

Rundbrief Behinderung und Dritte Welt, Ausgabe 2/95

INHALT

EDITORIAL

ARTIKEL

Animistisches Weltbild und Verständnis der geistigen Behinderung: Die Ewe in Süd-Togo (Adrian Kniel)

Soziale und berufliche Rehabilitation von Leprakranken in Äthiopien (Helga Tewes)

Projektbericht: Ein Gesundheitsprogramm in Tamil Nadu (Klaus Grimm)

BERICHTE AUS DEN ARBEITSKREISEN

ORGANISATIONEN

Kindernothilfe e.V.

NEWS

"Inclusion" - Versuch einer Definition

Das "Salamanca Statement On Special Needs Education"

Aktuelle Mitteilungen der Universität München

Veranstaltungen der Universität Würzburg

Petition von Frauen mit Behinderungen an das Forum für Nichtregierungsorganisationen der "United Nations World Conference on Women", Peking, China, 1995

VERANSTALTUNGEN

LITERATUR UND MEDIEN

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser!

Auf dem Symposium der Arbeitsgemeinschaft "Behinderung und Dritte Welt", das vom 5. bis 7. Mai diesen Jahres in Gummersbach stattfand, stellte ein Mitarbeiter des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) das "Sektorkonzept Gesundheit" des BMZ vor. In diesem werden Menschen mit Behinderungen nicht explizit als Zielgruppe für die Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich genannt. Wenig später bezeichnete ein anderer Mitarbeiter des BMZ behinderte Menschen als eine "marginale Randgruppe", die nicht Ziel von nachhaltiger Entwicklungszusammenarbeit sein könne. An dieser Stelle sollen dieser auf Vorurteilen und mangelnden Informationen gegründeten Aussage einige Fakten gegenübergestellt werden, die zum Nachdenken anregen sollen.

Jeder, der bereits einmal ein Land der Dritten Welt besucht hat, wird sich an die behinderten Menschen erinnern, die dort im Straßenbild zu sehen sind. Es fällt sofort auf, daß Behinderung in diesen Ländern "öffentlicher" ist als

in den meisten industrialisierten Ländern, in denen Behinderte oft noch in besonderen Einrichtungen betreut werden. Aus der daraus resultierenden relativen "Unsichtbarkeit" folgern viele, daß die Zahl der Betroffenen relativ klein sei.

Werfen wir nun einmal einen Blick auf die Fakten: In der Bundesrepublik und den westlichen Industrienationen sind ca. 5 - 6% aller Menschen von Behinderung direkt betroffen. Obwohl aus den Ländern der Dritten Welt nur wenig gesichertes Datenmaterial vorliegt, schätzt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihren neuesten Veröffentlichungen, daß dort ca. 6 - 8% aller Menschen direkt betroffen sind. Die Prämisse der Gleichberechtigung aller Menschen, seien sie behindert oder nicht, die übrigens auch vor kurzem als Diskriminierungsverbot in Artikel 3, Absatz 3 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland aufgenommen wurde, legt nahe, daß eine so große Gruppe der Bevölkerung auch Zielgruppe von Maßnahmen der Entwicklungszusammenarbeit sein muß.

Es wird jedoch vielfach eingewendet, daß Behindertenhilfe eine rein karitative Hilfe sei und nichts zur wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung einer Gesellschaft beitrage. Diesbezüglich lohnt es sich, einmal einen Blick auf die Folgen von Behinderungen zu werfen:

- * Behinderte, die keinen Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen haben, können keinen Beitrag zum Lebensunterhalt ihrer Familie und damit zur wirtschaftlichen Entwicklung einer Gemeinschaft leisten.
- * Vielfach muß ein Familienmitglied, das produktive Arbeit leisten könnte, zur ständigen Betreuung des behinderten Familienmitgliedes zu Hause bleiben. Nach erfolgter Rehabilitation könnte der von Behinderung betroffene Mensch zumindest für sich selber sorgen.
- * Mangelndes Wissen und fehlender Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen führen oftmals dazu, daß die betroffenen Familien

viel Geld für unwirksame, fragwürdige oder sogar gefährliche Wundermittel zur Heilung des Behinderten ausgeben, wodurch das Familienbudget z.T. extrem belastet wird.

- * Die betroffenen Familien leiden oft unter sozialer Ächtung und Isolation, die ihre Entwicklungsmöglichkeiten hemmt.

Eine Expertengruppe der Vereinten Nationen schätzt, daß - zählt man Behinderte und indirekt betroffene Familienmitglieder zusammen - ca. 25% der Bevölkerung eines jeden Landes von den Auswirkungen von Behinderungen betroffen sind.

Ein Viertel der Bevölkerung eines Landes in der Dritten Welt kann wohl kaum als marginale Randgruppe betrachtet werden!

Weiterhin wird oft eingewendet, daß Maßnahmen zugunsten Behinderter und ihrer Familien von den Regierungen der Entwicklungsländer nicht als wichtiger Bereich der Entwicklungszusammenarbeit benannt werden. Hierzu ist generell anzumerken, daß selbstverständlich in akuten Notstandsgebieten Maßnahmen zur Befriedigung der primären Grundbedürfnisse aller Menschen Vorrang haben müssen vor allen Maßnahmen für bestimmte Einzelgruppen. In den meisten Ländern der Dritten Welt liegen aktuelle Notstände jedoch nicht vor und die Entwicklungszusammenarbeit verfolgt das Ziel der gleichmäßigen und nachhaltigen Entwicklung im wirtschaftlichen und sozialen Bereich. Viele Regierungen sehen z.B. Frauenförderung oder Ökologie auch nicht als wichtigen Bereich der Entwicklungszusammenarbeit an, jedoch werden staatliche und nichtstaatliche Träger auch dort aktiv.

Wie auf dem Symposium deutlich wurde, haben sich die skandinavischen Länder und Kanada in bezug auf die Förderung von behinderten Menschen und deren Familien in Ländern der Dritten Welt zu einem deutlichen Schritt entschlossen: Es wird darauf hingearbeitet, daß jedes Entwicklungsprojekt auch Maßnahmen für diese Zielgruppe einschließt. Es bleibt weiterhin zu hoffen, daß sich das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung sowie die betreffenden staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen dieser richtungweisenden Entwicklung anschließen.

Die Redaktionsgruppe

ARTIKEL

Animistisches Weltbild und Verständnis der geistigen Behinderung: Die Ewe in Süd-Togo

Adrian Kniel

Diese Darstellung bedient sich einer Methode, die J. Spieth, ein Missionar der Norddeutschen Missionsgesellschaft, bereits 1910 angewandt hat: Über Selbstaussagen der Bewohner von Süd-Togo gewann er Aufschlüsse über deren religiöse Vorstellungen. Hier geht es um das Verständnis von Ursachen und die Gebräuche im Umgang mit geistiger Behinderung¹.

Generell ist es schwierig, allgemeine Aussagen über die Naturreligionen in Afrika aufzustellen, da diese sich je nach Region beträchtlich unterscheiden. Dennoch finden sich in der Literatur einige zusammenfassende Aussagen (MBITI 1974; BOURDILLON 1991; LOTH 1987).

Selbst in einem kleinen Land wie Togo mit der Fläche von Bayern und nur 3,5 Millionen Einwohnern gibt es ca. 40 Ethnien und eine Vielzahl von religiösen Praktiken. Offiziell (ADICK 1993) werden 20% Katholiken, 10% Protestanten, 15% Muslims und 55% Anhänger traditioneller Religionen angegeben. Nach meinen Beobachtungen werden auch heute traditionelle Bräuche von nahezu allen Togoern praktiziert, auch wenn diese offiziell einer der großen Weltreligionen angehören.

Selbst bei nahe verwandten Volksgruppen in angrenzenden Regionen unterscheiden sich die religiösen Bräuche recht stark, wie ein Vergleich der Ewe und Guen-Mina im Süden Togos zeigt (siehe dazu: DE LA TORRE 1991; WESTERMANN 1935; RIVIÈRE 1981; DE SURGY 1988).

Die beiden Karten geben eine Übersicht über die Vielfalt der Ethnien in Togo sowie über das Gebiet der Ewe, das sich über den Süden von Ghana, Togo und Benin erstreckt. Diese Verteilung auf mehrere Staatsgebiete hängt mit der Logik der Kolonialisierung zusammen, indem Stammesgebiete von den Küstengebieten aus vertikal in Richtung Norden erobert wurden. Die Ethnien siedelten sich jedoch horizontal in bestimmten geographischen Regionen an, in diesem Fall im Süden der genannten Länder, so daß künstliche Grenzen entstanden, die der Zusammensetzung der Bevölkerung nicht entsprechen.

Zur afrikanischen Weltsicht

Die Anthropologen F.R. KLUCKHOHN und F.L. STRODTBECK haben 1961 fünf existentielle Fragen formuliert, die "Ordnung und Richtung in den ständigen Strom menschlicher Handlungen und Gedanken in bezug auf die Lösung von gemeinsamen menschlichen Problemen bringen" (1961, S. 341):

1. Wie ist die Natur des Menschen (gut, böse oder eine Mischung aus beiden)?
2. Welche Beziehungen haben Menschen zu ihren Mitmenschen (Individualismus vs. Aufgehen in der Gemeinschaft)?
3. Welche Beziehungen haben Menschen zur Natur und zum Übernatürlichen (Unterwerfung unter die Natur, Harmonie mit oder Beherrschung der Natur)?
4. Welcher zeitliche Bezug ist gegeben (Orientierung an Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft)?
5. Wodurch ist menschliches Leben gekennzeichnet (Sein oder Handeln)?

Die Vorstellungen darüber werden durch mündliche Überlieferung vermittelt, welche die Glaubensvorstellungen und Verhaltensweisen, die hoch bewertet werden, und die Bedeutung der Ahnen und Verpflichtungen gegenüber der Familie aufzeigen. Zudem geben sie Antworten auf Urfragen wie "Woher kommen die Menschen?" oder "Warum gibt es den Tag und die Nacht?", wie dies etwa in den "Contes et Mythes du Togo" (PRILOP 1985) am Beispiel von Erzählungen mehrerer Ethnien aufgezeigt wird.

Einige dieser Wertvorstellungen der Ewe will ich RIVIÈRE (1981, S. 83 - 117) folgend aufführen, soweit sie die grundlegende Weltsicht und den Umgang mit Abweichungen angehen, und jeweils mit entsprechenden Sprichwörtern illustrieren.

In der traditionellen Vorstellung der Ewe führt nach RIVIÈRE das Nichtbeachten moralischer Regeln zu einem Verlust der Kraft durch Krankheit oder zu einem allgemeinen Verlust kosmischer Energie, etwa durch anhaltende Trockenheit, die die gesamte Gemeinschaft beeinträchtigt.

Diese Sanktionen für die Übertretung gesellschaftlicher und spiritueller Gebote finden sich, wie in einem späteren Abschnitt aufgezeigt wird, auch bei der Erklärung der Ursachen für die Geburt eines geistig behinderten Kindes wieder.

"Grundsätzlich weitet sich das Prinzip des Respekts vor dem Leben auf alle Individuen aus, mit denen der Mensch in Beziehung steht, und schließt alle Handlungen aus, die direkt (Vergiftung oder Verletzung) oder indirekt (Verwünschung, Hexerei) das Leben des anderen schädigen könnte" (RIVIÈRE 1981, S. 84)

Allgemein sind nach diesen Vorstellungen vier Kräfte wirksam, die zu den vier großen Unglücken führen können: Unter dem Zeichen des Feuers kann es zu Krankheiten und Fieber kommen, das Wasser steht für den Tod, die Luft symbolisiert die üble Nachrede und den Streit und die Erde symbolisiert die Armut und den Mangel an Erfolg. Diese Ursachen können von Kundigen entsprechend gedeutet und aufgedeckt werden.

Allgemein ist die Gruppe durch Solidarität und gegenseitige Unterstützung gekennzeichnet, wie sich dies in den Ewe-Sprichwörtern "Ein einziger Baum ist nicht der Wald" oder "Eine einzige Säule kann das Haus nicht stützen" ausdrückt. Eine Fülle von Höflichkeitsregeln und "korrekten" Umgangsformen kennzeichnet den Alltag noch heute, wie man sie im Detail bereits bei SPIETH (1906) und später bei MANOUKIAN (1962) oder auch KOUDOLO (1987) nachlesen kann.

Religiöse Vorstellungen

Es ist nicht einfach, sich in die religiösen Vorstellungen der Ewe einzuarbeiten, da sich je nach Autor die unterschiedlichsten Angaben finden. CORNEVIN (1962, S. 100) erwähnt z.B. 500 bis 600 Gottheiten und MANOUKIAN (1962, S. 45) kritisiert an der Darstellung von SPIETH (1906, 1911), auf die sich alle mir bekannten Studien über die Ewe immer wieder berufen, gewisse Widersprüche und Unklarheiten.

Nach SPIETH kennen die Ewe drei Arten von überirdischen Wesen:

1. einen obersten Gott Mawu, der über drei Diener (Sogbe, Sodzu und Sowlui) verfügt;
2. die Erdengötter Trowu, die zwischen den Menschen und dem fernen Himmelsgott Mawu vermitteln; sie bringen Glück und Unglück und wohnen an verschiedenen Orten, z.B. in Flüssen, Quellen oder Bäumen;
3. die Geister der Ahnen, die die Unterwelt bewohnen, wobei sie gelegentlich den Lebenden in Wirklichkeit oder im Traum erscheinen.

