

Zeitschrift "Behinderung und Dritte Welt", Ausgabe 3/93

INHALT

EDITORIAL

ARTIKEL

Der Einfluß von Mangelernährung auf die geistige und körperliche Entwicklung (Gabriele Weigt)

Community-Based Rehabilitation in Namibia (Barbro Isabel Bruhns)

Saudi-Arabien, ein Entwicklungsland? (Gerda Kuhfittig)

Behindert sein im Tschad (Günter Simon)

BERICHTE AUS DEN ARBEITSKREISEN

Erstes Treffen des Arbeitskreises "Behinderung und Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit"

Erstes Treffen des Arbeitskreises "Behinderung im Islam"

ORGANISATIONEN

Arab Resource Collective Ltd. (ARC)

Centre for Health Education, Training and Nutrition Awareness (CHETNA)

Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP)

Leitlinien der Swedish International Development Authority (SIDA)

NEWS

Ankündigung Symposium Oldenburg '94

Notizen aus Oldenburg

Lepra bleibt weiterhin ernstes Gesundheitsproblem (epi 9/93)

VERANSTALTUNGEN

PRESSESPIEGEL

WHO beklagt mangelnde Hilfe für geistig Behinderte

Straßenkinder auf dem Drogentrip

Unicef mißt "Fortschritt" am Wohlergehen der Kinder

LITERATUR UND MEDIEN

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser!

Die Karthographie ist ein Beispiel dafür, daß sich Realität abbilden läßt.

Im Jahr 1569 entwarf Eduard Kremer, geläufiger unter dem Namen "Mercator", eine "mapa mundi", die noch heute den Standard der geographischen Weltsicht prägt. Sie repräsentiert für uns - ein kurzer Blick genügt - den geographischen Aufbau unserer Welt. In dieser Karte ist jedoch die "eurozentrische Weltsicht" verewigt. Sie gibt nämlich weniger die tatsächliche geographische Realität wieder, sondern ist eher ein Ausdruck der Europäisierung, der Herrschaft Europas, das sich die Unterwerfung des Restes der Welt zum Ziel setzte. Nicht nur, daß Europa mit 9,7 Mio. km² größer gezeichnet ist als etwa Südamerika mit seinen 17,8 Mio. km² (vgl. Abb. 1) oder daß die ehemalige UdSSR erheblich größer erscheint als Afrika, das über fast 8 Mio. km² mehr an Fläche verfügt (vgl. Abb. 2), insgesamt wird für den Süden auf dieser Weltkarte nur ein Drittel der Fläche reserviert (vgl. Abb. 3).

Was darin zum Ausdruck kommt, ist sicher zum Teil die rein technische Schwierigkeit, den dreidimensionalen Erdball zweidimensional abzubilden, weiter auch ungenauere Kenntnis der Länder jenseits des Äquators. So wurde, was man kannte und was am bedeutsamsten war, zum zentralen Ort, von dem aus das Begreifen, Ergreifen, Beherrschen der Welt seinen Ausgang nahm.

Mercator konnte die Welt nicht anders denken, als mit Europa im Zentrum, und zwar nicht aufgrund vorwissenschaftlich-religiöser Visionen, sondern aufgrund der Gewißheit technischer und militärischer Überlegenheit. Aus wissenschaftlicher Sicht stellte seine Karte einen großen Fortschritt für die damalige Zeit dar, aus der heutigen Sicht ist sie ein ideologischer und wissenschaftlicher Anachronismus, da sie wichtige geographische, historische und politische Kriterien nicht einbezieht.

Die von Arno Peters entwickelte Weltkarte (vgl. Abb.4) zeigt den Versuch, den heutigen Ansprüchen auch unter Zugrundelegung mathematisch-ästhetischer Kriterien gerechter zu werden. Wie fremd sie uns noch ist, zeigt, wie tief sich der Eurozentrismus in unsere Weltsicht eingegraben hat.

(alle Daten aus: Kloss, Diego: Arno Peters und die Überwindung des Eurozentrismus der Kartographie, in: Dieterich, Heinz (Hg.): Lateinamerika: Die permanente Invasion 1492-1992, Hamburg/Zürich 1991)

Die Redaktionsgruppe

ARTIKEL

Der Einfluß von Mangelernährung auf die geistige und körperliche Entwicklung

Gabriele Weigt

Der Zusammenhang zwischen Armut und Behinderung ist Fachleuten, die sich mit dem Thema Behinderung und Dritte Welt auseinandersetzen, hinlänglich bekannt. In diesem Artikel soll ein Symptom der Armut, die Mangelernährung (1), herausgegriffen und ihre Folgen für die körperliche und geistige Entwicklung der betroffenen Menschen beschrieben werden.

Das Problem der Mangel- oder Unterernährung tritt uns immer dann vor Augen, wenn in irgendeinem Land eine Hungerkatastrophe ausgebrochen ist. Solche akuten Notsituationen sind jedoch regional und zeitlich begrenzt. Schlimmer steht es mit der chronischen Situation von Mangelernährung, die eine weitaus größere Zahl von

Menschen betrifft und von der Weltöffentlichkeit weitgehend unbemerkt verläuft. "Ungefähr eine Milliarde Menschen sind in dem Teufelskreis von Armut, Mangelernährung, Krankheit und Verzweiflung gefangen, der sie erschöpft, ihre Arbeitsfähigkeit verringert und ihnen kaum Möglichkeiten für eine Zukunftsplanung läßt" (BUKO Pharma-Kampagne, 1990, S. 3).

Für die hohen Krankheits- und Sterblichkeitsziffern in den Ländern der Dritten Welt sind die Krankheiten der Armut verantwortlich, d.h. der Teufelskreis von Mangelernährung und Infektionskrankheiten. In Entwicklungsländern sterben 17 von 100 Kindern vor dem fünften Lebensjahr an Krankheiten, die auf Mangelernährung zurückzuführen sind. Weltweit sterben wöchentlich 250.000 Kinder an Krankheiten und Unterernährung, dies sind jährlich 13 Millionen Kinder.

Von den Überlebenden ist die Hälfte der Kinder durch die Mangelernährung so stark geschädigt, daß sie bis an ihr Lebensende körperlich und geistig behindert sein werden.

Zu den häufigsten Ernährungsstörungen in Entwicklungsländern zählen heute die Protein-Energie-Mangelernährung (PEM) (2), Vitamin A-, Eisen- und Jodmangelkrankungen. Die Bedeutung dieser Ernährungsstörungen zeigt untenstehende Tabelle:

MANGELERNÄHRUNG (in Entwicklungsländern) ALLGEMEIN		
1. Alle Altersgruppen (Angaben von 1988-1990)	20%	786
2. Kinder zwischen 0-5 Jahren (Angaben von 1990)	34%	184
3. Frauen (15-49 J.) mit Gewicht unter 45 kg (Angaben von 1980-1990)	45%	400
MIKRONÄHRSTOFFMANGELERNÄHRUNG		
4. Anämie (Blutarmut) Frauen (15-49 J.)	42%	370
5. Jodmangel (Kropf, alle Altersgruppen)	5,6%	211
6. Vitamin A-Mangel (Kinder unter 5 J. mit Xerophthalmie)	2,8%	13,8

Quelle: UN ACC/SCN, Second Report on the World Nutrition Situation, Geneva 1992, S. 2

1. Protein-Energie-Mangelernährung

Zwischen 1975 und 1990 hat sich der Anteil untergewichtiger Kinder (3) im Alter bis zu fünf Jahren in Entwicklungsländern zwar von 42% auf 34% verringert, dies heißt aber dennoch, daß die intellektuelle und körperliche Entwicklung von ca. 30% aller Kinder in Ländern der Dritten Welt gefährdet ist. Die regionale Verteilung zeigt untenstehende Tabelle:

Tab. 2 Regionale Häufigkeit und Zahl von untergewichtigen Kindern im Alter von 0-5 Jahren in Entwicklungsländern (1990)

Region	Untergewichtige Kinder in %	Untergewichtige Kinder in Mio.
Afrika, südlich der Sahara	29,9	28,2
Naher Osten/ Nordafrika	13,4	4,8
Südasien	58,5	101,2
Südostasien	31,3	19,9
China	21,8	23,6
Mittelamerika/ Karibik	15,4	3,0
Südamerika	7,7	2,8
Gesamt	34,3	184,0

Quelle: UN ACC/SCN: Second Report on the World Nutrition Situation, Geneva 1992, S. 10

Von den existierenden Ernährungsstörungen ist die PEM die häufigste und die am schwierigsten zu kontrollierende. Direkte Ursache der Ernährungsstörung ist die ungenügende Aufnahme von Proteinen und Kohlehydraten.

In der Entstehung und im Verlauf der PEM spielt der Zusammenhang zwischen Ernährung und Infektionen eine wichtige Rolle. Infektionskrankheiten, wie z.B. Durchfallerkrankungen, und Mangelernährung treten in einen tragischen Zusammenhang: Der durch die Unterernährung geschwächte Organismus wird vermehrt von Durchfallerkrankungen betroffen, was wiederum den Zustand der Unterernährung verschlimmert und den Organismus noch mehr schwächt und auf diese Weise einen kaum zu durchbrechenden Teufelskreis entstehen läßt.

Weitere Erkrankungen, die durch eine bestehende PEM weitaus dramatischer verlaufen, sind:

- Atemwegserkrankungen (hohe Sterblichkeitsrate in Entwicklungsländern),
- Masern (hohe Sterblichkeitsrate in Entwicklungsländern, bleibende Schädigungen, Taubheit, geistige Behinderung),
- Malaria (bei Kindern hohe Sterblichkeitsrate),
- Kinderlähmung, Keuchhusten, Lepra,
- Wurminfektionen (in Entwicklungsländern sind davon fast alle Kinder betroffen, die in Armut leben).

