion als Anlauf und Verknüpfungsstelle für die Eltern untereinander sowie für die Eltern und die Gemeinde darstellen, solange sie die von ihr zu leistende Arbeit nicht als "Spezialerziehung im abgeschlossenen Schonraum" fehlinterpretiert, sondern Eltern- und Gemeinwesenarbeit als Teil ihres Auftrages ansieht.

In diesem Zusammenhang kommt der "Stärkung der Frau", die die stabile Instanz im Erziehungs- und Sozialisationsprozeß der Kinder ist, eine bedeutsame Rolle zu. Die Arbeit von Frauenzentren wie etwa dem C.A.M. (Centro Acción de las Mujeres) in Guayaquil (vgl. BUSMANN 1989) zeigen, daß Betreuungs-, Beratungs-, Arbeitsangebote und Selbsterfahrungsgruppen von Frauen für Frauen einen verstärkten Aufbau von Selbstbewußtsein ermöglichen und sie befähigen, sich für ihre Belange und die ihrer Kinder aktiver einzusetzen.

Erste und vordringlichste Aufgabe ist es meiner Meinung nach, bei der Unterstützung der Mütter anzusetzen. Sie sind es größtenteils, auf die die psychische und physische Belastung liegt, die mit der Existenz eines beeinträchtigten Kindes in der Familie verbunden ist. Schon kleinste Angebote können ihre Wirkung entfalten. Die Frauen, die in Babahoyo im engen Kontakt mit der Sonderschule standen und dort die Möglichkeit hatten, sich mit Lehrerinnen und anderen Frauen auszutauschen, fühlten sich nach eigenen Angaben in ihren Problemen ernster genommen, besser verstanden und lernten dadurch mit der Behinderung ihrer Kinder realistischer und adäquater umzugehen. Wenn dies auch kleine Schritte und noch lange nicht hinreichende Lösungsansätze sind, so sind hiermit doch zumindest weiterführende Wege ausgedeutet.

#### Literatur

Bradl, C.: Familien mit einem geistigbehinderten Kind. In: Dreher, W. (Hg.): Geistigbehindertenpädagogik - vom Menschen aus. Gütersloh 1990.

Busman, P.: C.A.M. - Centro Acción de las Mujeres. In: Arbeitskreis Sonderpädagogik Dritte Welt (Hg.): Eindrücke aus Ecuador. Frankfurt am Main 1989.

Freud, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Frankfurt am Main 1987.

Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung. Bd. 2. Methoden und Techniken. München 1989.

Remold, W.: Lebensbedingungen behinderter Kinder und ihrer Familien in Ecuador. Würzburg 1991 (unveröffentlichte Zulassungsarbeit).

Schrader, A.: Landschule in Ecuador. Eine Sonderschule des Primarwesens. GTZ-Bildungsreport Nr. 8. Eschborn 1978.

Strasser, H.: Die Familie. In: Ders. u.a.: Das körperbehinderte Kind. Bericht über eine Untersuchung an Kindern mit Fehlbildungen der Gliedmaßen. Berlin 1968.

Witzel, A.: Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Frankfurt am Main 1982.

### **Behinderung im Islam**

Musa Al-Munaizel

In dem folgenden Beitrag habe ich versucht, einige Aspekte der religiösen Lehren des Islams darzustellen, die sich auf die Lebenssituation und die soziale Stellung von Menschen mit Behinderungen in islamischen Ländern auswirken. Wie in allen anderen Religionen der Erde ist jedoch auch im Islam oftmals ein Unterschied zwischen der religiösen Lehre und dem Alltagshandeln der Gläubigen festzustellen. Die tatsächlichen Einstellungen und Handlungen von Menschen islamischen Glaubens in bezug auf Behinderte in den verschiedenen islamischen Ländern darzustellen, ist mir leider in diesem Beitrag nicht möglich. Hierzu sind eingehende und umfangreiche Untersuchungen notwendig.

Der Einfluß wichtiger Faktoren, wie der der Religion, auf die Wahrnehmung von, Einstellungen zu und den Umgang mit Menschen mit Behinderung im interkulturellen Vergleich ist bis heute nicht ausreichend erforscht worden. Solche Religionsvergleiche sind sehr wichtig, "weil durch sie genauere Kenntnisse über Wirkung kultureller Faktoren auf die Konzeptualisierung, Kategorisierung, Bewertung, Deutungsmuster und Behandlung Behinderter gewonnen werden können" (TROMMSDORF, 1987 S. 25).

Es erscheint offensichtlich, daß der religiöse Glaube Einfluß auf Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit Behinderung und sozial Benachteiligten hat. Das gesamte Sozialwesen und damit auch die Arbeit mit Menschen mit Behinderungen werden in den meisten Gesellschaften maßgeblich von solchen Zusammenhängen und ihren spezifischen Folgen beeinflusst. Eine vergleichende, interkulturelle Sonderpädagogik kann daher nicht arbeiten, ohne die Aspekte der vergleichenden Religionswissenschaften in Betracht zu ziehen.

In diesem Beitrag geht es nun um die Frage, welche Faktoren im Islam die Wahrnehmung von Personen mit Behinderungen und sozial Benachteiligten beeinflussen. Eine weiterer Aspekt wäre die Frage, wie das Sozialsystem in den sozio-kulturellen Verhältnissen des heutigen Islam aussieht. Der Weg von Vorurteilen und Diskriminierung hin zu Dialog und Zusammenarbeit sowie zu mehr Verständnis für die Situation in der islamischen Welt führt über die wissenschaftliche Analyse und die inner-islamische Diskussion zu einer modernen wirtschaftspolitischen Sozialordnung. Viele Entwicklungsländer zählen zur islamischen Welt, und der Islam ist in diesen Ländern sowohl eine Ideologie als auch eine Religion. Dort wird versucht, Religion und Staat, Kultur und Zivilisation miteinander zu vereinbaren zum Wohle aller islamischen Gläubigen und der islamischen Gemeinschaft (Umma), wie der Koran es ausdrückt: "Ihr seid die beste Gemeinde, die für die Menschen erstand. Ihr heißt, was rechtens ist, und ihr verbietet das Unrecht und glaubt an Allah ..." (Der Koran, 3. Sure, 106, S. 85).

Aber welche islamische Gemeinde erfüllt alle Kriterien, Weisungen, Gebote, die der Koran aufgestellt hat? Die Auseinandersetzung des Islam mit der westlich orientierten politischen wie geistigen Moderne hat die traditionellen kulturellen Vorstellungen beeinflusst. Die islamische Welt wurde aber auch durch die Kolonialmächte stark beeinflusst.

Der Zugang zu grundlegenden Fragen der gegenseitigen Einflusses von Religion und Behinderung in der islamischen Welt ist nicht ohne genaue Differenzierung und kritische Analyse möglich. Angesichts der Vielfalt islamischer Lebensformen in verschiedenen Ländern sowie unterschiedlicher politischer, wirtschaftlicher und kultureller Systeme in der Geschichte und Gegenwart kann dieser Artikel nur einige wenige Antworten anbieten.

Um den Leserinnen und Lesern eine Annäherung an den Islam zu ermöglichen, wird es notwendig sein, die Bedeutung des Wortes "Islam" zu erläutern. "Islam" bedeutet wörtlich:

1. Frieden
2. Die Lebensweise, durch die man Frieden erlangen kann
3. Ergebung; denn die Ergebung in den Willen Gottes ist der sicherste Weg, den Frieden zu gewährleisten

Diese vollkommene Ergebung in Gottes Willen macht auch den religiösen Sinn des Wortes Islam aus. Der Islam ist eine bestimmte Lebenseinstellung und Lebensweise, um das ewige Leben nach dem Tod zu erlangen. Zu den Fundamenten des Islam zählen der Koran und die Sunna.