Mit Hilfe des Afa, dem Orakel, ist es dem Wissenden möglich, durch die Deutung der Anordnung nach einem Wurf von Kaurimuscheln die Ursachen von Unglück, Krankheit und Schicksalsschlägen zu ermitteln, wie dies DE SURGY (1988) detailliert aufzeigt.

RIVIÈRE erläutert, daß durch Verschmelzungsprozesse und durch Einfluß der Fon in Benin die Begriffe tron und vodu gegenwärtig synonym gebraucht werden.

Gegenwärtig scheint die spirituelle Welt der Ewe durch mehrere Ebenen geprägt zu sein, die den Alltag und das Glück des Menschen bestimmen:

- Mawu, der oberste Gott, der nur in Ausnahmen durch kultische Handlungen verehrt wird;
- zahlreiche vodu, die das Universum regieren und eigene, verschiedene Charaktere besitzen;
- das Orakel Afa, welches dem Kundigen erlaubt, das menschliche Schicksal zu deuten;
- Götter zweiter Ordnung, die dem Stamm, dem Klan, der Familie oder auch der Person zugeordnet sind;
- Geister, die wie die Aziza z.T in Menschengestalt erscheinen;
- die verstorbenen Ahnen, die die Lebenskraft verteilen und als Vermittler zwischen den Lebenden und den Göttern wirken;
- böartige Gespenster, die in verschiedenen Erscheinungsformen wiederkehren und mit Hexern zusammenarbeiten.

Zahlreiche Kulthandlungen werden angewandt, um Bedrohungen abzuwenden oder diese Wesen günstig zu stimmen (siehe dazu auch CHESI 1977, 1979). Denn Gesundheit wird als hohes Gut angesehen und magische Riten, Heilkräuter und Gebete dienen dazu, alles, was Leben und Gesundheit bedroht, abzuwehren. Dabei wird nach Krankheiten unterschieden: solchen, die bekannte Ursachen haben und mit Medikamenten oder Pflanzen geheilt werden können wie z.B. die Malaria, oder solchen Krankheiten, die spirituelle Ursachen haben. Hier muß der böse Geist, der die Krankheit verursacht, bekehrt oder geschwächt oder durch ein Opfer bestochen werden. Die Einhaltung einer Tabuvorschrift kann die Ursache der Krankheit annullieren oder Gebete können den Geist dazu bewegen, den Angriff zu beenden. Die Opferung eines Tieres kann als Ersatz für das menschliche Opfer dienen, und Amulette (dzoka) können den Geist verjagen wie auch tägliche Waschungen mit Wasser oder Pflanzensaft das Leben erhalten können.

Generell kann nach den traditionellen Glaubensvorstellungen der Ewe Unglück auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden, die - wie wir im folgenden sehen werden - auch auf die Geburt eines behinderten Kindes zutreffen (RIVIÈRE 1981, S. 87):

Das Unglück kommt von folgenden Kräften:

- dem Afa,
- einem vodu,
- einer lebenden Person,
- einer verstorbenen Person oder Kräften der Natur,
- den Na, d.h. bösen Kräften,
- von einem Talisman oder Medikament,
- einem Opfer, das man nicht erbracht hat,
- dem unwillkürlichen Übertreten eines Verbots (besonders eines Nahrungsverbots oder internen Kräften des Menschen),
- Aye, der Arglist, die sich im Bauch befindet,
- Ta, bei der sich im Kopf der Sitz des Lebensatems befindet,
- Ali, die Kraft des schlechten Handelns, deren Sitz in den Lenden ist,
- Se, das persönliche Schicksal,
- ein normaler, unheilbarer Verschleiß des Körpers.

Aufgrund der Identifizierung der Ursachen kann nun der Bokonon, der das Orakel Afa zu deuten weiß, feststellen, was und wem gegenüber etwas zu tun ist, um den Geist zu beruhigen oder die Übertretung auszugleichen. Dies kann nach RIVIÈRE durch ein Geschenk an eine lebende Person, Opfergaben für den eigenen Kopf

(ta), Ausgleich eines Versäumnisses, z.B. durch das Nachholen einer Gabe, erfolgen, sich einem Versöhnungsritual unterziehen, sich bei einem Vodou reinigen usw. Das Orakel enthält ebenfalls Hinweise darauf, ob als Opfergabe ein Tier, landwirtschaftliche Produkte, Gegenstände wie Kaurimuscheln, Kleidung u.ä. oder Gebete erforderlich sind, und wer diese Zeremonie durchzuführen hat (vgl. dazu auch ausführlich DE SURGY 1989).

Wichtig ist, daß es bestimmte Krankheiten gibt, die als Zeichen des Auserwähltseins gelten. Der Kranke ist dazu bestimmt, der Gottheit zu dienen und sich einem Initiationsritus zu unterwerfen. Dies war z.B. bei einem der Kinder unserer Schule der Fall: Ablossi galt als "begnadet" und Angehörige waren davon überzeugt, daß jede Krankheit durch Kräuter geheilt werden könne, die Ablossi wie zufällig abriß.

Zum traditionellen Verständnis und zur Bezeichnung von geistiger Behinderung

Für geistig behinderte Kinder und Erwachsene gibt es nach Aussagen der befragten Lehrer an Schulen für geistig Behinderte aus dem Süden Togos in der Ewesprache mehrere Ausdrücke²:

- Amemumu, d.h. Mensch (oder Seele = ame), der nicht reif (mumu) ist,
- Asoto, d.h. Dummkopf,
- Adzato, d.h. derjenige (to), der durch den Tau (adza) naß geworden ist,
- Ametsibome, bezieht sich auf den Ort (bome), wo die Menschen gemacht werden und denjenigen, der bei seinem Schöpfer geblieben ist, d.h. unvollständig, unreif ist, weil er zu früh seinen Schöpfer verlassen hat.
- Amenuwoe, jemand, dem etwas fehlt, eine behinderte Person,
- Taganto, eine Person, die von Geistern bewohnt wird, die Glück und Geld bringen,
- Tohosu, d.h. Flußgeist, der eine Schlangenform hat und verehrt wird; manchmal erhält ein solches Kind mehr Nahrung, weil davon ausgegangen wird, daß es nicht alleine ißt, sondern auch die Geister, die in ihm wohnen, ernähren muß.
- Gbetsivi, d.h. Verfluchter.

Dabei wird in der Bezeichnung deutlich zwischen psychisch Kranken und geistig behinderten Menschen unterschieden und davon ausgegangen, daß geistige Behinderung bereits bei der Geburt besteht.

Psychisch Kranke werden als Amedzenu (ein Mensch, der die Verrücktheit eingefangen hat) oder Adjovato (Mensch, der durch die Verücktheit krank ist) bezeichnet.

Allerdings werden nach anderen Aussagen durchaus geistig behinderte und ruhige, nicht ausagierende psychisch kranke Menschen als eine Gruppe gesehen. Generell wird wohl - ähnlich wie in der Definition der American Association on Mental Deficiency - davon ausgegangen, daß geistige Behinderung ab der Geburt besteht oder sich im Verlaufe der frühen Kindheit manifestiert, während eine psychische Erkrankung einen bisher unauffälligen Menschen verändert.

Ursachen und Charakteristika geistiger Behinderung

Geistig behinderte Menschen werden als Personen betrachtet, die als Person unvollständig sind und unfähig, zu lernen. Dabei gibt es weder nach Geschlecht noch nach Alter eine unterschiedliche Behandlung. Diese entspricht den üblichen Erwartungen, die man gegenüber Mädchen und Jungen bzw. Personen unterschiedlicher Altersgruppen hat.

Wie in Gesprächen mit Dorfhäuptlingen bzw. Eltern deutlich wurde, sind sich diese durchaus bewußt, daß die Umwelt auf diese Kinder prägend wirkt. Werden sie vernachlässigt, geschlagen und verspottet, reagieren sie entsprechend. Ein Elternteil verglich sein Kind durchaus liebevoll mit einem Äffchen: "Wenn Du tanzt, tanzt er, wenn Du lachst, lacht er auch ..."

Wie bereits in einem vorigen Abschnitt angedeutet, gibt es viele mögliche Ursachen für ein Unglück oder eine Krankheit:

- In einem Kind kann ein Gott wohnen, der für die Familie Glück und Wohlstand bringt. Entsprechend wird diesem Kind alles erlaubt, es wird nie geschlagen, da dies ein Sakrileg wäre, und z.T. wird extra ein kleiner Schrein gebaut, damit es sich Reinigungsritualen unterziehen kann. Bei der bereits erwähnten Schülerin Ablossi verwöhnten z.B. die Großeltern, die von deren Heilmagie überzeugt waren, sie mit so vielen Süßigkeiten und Limonaden, daß die Zähne sehr rasch faulten, obwohl dies bei afrikanischen Kindern sonst selten vorkommt.
- Handelt es sich um ein Tohosu, wird das Kind häufig direkt nach der Geburt an den Fluß gebracht und ertränkt. Ist dies nicht geschehen, weil die Mutter oder andere Verwandte sich dagegen gewehrt haben, werden später häufig Zeremonien am Wasser (Fluß oder See) durchgeführt, um Tohosu zu besänftigen. Ein Schüler durfte z.B. nicht mit zum Schwimmen gehen, weil er, sobald sein Körper für längere Zeit unter Wasser getaucht wäre, sich in eine Schlange verwandeln würde. Viele Mütter haben mir erzählt, daß ihnen das Kind nach der Geburt weggenommen werden sollte, weil es ein Tohosu wäre.

- Werden bestimmte Regeln überschritten, kann es ebenfalls zur Geburt eines geistig behinderten Kindes kommen, z.B. wenn eine schwangere Frau Palmwein trinkt, den Neumond unmittelbar nach der Geburt des Kindes betrachtet oder wenn eine Frau während der Schwangerschaft anderen Zöpfe flechtet, kann bei der Geburt sich die Nabelschnur um den Hals des Kindes schlingen usw.
- Häufig wird die Geburt eines behinderten Kindes auf die Untreue der Frau zurückgeführt oder darauf, daß sie ihr Geschlechtsteil während der Schwangerschaft nicht gut bedeckt hielt.
- Die Behinderung des Kindes kann auch die Konsequenz ewigen Streits und häufiger Uneinigkeit im häuslichen Kreis sein.
- Einem Jäger, der einen Geist im Wald gesehen hat, kann ein behindertes Kind geboren werden.
- Ein Kind kann als Folge von Hexerei oder eines bösen Dämons, der es bewohnt, mit einer Behinderung geboren werden.
- Nicht zuletzt können die Eltern die Intelligenz ihres Kindes gegen Geld und Reichtum eingetauscht haben. Solche Kinder werden nicht gerne zur Schule geschickt, da sie sich ständig

bei den Eltern aufhalten müssen, damit etwa bei Händlerinnen die Kunden nicht ausbleiben.

- Bei der Geburt eines behinderten Kindes kann es sich auch um ein sehr persönliches Schicksal handeln. So wurde einer mir bekannten Mutter erklärt, daß das erstgeborene Kind in der Familie des Vaters immer behindert wäre. Erst wenn sie ein zweites Kind geboren habe, das dann auch gesund sein werde, würde das erste Kind erlöst werden, d.h. sterben können.

Angesichts der Vielfalt möglicher Ursachen ist es verständlich, daß die Eltern Heiler aufsuchen, die die wahre Ursache zu bestimmen vermögen. Dies ist natürlich mit Kosten verbunden, wie jede Konsultation eines Experten.

Entsprechend der Ursachendeutung werden geistig behinderte Kinder

- verehrt und verwöhnt (nach meinen Beobachtungen eher selten),
 - zwar am Leben gelassen, aber vernachlässigt (dies kommt nach meinen Erfahrungen recht häufig vor)
- oder
- direkt nach der Geburt getötet.

Gerade in wirtschaftlich schlechten Zeiten und bei knappen Mitteln werden bei Krankheiten wenig Anstrengungen unternommen, die notwendigen Medikamente zu kaufen. Überhaupt werden nichtbehinderte Geschwister, die ja später zum Unterhalt der Familie beitragen können, in vielen Aspekten bevorzugt.

Handlungskonsequenzen

Wenn die Eltern die Behinderung ihres Kindes als Folge einer Tabuüberschreitung ihrerseits betrachten, werden Opferzeremonien mit mehreren Zielsetzungen organisiert,

- um die Vergebung der beleidigten Götter zu erlangen, damit diese Mitleid bekommen und den Zustand des Kindes verändern;
- damit die Mutter nicht erneut ein behindertes Kind bekommt;
- damit das Kind selbst geheilt werden kann.

In der oben erwähnten Familie wurde die Mutter bedrängt, sich von ihrem getrennt lebenden Mann, der sich nach der Geburt des behinderten Erstgeborenen abgewandt hatte, erneut schwängern zu lassen. Dies hätte nach den Aussagen des Heilers dazu geführt, daß ein gesundes Kind geboren und das behinderte Kind verstorben und somit die Familie von aller Schuld befreit worden wäre.

Aus der Gegend von Kpalimé wurde mir berichtet, daß früher die Eltern, in der Regel aber nur die Mutter, aus dem Dorf verjagt würden, weil die Geburt des behinderten Kindes eine Entweihung des Gottes der Erde darstellt. Ein weißer Hammel wird geschächtet und sein Blut in alle vier Ecken des Dorfes gegossen, um den störenden Geist und Dämon zu verjagen, der aufgrund der Verfehlung der Mutter in das Dorf eingedrungen ist.