Neben den erwähnten sozioökonomischen Gründen können hinsichtlich der Unterernährung bei Frauen und Mädchen auch kulturelle Gründe eine Rolle spielen. Traditionellerweise essen in vielen Gesellschaften erst die Männer und dann die Frauen. Falls ein Nahrungsmangel herrscht, sind die Frauen und Mädchen zuerst davon betroffen. Die Folge ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, der neben mangelnder Gesundheitsversorgung und anderem mehr zu einer dramatisch hohen Frauensterblichkeit in Entwicklungsländern führt. In der Dritten Welt sterben jährlich ca. 500.000 Frauen an Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt (in den Industrienationen 6.000 Frauen; BUKO Pharma-Kampagne, 1990, S. 4).

Ernährung der Mutter

Der Ernährungszustand der Mutter während der Schwangerschaft steht in enger Korrelation zu der Gesundheit des Kindes. Da die Ernährung des Embryos bzw. Fötus über die Plazenta erfolgt, hängt die Entwicklung des Kindes im Mutterleib direkt von der Menge und Qualität der mütterlichen Nahrung ab.

War eine Frau vor der Schwangerschaft fehlernährt und setzt sich dies in der Schwangerschaft fort, besteht die Gefahr einer Frühgeburt. Fehlernährte Schwangere haben gegenüber normalernährten Frauen fünfmal so häufig Frühgeburten. 95% aller Kinder, die untergewichtig geboren werden, d.h. mit weniger als 2.500 Gramm Geburtsgewicht, kommen in Entwicklungsländern zur Welt. Das Geburtsgewicht ist für die weitere Entwicklung des Kindes ein wichtiger Indikator, weil darin die gesamte pränatale Entwicklung zusammengefaßt werden kann.

Die Gruppe der Kinder, die mit weniger als 2.000 g Geburtsgewicht zur Welt kommen, also eine vorgeburtliche Wachstumsverzögerung erlitten haben, zeigt eine hohe Rate an Krankheiten und Sterblichkeit. Drillien (Manocha, 1972) zeigte eine steigende Zahl schwerer geistiger, neurologischer oder körperlicher Behinderungen bei geringem Geburtsgewicht. Mittlerweile weiß man aber, daß Kinder stark unterernährter Mütter ihr körperliches Wachstum mit angemessener Ernährung zwar nachholen (wenn auch nicht vollständig aufholen) und damit äußerlich normal erscheinen können, die Schädigung des nervösen Systems aber irreversibel sein wird und zu einem permanenten Schaden der intellektuellen Funktionen führt.

Der Zusammenhang zwischen Unterernährung und Gehirnentwicklung

In der menschlichen Entwicklung spielt die des zentralnervösen Systems eine besondere Rolle. Die Entwicklung und Reifung des Gehirns ist eine kritische Phase, da das Gehirn in Perioden schnellsten Wachstums auf einen Mangel an Nährstoffen - und hier vor allem Proteinen - empfindlich reagiert. In den sensiblen Phasen der Gehirnentwicklung können schon kurze Phasen der Unterernährung irreversible neurologische Schäden verursachen.

Nach Schätzungen erfolgen 50% des pränatalen Gehirnwachstums während der letzten zehn Schwangerschaftswochen und 50% des postnatalen Wachstums während des ersten Lebensjahres. Das erste Lebensjahr ist ein Zeitraum, in dem der Säugling einen 23fach höheren Proteinbedarf hat als ein Erwachsener. Stehen dem Fötus bzw. dem Neugeborenen nicht genügend Proteine zur Verfügung, kann dies zu strukturellen Änderungen im Organismus führen, da Proteine sowohl Funktions- als auch Strukturaufgaben erfüllen. Nach Cruz muß der Körper täglich mindestens 40% der Proteine aufnehmen, die für 24 Stunden empfohlen werden, um strukturelle Änderungen zu verhindern. Ebenso wichtig ist eine ausreichende Kohlehydratzufuhr, da der Körper nur bei ausreichender Energiebereitstellung die Proteine effektiv nutzen kann sowie bei einem Mangel an Kalorien Proteine zur Energiebereitstellung verbraucht.

Das Gehirnwachstum vollzieht sich phasenweise und beinhaltet eine enorme Sprossung von neuronalen Zellen, der Ausdehnung von Axonen und Dendriten sowie den Prozeß der Myelinisierung (4). Je nach Einsetzen der Mangelernährung führt diese zu je unterschiedlichen Auswirkungen, und je früher diese einsetzt, desto gravierendere Folgen sind zu erwarten.

Zeitpunkt der Schädigung

Mangelernährung kann in ihren Folgen in alle Phasen der Gehirnentwicklung und damit der geistigen Entwicklung eingreifen. Als gesichert gilt, daß Schädigungen durch PEM in der pränatalen Phase und in den ersten sechs Monaten nach der Geburt besonders schwerwiegende Folgen haben, die nicht mehr zu korrigieren sind und das Kind lebenslang in seinen geistigen Fähigkeiten beeinträchtigen.

Weniger gravierend sind die Konsequenzen schwerer Unterernährung, die erst gegen Ende des ersten Lebensjahres oder später bestand. Diese führt zwar auch zu Beeinträchtigungen des Gehirns, läßt sich aber durch Rehabilitation korrigieren. Tritt eine PEM erst nach dem dritten Lebensjahr auf, sind bleibende geistige Schädigungen nicht mehr zu erwarten.

Je nach dem Grad der Mangelernährung weisen die Kinder Defizite in Intelligenztests gegenüber Normalernährten auf, die Konzentrationsfähigkeit ist reduziert, es kann zur Störung der intersensorischen Integration und damit zu einer verringerten Lernfähigkeit kommen. Die Sprachentwicklung ist besonders bei solchen Kindern verzögert, die in früher Kindheit schwer mangelernährt waren. Das Verhalten kann durch Apathie, Passivität und Desinteresse gekennzeichnet sein.

Eine zweifelsfreie kausale Zuweisung des Ernährungseinflusses auf die geistige Entwicklung war lange Zeit strittig, da bei der betroffenen Gruppe mehrere entwicklungshemmende Faktoren zusammentreffen. Unterernährte Kinder entstammen in der Regel sozial schwachen Schichten und sind neben der Mangelernährung anderen restriktiven Lebensbedingungen ausgesetzt (schlechte sanitäre Lebens- und Wohnverhältnisse, hohe Analphabetenquote der Eltern, Vernachlässigung, usw.). Da in diesen Fällen mehrere entwicklungshemmende Faktoren zusammentreffen, hat sich die Isolierung des Ernährungseinflusses lange Zeit als problematisch erwiesen.

Mittlerweile weiß man aber, daß einerseits sowohl Mangelernährung als auch ein anregungsarmes Milieu Kinder in ihrer intellektuellen Entwicklung beeinträchtigen können und andererseits, daß Nahrungszulagen und eine geistige Stimulierung unterernährter Kinder einen günstigen Einfluß auf die geistige Entwicklung nehmen.

In einer groß angelegten Langzeitstudie in Bogota/Kolumbien wurden die verschiedenen Faktoren in ihrer Wirkung auf die geistige Entwicklung untersucht. Demnach hat eine Nahrungsergänzung verbunden mit einer geistigen Stimulierung den größten Effekt auf die Entwicklung. Wird nur eine Nahrungsergänzung gegeben oder nur im Bereich der geistigen Stimulierung gearbeitet, so haben diese Maßnahmen zwar einen günstigen Einfluß auf die intellektuelle Entwicklung, doch zeigt sich hier, daß die beiden Maßnahmen in unterschiedlichen Bereichen der Entwicklung greifen: Die Nahrungszulagen konnten die Entwicklung muskulärer Funktionen, z.B. auch die Augen-Hand-Koordination, verbessern, während die geistige Stimulierung vor allem solche Funktionen förderte, die mit Hören, Verstehen und Sprechen zu tun hatten.

Aus verschiedenen Studien und Beobachtungen weiß man, daß es auch für den Effekt von Stimulierungsmaßnahmen ein sensibles Alter gibt. So sind Maßnahmen der geistigen Stimulierung in den ersten drei Lebensjahren am wirkungsvollsten. Setzt eine Förderung erst nach dem dritten Lebensjahr ein, so sind weniger deutliche Verbesserungen zu erwarten.

2. Vitamin A-Mangel (Xerophthalmie)

Vitamin A-Mangel ist weltweit eine der häufigsten Ursachen für Blindheit, bei Kindern steht sie sogar an erster Stelle. Sieben von zehn Kindern erblinden aufgrund von Vitamin A-Mangel.

Nach Berichten der WHO waren 1991 die Augen von fast 14 Millionen Vorschulkindern aufgrund von Vitamin A-Mangel geschädigt. Von diesen leben ca. 10 Millionen in Asien (s. geographische Verteilung in Tab. 3). Die Risikogruppen umfassen insgesamt 190 Millionen Menschen in 37 Ländern, die an Vitamin A-Mangel und den damit verbundenen Folgen (Erblindung, verminderte Immunabwehr, erhöhte Sterblichkeit) leiden.

Vitamin A-Mangel

Risikogruppen und erkrankte Bevölkerungsgruppen, nach WHO-Regionen 1991 (in Mio.)