## Der Islam als Religion

Der Islam wurde von vielen gläubigen Muslimen "Religion des Friedens" genannt, da der Islam ein arabisches Wort ist und es Frieden oder die Lebensweise, durch die man Frieden erlangen kann, bedeutet. Der Islam ist mehr als eine theoretische Angelegenheit, sondern ein gelebtes Leben und umfaßt alle Lebensbereiche. Alle Aspekte der menschlichen Beziehungen bis hin zu umfassenden Lehren aus den Bereichen Wirtschaft, Politik, Rechtswissenschaften bilden einen wichtigen Inhalt des Islam. Der "Islam ist daher nie allein die private Angelegenheit des Individuums gegenüber seinem Gott, sondern immer auch Sache der Öffentlichkeit, der Gesellschaft und des Staates" (RADTKE 1989, S. 57). Nach dem Koran kommt die Sunna als zweite Religionsquelle des Islam. "Das arabische Wort 'Sunna', gemeinhin mit Tradition übersetzt, heißt soviel wie: gewohnte Handlungsweise, Brauch, der Weg, den man beschreitet, Lebensführung" (ABDULLAH 1984, S. 30). "Der Inhalt des Brauches ist in den vom Propheten Mohammed überlieferten Aussprüchen und Lehren gegeben. Diesen nachzueifern, ist Ziel eines jeden gläubigen Muslims ..." (RADTKE 1989, S. 54).

### Zum Inhalt des Koran

Der Koran ist das letzte und verbindlich und unwiderruflich offenbarte Wort Gottes, und damit ist der Koran die Hauptquelle der islamischen Lehre und der Grundsätze. Der Koran befasst sich unter anderem mit den

- a) Fundamenten der Glaubensüberzeugungen, wie dem Glauben an Gott, die Engel, die offenbarten Bücher, die Gesandten Gottes, das Jenseits, die Auferstehung nach dem Tod.
- b) ethischen und moralischen Regelungen, die für alle Muslime verbindlich sind.
- c) Beziehungen zwischen Gott, Mensch und Universum.
- d) Systemen der sozialen Gerechtigkeit und der gesellschaftlichen Ordnung.
- e) Grundlagen der islamischen Pflichtenlehre.

### Das Erziehungsziel des Islam

Die islamische Erziehung ist eine der wichtigsten Fragen im Dasein der islamischen Gesellschaften. Da der Islam das gesamte Leben eines Muslim bestimmt, ist es notwendig, so früh wie möglich mit der Erziehung zu beginnen. Die Erziehung beginnt im Mutterleib und im Elternhaus, wo sie durch Vorbildlichkeit, Erzählen und Belehren zu realisieren ist.

Bevor der Islam irgendwelche ausdrücklichen Befehle erteilt, erstrebt er, tief in das Herz des Menschen die Überzeugung einzupflanzen, daß sich sein Tun vor Gott abspielt, der ihn jederzeit und allerorten sieht. Die islamische Erziehung ruft zu Güte, Großmut, Barmherzigkeit, Anteilnahme, Frieden, selbstloser Gefälligkeit, gewissenhafter Gerechtigkeit und Wahrhaftigkeit gegenüber der gesamten Schöpfung und in allen Situationen auf.

Das Erziehungsziel des Islam ist es, eine Gesellschaftsordnung zu schaffen, die es dem einzelnen ermöglicht, sich ganz auf seinen Glauben und auf seinen Weg zu Allah zu konzentrieren und unbeirrt von etwaigen Ängsten und Unsicherheiten seiner Bestimmung zuzufolge zu leben.

### Weitere Aufgaben der islamischen Erziehung:

- \* Die Erziehung sollte den Menschen in die Lage versetzen, ehrlich, gerecht und auf vernünftigem Wege seinen Lebensunterhalt zu verdienen.
- \* Die Erziehung sollte bemüht sein um die wirtschaftlichen, sozialen, wissenschaftlichen und technologischen Belange der Gemeinschaft.
- \* Die Erziehung sollte alle Fähigkeiten eines Menschen fördern, damit er sie zum Wohle seiner Mitmenschen und aller Geschöpfe einsetzen kann.

### Die Behindertenrechte im Islam

Die Menschenrechte im Islam sind im Koran niedergeschrieben und von der Sunna des Propheten abgeleitet, deswegen unveränderlich und von der islamischen Gemeinde unbedingt zu befolgen. Keine menschliche Instanz hat das Recht, sie abzuändern oder in irgendeiner Weise einzuschränken, es sei denn, eine Einschränkung ist im Koran festgelegt. Sie umfassen nicht nur religiöse Belange, sondern auch soziale und politische. Die wichtigsten Ziele dieser Menschenrechte sind im folgenden in aller Kürze dargestellt.

## 1. Alle Menschen sind gleich und frei geboren

Das menschliche Leben ist eine Gabe Gottes und deswegen heilig und unverletzlich. Daher muß alles zu seinem Schutz unternommen werden. Kein Mensch hat das Recht einen anderen zu töten. Daher ist Abtreibung trotz Anzeichen von Behinderung verboten. Dieses Recht darf eingeschränkt werden, wenn es im Einklang mit dem Gesetz und zum Schutz oder im Interesse der Gemeinschaft geschieht. Dies wird in bestimmten Ausnahmefällen tatsächlich so ausgelegt, daß die Gemeinschaft vor behinderten Menschen geschützt werden muß.

## 2. Recht auf Familiengründung und damit verbundene Angelegenheiten

"Jeder Mensch hat gegenüber seiner Familie ein Anrecht auf materielle Unterstützung, ebenso wie auf Pflege und Schutz während der Kindheit, im Alter oder aufgrund einer Behinderung oder Invalidität. Die Eltern haben im Alter ein Anrecht auf materielle Unterstützung sowie auf Pflege und Schutz seitens ihrer Kinder." (Die Islamische Deklaration der Menschenrechte)

## 3. Recht auf Gleichheit und Verbot jeglicher Art von Diskriminierung

Niemand darf in irgendeiner Weise aufgrund seines Glaubens, seiner Abstammung, seines Geschlechtes, Alters, oder seiner Behinderung diskriminiert oder einem großen Risiko ausgesetzt werden.

## 4. Sicherheit und Freiheitsrechte

Die Sicherheit, Freiheit und Würde des Einzelnen ist unabhängig von seinem Alter und gesundheitlichen Zustand garantiert; ebenso ist er geschützt vor Unterdrückung, Ungerechtigkeit und Ausbeutung.

## 5. Recht auf Bildung

Jeder Mensch mit Behinderung ist im Islam berechtigt, eine seinen körperlichen und geistigen Fähigkeiten entsprechende Bildung zu erhalten.

## Leben mit Behinderung im Islam

Obwohl in vielen anderen Ländern und Kulturen Asiens Hilfe für Menschen mit Behinderungen eine jahrtausende alte Tradition hat, gibt es viele Zeugnisse dafür, daß Menschen mit Behinderungen auf der arabischen Halbinsel vor dem islamischen Aufbruch getötet oder als Opfergabe dargebracht wurden. Es wird berichtet, daß sie ausgesetzt, verkauft oder verstümmelt oder daß Kinder umgebracht wurden, wenn ihre Existenz, ihr Geschlecht, ihre körperliche Beschaffenheit nicht von der Familie erwünscht war. Mädchen waren hiervon stärker betroffen als Knaben. Durch den Islam wurde dieses alles verboten.

Ein Leitgedanke der islamischen Soziallehre basiert auf dem sehr effektiven Gedanken, daß eine in Not geratene Person wegen Tod des Familienernährers, Krankheit, Unfall, Alter, Arbeitslosigkeit, Behinderung usw. auf den Schutz der islamischen Gemeinschaft zählen kann. Die betroffenen Personen werden von der Familie, Großfamilie und der Gemeinde vor einer unzumutbaren Verschlechterung ihrer Existenzbedingungen geschützt. Ein zweiter Gedanke ist die Verbesserung der Existenzbedingungen von wirtschaftlich und sozial Schwachen und benachteiligten Gruppen in der Gemeinschaft.

Nach dem moralischen System im Islam reichen solche Maßnahmen allein nicht aus. In der islamischen Ethik vertraut der Betroffene auf die Wahrhaftigkeit Allahs und seines Propheten Mohammed. Er erfährt die göttlichen Botschaften und vertraut auf die Macht und den Heilswillen Allahs. Der islamische Glaube fördert wünschenswertes Verhalten der betroffenen Personen. Standhaftigkeit, Geduld, Tapferkeit, Treue, Edelmut, Vertrauen und Hoffnung sollen sich vor allem bei drei Gelegenheiten bewähren:

1. bei körperlichen Schmerzen,
2. bei Auftreten von Leiden und
3. bei jeder Art von Not.