Auch Kräuter und Tinkturen sowie Speiseverbote werden von den Heilern eingesetzt. Dabei kann es zu Verletzungen kommen wie Verätzungen der Augen aufgrund von säurehaltigen Mitteln, wie es im Fall der Schülerin Essivi in Kpalimé.

Epileptische Kinder werden häufig in Voduklöstern unter Drogen gesetzt, um sie zu "beruhigen", oder zum Teil heftig geschlagen, um die bösen Geister, die in ihrem Körper wohnen, zu vertreiben.

Vielfach suchen die Eltern auch "Heilskirchen" auf, die von Sekten in Ghana betrieben werden. Durch Handauflegen, "heilige" Wasser und andere Mittel wird dort versucht, die geistige Behinderung zu heilen (vgl. zur Funktion von Sekten ausführlicher ASSIMENG 1986, 1989). Als 1990 Reinhardt Bonnke, ein deutschstämmiger Südafrikaner, mit großem Gefolge nach Lomé kam, wurde ein Sumpfgebiet zwischen zwei Lagunen trockengelegt. Nach Radio- und Fernsehaufrufen kamen aus dem ganzen Land behinderte Menschen, um geheilt zu werden. Der Ort heißt seitdem "place Bonnke". Nach Augenzeugenberichten wurden "Behinderte" aus Ghana eingeschleust, um im passenden Augenblick ihre Krücken in die Luft zu werfen und wieder gehen zu können.

Es versteht sich von selbst, daß alle kultischen Handlungen, ob von traditionellen Heilern oder von Sektenpredigern, teuer bezahlt werden müssen. Bei einem Kind aus unserer Schule ist mir bekannt, daß die Eltern mehrere 100.000 CFA für Zeremonien ausgegeben haben, was dem mehrfachen Jahresgehalt eines Kleingewerbetreibenden oder einfachen Handwerkers entspricht.

Nicht zuletzt muß noch auf die Rolle der nach westlichem Muster ausgebildeten Ärzte eingegangen werden. Diese wurden in Togo entweder an der Université du Benin, in Deutschland, Frankreich oder der ehemaligen Sowjetunion geschult. Nach Aussagen vieler Eltern neigen Ärzte dazu, die Behinderung des Kindes vor den Eltern zu vertuschen oder Heilungsaussichten mittels teurer Medikamente zu versprechen, die nicht eingehalten werden können. So erfuhr der gegenwärtige Vorsitzende des Elternvereins in Lomé erst im zweiten Lebensjahr seines Kindes, daß dieses Down-Syndrom hat, obwohl es von Geburt an in Behandlung war.

Generell neigen die Eltern dazu, alle "Deutungsinstanzen" zur Klärung (und möglichst Heilung) der Behinderung ihres Kindes aufzusuchen: den traditionellen Heiler, den Sektenprediger und den westlichen Schulmediziner.

Zur Rolle geistig behinderter Menschen in der Gruppe

Der Handlungsspielraum geistig behinderter Kinder hängt in starkem Maße vom Schweregrad ihrer Behinderung ab. Je schwerer die Behinderung, desto weniger wird das Kind am Leben der Gemeinschaft beteiligt. Ich kenne einen schwer geistig behinderten Jungen von jetzt neun Jahren, der tagsüber alleine in einem Verschlag an einem Stuhl gefesselt sitzt, da sich die Nachbarn vor ihm fürchten, und der nur einmal am Tag gefüttert und gesäubert wird.

Vor allem im ländlichen Milieu können die behinderten Jugendlichen, die in der Feldarbeit oder bei der Tierhaltung nützlich sind, am Gemeinschaftsleben beteiligt werden. Allerdings werden sie häufig ausgebeutet, d.h. sie erhalten nicht den ihnen zustehenden Anteil des Ertrags oder müssen im Vergleich zu anderen unverhältnismäßig viel bzw. schwer arbeiten.

Verallgemeinernd kann - wie ich in einer empirischen Untersuchung bei geistig behinderten Schulabgängern aus vier Ländern West- und Zentralafrikas nachgewiesen habe - in der Stadt ein Einfluß von Sozialschicht, Einkommen und Geschlecht des Kindes auf dessen Rolle in der Familie festgestellt werden (vgl. KNIEL 1995).

Generell sind schulentlassene geistig behinderte Mädchen eher im Haushalt tätig oder helfen ihren Eltern bei der Arbeit als Jungen. Kinder und besonders Jungen aus wohlhabenden Familien sind häufig völlig ohne Beschäftigung (für den Haushalt gibt es ja Dienstpersonal). Dieser Einfluß von Schichtzugehörigkeit und Geschlecht auf den Arbeitseinsatz behinderter Kinder innerhalb und außerhalb des Hauses ist im übrigen völlig identisch mit dem für die nichtbehinderten Geschwister.

Zum Zusammenhang von Weltsicht und Pädagogik

Mir ist bewußt, daß diese Darstellung, die sich auf Aussagen togoischer Lehrer für geistig behinderte Kinder stützt, für den Leser, der Westafrika nicht kennt, fremdartig wirken mag.

Wichtig scheint mir, daß man als Europäer mit einem anderen kulturellen Hintergrund dieses neue Weltbild und die ungewohnten Erklärungsansätze zunächst ohne Bewertung zur Kenntnis nimmt. So war mir zu Beginn meiner Aufbautätigkeit in Togo z.B. nicht klar, weshalb das für unsere Schule gemeinsam zubereitete Mittagessen immer wieder von den Eltern kritisiert und zum Teil heftig abgelehnt wurde. Erst allmählich stellte sich heraus, daß fast bei jeder Mahlzeit Speiseverbote einzelner Kinder zwangsläufig verletzt wurden. Schließlich gingen wir dazu über, je nach Neigung der Kinder und Vorstellungen der Eltern einzelne Speisen bei den "bonnes femmes" (Straßenverkäuferinnen) zusammenzustellen.

Ebensowenig verstand ich am Anfang, weshalb auch bei offensichtlichen Versäumnissen und Konflikten Mitarbeiter sich scheuten, ihre Kritik an Kollegen offen zur Sprache zu bringen. Dies hängt mit der Furcht zusammen, der Kritisierte könne ein gris-gris anwenden lassen. Auch die Abneigung, Faßbier aus offenen Gläsern zu trinken, ist zum Teil auf Angst vor Hexerei und Vergiftung zurückzuführen.

K. FOHRBECK und A.J. WIESAND (1981) haben in anschaulicher und amüsanter Weise magische Vorstellungen aus dem westlichen Kulturkreis dem afrikanischen Weltbild gegenübergestellt. So kann man durchaus einige in Deutschland für geistig behinderte Kinder verbreitete Methoden wie Zelltherapie, operative Zungenverkürzungen oder dem von der Doman-Delacato-Methode vorgeschriebenen linearen Einüben verschiedener Bewegungsstadien als "magisches Denken" verstehen (vgl. dazu den Fachdienst der Lebenshilfe 1/95, S. 1 - 23). Die dabei von einigen Eltern aufgebrauchten Mühen und Kosten entsprechen durchaus den zuvor geschilderten Zeremonien in Togo.

Es besteht ein Widerspruch zwischen der traditionellen Vorstellung, daß eine Behinderung durch Zeremonien geheilt oder zumindest neutralisiert werden könnte, und dem Bemühen der Pädagogik, in kleinen Schritten lebenspraktische Fertigkeiten zu erreichen.

Aber besteht dieser Widerspruch als innerer Wunsch nicht oft auch bei uns?

Anmerkungen

- 1 Ich danke meinen togoischen Kolleginnen und Kollegen Ahonyo, Nyakou, Akoumany und Adenyo für ihre Auskünfte und Recherchen.
- 2 Aus typographischen Gründen benutze ich nicht die übliche phonetische Schreibweise wie Rongier (1988) oder Westermann (1954).

LITERATUR

- Adick, C. (1993): Togo. In: Nohlen, D.; Nuscheler, F. (Hrsg.): Handbuch der Dritten Welt. Bd. 4: Westafrika und Zentralafrika. Bonn 1993.
- Amponsah, K. (1977): Topics on West African traditional religion. Legon-Accra.
- Asamoah, A.K. (1986): The Ewe of south-eastern Ghana and Togo on the Eve of colonialism. A contribution to the marxist debate on pre-capitalist socio-economic formations. Tema.
- Assimeng, M (1986): Saints and social structures. Tema
- Assimeng, M (1989): Religion and Social Change in West Africa. Tema.
- Bauer, A.; Bergmann, H. (1984): Erziehungstraditionen und Schule in Schwarzafrika. Saarbrücken, Fort Lauderdale
- Becker-Pfleiderer, B. (1975): Sozialisationsforschung in der Ethnologie. Eine Analyse der Theorien und Methoden. Saarbrücken
- Bourdillon, M. (1990): Religion and Society. A text for Africa. Gweru

- Chesi, G. (1977): Die letzten Afrikaner. Wörl
- Chesi, G. (1979): Voodoo - Afrikas geheime Macht. Wörl
- Cornevin, R. (1962): Histoire du Togo. Paris
- Cornevin, R. (1987): Le Togo: Des origines à nos jours. Paris
- De Surgy, A. (1988): Le système religieux des Évhé. Paris
- De la Torre, I. (1991): Le Vodou en Afrique de l'ouest. Rites et traditions. Le cas des sociétés Guen-Mina (Sud-Togo). Paris
- Fichte, H. (1982): Gott ist ein Mathematiker. Zur traditionellen Psychiatrie in Togo. Freibeuter. Vierteljahresschrift für Kultur und Psychiatrie 13, S. 81 - 96
- Fohrbeck, K.; Wiesand, A.J. (1981): Wir Eingeborenen. Magie und Aufklärung im Kulturvergleich. Opladen
- Kluckhohn, F.R.; Strodtbeck, F.L. (1961): Variations in value orientation. Evanston, IL
- Kniel, A. (1995): The present situation of former pupils from schools for the mentally handicapped: Experiences from four countries in West and Central Africa. Zur Veröffentlichung im International Journal of Rehabilitation Research eingereicht.
- Koudolo, S. (1987): Quelques Aspects de la socialisation traditionnelle des enfants chez les Ewe dans la vie moderne. Lomé
- Kramer, F.W. (1987): Der rote Fes. Über Besessenheit und Kunst in Afrika. Frankfurt a.M.
- Manoukian, M. (1962): The Ewe - speaking people of Togoland and the Gold Coast. London
- Mbiti, J.S. (1974): Afrikanische Religion und Weltanschauung. Berlin, New York
- Multhaupt, T. (1989): Hexerei und Antihexerei in Afrika. München
- Parrinder, E. (1950): Theistic beliefs of the Yoruba and Ewe peoples of Westafrica. In: Smith, E.W. (ed.): African Ideas of God. London
- Pfleiderer, B.; Bichmann, W. (1985): Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin
- Prilop, G. (1985): Contes et Mythes du Togo. Lomé
- Riviere, C. (1981) : Anthropologie religieuse des Evé du Togo. Lomé
- Rongier, J. (1988): Apprenons l'Ewe. Paris
- Spieth, J. (1906): Die Eweer. Schilderung von Land und Leuten in Süd-Togo. Bremen
- Spieth, J. (1911): Die Religion der Eweer in Süd Togo. Leipzig. Göttingen
- Thiel, J.F. et.al. (1986): Roter Faden zur Ausstellung - was sind Fetische? Museum für Völkerkunde. Frankfurt a.M.
- Van Houtte, G. (1986): Proverbes africains. Sagesse imaginée. Kinshasa
- Westermann, D. (1954): Wörterbuch der Ewesprache. Berlin
- Westermann, D. (1935): Die Glidji Ewe in Süd-Togo. Berlin

Soziale und berufliche Rehabilitation von Leprakranken in Äthiopien

Helga Tewes

Lepra ist eine Geißel der Menschheit, die in unserem Teil der Erde schon lange der Vergangenheit angehört. In vielen armen Ländern, wie z.B. Äthiopien, sind aber auch heute noch tausende von Menschen Opfer dieser Krankheit. Sie befällt nicht nur den Körper, sondern hat umfassende soziale und ökonomische Konsequenzen für die Betroffenen und deren Angehörige zur Folge.*

* Siehe auch Rundbrief 1/95, S. 26ff.

Das Mycobakterium Leprae ist der Verursacher dieser Krankheit. Es befällt hauptsächlich die Haut und die peripheren Nerven und führt bei Nichtbehandlung zu schweren Verstümmelungen der Gliedmaßen und Entstellungen des Gesichts. Erst seit etwa 50 Jahren kann diese Krankheit erfolgreich behandelt werden. Wird sie rechtzeitig erkannt und therapiert, kann sie heute ohne bleibende Schäden geheilt werden. Sie ist weder hochansteckend noch vererblich. Der Mythos Lepra, eine Krankheit, die den Menschen durch Aussatz entstellt und die Gliedmaßen verfaulen lässt, besteht aber auch heute noch. Die Ängste und der Ekel vor dieser Krankheit sowie die vielen falschen Vorstellungen über deren Übertragbarkeit haben in fast allen Ländern zu einer Stigmatisierung und Ausgrenzung der Kranken geführt.

Da Lepra fast ausschließlich in armen Ländern auftritt, in denen es keine soziale Absicherung für Kranke und Behinderte gibt, stellt sie in der Regel eine existentielle Bedrohung für die Betroffenen dar.

Die Rehabilitation von Behinderten und somit auch von Leprakranken war bisher selten ein erklärtes Ziel von Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen in Entwicklungsländern und ist auch in der internationalen Entwicklungshilfe meistens zu kurz gekommen.