WHO-Region	Gesamtzahl der Vorschulkinder in Ländern mit Xerophthalmie	geschätzte Zahl an Xerophthalmie erkrankter Pers.
Afrika	18	1,3
Amerika	2	0,1
SO Asien	138	10,0
Europa		
östliche Mittelmeerregion	13	1,0
Westpazifik	19	1,4
Gesamt:	190	13,8

Quelle: UN ACC/SCN, Second Report on the World Nutrition Situation, Geneva 1992, S. 40

Die WHO schätzt, daß jedes Jahr zwischen 250.000 und 500.000 Vorschulkinder aufgrund von Vitamin A-Mangel erblinden. Zwei Drittel dieser Kinder sterben innerhalb von wenigen Monaten, nachdem sie erblindet sind.

Vitamin A-Mangel wirkt sich aber nicht nur die Augen aus, sondern auch auf den Gesundheitszustand des Kindes und seine Überlebenschancen. Bereits ein geringer Vitamin A-Mangel erhöht die Anfälligkeit für drei in Entwicklungsländern häufig vorkommenden Krankheiten: Durchfall, Masern und Lungenentzündung. Solche Erkrankungen sind dann auch schwerwiegender, was sich an einer erhöhten Todesrate zeigt.

Wie bei den meisten Ernährungsmangelkrankheiten sind auch hier unterernährte Kleinkinder besonders gefährdet. Solange die Babys im Mutterleib sind und später gestillt werden, sind sie weitgehend geschützt. Die Gefahr des Erblindens ist aber ab dem sechsten Lebensmonat bis zum Alter von fünf Jahren am größten.

Vitamin A ist nur in bestimmten Lebensmitteln enthalten, z.B. in Milch, Butter, im Eigelb und in Leber. Dies sind aber hoch proteinhaltige Lebensmittel, die für die am stärksten gefährdeten Gruppen unerschwinglich sind. Aber auch preisgünstigere Vitamin A-Quellen wie frisches Obst, Gemüse und Karotten sind nicht für alle erhältlich.

3. Eisenmangel

Eisenmangel ist ein globales Problem, das auch die Industrienationen betrifft (insgesamt mehr als 1 Milliarde Menschen). Im besonderen Maße sind hiervon Frauen und Vorschulkinder in tropischen und subtropischen Zonen betroffen, wobei Eisenmangel auch die Leistungsfähigkeit von Schulkindern und Männern beeinträchtigt.

Eisenmangel ist der weitverbreitetste Grund von Anämien (Blutarmut), und davon betroffen sind ca. 46-51% der Kinder in Entwicklungsländern und 7-12% der Kinder in den Industrienationen.

Verglichen mit etwa 17% in Europa und Nordamerika leiden im südlichen Asien 64% aller schwangeren Frauen unter Anämien. Diese gehören ebenso wie Vorschulkinder und untergewichtig Geborene zu den Risikogruppen.

Falls eine Eisenmangelerkrankung nicht behoben wird, führt diese zu einer sich verstärkenden Anämie mit den Folgen einer reduzierten Leistungsfähigkeit, einem verminderten Lernvermögen, einer gesteigerten Anfälligkeit für Infektionen und einem erhöhten Sterberisiko für Frauen bei Schwangerschaft und Geburt. Bei anämischen Frauen kann ein relativ geringer Blutverlust während einer ansonsten normalen Geburt zum Tode führen.

Bei Kindern im Alter bis zu fünf Jahren konnte nachgewiesen werden, daß ein Zusammenhang besteht zwischen Eisenmangel und Entwicklungsverzögerungen kognitiver Funktionen und Verhaltensänderungen. Die Kinder hatten im Vergleich zur Kontrollgruppe niedrigere Werte in Intelligenz- als auch in psychomotorischen Tests. Sie wurden weiterhin als apathisch und leicht irritierbar beschrieben.

Die Ursachen für Eisenmangelerkrankungen sind multifaktoriell zu sehen. Es ist zum einen eine inadäquate Nahrung, die defizitär an Eisen ist und zu Anämien führen kann; zum anderen spielen auch Infektionskrankheiten bei der Entstehung von Anämien eine Rolle. Parasitäre Darmerkrankungen können durch den chronischen Blutverlust bereits bestehende, durch Mangelernährung bedingte Anämien verstärken.

4. Jodmangel

Jodmangelgebiete sind Regionen, in denen in der Erde, im Wasser und in der Luft, also auch in der Nahrung, kein Jod mehr vorhanden ist. Dies betrifft besonders Bergregionen, z.B. die Anden, aber auch Deutschland ist Jodmangelgebiet.

Weltweit ist 1 Milliarde Menschen dem Risiko einer jodmangelbedingten Funktionsstörung ausgesetzt. Es wird geschätzt, daß 211 Millionen Menschen einen Kropf haben und ca. 20 Millionen Menschen unter verschiedenen Graden geistiger Behinderung, einschließlich des sogenannten Kretinismus, leiden.

Geschätzte Prävalenz von Jodmangelkrankungen in Entwicklungsländern, 1990 (in Mio.)

	Zahl der gefährdeten Personen	Zahl der Personen mit Kropf	Zahl der Personen mit Kretinismus
Afrika	227	39	0,5
Lateinamerika	60	30	0,3
SO-Asien	280	100	4,0
Asien (andere Länder mit China)	400	30	0,9
östl. Mittelmeer	33	12	-
Gesamt:	1.000	211	5,7

Quelle: UN ACC/SCN: Second Report on the World Nutrition Situation, Geneva 1992, S. 48

Jod gehört zu den essentiellen Spurenelementen, die täglich mit der Nahrung aufgenommen werden müssen, um lebensnotwendige Stoffwechselforgänge zu erhalten. Jodmangel ist die am weitesten verbreitete Ursache von vermeidbaren geistigen Behinderungen.

Langandauernder Jodmangel führt zur Kropfbildung, einer weitgehend kosmetischen Manifestation. In schweren Fällen führt er zum sogenannten Kretinismus mit einer geistigen Behinderung, Taubstummheit, Schielen, spastischer Diplegie und anderen Schädigungen (Pschyrembel, 1982).

Jod ist für den Organismus ein notwendiger Bestandteil zur Bildung des Schilddrüsenhormons. Zu diesem Zweck muß die Schilddrüse Jodid aus der Blutzirkulation aufnehmen und in den Zellen konzentrieren. Das Schilddrüsenhormon ist einerseits für die Gewebeatmung und für zahlreiche Stoffwechselforgänge unabdingbar und spielt andererseits in der pränatalen menschlichen Entwicklung eine essentielle Rolle in der Reifung des Skelettsystems wie auch des Gehirns (Hierholzer, 1977).

Morphologische Untersuchungen von Kindern mit einer angeborenen Schilddrüsenunterfunktion zeigten ein vermindertes Hirngewicht, reduzierte Zellenzahl im Cortex, eine geringere Differenzierung der kortikalen Schichten sowie eine verzögerte Markscheidenreifung (Stanbury/Hetzel 1980).

Leidet eine Frau während der Schwangerschaft unter einem chronischen Jodmangel und/oder einer Schilddrüsenunterfunktion, bewirkt dies einen Schilddrüsenhormonmangel des Fötus, der bei diesem zum sogenannten Kretinismus führt.

"Der endemische Kretinismus tritt gehäuft in Jodmangelgebieten auf ... Mutter und Fötus leiden an einer Jodmangel-Hypothyreose (Unterfunktion der Schilddrüse), die beim Fötus zu einer pränatalen Hirnschädigung führt, die nie mehr ganz korrigiert werden kann. Trotz der geringen Symptome beim Neugeborenen sind die Kinder in der Knochen- und Hirnentwicklung bereits pränatal geschädigt. Die irreparable Hirnschädigung zeigt sich auch daran, daß auch bei einer früh einsetzenden und konsequenten Ersatztherapie eine normale intellektuelle Entwicklung kaum erreicht wird" (Fanconi, 1972, 376-377).

Versuche in verschiedenen andinen Dorfgemeinschaften haben hingegen gezeigt, daß der sogenannte Kretinismus durch eine ausreichende Jodaufnahme der Schwangeren vor allem vor dem dritten Schwangerschaftsmonat

verhindert werden kann. Erfolgt die Jodkorrektur dagegen erst nach dem dritten intrauterinen Monat, scheint diese keine Auswirkungen auf die spätere Entwicklung der geistigen Fähigkeiten des Kindes zu haben.

Nach Fierro-Benitez kann eine geschädigte Frau mit adäquater Jodzufuhr ein normales Kind zur Welt bringen, während eine gesunde Frau ein ebenso geschädigtes Kind bekommen kann, falls sie in der Schwangerschaft unter einem schweren Jodmangel leidet.

5. Maßnahmen der Prävention

In den vorhergehenden Abschnitten wurde gezeigt, wie sehr Mangelernährung die Entwicklung von Kindern auf Dauer schädigen kann. Die hier aufgeführten körperlichen und geistigen Behinderungen sind jedoch durch eine quantitativ und qualitativ ausreichende Nahrung zu vermeiden. In allen Fällen tragen aber auch die schlechten Lebensbedingungen zu der hohen Prävalenz und der Schwere der Erkrankungen bei.

Am deutlichsten wird dies bei der PEM, die nicht nur durch einen tatsächlichen Nahrungsmangel hervorgerufen werden kann. Ihre Ausprägung hängt auch sehr stark von anderen Umweltfaktoren ab, wie z.B. Infektionskrankheiten oder Durchfallerkrankungen.