Die islamische Hoffnung richtet sich auf den Sinn des Leidens, die Behinderung verstehen zu lernen, ohne das Vertrauen in Allahs Fügung zu verlieren. Der Behinderte soll nicht klagen und verzweifeln, sondern hoffen, daß die Behinderung eine Sühne für seine Sünden sein wird, damit er das Ziel des ewigen Lebens erreichen kann. Existentiell befindet sich der Mensch mit Behinderung in einem Schwebestand zwischen Furcht und Hoffnung; der Furcht vor Gott, daß er die betroffene Person und ihre Familie mit diesem Schicksal konfrontiert hat, gleichzeitig aber die Hoffnung, daß Allah die Familie und die Betroffenen leitet

und unterstützt. Der islamische Glaube versucht, die Verzweiflung der Behinderten und ihrer Angehörigen zu vermeiden, indem das Engagement und die Aktivitäten der Menschen für die Mitwirkung und Gestaltung der Gemeinschaft genützt wird.

Die Lehren des Islam, die die soziale Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderungen betreffen, beruhen auf Freundlichkeit, Herzlichkeit, Entgegenkommen, Wohlwollen, Anteilnahme, Hilfsbereitschaft und Berücksichtigung der Menschen mit Behinderungen. "Und gebet nicht den "sufaha" euer Gut, das Allah euch gegeben hat zum Unterhalt. (statt dessen) Versorgt sie mit ihm und kleidet sie und sprecht zu ihnen mit freundlichen Worten." (Der Koran, 4. Sure, 4). Hiermit sind alle Menschen gemeint, die aufgrund geistiger Behinderung oder durch andere Gründe nicht in der Lage, sind ihre Gelder in einer vernünftigen Weise zu verwalten. Sie haben das Recht auf eine ausreichende finanzielle Unterstützung für ihren Lebensunterhalt. Die Versorgung ihrer Grundbedürfnisse muß gesichert werden. Ihre Integration in die Gesellschaft fängt mit dem freundlichen Umgang der Gemeinde mit ihnen an: "Sprecht zu ihnen mit freundlichen Worten." Die islamische Gemeinde wird ermuntert, ihre Behinderten in das Familienleben und in die Gemeinschaft zu integrieren. "Es ist kein Vergehen für den Blinden und kein Vergehen für den Lahmen und kein Vergehen für den Kranken und für euch selber, in euren Häusern oder den Häusern eurer Brüder oder den Häusern eurer Schwestern oder den Häusern eurer Vatersbrüder oder Häusern eurer Vaterschwestern oder Häusern eurer Mutterbrüder oder in denen, deren Schlüssel ihr besitzt oder eures Freundes, zu essen." (Der Koran, 24. Sure, 60).

Die islamische Gesellschaft in ihrer strukturellen Gegebenheit wird maßgebend von der Lehre des Korans beeinflusst. Seine Dogmen konstituieren die religiöse Gemeinschaft der Gläubigen und regeln die zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Religion und der Glaube spielen in der traditionellen islamischen Gesellschaft eine einflußreiche Rolle. Jede Handlung bekommt mit Menschen, die krank, arm, vernachlässigt und behindert sind, durch die Religion eine besondere Bedeutung. Dadurch werden religiöse Dogmen zugleich zu Handlungsanweisungen. So ermöglicht der Islam eine Identifikation von Denken und Handeln. Soziale Toleranz im Islam beruht auf dem ethisch orientierten Denken, das die Menschen zur Selbstkontrolle ihres Handelns motiviert.

Toleranzethik im Islam, die durch das religiöse Bewußtsein gefördert wird, ist Respekt, Toleranz und Hilfeleistung gegenüber den Mitmenschen.

Der Islam setzt sich von einem ethisch-sozialen Standpunkt aus mit der sozialen Ordnung vorislamischer Gemeinschaften auseinander. Kritisiert werden Praktiken wie waad (lebendig begraben), Kinder als Opfertgabe, Aussetzung, Verkauf und Verstümmelung von Kindern, Tötung der Kinder, wenn ihre Existenz, ihr Geschlecht, ihre körperliche Beschaffenheit nicht von der Familie erwünscht war. Daß die Stellung der Menschen mit Behinderungen in der vorislamischen Zeit auf der arabischen Halbinsel in vieler Hinsicht schlecht war, läßt sich aus umfangreichen Hinweisen schließen. Es gibt Beweise dafür, daß die muslimischen Kalifen die Erziehung und Integration Behinderter durch Sozialdienste, finanzielle Hilfe und medizinische Behandlung gefördert haben.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß der Islam die Grundlage für das arabische Gesellschaftssystem bildet. Zugleich ist er die Basis für das soziale Denken und Handeln. Der Islam kann als ein umfassendes Sozialsystem betrachtet werden. Durch ihn werden Veränderungsprozesse in der gesellschaftlichen Bewußtseinsstruktur, was bedürftige, arme, in Not geratene Menschen, Waisenkinder, Kranke, Pflegebedürftige und Behinderte betrifft, erreicht.

Der Islam nimmt klar Stellung für alle Menschen in der Gesellschaft, die Beistand, Fürsorge, Hilfe und Unterstützung der Gemeinde benötigen. Hierbei wird das Menschenbild in positivem Licht gesehen. Diesen Sachverhalt veranschaulicht der Koran, indem er wiederholte Male klar Bezug auf die zwischenmenschliche Beziehung nimmt. Die Gesellschaftskonzeption des Islam, seine Moral- und Pflichtenlehre, Sozialordnung, Wirtschaftsordnung sowie private und gesellschaftliche Ethik wurden für die islamische Gemeinschaft zu Paradigma und Norm einer Idealgemeinde.

Literatur:

1. Der Koran. Tahame Verlag, Jade. 1402 H.
2. Die islamische Deklaration der Menschenrechte. Amman, 1984
3. Maria Haarmann (Hrsg.): Der Islam. München 1992
4. I. Al Frahan: Grundzüge der islamische Erziehung. Amman 1983
5. Yüksel Yücelen (Hrsg.): Was sagt der Koran dazu? München 1986
6. Adel T. Khoury: Einführung in die Grundlagen des Islam. Würzburg 1993
7. Adel T. Khoury: Das Ethos der Weltreligionen. Freiburg 1993

8. ders.: Toleranz im Islam. München 1986
9. Khouré, Hagemenn, Heine: Islamisches Lexikon. Freiburg 1991
10. Peter Antes u.a.: Der Islam. Stuttgart 1991
11. Muhammed Abdullah: Islam für das Gespräch mit Christen. Altenberge 1984
12. Gernot, Rotter (Hrsg.): Die Welten des Islam. Frankfurt am Main 1993
13. Al Atma, Aziz, Abn Khaldun: Der Islam als Gesellschaftsordnung. Beirut 1981

### **LEPRA - EINE KRANKHEIT DER ARMUT**

Willibald Geueke und Ulrike Mann-Rösemeier, DAHW

Die Lepra gilt als eine der ältesten Infektionskrankheiten des Menschen. Im Mittelalter war die Lepra auch in Europa stark verbreitet. Fast jede größere Ansiedlung hatte ein Siechenhaus, in welchem die Kranken eines Dorfes oder einer Stadt abgesondert leben mußten.

Erste Anzeichen der beginnenden Krankheit sind helle Hautflecken, bei denen es zum Verlust des Gefühls kommt. Später können auch Hände und Füße gefühllos werden, was häufig zu Verletzungen führt, die gar nicht oder zu spät erkannt werden. Lepra kann zur Deformation des Gesichtes und zu Fehlstellungen an Gelenken führen. Im Extremfall führt Lepra zur Erblindung, wenn die Nerven der Augenlider befallen werden und dies die Austrocknung oder Verletzung der Augäpfel zur Folge hat. Durch die Gefühllosigkeit können Folgeverletzungen entstehen, was über weitere Infektionen zum Verlust von Fingern, Händen, Zehen und Füßen führen kann.

Die Internationale Vereinigung der Leprahilfswerke (ILEP) schätzt die Zahl der weltweit an Lepra erkrankten oder an ihren Folgen leidenden Menschen auf ca. 6 Millionen Patienten. Man geht davon aus, daß mehr als 3 Millionen Menschen weltweit an den leprabedingten Behinderungen leiden, obwohl der Lepraerreger medikamentös abgetötet ist.