So beschränken sich auch in Äthiopien die Rehabilitationsmaßnahmen auf wenige Projekte und Institutionen. Da es keine Sozialversicherungsanstalt gibt, die für die berufliche und soziale Rehabilitation von Behinderten aufkommt und die Betroffenen selbst selten in der Lage sind, sie zu finanzieren, ist es Aufgabe nationaler und internationaler Hilfswerke, Rehabilitationsmaßnahmen einzuleiten.

Die Rehabilitation von Kranken und Behinderten unterliegt in Äthiopien der Rehabilitation Agency, einer Unterorganisation des Ministry of Labour and Social Affairs. Alle Rehabilitationsmaßnahmen in Äthiopien müssen deshalb in Zusammenarbeit mit der Rehabilitation Agency durchgeführt werden.

Rehabilitation in Äthiopien

Armut, Unterernährung, Arbeitslosigkeit, Analphabetismus und politische und soziale Unsicherheit in Äthiopien bilden einen Teufelskreis, der sich nur schwer durchbrechen läßt. Die historische Entwicklung, der dreißig Jahre andauernde Krieg mit Eritrea und die komplexen sozial-ökonomischen Probleme des Landes lassen eine positive Prognose in Hinsicht auf Rehabilitation von Behinderten zur Zeit kaum zu.

Der wesentliche Unterschied bei der Rehabilitation von Behinderten in Äthiopien und der westlichen Welt liegt in den wirtschaftlichen und strukturellen Möglichkeiten des Landes und der sozialen Sicherheit, die es seinen Bewohnern bieten kann, aber auch in der medizinischen Versorgung und Prävention. In Äthiopien ist die medizinische Versorgung besonders auf dem Land sehr schlecht. In akuten Fällen ist die Einweisung in ein Krankenhaus oft nicht möglich, da die Wege zu weit und Transportmöglichkeiten teuer oder nicht vorhanden sind. Zudem muß in den meisten Fällen die medizinische Behandlung von den Betroffenen selbst bezahlt werden, was sich nur wenige leisten können. Wichtige Medikamente wie Antibiotika, Antiepileptika u.ä. müssen aus dem Ausland eingeführt und mit Devisen bezahlt werden und sind daher sehr teuer. In ländlichen Gesundheitsstationen sind sie häufig gar nicht erhältlich.

In Äthiopien gibt es keine staatliche Versorgung für Behinderte und Reha-Einrichtungen, Sonderschulen und Heime für Behinderte existieren kaum.

Die Rahmenbedingungen für berufliche Rehabilitation und Integration sind in Äthiopien sehr schlecht. Die Auswahl an beruflichen Möglichkeiten für Behinderte ist sehr gering, da es in einem Land, das kaum industrialisiert ist, wenig Qualifikations- und Beschäftigungsmöglichkeiten gibt. Behindertengerechte Arbeitsplätze sind rar und die allgemeine hohe Arbeitslosigkeit läßt zudem kaum Raum für die Integration Behinderter. Gesetzlich geschützte Arbeitsplätze zur Integration Behinderter wurden bislang ausschließlich der Rehabilitation kriegsversehrter Soldaten vorbehalten. Ein Gesetz zur Beschäftigung von Behinderten gibt es nicht.

Die hohe Analphabetenrate in Äthiopien macht sich auch bei den Rehabilitationsbemühungen bemerkbar, zumal ein Großteil der Behinderten aus ärmeren Verhältnissen kommt. Der größte Teil der Bevölkerung (ca. 80%) lebt auf dem Land und ernährt sich durch Landwirtschaft. Sie haben wenig bis keine Schulbildung und keine weitere berufliche Qualifikation. Rehabilitationszentren im europäischen Sinne und berufliche Bildungswerke zur Aus- und Weiterbildung von Behinderten gibt es so gut wie nicht.

Anstatt beruflicher Qualifikation und Integration muß in Äthiopien die Existenzsicherung für die Behinderten im Vordergrund stehen. Ein Kredit zur Anschaffung eines Bauchladens oder eines Eselkarrens kann in vielen Fällen sinnvoller sein als eine schulische oder berufliche Ausbildung. Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Rehabilitation müssen sich hier deshalb noch stärker als bei uns an den jeweiligen marktwirtschaftlichen und sozialen Gegebenheiten orientieren und sich ihnen anpassen.

Lepra in Äthiopien

Lepra wird auch heute noch als eines der Hauptgesundheitsprobleme Äthiopiens betrachtet. Die Einführung der Kombinationstherapie 1985 führte aber zum drastischen Rückgang von Neuerkrankungen. Nach bereits fünf Jahren war die Verbreitung um 75% zurückgegangen.

Diese Erfolge dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Probleme der Leprakranken mit der Heilung nicht beseitigt sind. Sie bleiben "Lepers", weil sie einmal Lepra hatten und zum Teil sichtbare Zeichen der Krankheit behalten haben. Sie werden oder bleiben aus der Gesellschaft ausgeschlossen oder an den Rand gedrängt. Nur eine intensive Aufklärung, der Bevölkerung, des medizinischen Personals, der Patienten selbst und vor allem eine sozio-ökonomische Rehabilitation kann ihnen zu einem normalen menschenwürdigen Leben verhelfen.¹

1 aus einem Rundbrief von H. Kober, Leiter des DAHW, 1993.

Die Vorstellungen über Rehabilitation von Leprakranken haben sich im Laufe der Zeit immer wieder verändert und weiterentwickelt. Über viele Jahrhunderte war Ausgrenzung die einzig sichtbare Lösung zur Bewältigung der Krankheit. Der Schutz der gesunden Bevölkerung hatte Vorrang, da keine Methode zur Heilung der Betroffenen bekannt war. Erst als die medizinische Behandlung erfolgreich war und man das Problem Lepra langsam in den Griff bekam, wurde über weitere Maßnahmen zur Rehabilitation und Reintegration der Kranken nachgedacht.

Aus der Erkenntnis heraus, daß Leprosarien und spezielle Leprakrankenhäuser sehr zu einer Isolierung der Betroffenen beitragen und eine Behandlung dort zum "outing", d.h. zum Bekanntwerden der Krankheit führt, wird in den letzten Jahrzehnten verstärkt versucht, die Therapie so nah wie möglich an den Patienten heranzubringen, um eine Segregation zu verhindern. Flächendeckende Leprakontrollprogramme sollen dafür sorgen, daß jeder Patient in der nächstliegenden Klinik behandelt werden kann und seine Heimat erst gar nicht verlassen muß. Der sozialen und beruflichen Rehabilitation von Leprakranken wurde in Äthiopien bisher wenig Aufmerksamkeit zuteil.

Rehabilitation in Leprasiedlungen

In Äthiopien gibt es zur Zeit 32 sogenannte Leprasiedlungen. Darunter versteht man eine Ansiedlung von mindestens zehn Leprakranken an einem Ort.

Leprasiedlungen sind das Ergebnis fehlender sozio-ökonomischer Rehabilitation von Leprakranken. Die Kranken verlassen häufig ihr Dorf nach Erkennen der Krankheit, um in einem der Krankenhäuser Heilung zu suchen und sich der erwarteten Diskriminierung der Dorfbewohner zu entziehen. Sie bevorzugen die Nähe anderer Kranker, da sie sich dort als Teil der Gemeinschaft fühlen können. Leprasiedlungen entstehen in der Regel in der Nähe eines

Krankenhauses, an holy-water places und in entlegenen Gebieten, in denen sie freies Land zur Bewirtschaftung finden können. In Leprasiedlungen findet man aber nicht nur Leprakranke. Häufig siedeln hier auch andere behinderte und von der Gesellschaft benachteiligte Personen. Armut und Krankheit verbindet diese Menschen und läßt sie zu einer (Not-)Gemeinschaft zusammenwachsen. Nicht selten sind sie es selbst, die sich von der Gesellschaft abgrenzen und so zu ihrer eigenen Isolierung beitragen.

Die Lebensbedingungen in diesen Leprasiedlungen sind sehr schlecht. Sr. Sinknesh G. Mariam (Sozialarbeiterin) hat in den Jahren 1972 bis 1973 die ersten umfassenden Studien über die Situation der Bewohner einiger Leprasiedlungen in Äthiopien durchgeführt und ihre primären Bedürfnisse untersucht. Diese Studie zeigt, daß ein großer Teil der Bewohner versucht, sein Leben durch Handel, Kleinhandwerk oder Landwirtschaft zu sichern. Nur etwa 25% sind reine Bettler. "It shows that before a leprosy patient decides to take to begging, he has gone several years of struggle. Begging is probably the last solution a leprosy patient can think of."

Ihre Studien führten zu den ersten gezielten Rehabilitationsmaßnahmen in den noch vorhandenen Leprasiedlungen. Primäre Zielsetzung dieser Projekte war:

- Schaffung von Arbeitsplätzen,

- Verbesserung des Lebensstandards,
- Verhinderung weiterer Behinderungen und Verstümmelungen der Gliedmaßen, die durch langes Laufen bei der Beschaffung von Nahrung durch Betteln entstehen,
- Verbesserung des Selbstvertrauens der Patienten durch Unabhängigkeit und Selbstversorgung,
- Veränderung der Einstellung der Gesellschaft gegenüber Leprakranken,
- Nutzung von vorhandenen Ressourcen,
- Nutzung von angepaßter Technologie,
- Herstellung von Produkten, die in der Region gebraucht und vermarktet werden können.

Heute werden zehn Projekte in 13 verschiedenen Siedlungen durchgeführt. Davon profitieren etwa 11.000 (Ex-)Leprakranke, andere Behinderte und deren Familien bzw. Angehörige. Sieben dieser Projekte sind sozio-ökonomisch orientierte Projekte mit dem Ziel der Selbstversorgung. Darunter fallen z.B. die Projekte in Addis Hiwot und Tesfa Hiwot, wo durch den Bau von Getreidemöhlen Arbeitsplätze geschaffen wurden. Die Einnahmen der Mühle tragen zudem zur Existenzsicherung der Bewohner der Leprasiedlungen bei. Weitere Rehabilitationsprojekte waren der Aufbau von Landwirtschaft und Viehzucht (Schafe, Hühner) in Asbe Teferi oder Kuffa Kassa oder die Teppich- und Speiseölproduktion in Boru Meda. Drei weitere Projekte haben die Verbesserung des Lebensstandards und der medizinischen Versorgung zum Ziel, z.B. durch Hausbau, Brunnenbau, Einrichtung eines Kindergartens etc.

Die veränderte wirtschaftliche und gesellschaftliche Position der Leprakranken, die durch die Projekte einen höheren Lebensstandard erreicht haben, hat langfristig auch zu einer Veränderung der Einstellung gegenüber Lepra in der jeweiligen Region

geführt. Die Leprakranken können sich nun selbst versorgen und sind zu produktiven Mitgliedern der Gesellschaft geworden. Sie treten in der Gesellschaft mit mehr Selbstsicherheit auf und werden von ihren Mitmenschen mit mehr Respekt behandelt. Die Befürchtung, daß die Produkte der Lepraprojekte nicht von gesunden Menschen gekauft würden, hat sich nicht bestätigt.

Das Beispiel Wadiko Yetenessa

Die Wadiko Yetenessa Leprosy Patient's Association entstand aus einem Zusammenschluß von ehemaligen Leprabettlern. Das Projekt befindet sich auf einem Gelände am Stadtrand von Addis Abeba und liegt in direkter Nachbarschaft zum A.L.E.R.T. Krankenhaus.

Dieser Stadtbezirk besteht aus slumähnlichen Ansiedlungen. Die Menschen wohnen zum größten Teil in schlechten Lehmhütten, die nur aus einem Raum bestehen. Dort leben ein bis zwei Familien, manchmal mit ihren Tieren. Sanitäre Anlagen wie z.B. Toiletten gibt es fast keine; das Trinkwasser muß aus entlegenen Zapfstellen geholt werden, die nicht immer funktionieren. Der Stadtteil grenzt an die städtische Müllhalde, so daß eine befahrbare Straße für die Müllautos direkt durch den Stadtteil führt. Alle anderen Wege sind Trampelpfade, die zum Teil mit Steinen befestigt wurden, damit sie auch in der Regenzeit begehbar sind.

Der Anteil an Leprakranken und anderen Behinderten ist in dieser Gemeinde überproportional groß. Die ehemalige Leprakolonie vergrößerte sich durch den Zuzug von anderen benachteiligten Bevölkerungsschichten, Hungerflüchtlingen aus dem Norden des Landes und dem natürlichen Wachstum durch Familiengründung. Zur Zeit wird die Anzahl der dort lebenden Menschen auf etwa 2.000 geschätzt.

Arbeitsmöglichkeiten gibt es in dieser Gegend fast keine. Einige kleine Läden, wenige Schneider/-innen, Kleinhandwerker und Holzsammler/-innen können sich hier eine Existenz sichern. Die anderen sind entweder arbeitslos, haben einen Job im Krankenhaus, arbeiten als Tagelöhner in der Stadt oder betteln.

Die Bettler müssen weite Wege zurücklegen, um in der Stadt an verschiedenen Plätzen betteln zu können. Das Stadtzentrum ist etwa 10 km vom Krankenhaus entfernt. Da sich viele den Bus in die Stadt nicht leisten können, legen sie den Weg zu Fuß zurück. Für Leprakranke und andere Behinderte ist dies eine große körperliche Belastung, die häufig zur weiteren Verschlechterung des physischen Zustandes führt. Besonders für die Leprakranken bedeutet es, daß durch das lange Laufen Geschwüre an den Füßen entstehen, die nicht ausgeheilt werden können und deshalb oft zur Amputation der Beine führen.