Bei der Entstehung von Mangelernährungskrankheiten spielen weitere Faktoren eine Rolle, wie z.B. der Bildungsgrad der Eltern (vor allem der Mütter), die Verfügbarkeit von Trinkwasser, die Abwasserbeseitigung, sanitäre Einrichtung u.a.m.

Mangelernährungskrankheiten sind Krankheiten der Armut. Um den Betroffenen langfristig wirksam helfen zu können, ist es notwendig, die sozioökonomische Situation der untersten Gesellschaftsschichten insgesamt zu verbessern. Nur dann werden die Betroffenen fähig, ihre Ernährung und damit auch die Gesundheit ihrer Kinder selbständig zu sichern. Neben dieser langfristigen Perspektive ist es aber schon heute wichtig, durch geeignete Maßnahmen die Entstehung von mangelernährungsbedingten Behinderungen zu vermeiden. Dazu gehören Maßnahmen der Nahrungsergänzung bei Risikogruppen (Schwangere, stillende Mütter und Kleinkinder), die den Betroffenen in den kritischen Phasen zur Verfügung stehen müssen. Im Falle der Protein-Energie-Mangelernährung sollte neben der Nahrungsergänzung auch eine geistige Stimulierung in den ersten zwei bis drei Lebensjahren erfolgen, um die Auswirkungen der PEM möglichst gering zu halten, da beide Maßnahmen jeweils nur bestimmte Bereiche der geistigen Entwicklung fördern und daher nur in Kombination einen größtmöglichen Effekt erzielen.

Maßnahmen der Nahrungssupplementation gehören traditionell zum Aufgabengebiet der ErnährungswissenschaftlerInnen. Angesichts der Bedeutung der Ernährung für die menschliche Entwicklung und angesichts der Folgen, die aus einer Mangelsituation entstehen können, sind hier m.E. auch Sonderpädagogen und Sonderpädagoginnen gefordert.

Dabei sehe ich zwei wichtige Funktionen und Aufgaben, die SonderpädagogInnen in diesem Sektor erfüllen können. Zum einen geht es darum, daß sie sich auch für die Ernährungssituation der Bevölkerung, und hier besonders für die der Risikogruppen, interessieren und - falls notwendig - Ernährungsprogramme initiieren. Des weiteren ist nach Phasen der Unterernährung bei Ernährungsmaßnahmen wichtig, neben den Nahrungszugaben auch psychologische und pädagogische Hilfen anzubieten, da nur beide Maßnahmen zusammen eine normale intellektuelle Entwicklung ermöglichen.

Anmerkungen:

- 1) Unter Mangelernährung soll "jede Form der Ernährung verstanden werden, bei der die dem Körper zugute kommende Menge an Kalorien oder an einem oder mehreren Nährstoffen für längere Zeit nach oben oder nach unten so stark vom Optimum abweicht, daß es zu chronischen Veränderungen im Stoffwechsel und schließlich zu Störungen von Gesundheit und/oder Leistungsfähigkeit kommt" (H.D.Cremer, 1970, S. 4).
- 2) Energie = Kohlehydrate
- 3) Ein Kind gilt als untergewichtig, wenn sein Gewicht um zwei Standardabweichungen unter dem Gewicht liegt, das in diesem Alter für gesunde Kinder angenommen wird (UN ACC/SCN 1992, S. 6).

4) Markscheidenreifung: Ummantelung der Nervenfasern

Literatur:

Amcoff, S.: The Impact of Malnutrition on Learning Situation, Uppsala, 1981; Adam, H.: Frauen mit behinderten Kindern in der Dritten Welt, in: Rundbrief Behinderung und Dritte Welt, 2/93, S. 13-19; BUKO Pharma-Kampagne: Pillen heilen keine Armut - Gesundheit und Arzneimittel in der Dritten Welt, Bielefeld 1990; Cremer, H.D.: Malnutrition. Möglichkeiten zur Objektivierung verschiedener Formen von Malnutrition und ihrer Folgen, insbesondere für das Nervensystem, in: Medizin und Ernährung, Jg. 11/1970, Heft 11. S. 249-256; Cremer, H.D.: Ernährung und geistige Entwicklung, in: Gießener Universitätsblätter, Heft 1, 1980, S. 51-60; Cruz, M.: Nuevas Perspectivas de la Paralisis Cerebral, Quito 1979; Diesfeld, H.J., Wolter, S.: Medizin in Entwicklungsländern, Frankfurt 1989; FAO/WHO: Major Issues for Nutrition Strategies, 1992; Fanconi/Wallgren: Lehrbuch der Pädiatrie, Basel 1972; Fierro-Benitez, R.: The Role of Iodine in Intellectual Development in an Area of Endemic Goiter, in: Endemic Goiter and Cretinism, PAHO Scientific Publication No. 292, Washington 1974; Hierholzer, K.: Endokrinologie II, München 1977; Kontakt- und Informationsstelle: Gesundheit in der Dritten Welt, Materialien-Sammlung Nr. 3, Bensheim 1984; Latham, M.C.: Protein-Energy-Malnutrition - Its Epidemiology and Control, in: JEPTO July-October 1990, Volume 10, Number 45; Manocha, S.: Malnutrition and Retarded Human Development, Springfield 1972; Mora/Clement/Christiansen/Ortiz/Vuori/Wagner: Nutritional Supplementation, Early Stimulation and Child Development, in: Brozek, Josef: Behavioral Effects of Energy and Protein Deficits, Washington D.C. 1977; Pschyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch, Berlin 1982; Safe Motherhood Newsletter, 11, March-June 1993; Simeon, D.T., Grantham-McGregor, S.M.: Nutritional Deficiencies and Children's Behaviour and Mental Development, in: Nutrition Research (1990) 3, 124; Stanbury/Hetzel: Endemic Goiter and Endemic Cretinism, New York 1980; UNICEF: Zur Situation der Kinder in der Welt, Genf 1984 und 1992; UN ACC/SCN (United Nations Administrative Committee on Coordination - Subcommittee on Nutrition): Second Report on the World Nutrition Situation, Geneva 1992; Wagner, M.: Die Ernährung während frühkindlicher Entwicklungsabschnitte und ihr Einfluß auf die körperliche und geistige Entwicklung von Kindern, in: Ernährungs-Umschau 22 (1975) 11, S. 323-325; Wagner, M.: Schädigung von Entwicklung und Funktion des ZNS durch Fehlernährung vor und kurz nach der Geburt, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 50, 1, 1974, S. 74-78

Eine Bibliographie zum Thema "Mangelernährung und Behinderung" ist bei der Autorin erhältlich. Es wird gebeten, der Anforderung 4,- DM in Briefmarken beizulegen.

Community-Based Rehabilitation in Namibia

Barbro-Isabel Bruhns

Namibia, unabhängig erst seit dreieinhalb Jahren (März 1990) und damit der jüngste unabhängige Staat Afrikas, hat während des Aufbaus einer neuen Nation arg zu kämpfen mit dem Erbe, welches das südafrikanische Apartheidsystem sowie über 100 Jahre Kolonialismus hinterlassen haben. Diese Geschichte hat ihre Spuren in sämtlichen Landesteilen und in allen Bereichen des sozialen, ökonomischen und politischen Systems hinterlassen. Die Lebenssituation behinderter Menschen und die Verbreitung von Behinderungen sind insbesondere geprägt und verursacht durch die Folgen der ungerechten Verteilungspolitik im Erziehungssektor und der Gesundheitsversorgung.

Hier einige Hintergrund-Informationen: Namibia liegt an der süd-westlichen Atlantik-Küste Afrikas; es ist mit etwa 824.000 km² ungefähr doppelt so groß wie die Bundesrepublik Deutschland; die Bevölkerung beträgt etwa 1,5 Millionen (Schätzungen von 1992) und das Bevölkerungswachstum liegt bei 3% im Jahr; Kindersterblichkeit (nur bei Schwarz-AfrikanerInnen): ca. 250 von 1.000 (1989); Analphabetenquote (nur bei Schwarz-AfrikanerInnen): ca. 60% (1992).

Zur Situation behinderter Menschen:

Bis zur Unabhängigkeit Namibias hat es nur sehr wenige Initiativen oder Organisationen gegeben, die sich um das Wohl der Menschen mit Behinderungen bemühten. Für die schwarze Bevölkerungsmehrheit im Norden des Landes gab es nur einzelne Ansätze von seiten der Kirche.

Das ELCIN* Rehabilitations Centre (ERC) in Oniipa, im nördlichen Gebiet der Ovambo (der größten Bevölkerungsgruppe Namibias), wurde seit 1985/86 in Kooperation und mit der Unterstützung von FINNIDA (Finnish International Development Agency), Finnchurchaid (Evang. Luth. Church of Finland, Agency für International Assistance) und FFUH (Finnish Federation of the Visually Handicapped) geplant und gebaut. Nach der ursprünglichen Planung sollte es ausschließlich ein Zentrum für sehbehinderte Menschen werden. Aber bei der offiziellen Eröffnung im September 1990 war dieser Plan schon revidiert worden. Um nicht zur Segregierung von Menschen mit einer bestimmten Behinderungsart, sondern zur Integration aller behinderten Menschen beizutragen, sollte die Arbeit des Zentrums nun allen Menschen mit Behinderungen dienen. Sehr bald wurde auch entschieden, daß nach dem "Community Based Rehabilitation"-Programm gearbeitet werden soll. Dieser Arbeitsansatz wird am ehesten dem Ziel der Integration behinderter Menschen in allen gesellschaftlichen Zusammenhängen gerecht. Er wird außerdem von der nationalen Regierungspolitik favorisiert und proklamiert. Dem zur Folge versucht das ERC im Hinblick auf die Verbreitung des CBR-Programm mit den verantwortlichen Ministerien (Ministry of Lands, Resettlement and Rehabilitation, Ministry of Education and Culture, Department of Special Education und Ministry of Health and Social Services) zu kooperieren.