Lepra ist eine Krankheit der Armut und findet Ihre Opfer unter der verelendeten Bevölkerung in der Dritten Welt. Jährlich wird mit ca. 650.000 Neuerkrankungen gerechnet.

Lepra ist heilbar. Der Erreger, das mycobacterium leprae, kann innerhalb von 6 bis 24 Monaten mit Medikamenten abgetötet werden. Die körperlichen Schäden, die mittelbar durch die Krankheit verursacht werden, können nur teilweise behandelt werden (Verpflanzungen von Sehnen, Augenbraunen etc.).

Die Angst, an Lepra zu erkranken und behindert zu werden, ist nach wie vor weit verbreitet. Trotz intensiver Aufklärungsbemühungen werden immer noch Leprakranke aus ihren Familien, aus ihrem Lebensumfeld ausgegrenzt. Sie verlieren ihren Arbeitsplatz oder durch Geschäftsaufgabe ihren Lebensunterhalt. Die Angst vor den Auswirkungen der Lepra ist oft der Grund, weshalb Leprakranke häufig erst dann zur Behandlung gehen, wenn sie ihre Erkrankung nicht mehr verbergen können.

In den armen Ländern können sich die meisten Menschen eine ärztliche Behandlung nicht leisten. Viele Menschen sterben an heilbaren Krankheiten oder deren Folgen - die Lepra zählt dazu.

Grundinformationen zur Leprakrankheit

Erreger der Krankheit ist das Mycobacterium leprae, das sich in der Haut, in den Schleimhäuten der Atemwege und in den Nerven ansiedelt.

Der Ansteckungsweg ist nicht genau bekannt. Eine Infektion kann durch langzeitigen, direkten Kontakt mit dem Erkrankten erfolgen. Hunger, einseitige Ernährung und mangelnde Hygiene begünstigen die Verbreitung der Lepra.

Die Inkubationszeit liegt zwischen einigen Monaten und 20 Jahren; allgemein dauert sie zwischen 2 bis 3 Jahre.

Es gibt, vereinfacht gesagt, zwei Formen der Lepra, die paucibazilläre und die multibazilläre Form. Dazwischen gibt es viele Übergangsformen.

Multibazilläre Lepra: Ansteckend, keine Tendenz zur Selbstheilung, schwerwiegende Auswirkungen auf das Gesamtsystem durch Gewebeerstörungen, Nervenschäden, Lähmungen, Knotenbildungen.

Paucibazilläre Lepra: Nicht ansteckend, häufig selbstheilend, kann aber schwere Nervenschäden verursachen.

Der Krankheitsverlauf ist bei unbehandelter Lepra je nach Krankheitsform unterschiedlich, z.B.: begrenzt helle Hautflecken oder Knotenbildung auf der Haut und Verdickung der Nerven, Gefühllosigkeit in Händen und Füßen, Bildung von Krallenhänden und Fallfüßen in schweren Fällen, Deformation des Gesichtes, vor allem durch Verlust der Nasenscheidewand, Erblindung, Verlust von Händen und Füßen durch Knocheneiterung.

Heute ist das Prinzip der Leprabehandlung die Kombinationstherapie mit verschiedenen Antibiotika. Damit ist die Lepra in relativ kurzer Zeit (ca. 6 Monate bis 2 Jahre) heilbar.

Nur eine Minderheit der Patienten hat noch keinen Zugang zu dieser Therapieform und erhält das altbekannte Sulfonpräparat DDS, welches als Einzelsubstanz über viele Jahre - oft lebenslänglich - gegeben wird. Was an körperlichen Schäden durch die Krankheit bereits vorhanden ist, wie z.B. Verstümmelungen, Lähmungen, ist nicht mehr heilbar. Deshalb ist es dringend erforderlich, die Krankheit rechtzeitig zu erkennen. Das erreicht man mittels Gesundheitserziehung und Aufklärung und durch Reihenuntersuchungen, z.B. in Schulen. Eine Schutzimpfung ist bisher noch nicht möglich.

Rehabilitation in der Lepraarbeit

Die Krankheit "Lepra" bringt für den von ihr befallenen Menschen Probleme mit sich, die sich auf fast alle Lebensbereiche auswirken. Dies sind nicht nur die notwendige medizinische Behandlung der Krankheit, sondern auch soziale und häufig auch durch die Krankheit bedingte oder noch verschärfte wirtschaftliche Schwierigkeiten.

Die vor der Krankheit "Lepra" noch immer weitverbreitete Angst, die Betrachtung der Krankheit als Fluch oder Strafe für begangene Untaten, also die Stigmatisierung, führt auch heute trotz zahlreicher Aufklärungsbemühungen immer wieder zur Ausgrenzung und zum Verstoßen von Leprakranken aus ihrer Familie, ihrem Lebensumfeld, ihrem Dorf wie auch zum Verlust ihres Arbeitsplatzes.

Die Angst gerade vor diesen Auswirkungen ist oft der Grund dafür, daß Leprakranke häufig erst dann zur Behandlung kommen, wenn ihre Krankheit nicht mehr verborgen bleibt, wenn erste sichtbare körperliche Schädigungen und Behinderungen aufgetreten sind und sie damit schon aus der Gesellschaft und ihrem Lebensraum ausgeschlossen sind. Für die praktische Lepraarbeit bedeutet dies, daß sie sich nicht nur mit der medikamentösen Behandlung der Lepra befassen muß, sondern sich auch dem weiten Feld der "Rehabilitation" annehmen muß.

Dieser Begriff "Rehabilitation" beinhaltet mehrere Aufgaben:

1. Die "körperliche" Rehabilitation:

Diese umfaßt

- wiederherstellende chirurgische Eingriffe,
- physiotherapeutische Übungen zur Verhinderung von Behinderungen und vor und nach Operationen,
- sowie Versorgung mit orthopädischen Schuhen und Prothesen oder mit einfachen Schuhen als Schutz für den gefühllosen Fuß und Vorsorgemaßnahme.

2. Die "soziale" Rehabilitation:

- diese teilt sich auf in psychosoziale Rehabilitation, das ist in erster Linie die psychologische Betreuung durch Sozialarbeiter. Hier soll der Kranke wie auch seine Familie lernen, die Krankheit zu akzeptieren, mit ihr zu leben und die daraus erwachsenden Probleme zu bewältigen. Der Leprapatient, seine Familie und sein soziales Umfeld sind angesprochen, so daß eine Integration der Kranken in ihre Lebensgemeinschaft wieder ermöglicht wird, oder wenn möglich, gleich ein Ausschließen aus der Gemeinschaft verhindert wird. Dies ist in weiterem Sinne auch zugleich Gesundheitsaufklärung;
- und die sozio-ökonomische Rehabilitation, die sich vor allem um die wirtschaftliche Wiedereingliederung und Verselbständigung der Leprapatienten bemüht.

Diese Abgrenzung der sozio-ökonomischen Rehabilitation von der Rehabilitation im psychosozialen Sinne ist allerdings eine rein theoretische Abgrenzung, denn in der Praxis bedeutet die Betreuung eines Leprakranken fast immer beides, die psychologische wie die sozio-ökonomische Betreuung der Patienten. Er soll in der psychologischen Betreuung wieder sein Selbstbewußsein und Selbstwertgefühl finden bzw. gestärkt bekommen, und mit dem Erfolg im sozio-ökonomischen Bereich steigt auch sein Ansehen in seinem Lebensumfeld, was wiederum auf sein Selbstbewußtsein positiv zurückwirkt.

Methoden der sozio-ökonomischen und psychosozialen Rehabilitation sind:

- psychologische Beratung und Betreuung von Leprakranken und ihren Familien durch Sozialarbeiter
- Ausbildungsvermittlung
- Lehrwerkstätten
- beschützende Werkstätten
- Förderung von Kleinhandwerk und Kleinhandel durch Darlehensprogramme (Vergabe von Darlehen, Vermittlung zinsgünstiger Darlehen)
- Förderung von Landwirtschaft und Gartenbau
- Vieh- und Kleintierzucht
- Hausbauprogramme
- Dorfsanierungsprogramme

Zahlreiche der vom DAHW unterstützten oder gegründeten Projekte haben diese Aufgabe erkannt, sich ihrer schon seit langen Jahren angenommen. Heute finden wir in großen Referenzzentren Ärzte, die wiederherstellende Operationen durchführen, in fast allen Kontrollprojekten sind Physiotherapeuten tätig und spezielle Schuh- und Orthopädieabteilungen eingerichtet, und findige Sozialarbeiter haben die vielfältigsten Wege für sozio-ökonomische Hilfen, vor allem Hilfen zur Selbsthilfe, eingeschlagen.