Aus dieser Situation heraus begannen gegen Ende des Jahres 1976 die Alert Medical Social Section, einige ehrenamtlich Engagierte und Bewohner des Gebre Kristos Leprosariums die umliegende Gemeinde zu mobilisieren. Ziel dieser Kampagne war die Verbesserung der Lebensbedingungen und die Überwindung der Behinderung durch die Schaffung von Einkommensmöglichkeiten.

Mit der Hilfe und Organisation der Alert Social Medical Section wurde so ein Verein von Leprapatienten (überwiegend Bettlern) gegründet, der sich Wadiko Yetenessa² nannte. Der Verein hatte ca. 500 Mitglieder, die einen monatlichen Beitrag von 0,25 Birr³ leisteten. Darüber hinaus verfügte er aber weder über Kapital noch über Land.

2 Wadiko Yetenessa bedeutet "Einst gefallen und wieder aufgestanden".

3 äthiopische Währung.

Verschiedene Organisationen und Hilfswerke wurden kontaktiert, um Finanzierungsmöglichkeiten für kleine Projekte zu finden. Die Regierung stellte dem Verein 40 Morgen Land zur Verfügung mit der Bedingung der Zurückgabe, sobald es für bauliche Maßnahmen benötigt würde.

Das Land wurde von den Mitgliedern auf der Basis einer Kooperative landwirtschaftlich genutzt. Diese Arbeit konnte aber nur von wenigen Mitgliedern gemacht werden. Die meisten waren aufgrund ihrer Behinderung und ihres Alters nicht in der Lage, diese Arbeit zu leisten.

Zu Beginn zeigten verschiedene Organisationen großes Interesse an dem Projekt. Sie brachten technische und materielle Hilfen ein. Verschiedene kleinere Projekte wie das Bauen von Lehmöfen, Seifenproduktion, Teppich knüpfen, Holzarbeiten wurden begonnen. Der Verein verfügte aber weder über Erfahrungen in der Produktion und Vermarktung von Gütern und über qualifizierte Fachkräfte, noch waren genügend lokale Absatzmärkte vorhanden, so daß diese Versuche bald zum Scheitern verurteilt waren.

Nach Aussagen der Vereinsmitglieder beschränkte sich die Unterstützung der Hilfsorganisationen auf eine einmalige finanzielle und materielle Hilfe. Die Angestellten hatten zwar die Technik der Lehmöfen- und Seifenproduktion erlernt, dann aber keine weitere Anleitung erhalten. Das Interesse der Organisationen an dem Verein ließ nach, als die erwarteten Erfolge ausblieben. Eine "Hilfe zur Selbsthilfe" und eine Entwicklung, die von unten, von den Betroffenen ausging, hatte nicht stattgefunden.

Viele der Wadiko Yetenessa-Mitglieder, die über Jahre ihren Beitrag gezahlt hatten, ohne daß ihnen daraus ein Vorteil erwuchs, waren frustriert und verließen den Verein. Zudem mußten sie das Land, das sie bewirtschafteten, nach kurzer Zeit wieder an die Regierung zurückgeben.

Als die Alert Social Medical Section und der Ergotherapeut des Krankenhauses 1984 die Situation des Vereins überprüften, bestand er nur noch aus 137 Mitglieder, einem kleinen Stück Land, einigen wenigen Werkzeugen, einigen kleinen Gebäuden und wenig Hoffnung. Die Mitglieder hatten den Glauben in ihre eigene Kraft und an die Möglichkeit einer Existenzgründung für ihre Mitglieder verloren.

Nach einer gründlichen Studie der sozialen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Lage der Mitglieder des Vereins und der Bevölkerung von Kebele 16, den marktwirtschaftlichen und technischen Möglichkeiten und den dringendsten Bedürfnissen der Bevölkerung begann 1985 der Wiederaufbau des Projekts. Die Zielsetzung war:

- Schaffung von geeigneten Arbeitsplätzen, die die Existenz der Beschäftigten sichern, aber ihre körperlichen Defizite berücksichtigen;
- Verhinderung einer weiteren Verschlechterung des körperlichen Zustandes durch Betteln;
- Verbesserung der Lebensbedingungen für die Mitglieder und die umliegende Bevölkerung;
- Verbesserung des Ansehens und Veränderung der Einstellung gegenüber den Leprakranken in der Gesellschaft;
- Erwirtschaften von Kapital, das zur Unterstützung der Alten und Schwerbehinderten genutzt werden soll;
- Erhöhung des Selbstbewußtseins und des Selbstvertrauens der Leprakranken.

Auf dem Gelände des Vereins wurden in den folgenden Jahren verschiedene Projekte installiert, die vom DAHW, von Botschaften verschiedener Länder und durch private Spendengelder finanziert wurden. Es entstanden

- eine Nähwerkstatt,
- eine Weberei,
- ein kleiner Laden zum Verkauf der Näharbeiten,
- eine Trinkwasserverkaufsstelle,
- eine öffentliche Dusche, Toiletten und Waschplätze und
- eine Getreidemühle.

Insgesamt wurden so Arbeitsplätze für 28 Personen geschaffen. Weitere Arbeiten konnten an 50 Spinnerinnen vergeben werden, die die Baumwolle für die Weberei spinnen.⁴ Alle Projekte sind aus Vorschlägen der Mitglieder entstanden und nach gründlichen Diskussionen und Untersuchungen zusammen mit ihnen installiert worden. Dabei wurde darauf geachtet, daß die Ausbildung und die Entwicklung der technischen, verwalterischen und organisatorischen Fähigkeiten der Angestellten mit der Entwicklung der Projekte Schritt halten konnte.

4 Abera/Tewes, 1989

Noch waren aber die Ziele des Projektes nicht erreicht. Nur ein kleiner Teil der Mitglieder profitierte direkt von den Errungenschaften des Vereins. Der Gewinn reichte nicht aus, um die nichtbeschäftigten Mitglieder finanziell zu unterstützen. Zudem war der Vorstand des Vereins noch stark auf die organisatorische Unterstützung angewiesen.

Es gab verschiedene Probleme, die die Rehabilitation aller Mitglieder und die Umwandlung des Projektes in einen selbständigen, unabhängigen Verein erschwerten:

- Alle Mitglieder waren chronische Leprakranke mit mehr oder weniger schweren Behinderungen. Die meisten von ihnen waren Analphabeten oder verfügten nur über geringe Schulbildung.

Die Arbeitsplätze und Werkstätten mußten also ihren physischen und mentalen Fähigkeiten entsprechen.
- Da die meisten der Mitglieder jahrelang als Bettler lebten, verfügten sie über wenig Selbstvertrauen. Sie waren aufgrund ihrer Erfahrungen, den Demütigungen, der Abhängigkeit von Almosen und ihrer offensichtlichen Behinderung oft sehr ängstlich und verunsichert. Der Umgang mit Behörden und offiziellen Stellen fiel ihnen daher sehr schwer. Sie waren oft nicht in der Lage, ihre Interessen dort zu vertreten und sich ihre Rechte zu erkämpfen.
- Aus den gleichen Gründen entstand bei den Mitgliedern ein allgemeines Mißtrauen gegenüber Allen und Allem. Oft kontrollierten sie sich gegenseitig so sehr, daß ein effektives Arbeiten sehr schwierig wurde. Sie vertrauten aber auch nicht ihren eigenen Erfolgen. Aus Angst, daß eines Tages wieder alles zusammenbrechen würde, waren sie nicht bereit, Geld in neue Projekte oder Anschaffungen zu investieren. Sie wollten ein Sicherheitspolster auf dem Konto, das zwar von Monat zu Monat anwuchs, ihnen aber nie das gewünschte Gefühl von Sicherheit gab.
- Die Einrichtung von neuen Arbeitsplätzen war abhängig von den verfügbaren Materialien und einem Markt für das geschaffene Produkt. Die schlechte wirtschaftliche Lage Äthiopiens und die geringe Kaufkraft der Bevölkerung, aber auch das Fehlen vieler Materialien, die zur Produktion erforderlich waren, erforderte eine gründliche Studie der Gegebenheiten, bevor ein neues Projekt in Angriff genommen werden konnte.
- Da auch innerhalb des Stadtteils eine Ausgrenzung der Leprakranken stattfand, gab es zu Anfang Bedenken bei der Produktion von Lebensmitteln zum Verkauf. Es wurde befürchtet, daß von Leprakranken angebautes Gemüse nicht gekauft werden würde. Aus diesem Grund wurde auf dem Gelände nur Gemüse zum eigenen Gebrauch angebaut.
- Der Verein war zwar bei den Behörden als Behinderteneinrichtung registriert und wurde von Steuerzahlungen befreit, ein offizieller Titel und eine Anerkennung mit allen rechtlichen Konsequenzen konnte allerdings bis heute noch nicht erreicht werden.

Primäres Ziel war es, die Mitglieder in die Lage zu versetzen, das Projekt eigenständig zu führen und auszubauen. Als erstes wurden der Buchhalter und der Kassenwart in Buchhaltung ausgebildet. Ein ausgebildeter Buchhalter wurde engagiert, um ein geeignetes System für den Verein auszuarbeiten und einzuführen. Einmal jährlich wurden

die Bücher von einem externen Buchprüfer kontrolliert. Da der Verein mittlerweile über größere Geldsummen verfügte und durch An- und Verkauf von Materialien und Produkten der Geldverkehr enorm zunahm, war eine derartige Ausbildung und Kontrolle dringend notwendig.

Die jahrelange Abhängigkeit von Mildtätigen und das Annehmen von Almosen war den Mitgliedern so in Fleisch und Blut übergegangen, daß sie häufig gar nicht auf die Idee kamen, ihre Probleme selbst zu lösen. Es war ein langer Prozess, der sie schließlich in die Lage versetzte, Diskussionen im Plenum zu führen und Entscheidungen selbst zu fällen.

Im Jahre 1990 waren die Mitglieder in der Lage, ihre Geschäfte selbstständig zu führen, neue Kunden für ihre Projekte zu werben, den Einkauf zu planen und anstehende Probleme entweder im Vorstand oder in einer Vollversammlung zu diskutieren und zu lösen. Sie bauten selbständig die Weberei aus und begannen mit der Produktion von Gardinen, die sie an einen Großabnehmer in der Stadt verkauften. Den nichtbeschäftigten und arbeitsunfähigen Mitgliedern wurde nun zu großen Feiertagen wie Weihnachten und Ostern eine Gewinnprämie ausgezahlt. Ein Sozialfonds wurde eingerichtet, der Mitgliedern in Krisensituationen hilft oder durch kleinere Kredite beim Aufbau einer Existenz, der Anschaffung einer Kuh oder beim Bau eines Hauses behilflich ist. Bei größeren Entscheidungen wird ein Sozialarbeiter konsultiert, der als Berater im Projekt tätig ist.

Das Projekt Wadiko Yetenessa kann heute als ein erfolgreiches Leprarehabilitationsprojekt bezeichnet werden. Es unterstützt direkt 137 Mitglieder mit ca. 800 Angehörigen und bietet 2.000 Bewohnern des Stadtviertels den Service einer Getreidemühle, Trinkwasserverkauf, Duschen und Toiletten.

Der Gesundheitszustand der beschäftigten Mitglieder hat sich bei allen stabilisiert oder verbessert. Es gibt weniger Einweisungen ins Krankenhaus; die meisten Beschäftigten sind frei von Geschwüren.⁵ Der wesentliche Unterschied ist aber in den Gesichtern und im aufrechten Gang der Beschäftigten zu bemerken. Wadiko Yetenessa und seine Mitarbeiter haben großes Ansehen im Stadtteil gewonnen. Sie sind nicht mehr schüchtern und ängstlich, sondern treten selbstbewußt auf und vertreten ihre Interessen in der Öffentlichkeit.

5 Ergebnis einer Untersuchung, die 1990 im Projekt durchgeführt wurde.

Der Verein ist heute führende Institution bei der geplanten Gründung einer landesweiten Organisation zur Vertretung der Interessen von Behinderten in Äthiopien.

Die Fehler, die bei der Implementierung und Durchführung des Projektes gemacht wurden, sind im nachhinein deutlich zu erkennen. In der ersten Phase wurden Projekte installiert, ehe das notwendige qualifizierte Personal vorhanden war. Den Leprakranken wurden Hoffnungen gemacht, die dann nicht erfüllt werden konnten. In der internationalen Entwicklungshilfe wurde häufig zu schnell und zu leicht Geld in Projekte investiert, deren "Inhaber" dann mit dem plötzlichen "Reichtum" überfordert waren. Auch die Planung der Projekte, die meistens aus westlichen Vorstellungen über Entwicklung entstehen, gehen oft an den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Betroffenen vorbei, wie dies zu Anfang in Wadiko Yetenessa geschah. Mit Geld und Sachspenden allein ist soziales Elend nicht zu beseitigen. Sie können sogar, werden sie unkritisch und unsachgemäß eingesetzt, große Schäden verursachen. Die Entwicklung eines Projektes muß von der Basis aus stattfinden. Dazu ist ein tiefes Verständnis der gesellschaftlichen und kulturellen Gegebenheiten notwendig. Ein europäischer Entwicklungshelfer hat in dieser Hinsicht immer ein Defizit auszugleichen.