Heute arbeiten im ERC ein Programm-Koordinator, vier "Rehabilitation Worker" (RW) und eine Rehabilitations-Koordinatorin (aus Finnland), eine Administrations-Koordinatorin (Finnland) sowie etwa acht weitere KollegInnen. Die RW haben unterschiedliche Ausbildungen absolviert, aber sie waren alle zu Ausbildungszwecken im Ausland (Finnland, England, USA). Zwei der RW sind behindert: Die einzige Frau unter ihnen ist blind (ihrer eigenen Aussage nach ist das südafrikanische Apartheidsystem daran schuld, weil ihr eine rechtzeitige Behandlung verwehrt worden ist), und ein zweiter hat im Befreiungskrieg ein Bein verloren.

Die Hauptaufgaben der RW bestehen einerseits in der Planung, Organisation und Durchführung von Ausbildungs-Kursen (Workshops) für unterschiedliche Zielgruppen und zum anderen in der Arbeit in den Gemeinden und Dörfern ("communities") zur Unterstützung der "Community Rehabilitation Worker" (CRW). In den Jahren 1991 und 1992 wurden im ERC 36 Workshops für über zehn verschiedene Zielgruppen angeboten, deren Dauer zwischen einem und zehn Tagen lag. Zu den Zielgruppen gehörten u.a. LehrerInnen und SchulleiterInnen, MasseurInnen (größtenteils sehbehindert), Eltern, DiakonInnen, sehbehinderte Menschen, "headmen/women", TaxifahrerInnen und nicht zuletzt natürlich die CRW.

In diesen Workshops erhalten die TeilnehmerInnen allgemeine Informationen zu den Ursachen von Behinderung, praktische Hinweise zu Umgangsformen mit und Fürsorge von Kindern und Erwachsenen mit Behinderungen, über Integrationsmöglichkeiten in die Familien- und Haushaltsaktivitäten, in Regelschulen, in kirchlichen und anderen sozialen Aktivitäten etc. Das wichtigste Ziel ist dabei immer, die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen ins Bewußtsein zu rufen und die soziale Einstellung gegenüber diesen Menschen zu verändern. Bis zum September 1993 wurden 52 CRW aus neun verschiedenen Gebieten/Gemeinden im ERC ausgebildet. Die RW's des ERC beginnen mit dem CBR-Programm in einem bestimmten Gebiet, indem sie als erstes Kontakt zu dem zuständigen Gemeindepastor des jeweiligen Gebietes aufnehmen und die "headmen/headwomen" der verschiedenen Dörfer bzw. "communities" über das Programm informieren. Anschließend findet eine Versammlung der Gemeindeglieder statt, auf der BewohnerInnen aus unterschiedlichen Dörfern der Gemeinde gewählt werden, die als CRW ausgebildet werden sollen.

Diese kommen dann zu einem ersten zweiwöchigen Workshop ins ERC und gehen anschließend zurück in ihre Dörfer. Zu Beginn versuchen sie herauszufinden, welche Familien in ihrem Dorf Familienangehörige mit einer Behinderung haben. Dazu gehen sie von Haus zu Haus bzw. befragen den "headman". Das ist keine leichte Aufgabe. Zum einen sind die Entfernungen zwischen den einzelnen Gehöften ("Kraals") oft sehr weit (mehrere Kilometer) und die Wege schlecht. Zum anderen sind die "headmen" meistens nicht besonders kooperativ, weil sie von dem CBR-Programm nichts halten und es nicht für nötig befinden, etwas für die behinderten DorfbewohnerInnen zu tun. Es bleibt dann die Aufgabe der/des CRW, den "headman" und die gesamte "community" über das Programm zu informieren und über die Notwendigkeit und die Möglichkeiten, Menschen mit

Behinderungen in ihre Familien und in ihre Dorfgemeinschaft zu integrieren, aufzuklären. Gleichzeitig arbeiten sie mit einzelnen behinderten Klienten und deren Familienmitgliedern. Mit einfachen Mitteln versuchen sie, die behinderte Person zu befähigen, sich selbständig zu bewegen, ihren eigenen Haushalt zu führen, an Aktivitäten der Gemeinschaft teilzunehmen, usw., d.h. insgesamt ein möglichst unabhängiges, in Familie und Gemeinde integriertes Leben zu führen. Die Familienangehörigen werden angeleitet, diese Rehabilitationmaßnahmen gemeinsam mit ihrem behinderten Familienangehörigen selbständig auszuführen. Auf diese Weise wird es der/dem CRW ermöglicht, im Laufe der Zeit mehrere Klienten zu "betreuen" und zu rehabilitieren. In einigen Gemeinden ist es den CRW gemeinsam mit behinderten DorfbewohnerInnen gelungen, kleine Selbsthilfe-Projekte (Gartenbau, Kunsthandwerk) aufzubauen, die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit der Mitarbeitenden fördern sollen. Die RW aus dem ERC kommen zu unregelmäßigen Besuchen in die "communities" und in Ausnahmefällen auch zu Hausbesuchen. Weiterhin erhalten sie während der "community visits" unregelmäßig eintägige Fortbildungen durch die/den RW. Die gesamte Ausbildung der CRW basiert hauptsächlich auf dem WHO-Manual "Training in the Community for People with Disabilities", das jetzt in Oshindonga, einer der lokalen Sprachen der Ovambo, vorliegt.

Nun zu den Problemen in der Arbeit und der Verwirklichung des CBR-Programms, wie sie mir geschildert wurden bzw. wie ich sie selber erlebt habe:

1. Noch fehlt es z.T. an fundamentalen und spezifizierten Kenntnissen einiger Zusammenhänge, Methoden u.ä. (z.B. zu "special education") und dementsprechenden Fortbildungsmöglichkeiten für die RW des ERC, wodurch teilweise inadäquate bzw. falsche Informationen an die TeilnehmerInnen der Workshops weitergegeben werden.
2. Die Arbeit der RW ist teilweise schlecht geplant und koordiniert, was dazu führt, daß viel mehr Zeit im ERC (mit Workshops etc.) verbracht wird und zu wenig Zeit für die Arbeit in den "communities" und zur Unterstützung der CRW bleibt.
3. Bisher bedeutet der Gebrauch der Englischen Sprache für viele eine große Schwierigkeit und führt zu manchen Mißverständnissen. Englisch ist erst nach der Unabhängigkeit als offizielle Landes- und Unterrichtssprache eingeführt worden.
4. Was die Arbeit der CRW betrifft, so ist die Tatsache, daß sie ihre Arbeit ehrenamtlich verrichten, das größte Problem. Dies ist wohl auch der Hauptgrund dafür, daß fast ausschließlich Frauen als CRW arbeiten. Kein junger Mann würde arbeiten gehen, ohne ein Gehalt nach Hause zu bringen. Aber auch die Frauen haben Schwierigkeiten mit ihren Ehemännern oder Eltern, wenn diese kein Verständnis dafür haben, daß sie ihre Haushaltspflichten vernachlässigen, um in der "community" zu arbeiten, und dann noch nicht einmal Geld verdienen. Deshalb versuchen inzwischen einige CRW, sich durch Spendensammlungen für das CBR-Programm einen kleinen Nebenverdienst zu ermöglichen. Das ist aber keine langfristige Lösung des Problems.
5. Für die Menschen, insbesondere für die Frauen, die in diesen ländlichen Gebieten (ohne Wasserleitung etc.) leben, fallen täglich viele Stunden Arbeit an. Das macht die zusätzliche Arbeit als CRW auf einer regelmäßigen Basis sehr schwierig. Besonders schwierig wird es während der Regen- und Erntezeit. Während dieser Zeit können die CRW weder mit Klienten arbeiten, noch kann irgendjemand zu einem Workshop ins ERC kommen.
6. Nicht zuletzt bilden die gesamten Lebensbedingungen in dieser Gegend und insbesondere die teilweise sehr großen Entfernungen zwischen den einzelnen Gehöften etc., die extrem sandigen und schlechten Wege und der Mangel jeglicher Transportmöglichkeiten, eine große Hürde für die Arbeit mit dem CBR-Programm.

Trotz dieser enormen Schwierigkeiten durch die gegebenen Lebensbedingungen kann das CBR-Programm nach nur zwei Jahren durchaus erstaunliche Erfolge verzeichnen. So habe ich z.B. eine alte Frau getroffen, die sich vor einem Jahr, als sie zum ersten Mal von der CRW aufgesucht worden ist, nicht selbständig bewegen konnte. Jetzt saß sie vor ihrer Hütte, begrüßte uns mit einem strahlenden Lachen und demonstrierte uns stolz, wie sie gelernt hat, sich auf allen Vieren fortzubewegen. Diese Begegnung hat mich tief beeindruckt.

Ich denke, daß diese Frau ein Beispiel dafür ist, daß trotz der schwierigen Bedingungen das CBR-Programm der menschenwürdigste und einzig richtige Ansatz ist. Diese Frau ist glücklich darüber, in ihrer gewohnten Umgebung

leben zu können, und nur dort ist es ihr möglich, ihren Fähigkeiten entsprechend am Haushalt und den Familienaktivitäten teilzuhaben.

*ELCIN = Evang. Luth. Church of Namibia

Saudi-Arabien, ein Entwicklungsland?