In einer speziellen Evaluation wurden für das Jahr 1990 die Aktivitäten der vom DAHW unterstützten 280 Lepraprojekte im Bereich der sozioökonomischen Maßnahmen ermittelt:

30 landwirtschaftliche und Gartenbauprogramme  
16 Programme zur Viehzucht und Kleintierhaltung  
28 Schuh- und/oder orthopädische Werkstätten, darunter zum Teil landesweit tätige Programme wie in Sierra Leone und Senegal  
44 Werkstätten - z.B. Schreinereien, Webereien, Schneidereien, Metallverarbeitung  
15 Lehrwerkstätten, zum Teil mit Schulen  
6 überregional tätige Kleindarlehensprogramme und  
5 spezielle Programme zum Häuserbau, zum Teil ebenfalls auf Darlehensbasis.

Portrait eines Leprapatienten des Rehabilitation Fund in Madras/Indien

Appal Naidu ist ca. 50 Jahre alt und seine Frau etwa 40. Beide haben schwere Behinderungen, denn sie leiden seit mehr als 10 bis 15 Jahren an Lepra. Sie haben einen gesunden Sohn von 14 Jahren. Appal Naidu kam aus einem Dorf nach Vishakapatam und verdiente sich seit dem 25. Lebensjahr seinen Lebensunterhalt durch das Ziehen einer Rikscha. Er heiratete eine Einheimische und wohnte in einem kleinen Slum am Marktplatz.

Vor etwa 15 Jahren erkrankte Appal Naidus Frau an infektiöser Lepra und daraufhin auch er selbst an der nicht-infektiösen Form. Obwohl körperlich robust, zog er sich durch die Arbeitsbedingungen beim Ziehen der Rikscha Verletzungen an Händen und Füßen zu. Die Finger an beiden Händen sind verstümmelt. Sein linker Fuß zeigt ein tiefes Geschwür, das schwer heilt. Seine Beine sind durch eine Infektion mit Fadenwürmern geschwollen. Seine Frau leidet an Blutarmut und Asthma. Appal Naidu verfällt gesundheitlich immer mehr. Eine einzige Hoffnung ist sein 14jähriger Sohn, daß dieser ihn bald unterstützen kann.

Srinivadas, der Sohn, ging sechs Jahre zur Schule und hat die Grundschulausbildung abgeschlossen. Da sein Vater mit den Geschwüren an den Füßen und den deformierten Händen die Rikscha nicht mehr ziehen kann, hat er seine Schulausbildung abgebrochen und nach einer Möglichkeit gesucht, Geld zu verdienen. Er wollte einen kleinen Kiosk eröffnen. Er fand einen alten Holzschuppen, der dafür geeignet schien. Für dieses Unternehmen brauchte er finanzielle Hilfe.

Nach dem Beginn der medizinischen Behandlung von Appal Naidu und seiner Frau vermittelte der Rehabilitation Fund in Madras ihm ein zinsbegünstigtes Bankdarlehen. Mit der Vergabe dieses Kredites gelang die geplante Existenzgründung.



## **BERICHTE AUS DEN ARBEITSKREISEN**

### **Arbeitskreis "Behinderung und Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit"**

Im Mittelpunkt der Arbeit steht nach wie vor die Vorbereitung des nächsten Symposiums vom 5.-7. Mai 1995 in Gummersbach. Nachdem die Finanzierung der Veranstaltung nunmehr gesichert ist, können die Zusagen an die eingeladenen Referenten und Referentinnen definitiv erfolgen.

Inhaltlich wird es bei diesem Symposium um die Entwicklungszusammenarbeit gehen, wobei verschiedene Konzepte vorgestellt werden sollen, mit denen Menschen mit Behinderungen in der Dritten Welt unterstützt werden können. Neben dem Modell der gemeindenahen Rehabilitation (CBR) wird es auch darum gehen, wie Maßnahmen für Menschen mit Behinderungen in allgemeine Entwicklungsprojekte integriert werden können.

Als Referenten haben M. Miles, (Birmingham), Gabor Tiroler (Uppsala), ein Repräsentant der Internationalen Arbeitsorganisation (Genf) und Jane Brouillette (London) zugesagt. Ebenfalls konnten wir die GHW-COMBO, eine Musikgruppe der Diakonie Wohnstätten e.V. Kassel, für die Gestaltung des Samstag abend gewinnen. Es handelt sich hierbei um eine Band, in der behinderte und nicht behinderte Musiker zusammenspielen. Ihr Repertoire umfaßt eigene Interpretationen nationaler und internationaler Hits. Weiter ist zu erwähnen, daß finanzielle Unterstützung für die Durchführung des Symposiums zugesagt wurde.

Eine Einladung mit weiteren Informationen zum Symposium liegt dieser Rundbriefausgabe bei. Es wird dringend darum gebeten, den Anmeldeschluß zu beachten, weil zu spät erfolgte Anmeldungen nicht mehr berücksichtigt werden können.

Am Nachmittag unseres Treffens haben wir fünf Vertreter aus verschiedenen Institutionen bei uns zu Gast gehabt, die über "medizinische Rehabilitation in der Praxis der Entwicklungsländer" referierten. Wir wollten einen Erfahrungsaustausch zwischen den Institutionen und dem Arbeitskreises ermöglichen, um die Theorie der Sonderpädagogen mit Vertretern aus der Praxis zusammenzubringen und gemeinsam über alternative Produktionsmöglichkeiten für orthopädische Hilfsmittel nachzudenken.

Vorgestellt wurde das "TRELO", ein Rollstuhl, der drei verschiedene Benutzungsmöglichkeiten bietet und von Gerhard Sitzer entwickelt wurde. Zehn Exemplare wurden bereits im Senegal gebaut. Auf Grund der relativ einfachen Produktionsweise - der Rollstuhl besteht aus Wasserrohren - ist es möglich, daß 3-4 Behinderte einen solchen Rollstuhl an einem Tag herstellen. In der Gesprächsrunde wurde positiv erwähnt, daß dieses Modell als Baukastensatz geliefert werden kann, sehr gut und schnell individuell anpaßbar und vor allem stabil genug für die dortigen Straßenbedingungen ist.

Eine Vertreterin von medico international stellte den "Jaipur Foot" vor. Dies ist eine Prothese aus elastischem Gummi, welche in Indien entwickelt wurde. Diese Prothese ist ein Beispiel für angepaßte Technologie und ist den Lebensumständen der Inder angepaßt (gutes Fußgelenk und unempfindlich gegen Witterungseinflüsse). Es ist möglich, sie im Land zu produzieren und entspricht den Traditionen der indischen Kultur. Mittlerweile werden jährlich bis zu 3000 Prothesen dieser Art in Indien angepaßt.

Mittlerweile werden in einer Reihe von Ländern der Dritten Welt lokal angepaßte Materialien hergestellt, wobei nicht bekannt ist, in welchen Ländern bereits solche Entwicklungen vorliegen. Um diese Entwicklungen zusammenzutragen, bittet der Arbeitskreis um Hinweise und Informationen, wo lokale Produktionen von Rollstühlen, Gehhilfen, Prothesen und anderen orthopädischen Materialien existieren.

Ein Vertreter der Voluntary Relief Doctors kündigte eine Konferenz im September 1995 an. Sie soll am Rande der UNO-Konferenz in Potsdam stattfinden. Dabei soll insbesondere die Minenproblematik im Vordergrund stehen.

Das nächste Arbeitskreistreffen wird am 11.2.1995 um 10.00 Uhr in Köln (Ort noch unbekannt) stattfinden. Es soll schwerpunktmäßig um die Vorbereitung des Symposiums gehen.

Christine Hüttl

## **ORGANISATIONEN**

### **Deutsches Aussätzigen-Hilfswerk (DAHW)**

Das Deutsche Aussätzigen-Hilfswerk, das 1957 gegründet wurde, verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke. Dies geschieht durch alle Maßnahmen, die direkt oder indirekt zur Bekämpfung der Lepra dienen; das gleiche gilt für andere Erkrankungen, die als vordringlich behandlungsbedürftig erkannt werden.