Individuelle Rehabilitation

Nur ein kleiner Teil der Leprapatienten, die heute in A.L.E.R.T. behandelt werden, sind Bewohner einer Leprasiedlung. Aufgrund des Leprakontrollprogramms kommen die Patienten nur in schwierigen Fällen ins Krankenhaus. Dort wird versucht, die Behandlung so kurz wie möglich zu gestalten, damit eine baldige Rückkehr in die Heimatregion möglich ist. So soll vermieden werden, daß eine Gewöhnung an das Krankenhaus, an die Gemeinschaft der Leprakranken und an die Stadt Addis Abeba stattfindet und die Lebensmöglichkeiten und familiären Beziehungen zu Hause nicht unterbrochen werden. Den Patienten wird immer ein Rücktransport finanziert, so daß die Heimreise nicht an finanziellen Mitteln scheitern muß.

Trotz allem ist die Zahl der Patienten, die aus den verschiedensten Gründen nicht in ihre Heimat zurückkehren können, sehr groß.

Will man verhindern, daß all diese Patienten zu Bettlern werden, dann sind individuelle Rehabilitationsmaßnahmen dringend notwendig. Häufig reicht es aus, ein intensives Beratungsgespräch mit dem Betroffenen zu führen. Leprakranke sind oft sehr verängstigt und unsicher. Die erlebte und erwartete Diskriminierung führt oft zum Verlust des Selbstvertrauens und der Selbstachtung. Sie sind häufig in einem Zustand des Schocks, der es ihnen schwer macht, über ihre neue Lebenssituation nachzudenken und Lösungen für eine Rückkehr nach Hause zu finden. Sie brauchen sowohl Ermutigung, als auch sachliche, fachliche und eventuell materielle Unterstützung. Manchmal ist auch ein Gespräch mit der Familie bzw. der Dorfgemeinschaft erforderlich.

Rehabilitation von Leprakranken ist immer auch mit immensen sozialen und psychologischen Problemen verbunden. Eine individuelle Rehabilitation muß deshalb immer bestehen aus

- medizinischer Rehabilitation,
- psycho-sozialer Rehabilitation und
- sozio-ökonomischer Rehabilitation.

Die psycho-soziale Rehabilitation bedeutet Auseinandersetzung mit der Krankheit und den sozialen Folgen, die daraus erwachsen. Die Ausgrenzung der Lebrapatienten muß sowohl in der Gesellschaft bekämpft werden als auch bei den Betroffenen selbst. Sie müssen lernen, die Krankheit zu akzeptieren und als "normale" Behinderung zu betrachten. Psycho-soziale Rehabilitation hat das Ziel, den Patienten soweit wie möglich in ein normales soziales Leben zurückzuführen.

Die sozio-ökonomische Rehabilitation hat die wirtschaftliche Unabhängigkeit des Patienten zum Ziel. Leprakranke in geschützten Institutionen unterzubringen und sie mit Arbeit und Nahrung zu versorgen, kann nicht als Rehabilitation bezeichnet werden.

Aber nicht alle Leprakranke benötigen eine soziale Rehabilitationsmaßnahme. Einige können nach der Behandlung an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren oder finden in der Familie Unterstützung. Nicht jeder Leprakranke ist als solcher zu erkennen und somit von Folgen der Stigmatisierung betroffen. Der Sozialarbeiter muß die Patienten auswählen, die einer sozialen Rehabilitation bedürfen und für entsprechende Maßnahmen in Frage kommen. Eine Rehabilitation ist zum Scheitern verurteilt, wenn der Ausgewählte nicht die nötige Motivation aufbringt, nicht die entsprechenden geistigen und körperlichen Fähigkeiten mitbringt und sein sozialer Hintergrund die angestrebte Integration nicht ermöglicht.

Die Form der Rehabilitationsmaßnahme muß von der jeweiligen physischen, psychischen und wirtschaftlichen Situation des Patienten abhängig gemacht werden. Regionale und lokale Gegebenheiten müssen genauso berücksichtigt werden wie kulturelle und religiöse. Es gibt keine generellen Lösungen, die auf alle Patienten angewandt werden könnten.⁶

6 Aus dem Protokoll der Konferenz zur sozialen Rehabilitation von Leprakranken im Juni 1994 in A.I.E.R.T., Addis Abeba.

Zur individuellen Rehabilitation wurden bisher drei Möglichkeiten genutzt:

- Qualifizierung für eine bestimmte Tätigkeit durch Ausbildung (Training), eventuell Schulbesuch;
- Vergabe eines Kredits, der den Betroffenen in die Lage versetzt, ein eigenes kleines Unternehmen aufzubauen; das kann z.B. durch den Kauf von Werkzeug oder einer Maschine, den Bau eines kleinen Ladens, die Anschaffung eines Eselkarrens etc. geschehen;
- direkte Vermittlung in ein Arbeitsverhältnis; falls keine Qualifikation vorhanden ist, könnten dies z.B. Jobs als Gärtner, Wächter, Hilfsarbeiter oder Hausangestellte sein.

Bei der Auswahl der Beschäftigung ist darauf zu achten, daß sie der Behinderung des Patienten entspricht und zu keiner Überbelastung der bereits betroffenen Gliedmaßen führt. So kann eine weitere Verschlechterung des körperlichen Zustands verhindert werden. Eine erfolgreiche Rehabilitation führt zur wirtschaftlichen

Unabhängigkeit. Der Teufelskreis von Armut, Krankheit und weiterer Verstümmelungen kann so unterbrochen werden.

In Äthiopien ist erst jetzt der Versuch einer individuellen Rehabilitation durch die Vergabe von Krediten gestartet worden. Die Ideen zur Verwirklichung eines Kleinunternehmens kommen meistens von den Betroffenen selbst. Es erfolgt dann eine intensive Beratung und Evaluierung durch den Sozialarbeiter. Erscheint das Projekt sinnvoll und erfolgversprechend, werden die Bedingungen für den Kredit festgelegt. Da diese Kreditvergabe erst seit kurzem durchgeführt wird, liegen für Äthiopien noch keine Erfahrungswerte vor. Aus Indien ist bekannt, daß die Rückzahlungsquote sehr hoch liegt. Das Prinzip hat sich dort sehr bewährt.

Individuelle Rehabilitation hat bisher nur in wenigen Einzelfällen stattgefunden. Ein Rehabilitationskonzept besteht nicht. Die Notwendigkeit für derartige Maßnahmen scheint in Äthiopien heute allerdings mehr Anerkennung zu finden. Im Sommer 1994 gab es zum ersten Mal eine nationale berufsübergreifende Konferenz zu diesem Thema. Eine weitere internationale Fachtagung fand im Herbst 1994 statt.

Meiner Ansicht nach müßte für jeden Leprapatienten, der in A.L.E.R.T. eingewiesen wird, zusätzlich zur medizinischen Anamnese und Diagnose auch eine soziale Anamnese erstellt werden. Diese müßte von einem Sozialarbeiter durchgeführt werden, der möglichst die Muttersprache des Patienten beherrscht und mit den kulturellen, sozialen und gesellschaftlichen Gegebenheiten vertraut ist. In problematischen Fällen wäre ein Hausbesuch ratsam. In einem Beratungsgespräch müßten dann die Möglichkeiten für eine Rückkehr in das vorherige Lebensumfeld diskutiert werden. Gespräche mit der Familie, der Dorfgemeinschaft und dem Arbeitgeber könnten eine Wiedereingliederung erleichtern und müßten gegebenenfalls durchgeführt werden. Ist es auf diese Weise nicht möglich, den Patienten zu reintegrieren, muß über eine berufliche bzw. soziale Rehabilitationsmaßnahme nachgedacht werden.

Wie bereits oben beschrieben, gibt es verschiedene Möglichkeiten zur sozialen Rehabilitation: Existenzgründung durch Kredite, Arbeitsbeschaffung oder Ausbildung. Die jeweilige Maßnahme muß von der Situation des Patienten, seinen physischen und mentalen Fähigkeiten, dem sozial-ökonomischen Umfeld und seinen speziellen Interessen abhängig gemacht werden. Die Motivation des Patienten und sein Wille zur Rehabilitation sind ausschlaggebend für den langfristigen Erfolg der Bemühungen. Ihm darf die Verantwortung für sein Leben nicht aus den Händen genommen werden. Der Patient muß deshalb von Anfang an in die Planung und Durchführung der Rehabilitation einbezogen werden.

Projektbericht: Ein Gesundheitsprogramm in Tamil Nadu

Klaus Grimm

Das Life Help Centre (LHC) in der Nähe von Madras, Indien, ist eine Einrichtung für Kinder und Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung, die Maßnahmen der schulischen und beruflichen Rehabilitation anbietet. Ausgehend von der Erkenntnis, daß mit einem Zentrum nur sehr wenigen Menschen mit Behinderungen geholfen werden kann, begann das LHC mit Unterstützung des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt mit Gesundheits- und Rehabilitationsprogrammen in den umliegenden ländlichen Gebieten.

Ausgehend von dem Wissen, daß behinderte Kinder in Dörfern wenig Hilfe erfahren, führten die Mitarbeiter des LHC eine Untersuchung in 15 Dörfern im Chengleput Distrikt in Tamil Nadu durch. Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigten die These, daß der Anteil behinderter Menschen in den Dörfern größer als im Stadtgebiet von Madras ist. Es besteht für diese Behinderten nur eine geringe bzw. keine Möglichkeit einer Hilfe oder Förderung.

Ziel des Projekts

Der vom LHC geplante Basisgesundheitsdienst will vor allem auf die das Elend verursachenden Faktoren in seiner Arbeit eingehen: Gesundheitserziehung zum Verhältnis von Ursachen und Krankheiten und Anleitung zu

selbstverantwortlichem Handeln. Armut und mangelnde Gesundheit sind so sehr miteinander verbunden, daß sie nicht getrennt behandelt werden können.

Wenn auch nicht unmittelbar die sozio-ökonomischen Ursachen von Krankheiten behoben werden können, so ist es jedoch im Rahmen einer Gesundheitsförderung geboten, Informationsarbeit über die Ursachen vieler Krankheiten zu leisten und die lokale Bevölkerung zu motivieren, die Programme zum Aufbau einer sozialen Infrastruktur aktiv zu gestalten. Drei primäre Grundbedürfnisse gilt es zu befriedigen:

- ausreichende Ernährung,
- sauberes Trinkwasser und
- hygienische Lebensverhältnisse.

Den Mitarbeitern des LHC war bewußt, daß ein Umdenken notwendig ist und neue Problemlösungen gefunden werden müssen, um in einem ländlichen Gesundheitssystem allen Menschen Zugang zu den Dienstleistungen einer umfassenden Gesundheitsvorsorge zu verschaffen. Das Programm wurde in dem Sinne strukturiert, daß eine direkte Verbesserung der Versorgung im kurativen Bereich durch Ausbildung von Gesundheits Helfern und den Aufbau von Gesundheitsstationen erreicht wird, eine gesundheitserzieherische Arbeit geleistet wird und Programme zur Verbesserung der Trinkwasserversorgung und der Hygiene durch Selbsthilfemaßnahmen initiiert werden.

Sonderpädagogische Aufgaben der Früherkennung

Bekannt ist, daß je früher eine gezielte Förderung bei behinderten oder gefährdeten Säuglingen oder Kleinkindern einsetzt, desto höher die Wahrscheinlichkeit ist, daß intensive therapeutische Maßnahmen erfolgreich sein werden. Ziel sollte sein, die vorliegende Störung so schnell wie möglich zu beheben oder - wenn dies nicht möglich ist - entsprechende Hilfen zu gewähren.

Das Projekt sah folgende Maßnahmen und Programme vor:

- sonderpädagogische Aufgaben der Früherkennung,
- Öffentlichkeits- und Elternarbeit,
- medizinische Rehabilitation,
- Ausbildungs- und Berufsförderung für Behinderte.

Es entstanden insgesamt vier Gesundheitsstationen, von denen aus die gesundheitliche Versorgung von 40 Dörfern sichergestellt werden sollte.

Ausgebildet wurden Dorfhelferinnen und Lehrerinnen, die Ansprechpartner für die Bevölkerung wurden, erste Hilfe gewährten und vor allem physiotherapeutische Übungen mit den Kindern durchführten, die der Facharzt zuvor untersucht hatte. Zu diesem Zweck entstanden in mehreren Dörfern kleine Therapiezentren. In der Regel handelte es sich um gemietete Räume, die als Treffpunkt dienten und über eine Basisausstattung an Geräten verfügten.

Elternarbeit wurde groß geschrieben. Über Hausbesuche, Gruppengespräche, Ausstellungen und andere Motivationsprogramme wurden vor allem die Eltern für eine Mitarbeit gewonnen, die ein körperlich bzw. geistig behindertes Kind hatten. Ihnen wurde individuelle Hilfe zuteil durch Beratung, Erlernen einfacher therapeutischer Übungen u.a.

Da die meisten der Eltern sehr arm waren, wurde ein Arbeits- und Förderprogramm zur Verbesserung der Lebensgrundlage der gesamten Familie entwickelt bzw. ein Arbeits- und Förderprogramm zur beruflichen Eingliederung geschaffen. Finanzielle Hilfen wurden in Form von Darlehen und Zuschüssen gewährt.

Diese Hilfen wurden u.a. verwandt für

- die Ausstattung kleiner Geschäfte und Teestuben,
- die Ausstattung von Handwerksbetrieben, Nähstuben mit entsprechenden Geräten,
- die Verbesserung der landwirtschaftlichen Produktion durch Kauf von Milchtieren, aber auch von Schweinen und Ziegen,

- die Ausstattung der Familien mit Materialien zur Heimarbeit, u.a. zum Verpacken von Gewürzen, Nahrungsmitteln etc.