Gerda Kuhfittig

Nein - werden die Leser sagen, wenn sie mit dieser Frage konfrontiert werden. Saudi Arabien ist kein Land der Dritten Welt, kein Entwicklungsland, obwohl der Generaldirektor des saudischen Entwicklungsfonds, Abdulaziz Mohammad Al Turki, es als "Bestandteil der Dritten Welt" apostrophierte und dabei betonte, "wir wollen auch andere von unserem Reichtum profitieren lassen" ("Die Welt" vom 27. Jan. 93). Er zielte wohl darauf ab, daß trotz der Übernahme westlicher Technologie durch Saudi-Arabien ein Mangel an ausführenden Spezialisten im Land selbst herrscht.

Ich denke, daß Saudi-Arabien insbesondere im sozialen Bereich noch eine Entwicklung durchmachen muß, und dies auf allen Gebieten, wie z.B. Renten, Arbeitslosengeld, Krankenversicherung für alle, Unterstützung von Sozialfällen etc. Die Saudis nehmen, wie Moslems überhaupt, das Almosengeben ernst, so daß Hilfebedürftige mit Geldzuwendungen rechnen können, aber dies ist doch recht zufällig.

Hier will ich mich auf den Aspekt "Menschen mit geistiger Behinderung (und am Rande auch Körperbehinderte) in Saudi-Arabien" beschränken und zwar speziell auf Jeddah, wo ich arbeite, und Riyadh und Al Khobar/Damam, wo ich Zentren besuchte.

Zuerst einmal möchte ich feststellen, daß Menschen mit Behinderungen hier generell in der Gesellschaft angenommen werden. Dies ist jedenfalls die Erfahrung, die wir machen, wenn wir mit unseren Schülern in die Stadt fahren, Museen besuchen oder öffentliche Einrichtungen, einkaufen, Bus fahren, etc. Wir werden von den großen Einkaufszentren eingeladen, bekommen Geschenke, sitzen in den Restaurants an schön hergerichteten Tischen (auch in internationalen Luxushotels), werden also nicht verwiesen oder hinausgeworfen. Der Islam steht positiv zu behinderten Menschen, aber natürlich ist das wie im Christentum: die beste Religion hilft nichts, wenn der einzelne nicht mitmacht.

Hier findet man oft noch die Meinung, daß psychisch Kranke und/oder geistig Behinderte von einem bösen Geist besessen sind, der nur ausgetrieben werden muß, damit der Betreffende wieder gesund/normal wird. Manche der Eltern gehen dann zu einem religiösen Führer, um ihn zu konsultieren. Da gibt es sehr weise Männer. Einer antwortete den Eltern, die mir das später berichteten: "Dein Sohn wird nicht von einem Geist besessen. Allah hat es gefallen, ihn mit dieser Krankheit zu schlagen. Versuche, ihm die beste Hilfe zu geben, die du finden kannst, aber erwarte nicht, daß er ganz gesund wird."

Die Arten der Behinderungen sind die gleichen wie in Europa oder Amerika. Es wird gesagt, daß viele Behinderungen hier daraus resultieren, daß Cousins ersten Grades heiraten. Aber nach Durchsicht unserer Akten ist die Zahl dieser Heiraten nicht signifikant. Man müßte dies untersuchen; rein subjektiv habe ich nicht den Eindruck, daß die Aussage stimmt.

Familien sehen hier Menschen mit Behinderungen, wie ich das auch schon in Deutschland erlebte: Manche akzeptieren ihr behindertes Kind, andere leiden darunter und gehen einen langen Weg, bis sie mit diesem Problem fertig werden, und wieder andere 'verstecken' es in der Familie. Das Verstecken ist aber oft kein Verstecken, sondern hat seinen Grund in der Tatsache, daß es kaum Einrichtungen für Behinderte hier gibt. Als ich vor drei Jahren nach Jeddah kam, kannte uns kaum jemand. Aber inzwischen ging die Propaganda von Mund zu Mund, und wir haben eine lange Warteliste - nicht nur für behinderte Kinder, sondern auch für Arbeitskräfte.

Wir, das ist ein Zentrum für geistig und körperlich behinderte Kinder, gesponsert von einem Privatmann, einem reichen und sehr sozial eingestellten Kaufmann. Er bezahlt das ganze Zentrum, Personal wie auch Häuser, Möbel, Material, Autos etc. Die Eltern bezahlen Schulgeld, das ihrem Einkommen angemessen ist; die ganz Armen bezahlen ein symbolisches Schulgeld von einigen wenigen Riials jährlich. Aufnahmebedingung für unser Zentrum ist nicht Zahlungsfähigkeit, sondern die arabische Sprache, mit der das Kind aufgezoogen wird oder die es selbst spricht.

Jeddah hat mehr als eine Million Einwohner, aber es gibt nur unser Zentrum, das man wirklich als Zentrum für geistig Behinderte bezeichnen kann. Es gibt hier noch eine staatliche Einrichtung für Mädchen und eine für Jungen. Ich hatte noch keine Gelegenheit, sie zu besuchen (und darf auch nur die Mädchenabteilung sehen), aber ich will es noch tun.

Wir haben nun eine Frühförderung, drei Vorschulgruppen, vier Schulklassen, drei Arbeitstrainingsklassen, eine Schwerbehindertengruppe und eine Vorbereitungsgruppe, in der hyperaktive Kinder klassenfähig gemacht werden, denn wir nehmen nur klassenfähige Kinder in die Schulklassen auf. Nachmittags haben wir auch Einzeltherapie oder Kleingruppen für Krankengymnastik, Sprachtherapie und Schwimmen. Ich plädierte auch für eine Behindertenwerkstätte und stieß auf offene Ohren.

Zur Zeit sind wir noch in sieben Fertigbaubungalows (mit zahlreichen Anbauten und Containern bzw. Baracken) in einem der Compounds für die Beschäftigten der Company untergebracht. Aber wir expandieren ständig und warten dringend auf unser neues Zentrum, das in zwei Jahren fertiggestellt sein wird. Dieses bietet auch eine Tagesstättenbetreuung an und einen Hort für die Kinder der Kolleginnen, die wir dann den ganzen Tag brauchen.

Wir sind offiziell keine Schule, sondern ein physiotherapeutisches Zentrum für geistig und körperlich Behinderte, obwohl wir wie eine Schule arbeiten. So gehören wir zum Gesundheitsministerium und nicht zum Erziehungsministerium, das uns in den Lehrplan hineinreden würde und uns verbieten würde, daß Männer und Frauen in unserem Zentrum arbeiten. Diese Zusammenarbeit von Männern und Frauen ist trotzdem heikel. Manche der Kolleginnen verschleiern sich; nicht das Gesicht - solche Damen können nicht hier arbeiten, da es schrecklich für die Kinder wäre - aber das Haar. Aber wir müssen trotzdem immer damit rechnen, daß eines Tages die Mutawas (Religionspolizei) hier auftauchen und entweder die Männer oder die Frauen herausnehmen.

Die Familie, die unser Zentrum finanziell unterstützt, ist sehr sozial und freigiebig und sponsert nicht nur unser Zentrum, sondern auch andere soziale Aktivitäten. Wir haben ein reichlich bemessenes Budget, kaufen auch in Europa ein (Möbel, Lehr- und Lernmittel) und hatten in dieser Hinsicht noch keine Schwierigkeiten. Ich will jedoch das Lehr- und Lernmittelbudget stark reduzieren, damit die KollegInnen lernen, die Sachen bedachter und effektiver einzusetzen und ihre eigene Kreativität zu mobilisieren, um nicht zu glauben, viel und gutes Material allein mache guten Unterricht aus.

Ich begann auch, den Hauswirtschaftsunterricht mit arabischen Kochrezepten zu organisieren (bisher waren europäische und amerikanische Rezepte verwendet worden), arabische Lieder einzuführen (bisher gab es Lieder aus Europa und Amerika, deren Text zwar ins Arabische übersetzt, deren Melodie aber westlich war) und ließ alle Übungen im Raum oder auf dem Papier von rechts nach links ablaufen, wie es der arabischen Schreibrichtung entspricht.

Wir machen viel Elternarbeit, können aber aus religiösen Gründen Väter und Mütter nicht zusammen einladen. So haben wir ein Mütterkomitee und ein Väterkomitee, Elternabende für Väter, welche für Mütter, Vormittageinladungen in die Klassen (getrennt für die Elternteile). Väter und Mütter zusammen (aber jeweils nur ein Elternpaar) werden zur Besprechung der Jahreszeugnisse eingeladen (wir vergeben nur Jahreszeugnisse, da wir sie in zwei Sprachen abfassen müssen: in Arabisch für die Eltern und in Englisch für die nicht arabisch sprechenden Kollegen).

In unserem Zentrum haben wir heuer ca. 150 Kinder und ca. 70 Beschäftigte. Wir haben immer einen Überhang von Beschäftigten, da wir jederzeit damit rechnen müssen, daß jemand geht, entweder, weil der Mann das Land verläßt oder wegen eines Babys - da öfter die Ehegatten der Frau dann nicht erlauben, weiterzuarbeiten, solange

das Kind klein ist (und auf jeden Fall haben wir die Zeit des Mutterschaftsurlaubes abzudecken - er ist sehr kurz; die Frauen arbeiten bis kurz vor der Entbindung und kommen, falls sie wieder kommen, so bald wie möglich).