Erreicht werden soll dies insbesondere durch

- Unterstützung und Neugründung entsprechender Einrichtungen,
- medizinische und soziale Rehabilitation,
- Unterstützung der Forschung und Ausbildung,
- Gesundheitserziehung und
- Öffentlichkeitsarbeit.

In Jahre 1993 verfolgte das DAHW folgende Arbeitsschwerpunkte:

Afrika: 103 Projekte in 23 Ländern (z.B. in Äthiopien, Uganda, Tansania, Senegal, Sierra Leone, Nigeria)

Asien: 169 Projekte in 14 Ländern (z.B. in Indien, Pakistan)

Lateinamerika: 37 Projekte in 6 Ländern (z.B. in Brasilien, Kolumbien, Paraguay)

Zusätzlich wurden 8 Forschungsprojekte und Sonderprogramme im Bereich der Gesundheitserziehung und Ausbildung unterstützt.

Das Spendenaufkommen betrug von 1957 bis 1993 insgesamt 672,8 Mio. DM und im Jahre 1994 wurden 28,3 Mio. DM für 293 Projekte in 45 Ländern und 6 Forschungsprojekte verwendet. Gegenwärtig werden 218.564 Patienten medikamentös behandelt, während seit 1985 insgesamt 596.654 Patienten als geheilt entlassen wurden.

Weitere Informationen sind erhältlich beim:

Deutschen Aussätzigen Hilfswerk e.V.  
Dominikanerplatz 4  
97067 Würzburg  
Tel.: 0931/3521-0

### **Voluntary Relief Doctors (VRD)**

Bei den VRD handelt es sich um einen Zusammenschluß von Fachkräften aus dem Bereich der Medizin, der Orthopädietechnik und anderen Berufszweigen, die im Rahmen der medizinischen Soforthilfe für die Kurden im Nordirak ihre humanitäre Arbeit 1990 aufnahmen und 1991 als gemeinnütziger Verein registriert wurden.

Die Arbeit der VRD gliedert sich grundsätzlich in zwei Stufen:

In der ersten Stufe, der Soforthilfephase, wird die notleidende Bevölkerung im jeweiligen Einsatzland mit lebenswichtigen Hilfsgütern (Medikamente, Nahrungsmittel, medizinische Grundversorgung, Decken, Zelte etc.) versorgt. Hierzu gehören neben der Wiederausrüstung von beschädigten Gesundheitseinrichtungen auch die Einrichtung und der Ausbau von Prothesenwerkstätten sowie die Übernahme von Betriebskosten in der Anlaufzeit. Die Dauer solcher Soforthilfemaßnahmen beträgt maximal sechs Monate.

In der zweiten Stufe wird die medizinische und prothetische Versorgung von Kriegsinvaliden mit physiologischer und psychologischer Rehabilitation ausgebaut. Die Ausbildung von einheimischen Fachkräften im Bereich der Orthopädietechnik hat zum Ziel, daß diese als Multiplikatoren tätig werden, strukturelle Versorgungslücken schließen und langfristige Versorgung sichern. Behandelt werden alle Menschen, die dieser Hilfe bedürfen, ungeachtet ihrer religiösen, politischen, nationalen und geschlechtlichen Zugehörigkeit.

Die VRD sind z.Zt. bereits in Diana (Kurdische Schutzzone im Nordirak) sowie in Zenica (Bosnien-Herzegowina) im Prothesenwerkstattbereich tätig. Darüber hinaus sind die VRD an der Einrichtung weiterer Prothesenwerkstätten mit Reha- und Ausbildungszentren in ehemaligen Kriegs- und Krisenregionen dieser Welt sehr interessiert, um besonders den Minenopfern (Amputierten) kurz- und langfristig zu helfen. Hierfür kommen vor allem Länder und Regionen in Frage, von denen bekannt ist, daß ihre Zivilbevölkerung aufgrund starker Minenvorkommen hoch gefährdet ist, z.B. Kambodscha, Angola, Ruanda, West Bank.

In den beiden bisherigen VRD Projekten (Diana und Zenica) werden nach vorgegebenen Erfassungsbögen alle hilfreichen Daten erhoben, gesammelt und ausgewertet. Diese Statistiken werden jeweils nach Abschluß eines Berichtsjahres der WHO und anderen interessierten Stellen zur Verfügung gestellt. Sie sollen unter anderem Aufschluß geben über die Ursache und Art der Amputationen, die Alters- und Geschlechtsstruktur der betroffenen Bevölkerung, den Gesamtbedarf und die Art des benötigten Prothesenmaterials, die Notwendigkeit chirurgischer Nachbehandlung und die regionale Herkunft der Patienten. Alle diese Daten sollen als Grundlage für eine noch effektivere Arbeit während der Vorbereitungsphase zukünftiger Projekte der VRD dienen. Darüber hinaus können sie als Evaluierungsgrundlage für andere Hilfsaktionen (z.B. Aufbau von Basisgesundheitsdiensten und strukturelle Wiederaufbaumaßnahmen) dienen.

Die VRD sind an der Zusammenarbeit mit Universitäten und anderen Forschungseinrichtungen zur Mitarbeit an der Erstellung und Weiterentwicklung der Statistiken interessiert. Weiterhin ist auch die Zusammenarbeit hinsichtlich der Bewertung und Behandlung psychischer Kriegstraumata erwünscht.

Institutionen und Organisationen, wie z.B. medico international und die britische Mines Advisory Group (MAG), die sich der Minenräumung verschrieben haben und gleichzeitig - um weitere Minenopfer zu vermeiden - Aufklärungskampagnen in der jeweils betroffenen Bevölkerung durchführen, ergänzen die Arbeit der VRD.

## **REHASWISS**

Die REHASWISS ist das einzige schweizerische Hilfswerk, das sich ausschließlich mit der beruflichen und sozialen Eingliederung Behinderter in Entwicklungsländern, vornehmlich in Indien, befaßt. Die REHASWISS wurde von dem in der Schweiz lebenden Inder Joseph Aertthott im Jahre 1977 gegründet und ist seit 1990 als gemeinnütziges Werk anerkannt.

Ziel der REHASWISS ist es, daß sich behinderte Menschen aus den Fesseln der Armut befreien können, die Behinderungen oft noch wesentlich verschlimmern.

Die REHASWISS setzt auf Hilfe zur Selbsthilfe. Es wird versucht, anstelle von wenigen Großprojekten, mit denen sich die Menschen vor Ort kaum identifizieren können, viele kleine Projekte zu unterstützen. Die REHASWISS ist auch bemüht, durch ehrenamtliche Mitarbeiter/innen die Verwaltungskosten so gering wie möglich zu halten. Die REHASWISS arbeitet mit einheimischen Partnerorganisationen zusammen, welche die einzelnen Projekte planen, durchführen und betreuen.

Die REHASWISS unterstützt verschiedene Projektformen:

### **\* Mini-Projekte**

Ein Mini-Projekt bezieht sich auf eine Einzelperson und hat die berufliche und soziale Eingliederung zum Ziel. Beispiele für diese Projekte sind:

- Einrichtung eines Kleinladens mit Nahrungsmitteln oder Gegenständen des täglichen Bedarfs, inkl. Betriebskapital für die erste Zeit.
- Ermöglichen einer handwerklichen Tätigkeit durch das Einrichten einer Werkstatt (Schneiderei, Seilerei, Sandalenfabrikation, Fahrradvermietung und -reparatur, Fischerei usw.)
- Übergabe von Groß- und Kleinvieh, z.B. Milchkühe, Büffelgespann als Zugtiere, etc.

### **\* Berufliche Ausbildungen**

In ihnen werden Jugendliche, Frauen und Männer auf eine Tätigkeit vorbereitet, welche sie später in ihrem Dorf ausüben können. Beispiele sind:

- Ausbildung als Schneider. Nach Abschluß der Ausbildung wird von der REHASWISS eine Nähmaschine zur Verfügung gestellt.
- Ausbildung von Blinden und Körperbehinderten zu Telefonisten.
- Ausbildung in handwerklichen Tätigkeiten wie Weberei, Schirmreparatur, Montage usw.