An vielen Beispielen ist ersichtlich, wie diese Programme und Maßnahmen das Leben vieler Menschen positiv veränderte:

- Eine Familie erhielt mehrere Schweine, die der geistig behinderte Sohn täglich hütet. Das Einkommen aus dem Verkauf der Ferkel trägt zur Verbesserung der Ernährung der gesamten Familie bei.
- Behinderte Frauen und Mütter behinderter Kinder erhielten trüchtige Milchtier: Kuh oder Wasserbüffel. Im Rahmen der in den Dörfern arbeitenden Milchkooperativen wird die Milch vermarktet, eine Versicherung für das Tier abgeschlossen und ein Sparbuch für die Einnahmen aus dem Milchverkauf eröffnet.
- Eine eigene Nähmaschine hilft mit, einen körperbehinderten Schneider aus seiner Situation als "bonded labourer" zu befreien. Natürlich waren begleitende Maßnahmen erforderlich, z.B. Information und Motivation, Gespräche mit dem Bürgermeister u.a.

Gewiß, es sind Einzelmaßnahmen, die - sofern als ganzheitlicher Ansatz geplant - strukturiert und in enger Zusammenarbeit mit den Zielgruppen durchgeführt erfolgreiche Veränderungen in den Dörfern ermöglichen. Hierzu zählen u.a. Verbesserungen der Trinkwasserversorgung durch Schachtung von Brunnen, durch Aufklärung und Information, durch den Aufbau eines umfangreichen Gesundheitssystems - vor allem für Kinder und Frauen.

Von Vorteil erwies sich die gute Zusammenarbeit mit den Behörden, den Gemeindevertretungen und den Block Development Officers, denn ohne staatliche Anerkennung und Beteiligung kann eine Nichtregierungsorganisation in Indien diese Programme nicht aus eigener Kraft langfristig planen und durchführen.

Die Arbeiterwohlfahrt (AWO) stellte auf Wunsch des Partners nach sechs Jahren die Förderung ein.

Fazit: Trotz vieler positiver Ansätze stellen sich aus unserer Sicht folgende Probleme dar:

- a) Strukturwirksame Gesundheits- und Rehabilitations- bzw. andere Förderprogramme bedürfen einer längerfristigen Förderung, um die getätigten Investitionen abzusichern, u.a. durch Übergabe der Gesundheitsstationen an lokale Organisationen (im oben beschriebenen Projekt erfolgte es auf Grund einer positiven Zusammenarbeit mit lokalen NGO).
- b) Sonderprogramme, die keine Förderung durch die öffentliche Hand in Indien erfahren, müssen langfristig geplant und mit starken kompetenten Trägerorganisationen vernetzt werden.
- c) Nicht nur in Indien ist es schwer, sozial engagierte Fachkräfte für die Arbeit auf dem Land zu gewinnen. Diese Sozial- und Gemeinwesenarbeiter benötigen für ihre weitere Lebensplanung Unterstützung und Chancen zur beruflichen Fort- und Ausbildung. Eine hohe Fluktuation der Mitarbeiter/-innen bringt jedes Programm schnell zum Scheitern.

Im Rahmen der von der AWO geförderten Dorfentwicklungsprogramme sind Maßnahmen zur Förderung behinderter Menschen Bestandteil aller Maßnahmen. Körperbehinderte oder geistig behinderte Menschen werden im Rahmen der sozialen, gesundheitlichen und einkommenschaffenden Programme gefördert. Insofern verfolgen wir heute einen stärkeren integrierten Ansatz, der die Lebensbereiche aller Menschen in den Dörfern betrifft. Es wird somit der Grundstein gelegt, daß diese Projekte auch ohne Außenförderung weitergeführt werden können auf Grund der Verbindung von sozialen und ökonomischen Maßnahmen. Besonders deutlich wird dies in einem Dorfentwicklungsprogramm in den Western Ghats Bergen im Bundesstaat Maharashtra. Die Stärkung der dörflichen Gemeinschaft ermöglicht es, daß Angehörige mit behinderten Kindern nicht mehr isoliert werden, sondern aktive Hilfe erfahren. Spanndienste der Landwirte helfen mit, die Reisanbauflächen zu erweitern; die Kinder erhalten Hilfe durch den Projektarzt; Kindergärten (balwadis) fördern diese Kinder im Rahmen der Möglichkeiten. Unsere Erfahrungen zeigen, daß Programme, die kurz-, mittel- und langfristig geplant und durchgeführt werden, das Leben aller Menschen in den Dörfern positiv beeinflussen und ein menschenwürdiges Leben ermöglichen.

Arbeitskreis "Behinderung und Organisationen in der Entwicklungszusammenarbeit"

Seit Bestehen des Arbeitskreises ist im Verlauf der ersten beiden Jahre immer deutlicher geworden, daß seine nicht-formalisierte Struktur nicht ausreichen wird, um auf Dauer eine substantielle Arbeit zu ermöglichen.

Aus diesem Grund ist Ende Februar der Verein "Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit" gegründet worden. Wir haben uns für die Form eines Vereins entschieden, weil dies eine einfache und schnelle Möglichkeit darstellt, eine Rechtsform zu erlangen. Der Verein ist bereits beim Amtsgericht eingetragen und vom Finanzamt als vorläufig gemeinnützig anerkannt worden.

Dieser neue Verein soll nicht den Arbeitskreis ersetzen. Er ist vielmehr als Ergänzung zu diesem geschaffen worden mit der Absicht, dem Arbeitskreis Gestaltungsmöglichkeiten zu eröffnen, die dieser ohne formale Strukturen nicht besitzt.

Unter diesen Voraussetzungen können wir nun weitere Vorhaben in Angriff nehmen. Konkret sind zwei Projekte in Planung: Das eine ist eine bereits seit langem intendierte Bestandsaufnahme der Projekte für Menschen mit Behinderungen, die deutsche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit sowie Behindertenfachverbände und Selbsthilfegruppen durchführen. Diese Untersuchung soll nicht nur reines Datenmaterial erfassen, sondern auch eine inhaltliche Analyse der Arbeit im Sektor der Hilfe für Menschen mit Behinderungen in Ländern der Dritten Welt ergeben.

Das andere Projekt ist eine Kooperationsveranstaltung mit einer Organisation aus den Niederlanden. Diese hat an die Arbeitsgemeinschaft den Wunsch herangetragen, gemeinsam ein Symposium zum Thema "Traditionelle Rehabilitation und Sichtweisen von Behinderung in verschiedenen Kulturen" zu organisieren. Dieses wird frühestens 1997 stattfinden; als Ort der Veranstaltung werden Tagungsstätten in Italien und Deutschland in Betracht gezogen.

Gabriele Weigt

ORGANISATIONEN

Kindernothilfe e.v.

Seit über 20 Jahren arbeitet die Kindernothilfe in Duisburg für das Ziel, die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen in den ärmsten Ländern im Süden der Welt zu verbessern und den Rechten der Kinder - wo immer möglich - zum Durchbruch zu verhelfen.

Diese Arbeit geschieht in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit Kirchen oder christlichen Organisationen aus dem gesamten ökumenischen Spektrum in Ländern Asiens, Afrikas und Lateinamerikas. Diese Partner sind die verantwortlichen Träger von allen Projekten und Programmen.

Wichtige Aspekte der Förderung junger Menschen sind eine gesunde Ernährung, medizinische Grundversorgung, Grund- sowie berufliche Aus- und Weiterbildung. Lebenshilfe und Sinnvermittlung sind Bestandteil aller Programme.

In speziellen Programmen werden z.B. Straßenkindern neue Perspektiven für ihr Leben angeboten; Flüchtlingskindern wird geholfen, und behinderte Kinder und Jugendliche werden gefördert.

Zur Zeit unterstützt die Kindernothilfe mit ihren Partnern über 6.500 behinderte Kinder und Jugendliche in über 70 Einrichtungen und Zentren. Dadurch werden die Voraussetzungen geschaffen in

- Aus-, Fort- und Weiterbildung für haupt-, neben- und ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen
- Erziehung und familien-/gemeinwesenorientierten Aspekten
- Vorsorge, Früherkennung und Förderung
- vorschulischer und schulischer Förderung
- Tagesstätten und Rehabilitationszentren
- nachschulischer Versorgung zur Integration in Arbeit, Ausbildung und Beruf.

Sichergestellt werden Hilfen in

- medizinischen, pädagogischen und sozialen Bereichen
- geeigneten therapeutischen Angeboten
- Curriculum-Entwicklung und Unterrichtsmethoden
- geeigneten individuellen Lebens-, Wohn- und Arbeits-/Beschäftigungsmöglichkeiten

Eine besondere Qualifizierung erfuh die Arbeit im Bereich der Hörgeschädigten.

Der Stellenwert der Behindertenarbeit muß in den Ländern der sog. Dritten Welt politisch und öffentlichkeitswirksam werden. Behinderung kann nicht individuell überwunden werden, sondern setzt die Veränderung der gesamten gesellschaftlichen Verhältnisse voraus. Deshalb kommt allen die Aufgabe zu, mit den Betroffenen das Leben Schritt für Schritt im wechselseitigen Austausch überall zu schützen, um im Kampf gegen die Ursachen des Leidens zu bestehen.

Über 100.000 Freunde und Förderer der Kindernothilfe tragen dazu bei, Programme zu unterstützen und weltweit die Aufmerksamkeit auf den Umfang der Konsequenzen von Armut und Behinderung zu lenken.

Kindernothilfe e.V., Düsseldorfer Landstraße 180, 47249 Duisburg, Tel.: 0203-7789-0.

NEWS

"Inclusion" - Versuch einer Definition

In englischsprachigen Veröffentlichungen und internationalen Dokumenten taucht in jüngster Zeit vermehrt das Wort Inclusion^{*} als Schlüsselbegriff auf. Als Beispiel mag der in diesem Fachdienst auszugsweise wiedergegebene Text der Erklärung von Salamanca dienen. Darin haben sich Fachleute und Regierungsvertreter auf "Inclusion" als Leitbegriff für eine umfangreiche und tiefgehende Reform des Schulwesens geeinigt. Besondere Aktualität gewinnt der Begriff weiterhin dadurch, daß die Generalversammlung des internationalen Dachverbandes der Organisationen für Menschen mit geistiger Behinderung (ILSMH) eine Umbenennung in "Inclusion International" beschloß (die allerdings noch der Zustimmung durch die Mitgliedsorganisationen bedarf) und somit den neuen Begriff zum Programm erhob. Was hat es nun mit diesem Begriff auf sich?

* Es ist sehr schwierig, für das Wort "Inclusion" einen entsprechenden Begriff in der deutschen Sprache zu finden. Wir haben uns nach eingehender Diskussion zur Verwendung des Wortes "Einbeziehung" entschieden, da andere mögliche Übersetzungen zu viele negative Konnotationen beinhalten.

Eine erste Annäherung an den Begriff "Inclusion" kann der Satz "Es ist normal, verschieden zu sein" bieten. In der Konsequenz bedeutet dieser Satz, daß Menschen mit unterschiedlichen Merkmalen selbstverständlich an allen Bereichen gesellschaftlichen Lebens beteiligt sind. Dieses gilt für Männer und Frauen, für Menschen mit unterschiedlicher Hautfarbe oder Körpergröße genauso wie für Menschen mit Behinderungen.

Während sich "Integration" als Leitbegriff stärker auf die "Wiederherstellung einer Einheit" und damit vor allem auch auf besondere Maßnahmen bezieht, die es Menschen mit Behinderungen ermöglichen sollen, wieder am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, von dem sie vorher ausgeschlossen waren, geht der Begriff "Inclusion" weit darüber hinaus und fordert radikal, daß Behinderung als normale Spielart menschlichen Seins in allen gesellschaftlichen Bereichen akzeptiert und entsprechend in alle administrativen Planungen regelhaft einbezogen werden muß.

Genauso wie z.B. öffentliche Gesundheitsdienste, Bibliotheken oder Schulen selbstverständlich unabhängig von Hautfarbe oder Geschlecht in unserer Gesellschaft von allen Menschen besucht werden können, muß dieses auch für Menschen mit Behinderungen möglich sein. Die Konsequenz ist, daß bei der Gestaltung von allen Lebensbereichen und Angeboten unserer Gesellschaft die eventuell besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen berücksichtigt werden müssen. Dieses gilt für die Zugänglichkeit von Gebäuden (öffentlichen und privaten) genauso wie für den Zugang zu Regelschulen oder Arbeitsstellen.

Insbesondere im Schulbereich wurde das Prinzip der "Inclusion" intensiv diskutiert. Es werden nicht mehr nur Wahlmöglichkeiten zwischen Sonderschulen und integrativen Schulformen gefordert, sondern das Recht eines jeden Kindes, in die jeweils zuständige

Regelschule aufgenommen zu werden. Hieraus folgt die Pflicht der Schulbehörden, behinderte Kinder ganz selbstverständlich in die allgemeinen Schulkonzepte einzubeziehen. Eventuellen besonderen Bedürfnissen verschiedener Kinder müsse dann durch personelle oder materielle Hilfen Rechnung getragen werden.

"Inclusion" ist damit ein grundlegendes Menschenrecht jedes einzelnen Bürgers einer Gesellschaft und steht in der Tradition der nordamerikanischen Diskussion über Menschen- und Bürgerrechte. Dieser neue Begriff ist auch in enger Verbindung zum Prinzip der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen zu sehen, hat aufgrund seiner grundlegenden Bedeutung jedoch viel eher als Selbstbestimmung den Charakter eines neuen Paradigmas. Sollte sich also die grundlegend neue Sichtweise des Prinzips "Inclusion" durchsetzen, werden wir mit Recht von einem Paradigmenwechsel sprechen können.