Wir sind gehalten, saudische Mitarbeiter einzustellen, aber es gelang uns bisher nicht. Zwei Damen waren eine kurze Zeit da, bevorzugten dann aber einen anderen Job. Viele BewerberInnen (ja, auch ein Mann interessierte sich dafür, bei uns zu arbeiten, zog sich aber nach einem Tag Hospitation wieder zurück) schauen sich die Sache an und sagen ab oder kommen nie wieder. Ich glaube, die jetzige Generation der Saudis ist noch nicht soweit, sozialen Dienst zu tun, das wird noch einige Zeit dauern.

Wir arbeiten mit AraberInnen aus anderen arabischen Ländern, z.B. Libanon, Syrien, Sudan, Palästina, Jordanien, Ägypten, etc. Es ist ja Bedingung, daß die KollegInnen perfekt Arabisch sprechen und schreiben. Wir haben auch zwei "Westener", eine Amerikanerin und eine Irin, die mit Saudis verheiratet sind, diese Bedingung erfüllen und als Lehrerin bzw. Trainee bei uns arbeiten. Die zweite Bedingung ist, daß alle Kollegen Englisch sprechen, verstehen und schreiben, da dies die Kommunikationssprache im Zentrum und im Trainingslehrgang ist.

Wir bieten denen, die zu uns kommen, ein zweijähriges Trainingsprogramm an, bestritten von unseren Fachdiensten im Zentrum (Physiotherapeutinnen, Sozialarbeiterinnen, Psychologinnen, SprachlehrerInnen, Krankenschwestern, Pädagogen) und Fachkräften aus Jeddah (ÄrztInnen). Nach diesem Trainingsprogramm, das aus einem theoretischen und einem praktischen Teil besteht, erhalten die Teilnehmer je nach Prüfungserfolg den Titel "Helfer" bzw. "Helferin", "Assistenzlehrer" bzw. "Assistenzlehrerin" oder "Lehrer" bzw. "Lehrer/in" und ein besseres Gehalt. Bis jetzt konnten wir den erfolgreich Abschlüssenden nur ein selbstgebasteltes Zertifikat anbieten, aber glücklicherweise gelang es unserem Management, den Lehrgang von der Regierung anerkannt und ein Zertifikat mit einer Lizenznummer zu bekommen, so daß die KollegInnen etwas vorzuweisen haben, das ihnen sowohl in Saudi-Arabien wie auch in anderen Ländern als Nachweis dient.

Die Trainees und die Kollegen kommen mit ganz unterschiedlichen Ausbildungen zu uns: mit gar keinem Vorwissen; direkt von der High School; von der Universität mit einer Ausbildung in Administration, Psychologie, Literatur, Englisch etc. oder mit einer Ausbildung als LehrerIn bzw. als SonderschullehrerIn (aber mit ganz verschiedenem Standard, der oft überhaupt nicht mit unserem westlichen Standard verglichen werden kann, oft aber sehr hoch ist). Das macht sich in den Seminaren des Trainingsprogrammes bemerkbar: Die Ausbilder überfordern die einen und langweilen die anderen. Einen Parallelkurs können wir uns aus Zeitgründen nicht leisten, zumal viele von den Trainees hier im Zentrum noch einen Englischkurs belegen. Ihr Englisch reicht für das tägliche Leben, läßt aber sehr zu wünschen übrig, wenn es um Fachbegriffe geht. Wir helfen uns damit, daß wir Skripte mit Bildern und vielen Beispielen herausgeben und wichtige Skripte auch noch ins Arabische übersetzen lassen.

Wir machen auch Hausbesuche - so ein Hausbesuch ist z.B. Voraussetzung, wenn die Eltern nicht das volle Schulgeld bezahlen können; aber Hausbesuche dienen auch der besseren Zusammenarbeit, und in so einem Fall holen wir selbstverständlich erst das Einverständnis der Eltern ein.

In Riyadh besuchte ich drei Zentren für geistig behinderte Kinder. Eines wird von einer Prinzessin gesponsert und nimmt nur Kinder mit Down-Syndrom auf. Wir würden nicht nach Behinderungen trennen, aber nichtsdestoweniger: Die Kollegen arbeiten dort gut und sehr engagiert. Eine staatliche Einrichtung befindet sich auch in Riyadh; diese hat nicht ein so reichliches Budget zur Verfügung wie die privaten Institutionen. Aber immer fand ich neben dem arabischen Personal auch westliches. Es ist zur Zeit noch unmöglich, rein arabische Einrichtungen zu haben.

In Al Khobar, in den Ostprovinzen, war ich in eine Einrichtungen eingeladen, die von einem Ehepaar gesponsert wird zum Andenken an dessen zehnjährigen Sohn, der auf eine tragische Weise durch einen Verkehrsunfall ums Leben kam. Diese Einrichtung nimmt geistig behinderte, körperbehinderte sowie schwerhörige und taube Kinder auf. Die Eltern bezahlen kein Schulgeld. Alle Ausgaben werden von dem Ehepaar getragen. Die Schule soll erweitert werden, daß sie ca. 2.000 Kinder aufnehmen kann. Ich halte das nicht für erstrebenswert und sagte das auch. Ich schlug vor, daß zumindest die einzelnen Abteilungen getrennt werden müßten und unter separater Verwaltung arbeiten.

Sicher bleiben nach diesem Bericht noch viele Fragen offen, vermutlich mehr, als ich beantworten kann.

Behindert sein im Tschad

Günter Simon

Behindert sein im Tschad bedeutet, behindert in einem behinderten Staat zu überleben. Bis vor einem guten Jahr war der behinderte Mensch im Tschad einzig und allein sich selbst, der Nächstenliebe, dem Wohlwollen seiner Mitbürger, Familienverbänden und den verschiedenen religiösen Gemeinschaften "ausgeliefert".

Dank des in Gang gekommenen Demokratisierungsprozesses ist es auch den behinderten Personen möglich, ihre Stimme zu erheben. Die Körperbehinderten, Blinden und Taubstummen, organisiert in ihren jeweiligen Verbänden, haben ganz schnell die Gunst der Stunde erfaßt. Sie mobilisierten sich, sprangen dafür auch über eigene Verbandsschatten und schafften es in der Grundgesetzgebenden Versammlung im Januar/Februar 1993, drei "Sitze" zugestanden zu bekommen. Für den allergrößten Teil der 500 Delegierten: Vertreter der Parteien, Regierung und zivilen Gesellschaft war diese Präsenz der behinderten Menschen in ihren Reihen eine Überraschung, die mit viel Sympathie und offenen Ohren gehört und akzeptiert wurde. Konkretes Resultat am Schluß der Versammlung war die Bildung einer Übergangsregierung, deren Hauptaufgabe die Vorbereitung der ersten, demokratischen Präsidenten-Wahlen (1994, spätestens Anfang 1995) ist. Vorgesehen war in dieser neuen Regierung ein Staatssekretariat für behinderte Menschen - das erste mal in der politischen Geschichte Schwarzafrikas, daß für behinderte Staatsbürger auf Regierungsebene ein eigenständiges Ressort geschaffen wurde. Sechs Monate später hat sich gezeigt, daß man die Rechnung ohne den Wirt gemacht hat: Es ist nicht genügend Geld vorhanden für die schönen, demokratisch engagierten Konferenz-Vorhaben; das neugeschaffene Staatssekretariat mußte aufgrund übergeordneter wirtschaftlicher Zwänge abgeschafft werden.

Ist auch der demokratische Aufbauprozeß eine Genesungsphase, zeigt er doch auch ebenso klar, wie krank, wie schwerbehindert der tschadische Staat ist. Aus den bekannten marktwirtschaftlichen wie auch politisch-geschichtlichen Gründen kann man, muß man von einer Agonie reden. Behindert sein in einem behinderten Staat, das ist gerade noch überleben ... wenn überhaupt. Und doch, etwas kann man nicht mehr rückgängig machen, auch wenn die übergeordneten wirtschaftlichen Zwänge noch so zwanghaft sind: das Bewußtsein, als vollwertiges Mitglied in der Gesellschaft einen Platz zu haben. Die Zeit des Kuschens und Sich-Versteckens ist vorbei.

Was die behinderten Menschen im Tschad jetzt brauchen, ist internationale Solidarität und Partnerschaft. Wenn nicht auf Regierungsebene, dann muß doch auf Verbandsebene das Recht auf menschenwürdiges Leben durchgesetzt werden. Die Verbände müssen gestärkt und professionalisiert werden. In diesem Bereich ist internationale Zusammenarbeit gefordert. Ein Behindertenmenschenrechts-Büro auf regionaler Ebene muß eingerichtet werden. Ein Austausch über Erfahrungen und politische Durchsetzungsmöglichkeiten von Behindertenrechten muß organisiert und durchgeführt werden. Dem BMZ und der Europäischen Gemeinschaft müssen Vorschläge gemacht werden, die Behinderten-Förderung ebenso wie die Frauenförderung, den Umweltschutz etc. als Kriterium für die Mittelvergabe aufzunehmen. Die internationalen NRO's vor Ort sollen verpflichtet, aber auch "belohnt" werden, mindestens 10% behinderte Personen als Mitarbeiter einzustellen. Vorstellbar ist, daß Projektgelder, die nicht im angegebenen Zeitraum ausgegeben werden können, in einen Fond zur Finanzierung von Arbeitsplätzen für behinderte Mitarbeiter einfließen.

Behindert sein in einem behinderten Staat: Katastrophe auf der einen Seite, Herausforderung auf der anderen. Die Kunst der Überlebensakrobatik, die jedem Schwarzafrikaner durch Jahrhunderte von Unterdrückung und Geschundenwerden angeboren ist, gibt Hoffnung, das Ausgeliefertsein durch festgeschriebene Rechte zu ersetzen.