\* Geschützte Werkstätten und kleinere Werkeinheiten

Zunehmend wird versucht, Behinderte dorf- und regionenweise zu kleineren Werkeinheiten zusammenzufassen.

\* Abgabe von Hilfsmitteln und anderen Dienstleistungen

- Finanzierung von Prothesen
- Labors zur Untersuchung hörbehinderter Kinder
- Einrichtungen zum Schreiben und Drucken von Blindenschrift
- Anschaffung eines Schulbusses

Wer die Zukunft von REHASWISS prognostizieren will, muß die Vergangenheit betrachten, denn die Ziele der REHASWISS werden sich nicht verändern. Sie konnte vielen behinderten Menschen helfen. Wenn man aber davon ausgeht, daß Armut selber auch eine Wurzel von verschiedenen Behinderungen sein kann, dann müßte gerade in diesem Bereich noch viel mehr getan werden. Armut und Behinderung bedingen sich gegenseitig. Es gilt, diesen verhängnisvollen Kreislauf zu durchbrechen. Es besteht z.B. auch die Gefahr, daß die Behinderten in den Entwicklungsländern hinter der akut gewordenen Not in Osteuropa vergessen werden könnten. Deshalb erachtet es die REHASWISS als wichtig, daß sie in der Schweiz eine größere Bekanntheit erlangt und möchte zu diesem Zweck Regionalgruppen bilden.

Wer Interesse hat, bei REHASWISS mitzuarbeiten, melde sich bei dem Präsidenten Herrn Joseph Aerthott, IV-Stelle Bern, Forstweg 56, 3000 Bern 9, Tel.: 031 302 02 55 (Büro)  
031 829 23 04 (privat)

\* Projektbeispiel Velo-Shop

Ein 26-jähriger Mann mit einer Gehbehinderung (Polio) eröffnet einen Velo-Shop mit 10 Mietvelos. Der Mann wohnt in einem abgelegenen Dorf, das über keine Anschlüsse an das öffentliche Verkehrsnetz verfügt. Dadurch wird das Fahrrad zum wichtigsten Transportmittel der durchweg armen Bevölkerung. Seit dieser Mann mit Hilfe der REHASWISS ein Geschäft eröffnen konnte, hat sich sein Leben verändert. Vorher war er ledig, ohne eigene Mittel und hatte mit seiner Behinderung wenig Aussicht, eine Arbeit zu finden. Durch den Velo-Shop änderte sich dies rasch. Er begann mit der Vermietung von fünf Fahrrädern und führte nebenbei Reparaturen an anderen Velos aus. Die Nachfrage war groß. Sein Geschäft wurde zu einem Treffpunkt im Dorf. Viele kommen, um ein Fahrrad zu mieten oder einfach zum Plaudern. Der Mann gewann an

Ansehen. Nun konnte er heiraten. Heute ist er der einzige, der in der Großfamilie über ein geregelteres Einkommen verfügt. Dadurch ist er vom mühsam mitgetragenen Behinderten zum bestimmenden Familienmitglied geworden.

## **NEWS**

### **Internationale Konferenz von Nichtregierungsorganisationen zu Behindertenfragen in Kopenhagen am 3. März 1995**

Der nächste Sozialgipfel der Vereinten Nationen wird vom 6. bis zum 12. März 1995 in Dänemark stattfinden. Dies eröffnet die einzigartige Chance, die Gleichberechtigung für Menschen mit Behinderungen in das Bewußtsein der Weltöffentlichkeit und der Staatsoberhäupter zu bringen. Es ist auch der richtige Moment, um für die Einführung der "UN Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities" einzutreten. Eine Konferenz von Nichtregierungsorganisationen (NGO) zu Behindertenfragen wird Organisationen von Menschen mit Behinderungen in den anderen geplanten NGO-Aktivitäten, die am Rande des Sozialgipfels stattfinden, sichtbar machen.

Die Konferenz am 3. März 1995 wird von dem dänischen Verband von Organisationen von Menschen mit Behinderungen organisiert in Zusammenarbeit mit Disabled Peoples' International, FIMITIC (International Federation of Disabled Workers and Civilian Handicapped), der Internationalen Liga von Vereinigungen für Menschen mit geistiger Behinderung (ILSMH), Rehabilitation International, der World Blind Union und der World Federation of the Deaf.

Ziel der eintägigen Konferenz ist es, einen "Human Development Index" zu entwerfen, der sich an Parametern orientiert, die in den Hauptartikeln der oben erwähnten Standard Rules erwähnt sind. Bestandteil dieses Index werden z.B. sein:

- eine Skala, die eine Beurteilung des Grades erlaubt, inwieweit die Anforderungen der Standard Rules in jedem Staat erfüllt werden;
- ein Berichtssystem für Regierungen und Organisationen von behinderten Menschen, mit dem das United Nations Development Programme (UNDP) über bestehende Aktivitäten informiert werden kann;
- die Publikation der Ergebnisse des UNDP Human Development Report.

Registrierungsgebühr für diese Konferenz beträgt US\$ 50,-. Weitere Informationen sind erhältlich bei:

DSI  
Landskronagade 66  
DK-2100, Copenhagen  
Denmark  
Tel.: +45 39 27 27 22  
Fax: +45 39 27 70 07

### **Bericht über die Arbeit an der Universität Oldenburg**

Im Seminar "Behinderung und Dritte Welt" arbeiten wir aus aktuellem Anlaß zum Thema "Bevölkerungspolitik". Es haben sich u.a. Arbeitsgruppen zu den Themen Pharmaindustrie, Verhütung, Einfluß von katholischem und islamischem Fundamentalismus, Menschenbilder, Beschneidung, Abtreibung, Eugenik, Familienplanung in Deutschland etc. gebildet. Am Ende des Semesters soll ein Reader mit den Ergebnissen der Arbeitsgruppen erstellt werden, der neben Referaten und Hausarbeiten auch interessante Aufsätze und Artikel enthalten soll.

Im Wintersemester 94/95 wird das Seminar in ein Projekt übergehen, so daß ein Wahlpflichtstudium im Bereich "Behinderung und Dritte Welt" noch besser möglich wird. Das Projekt wird in Zusammenarbeit mit Studierenden und Lehrenden aus den Fachbereichen "Interkulturelle Pädagogik" und "Sonderpädagogik" durchgeführt, so daß es möglich wird, zum einen thematisch tiefgreifender zu arbeiten und zum anderen, sich intensiver auf unterschiedliche Regionen zu beziehen. Zudem findet ein verstärkter Austausch beider Fachrichtungen statt.

Ende November 1994 fand an der Universität Oldenburg das Bundesfachschaftentreffen der SonderpädagogInnen statt, auf welchem eine Arbeitsgruppe zum Thema "Behinderung und Dritte Welt" gegründet wurde. Die Oldenburger Studierenden gaben anderen einen Einblick in ihr Studium und Anstöße zur Verwirklichung ähnlicher Projekte an anderen Hochschulen. Die Fachschaften an den Universitäten, an denen zum Thema "Behinderung und Dritte Welt" gearbeitet wird, wurden von der Existenz dieser Arbeitsgruppe informiert. U.a. sollen Probleme in der Arbeit (z.B. Finanzen, Literatur...) und Fragen der Zielsetzung, des Selbstverständnisses und des fairen Austausches mit Studierenden anderer Länder diskutiert werden.

Weiterhin weisen wir noch einmal auf die Liste der Diplom- und Examensarbeiten hin, die wir auch in Zukunft so vollständig wie möglich halten wollen. Bitte senden Sie uns entsprechende Titel oder die Originale, die wir dann kopieren und wieder an Sie zurückschicken. Auf diese Weise stehen die Arbeiten anderen Studierenden zur Verfügung. Ebenso vollständig wollen wir die Literaturlisten zum Thema "Islam" sowie zu "Behinderung in Afrika" halten. Deshalb sind Literaturhinweise jederzeit willkommen. Alle aufgeführten Listen können unter der nachstehenden Adresse angefordert werden.