Das "Salamanca Statement On Special Needs Education"

In Kooperation mit der UNESCO organisierte die spanische Regierung vom 7. bis 10. Juni 1994 in Salamanca (Spanien) eine Konferenz zum Thema "Bildung für alle". Mehr als 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmer vertraten 92 Regierungen und 25 internationale Organisationen, darunter wichtige Vertreter von Bildungsbehörden, Geschäftsführer, Politiker und Fachleute sowie Repräsentanten der Vereinten Nationen und ihrer spezialisierten Agenturen und andere internationale Nichtregierungs- und Regierungsorganisationen. Sie diskutierten über grundlegende Veränderungen in der Politik, die nötig werden, um das Ziel der einbeziehenden Bildung zu erreichen und Schulen zu ermöglichen, die für alle Kinder offen sind, insbesondere für die mit besonderen Bedürfnissen. Am Ende der Konferenz wurde die "Erklärung von Salamanca über Prinzipien, Politik und Praxis der Sondererziehung" und ein Aktionsplan verabschiedet.

In beiden Dokumenten geht es um das Prinzip der Einbeziehung (Inclusion) und die Notwendigkeit von "Schulen für alle" - Einrichtungen, die jeden einbeziehen, Unterschiede positiv hervorheben, Lernen unterstützen und individuelle Bedürfnisse befriedigen. Somit sind sie ein wichtiger Beitrag auf dem Weg, Erziehung für alle zu erreichen und Schulen effektiv zu gestalten.

Sondererziehung - eine Frage, die in den Ländern des Nordens und des Südens gleich wichtig ist - kann sich nicht in Isolation entwickeln, sondern muß Teil einer allgemeinen Erziehungsstrategie und einer neuen sozialen und ökonomischen Politik sein. Sie fordert eine grundlegende Reform der Regelschulen.

Diese Dokumente stellen einen weltweiten Konsens über die zukünftige Richtung der Sondererziehung dar und sind daher in diesem Bereich wichtig und richtungweisend. Im folgenden sind die Kernforderungen der Konferenz im Wortlaut wiedergegeben.

- Jedes Kind hat ein Grundrecht auf Erziehung und Bildung und muß die Möglichkeit erhalten, ein akzeptables Lernniveau zu erreichen und zu erhalten.
- Jedes Kind hat einzigartige Merkmale, Interessen, Fähigkeiten und Lernbedürfnisse.
- Erziehungs- und Bildungssysteme sollten so gestaltet und Erziehungsprogramme so eingeführt werden, daß sie die große Unterschiedlichkeit dieser Merkmale und Bedürfnisse in Betracht ziehen.
- Kinder mit besonderen Erziehungsbedürfnissen müssen Zugang zu allgemeinen Schulen haben, die mittels einer kindzentrierten Pädagogik auf diese besonderen Bedürfnisse eingehen können.
- Regelschulen mit dieser einbeziehenden Orientierung sind der effektivste Weg, diskriminierende Einstellungen abzubauen, eine einbeziehende Gesellschaft aufzubauen und Bildung für alle zu erreichen. Außerdem bieten sie eine effektive Bildung und Erziehung für die Mehrzahl der Kinder und verbessern die Effektivität und letztendlich die Kosteneffizienz des gesamten Bildungssystems.

Die Regierungen aller Länder der Welt werden aufgerufen,

- der Verbesserung ihres Bildungssystems mit dem Ziel der Einbeziehung aller Kinder, unabhängig ihrer individuellen Unterschiede und/oder Schwierigkeiten, die höchste Priorität einzuräumen.
- durch Gesetz oder erklärte Politik das Prinzip der einschließenden Erziehung anzunehmen, um alle Kinder in Regelschulen aufzunehmen, wenn es keine zwingenden Gründe für ein anderes Vorgehen gibt.
- Modellprojekte zu entwickeln und Austauschprogramme mit Ländern durchzuführen, die Erfahrungen mit einbeziehenden Schulen haben.
- dezentralisierte und demokratische Mechanismen zu etablieren, um die Planung, die Beurteilung und die Evaluation der Bildungs- und Erziehungsangebote für Kinder und Erwachsene mit besonderen Bildungsbedürfnissen sicherzustellen.
- die Teilnahme von Eltern, sozialen Gemeinschaften und Organisationen von Menschen mit Behinderungen im Planungs- und Entscheidungsprozeß über die Hilfen für Menschen mit besonderen Erziehungsbedürfnissen anzuregen und zu unterstützen.

Der vollständige Text der Erklärung von Salamanca ist unter Angabe der Nr. ED-94/WS/18 über folgende Adresse zu beziehen:

UNESCO, 7 Place de Fontenoy, 75700 Paris, FRANCE

Aktuelle Mitteilungen der Universität München

Im Rahmen des Seminars "Probleme und Fragestellungen zu Sonderpädagogik und Dritte Welt" am Institut für Sonderpädagogik der Ludwig-Maximilians-Universität München im Wintersemester 1994/1995 hat sich eine studentische Arbeitsgruppe verschiedener Nationalitäten gebildet, die sich intensiv mit sonderpädagogischem Denken und Handeln unter besonderer Berücksichtigung des Nord-Süd-Konflikts hinsichtlich spezifischer wirtschaftlicher, sozialer und soziokultureller Merkmale in Ländern der Dritten Welt beschäftigt. Bis zum Sommersemester verfolgt die Arbeitsgruppe folgende Ziele:

1. Kontaktaufnahme mit den Arbeitskreisen der Universitäten Oldenburg, Würzburg und der Arbeitsgemeinschaft. "Behinderung und Dritte Welt".
2. Kontaktpflege, Austausch, Zusammenarbeit mit Personen, Gruppen, Organisationen, die in diesem Bereich arbeiten;
3. Schaffung eines Bewußtseins für die Dritte-Welt-Problematik und dem damit verbundenen Handlungsbedarf.

Im Sommersemester orientiert sich das Seminar an folgenden inhaltlichen Schwerpunkte.

- a) Soziale Wahrnehmung von Behinderten in der Ersten Welt und in der Dritten Welt.
- b) Der Zusammenhang von Armut, soziale Benachteiligung und Behinderung.
- c) Spezifische Ansätze der Rehabilitation in der Dritten Welt.
- d) Sonderpädagogik und Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit im Bereich der Behindertenarbeit.

Kontaktadressen:

Musa Al Munaizel, Universität Würzburg, Lehrstuhl Sonderpädagogik, Wittelsbacherplatz 1, 97074 Würzburg
oder
Klingenweg 2, 97080 Würzburg, Tel.: 09 31/9 35 64, FAX. 09 31/2 01 22 27

Niki Seidel, Tegernseer Landstraße 207, 81549 München, Tel.: 0 89/6 90 31 28

Veranstaltungen der Universität Würzburg

Studienreise nach Jordanien

Vom 19. September bis 4. Oktober 1995 ist eine Studienreise nach Jordanien mit dem Schwerpunktthema "Sonderpädagogik in Jordanien" geplant. In der ersten Woche werden wir das Land Jordanien und seine Kultur durch eine Rundreise von Amman, Madaba, Berg Nebo, Petra, Wadi Rum nach Aqaba am Roten Meer kennenlernen. In der zweiten Woche findet ein Symposium über die Sonderpädagogik in Jordanien statt. Vorgesehen sind Vorträge, Workshops, Kontakte zur University of Jordan und Besuche in verschiedenen sonderpädagogischen Einrichtungen, aber auch Gespräche mit Studenten, Dozenten und Eltern behinderter Kinder. Die Einzelheiten dieses Programms werden im Laufe des Sommersemesters erstellt. Es ist zwar nicht gelungen, einen Zuschuß zur Finanzierung der Studienreise zu erhalten, doch liegt ein preiswertes Angebot vor: Die voraussichtlichen Kosten für die gesamte Reise werden DM 1.700 bis DM 2.000 betragen. Wer Interesse hat, an der Studienreise teilzunehmen, melde sich baldmöglichst bei:

Musa Al Munaizel
Klingenweg 2
97080 Würzburg
Tel. 0931/93564
Fax. 0931/201 22 27

VERANSTALTUNGEN

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

Ort: Hofburg Congress Centre

Theme: Towards Human Rights

Information: Congress Secretariat, WFD '95, c/o ICOS Congress, Organization Service, Schleifmühlgasse 1, A-1040 Vienna, Austria. Tel.: +43 15 87 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 64 18

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

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

Fax: 62-21-71 73 66

Oktober 1995 Community Health and health Management in Developing Countries (jährlich stattfindender Kurs)
Ort: Heidelberg
Information: Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen, SAI, Universität Heidelberg,
Postgraduate Studies, Im Neuenheimer Feld 324, 69120 Heidelberg. Tel.: 0 62 21/56 49 05; Fax: 0 62 21/56 59
48.

06.11.-12.12.1995 Rehabilitation in Developing Countries (6wöchiger Kurs für Physiotherapeuten,
Beschäftigungstherapeuten, Ärzte, Schwestern und Sozialarbeiter)
Ort: Uppsala, Schweden
Information: ICH Sweden, Course secretariat. Tel.: 0 18-66 59 97; Fax: +46-18 50 80 13

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 4 72 26 26

08.07.-13.07.1996 10th World Congress of the International Association for the Scientific Study of
Intellectual Disability (IASSID)
International Advances in Research and Practice; Global Problems - Local Approaches
Ort: Finlandia-Hall, Helsinki, Finland
Contact: Kansalaikonsultit - Congress Services "IASSID", P.O. Box 762, FIN-00101 Helsinki, Finland

September 1996 Community Health and health Management in Developing Countries (jährlich
stattfindender Kurs)
Ort: Heidelberg
Information: Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen, SAI, Universität Heidelberg,
Postgraduate Studies, Im Neuenheimer Feld 324, 69120 Heidelberg. Tel.: 0 62 21/56 49 05; Fax: 0 62 21/56 59
48.

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
über folgende Adresse erhältlich:

Deutsche Stiftung für internationale Entwicklung (DSE)
Zentrale Dokumentation
Hans-Böckler-Straße 5
53225 Bonn

LITERATUR UND MEDIEN

O'Toole, Brian:
Hopeful Steps - A Guyanese Experience of Community Based Rehabilitation

CBR-Programme, c/o European Economic Commission
P.O. Box 10847, Georgetown, Guyana

Brian O'Toole, der Direktor des bekannten CBR-Programms in Guyana, hat in dieser Publikation sehr detailliert
die Geschichte und die Entwicklung des Programms nachgezeichnet. Der Leser erhält einen sehr guten Einblick in
die Probleme und Erfolge der praktischen Arbeit. Insbesondere wird deutlich, daß nicht nur das Manual der
Weltgesundheitsorganisation verwendet wird, sondern z.B. durch die Entwicklung von Videofilmen oder
Puppentheater andere Wege der Vermittlung von rehabilitationsbezogenem Fachwissen entwickelt wurden. Diese
Publikation ist sicherlich für diejenigen sehr interessant, die die Videofilme "Hopeful Steps" mit den dazugehörigen
Begleitbüchern einsetzen.

Action Solidarité Tiers Monde/Luxembourg, Informationsdienst Dritte Welt/Schweiz, Österreichischer Informationsdienst für Entwicklungspolitik, INKOTA-Netzwerk/Deutschland, Bundeskongreß entwicklungspolitischer Aktionsgruppen (BUKO)/Deutschland (Hrsg.): Aktionshandbuch Dritte Welt, 8., vollständig überarbeitete Auflage 1994. 344 Seiten. DM 24,80. ISBN 3-926369-95-7

In achter, vollständig überarbeiteter Auflage ist das "Aktionshandbuch Dritte Welt" wieder im Buchhandel erhältlich. Herausgegeben von insgesamt fünf Dachorganisationen und Verbänden aus dem deutschsprachigen Raum dient es seit nunmehr über zwanzig Jahren als Arbeits- und Orientierungshilfe für alle, die mit der Dritte-Welt-Szene zu tun haben. Unter den ca. 3.000 sowohl regional als auch thematisch geordneten Kontaktadressen finden sich erstmals auch die Initiativen und Organisationen aus den neuen Bundesländern. Ferner umfaßt das Handbuch fundierte Ratschläge in Sachen Öffentlichkeits- und Seminararbeit, Recht, Finanzierung und Technik wie beispielsweise zur Nutzung von E-Mail-Boxen. Die inhaltlichen Beiträge reflektieren das zwiespältige Verhältnis west- und ostdeutscher Internationalisten, den gegenwärtigen Boom im Dritte-Welt-Handel und das Für und Wider projektbezogener Solidaritätsarbeit. Weitere Artikel setzen sich kritisch mit neueren Tendenzen wie Lobbyarbeit und staatsfinanzierten Ländernetzwerke auseinander. Eine aktuelle Medienauswahl nennt empfehlenswerte Bücher, Filme, Zeitschriften sowie deren Bezugsquellen.

Bezug:
BUKO - Geschäftsstelle
Nernstweg 32 - 34
22765 Hamburg

Autoren dieser Ausgabe waren:

Stephan Dressler
c/o Dr. med. Mabuse
Zeitschrift im Gesundheitswesen
Postfach 90 06 47
60446 Frankfurt am Main

Klaus Grimm
Arbeiterwohlfahrt Bundesvorstand
Oppelner Str. 130
53119 Bonn

Adrian Kniel
Gesamthochschule Kassel
FB4, Sozialwesen
Arnold-Bode-Str. 10
34127 Kassel

Helga Tewes
Lange Straße 17B
34131 Kassel