Kim Siekmann & Peter Sehrbrock  
Arbeitsstelle Behinderung und Dritte Welt  
Universität Oldenburg  
FB1/EW2  
Postfach 2503  
26111 Oldenburg

### **Interkom erstellt entwicklungspolitische Filmdatenbank (epi, 9/94)**

Bonn (epi). Interkom e.V., Gesellschaft für internationale Kommunikation und Kultur mit Sitz in Bonn, stellt ab diesem Monat interessierten Institutionen und Organisationen, dem schulischen und außerschulischen Bildungsbereich wie auch der weiteren interessierten Öffentlichkeit eine Datenbank zur Verfügung, die Informationen und Datensätze zu über 5000 entwicklungspolitisch relevanten Filmen enthält. Sie wird laufend aktualisiert werden, so daß die jeweils neueste Version bei Interkom abgerufen werden kann. Die Datenbank, die sich seit 1989 im Aufbau befindet, wurde mit Unterstützung des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) erstellt und soll der großen Nachfrage nach entwicklungspolitisch relevanten Filmen gerecht werden. Die Finanzierung des Projektes ist vorerst bis Ende 1994 sicherergestellt. - Neben dem Unterhalt der Datenbank organisiert Interkom internationale Tagungen und Seminare, fördert internationale Kulturbegegnungen, führt entwicklungspolitische und interkulturelle Fortbildungsmaßnahmen durch und gibt Unterrichtsmaterial für die schulische und außerschulische Bildungsarbeit heraus.

## **VERANSTALTUNGEN**

### **05.-07.05.1995 9. Symposium "Behinderung und Dritte Welt"**

Ort: Gummersbach

Arbeitskreis "Behinderung und Dritte Welt", c/o Gabriele Weigt, Am Kindergarten 18, 61169 Friedberg, in Zusammenarbeit mit der Theodor-Heuss-Akademie, Gummersbach.

### **06.-15.07.1995 XIIth World Congress of the World Federation of the Deaf**

Hofburg Congress Centre

Theme: Towards Human Rights

Deadline for registration: 31. December 1994.

Further information: Congress Secretariat, WFD '95, c/o ICOS Congress, Organization Service, Schleifmühlgasse 1, A-1040 Vienna, Austria. Tel.: +43 1 587 60 44; Fax: +43 732 77 58 04.

### **16.-20.07.1995 18th International Congress on Education of the Deaf**

Ort: Tel Aviv, Israel

Contact: Dr. William E. Castle, Office of the Vice-President for Government Relations, RIT Director, NTID, Lydon Baines Johnson Building, PO Box 9887, Rochester, New York 14623-0887, USA. Tel.: +716 475 6418

### **September 1995 UN World Conference on Women**

Ort: Beijing, China.

13.-19.09.1995 "The 10th Asia & Pacific Regional Conference of Rehabilitation International"

Ort: Jakarta, Yogyakarta, Bali, Indonesia

Theme: "Reaching the Unreached" - Towards the Improvement of the Quality of Life of People with Disabilities.

Allgemeine Informationen: Secretariat 10th ASPARERI, Jl. Hang Jebat II - 2 Blok F IV, Kebayoran Baru, Jakarta 12120, Indonesia.

Fax: 62-21-717366

### **29.04.-03.05.1996 18th World Congress of Rehabilitation International**

Ort: Wellington, New Zealand

Contact: Disabled Persons Assembly (New Zealand) Inc., P.O. Box 10-138, The Terrace, Wellington 1, New Zealand. Tel./Fax; +04 472 2626

Für weitere Seminare, Kurse und Konferenzen auf dem Gebiet der Entwicklungspolitik möchten wir auf den Kalender der DSE - Deutsche Stiftung für internationale Entwicklung hinweisen. Er erscheint vierteljährlich und ist unter folgender Adresse erhältlich:

Deutsche Stiftung für internationale Entwicklung (DSE)

Zentrale Dokumentation

Hans-Böckler-Straße 5

53225 Bonn

## **LITERATUR UND MEDIEN**

Helander, Einar:  
Prejudice and Dignity.  
An Introduction to Community-Based Rehabilitation  
New York 1993, United Nations Development Programme (UNDP), ISBN 92-1-126032-9, 241 S.

Der Autor versteht sein Buch als Ergänzung zum WHO-Manual "Training in the community for people with disabilities", welches weder eine detaillierte Beschreibung der Ideen, die der Community-Based-Rehabilitation (CBR) zugrundeliegen, beinhaltet, noch alle anzuwendenden Prinzipien erklärt. Das Buch "Prejudice and Dignity" erfüllt diesen Anspruch und damit auch die im Untertitel aufgeführte Intention, eine allgemeine Einführung in CBR leisten zu wollen.

Im ersten Teil geht Helander auf den terminologischen, statistischen und konzeptionellen Hintergrund von CBR ein und legt eine knappe Analyse der Situation, in der sich Menschen mit Beeinträchtigungen in Ländern der Dritten Welt wiederfinden, vor.

Im zweiten Teil wird die CBR als alternative Strategie zur "konventionellen", institutionellen Rehabilitation ausformuliert. Ausgehend von den Grundprinzipien Gleichheit, Soziale Gerechtigkeit, Solidarität und Integration werden zehn "Basisregeln für integratives Leben" entwickelt, womit die Elemente benannt sind, die beeinträchtigte Personen ein Leben in Würde ermöglichen. Hervorzuheben ist, daß Helanders Auseinandersetzungen mit dem Blick auf die drei Aktionsebenen (Gemeinde-Ebene, Fachkräfte-Ebene, Nationale Ebene) von CBR erfolgen, die in einem interdependenten Prozeß-Verhältnis stehen. Die in den jeweiligen Ebenen vorfindlichen Problematiken und Potentiale werden dabei herausgearbeitet.

Im dritten Teil erfolgt ein Ausblick auf die Herausforderungen der näheren Zukunft, wobei er die Notwendigkeit einer neuen Sozialethik im Rahmen der Herausbildung einer Verantwortungsgesellschaft ("caring society") hervorhebt. In diesem Kontext sieht er als prioritäre Aufgaben für die nächsten Dekaden z.B.: Bereitstellung von Service-Leistungen für alle beeinträchtigte Personen, eine verbesserte Teilhabe beeinträchtigter Personen an allgemeinen Entwicklungen, Bereitstellung von 1% aller Ausgaben von Entwicklungs-Organisationen für Maßnahmen, die die Situation beeinträchtigter Menschen verbessern helfen, und eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit, die auf die Menschenrechtssituation beeinträchtigter Personen aufmerksam macht und deren Rechte einfordert.

### **Literaturlisten zu den Themen "Kinder mit geistiger Behinderung" und "Gemeindenaher Rehabilitation"**

Die Internationale Liga von Vereinigungen für Menschen mit geistiger Behinderung und die Organisation AHRTAG wird in Kürze zwei Literaturlisten veröffentlichen. Die Liste über Kinder mit geistiger Behinderung wird Bücher und andere Publikationen in verschiedenen Sprachen umfassen: Diese wurden von Zentren

empfohlen, die sich mit internationalen Behindertenfragen beschäftigen. Die 40-seitige Liste umfaßt folgende Themen: Frühförderung, Sonderpädagogik, Integration, Verhaltensauffälligkeiten, Familien, "Advocacy" und praktische Aktivitäten.

Die Liste über Community-Based Rehabilitation umfaßt Publikationen in verschiedenen Sprachen, die vom Disability Information Service (DIS) und Disabled Peoples' International (DPI) ausgewählt wurden. Diese 40-seitige Liste umfaßt folgende Themen: Ausbildungsmaterialien und Handbücher, Progammentwicklung, Einstellungen und Gemeinwesenentwicklung, Hilfen und Ausstattung, Familien, positive Beispiele aus der Dritten Welt, positive Beispiele aus Industrienationen, Arbeit und Beschäftigung, Beteiligung von behinderten Menschen.

Die Literaturlisten sind für einen Preis von jeweils 10 Sw.fr ab April 1995 von folgender Adresse zu beziehen:

International League of Societies for Persons with Mental Handicap  
Galeries de la Toison d'Or  
29 Chaussée d'Ixelles #393/35  
B-1050 Brussels  
Belgium

### **Autoren dieser Ausgabe waren:**

Musa Al-Munaizel      Klingenberg 2  
97080 Würzburg

Thomas Gebauer      medico international  
Obermainanlage 7  
60314 Frankfurt

Willibald Geueke & Ulrike  
Mann-Rösemeier      Deutsches Aussätzigen Hilfswerk e.V. (DAHW)  
Dominikanerplatz 4  
97067 Würzburg

Walburga Remold      Landgrabenstr. 68  
90443 Nürnberg