BERICHTE AUS DEN ARBEITSKREISEN

Arbeitskreis Behinderung und Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit

Am 1. und 2. Oktober 1993 fand das erste Treffen des Arbeitskreises in Friedberg statt, an dem insgesamt acht Personen teilnahmen.

Man war sich einig, eine stärkere Vernetzung von Theorie und Praxis erreichen zu wollen sowie dem Sektor der Behindertenarbeit in der Entwicklungszusammenarbeit mehr Bedeutung zu verleihen.

Zur Umsetzung dieser Ziele wurden folgende Arbeitsfelder als notwendig erachtet:

1. Schaffung von Informationsstrukturen und Kommunikationswegen,
2. Aus- und Fortbildung im Bereich Sonderpädagogik Dritte Welt,
3. Forschung,
4. Dokumentation,
5. Weiterentwicklung von Konzepten.

Dabei konnten bei diesem Treffen erste konkrete Vorhaben vereinbart werden: Im Bereich Information und Kommunikation sollen Strukturen geschaffen werden, die einen regelmäßigen Informationsaustausch zwischen den Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit und der Arbeitsgemeinschaft ermöglichen.

Zur Schaffung von Kommunikationsmöglichkeiten zwischen EntwicklungshelferInnen soll eine Datei aller im Ausland tätigen EntwicklungshelferInnen verschiedener Bereiche erstellt werden, so daß für die im Ausland Tätigen die Möglichkeit besteht, zu erfahren, wer noch im gleichen Land tätig ist.

Da es immer wieder vorkommt, daß einerseits in Abschlußarbeiten (Diplom- und Examensarbeiten) gleiche Fragestellungen mehrmals behandelt werden und andererseits es auf Seiten der Organisationen eine Reihe von spezifischen Fragestellungen gibt, die in solchen Arbeiten behandelt werden könnten, wird der Arbeitskreis zwischen den Organisationen und StudentInnen die Vermittlung von Themen für Arbeiten als Kontaktstelle übernehmen.

Um dem Mangel an Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten im Bereich Sonderpädagogik Dritte Welt zu begegnen, soll Kontakt zur DSE (Deutsche Stiftung für internationale Entwicklung) aufgenommen werden, um ein Treffen zu vereinbaren. Ziel dieses Treffens ist die Erörterung der Möglichkeit, den Bereich Sonderpädagogik Dritte Welt in die Kurse der DSE zu integrieren und evtl. spezielle Kurse zu diesem Bereich durchzuführen.

Im Sektor Forschung soll eine aktuelle Bestandsaufnahme eine Informationsgrundlage schaffen, welche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit und Organisationen für/von Menschen mit Behinderungen in Ländern der 3. Welt tätig sind.

Schließlich soll im Bereich der Dokumentation die relevante Literatur möglichst vollständig erfaßt und nach Kontinenten getrennt dokumentiert werden. Dazu ist bereits eine Aufteilung verabredet worden, nach der

die Universität Oldenburg für AFRIKA,
die Universität Frankfurt für LATEINAMERIKA und
die Lebenshilfe Marburg für ASIEN

zuständig sein soll.

Das nächste Treffen des Arbeitskreises wird während des Symposiums der Arbeitsgemeinschaft "Behinderung und Dritte Welt" vom 11.-13. Februar 1994 in Lauenburg stattfinden.

(Gabriele Weigt)

Erstes Treffen des Arbeitskreises "Behinderung in islamischen Gesellschaften"

Beim ersten Treffen des Arbeitskreises haben wir uns zunächst folgende "Arbeiten vorgenommen:

1. Erstellen einer Literatur- und Videoliste zum Thema "Behinderung in islamischen Gesellschaften" im weitesten Sinn. Dazu zählen auch Veröffentlichungen zum Thema Islam ohne direkten Bezug zu Behinderung. Jede/r fertigt eine solche Liste an und schickt sie zu Peter Sehrbrock und Kim Siekmann (Uni Oldenburg). Dort werden alle Listen zu einer Liste zusammengefaßt, die an alle Mitglieder des Arbeitskreises versendet wird.
2. Wir bauen einen AK-internen Verteiler auf, über den wir uns dann auch kurzfristig informieren können. Peter Sehrbrock gibt zunächst die Zeitschrift "CIBEDO" in diesen Verteiler.
3. Jede/r versucht seine persönlichen Kontakte mit islamischen Familien zu vertiefen, um in den Gesprächen auch Erfahrungen über ihre Sicht von Behinderung zu gewinnen.
4. Jede/r versucht weitere Informationen über den Islam (und Behinderung) zu erhalten.

Das nächste Treffen soll während des Symposiums der Arbeitsgemeinschaft "Behinderung und Dritte Welt" in Lauenbach vom 11.-13.02.1994 stattfinden.

(Peter Sehrbrock)

ORGANISATIONEN

Arab Resource Collective Ltd. (ARC)

Die Arab Resource Collective wurde im Jahre 1988 gegründet, um Bücher und Materialien in arabischer Sprache herzustellen, die in gemeindenahen Gesundheits- und Entwicklungsprojekten verwendet werden können. Sie konzentriert sich auf Basisgesundheitsversorgung, die Gesundheit von Müttern und Kindern, Ernährung und Behinderung. Neben der Produktion von Materialien unterstützt ARC die Koordination von Workshops und Seminaren in den arabischen Ländern. Es kooperiert auch mit anderen Gruppen, um andere regionale Resource-Zentren aufzubauen, damit Literatur über Erziehungsfragen für Menschen in der gesamten arabischen Welt erhältlich ist. Die Adresse lautet: Arab Resource Collective Ltd. (ARC), PO Box, 7380 Nicosia, Cyprus.

Centre for Health Education, Training and Nutrition Awareness (CHETNA)

CHETNA arbeitet in den indischen Bundesstaaten Gujarat, Rajasthan und Uttar Pradesh und ist eine Nichtregierungsorganisation, die eng mit der "Nehru Foundation for Development" verbunden ist. Sie unterstützt benachteiligte Frauen und Kinder dabei, sich für ihre Gesundheit und die ihrer Familien und sozialen Gemeinschaften einzusetzen. CHETNA hat kürzlich ein Resource Centre für Kinder aufgebaut, durch das Anregungen über die Planung, Einführung und Evaluation von kinderorientierten Gesundheitsprogrammen ausgetauscht werden sollen. Die Adresse ist: Centre for Health Education, Training and Nutrition Awareness (CHETNA), 3rd Floor, Drive-In Cinema Building, Thaltej Raod, Ahmedabad - 380 054, Gujarat, India.

Grupo Latinoamericano de Rehabilitacion Profesional (GLARP)

GLARP ist ein nichtstaatlicher Verband von Institutionen, der in Lateinamerika eine zentrale Rolle auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation behinderter Menschen einnimmt.

Anfang der sechziger Jahre dieses Jahrhunderts ist GLARP auf Anregung der Industriestaaten ins Leben gerufen worden. Anhand von Untersuchungen hatte man festgestellt, daß Rehabilitationsprogramme in Lateinamerika rein

medizinisch ausgerichtet waren und die berufliche Rehabilitation der Behinderten vollkommen außer Acht gelassen wurde.

1972 wurde das Konzept der "Rehabilitacion Profesional" vom International Labour Office übernommen; seit 1977 wird offiziell der Titel GLARP geführt.

Das wichtigste Ziel von GLARP ist die berufliche Rehabilitation von Behinderten und ihre Integration in die Gemeinschaft: Ein Behinderter ist erst in sozialer und ökonomischer Hinsicht unabhängig, wenn er seinen Lebensunterhalt selbständig verdienen kann. Ein Behinderter ist demnach erst mit seiner beruflichen Eingliederung vollständig rehabilitiert.

Das Hauptbüro von GLARP befindet sich in Bogota. Folgende Staaten sind GLARP-Mitglieder: Argentinien, Bolivien, Brasilien, Kolumbien, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexico, Panama, Paraguay, Peru, Dominikanische Republik, Uruguay und Venezuela.

Vom Hauptbüro in Bogota wird die berufliche Rehabilitation organisiert und koordiniert; in den einzelnen Mitgliederstaaten sind diverse Institutionen für die Ausführung der Rehabilitation zuständig.

Aufgabengebiete von GLARP:

1. Ausbildung

Die Vermittlung von theoretischem und praktischem Wissen ist die zentrale Aufgabe von GLARP; die Aus- und Weiterbildung wird von den Mitgliedsinstitutionen durchgeführt und findet in Form von Kursen, Seminaren etc. statt.

2. Forschung

GLARP unterstützt Forschungen und Untersuchungen zu bestimmten Aspekten der beruflichen Rehabilitation, denn je mehr Informationen vorhanden sind, um so besser kann sie den Bedürfnissen der Behinderten in Lateinamerika angepaßt werden.

3. Information

Besonderer Wert wird von GLARP auf ein gut funktionierendes Informationsnetz gelegt; der Mittelpunkt des Informationsnetzes ist das zentrale Dokumentationszentrum CEDIR (Centro de Documentacion e Informacion en Rehabilitacion) in Bogota.

CEDIR ist das umfangreichste Dokumentationszentrum auf dem Gebiet der Rehabilitation in Lateinamerika.

(Kirsten Geise)

Leitlinien der Swedish International Development Authority (SIDA)

Die SIDA ist die Durchführungsorganisation für die schwedische staatliche Entwicklungshilfe.

Obwohl die Hilfen für Menschen mit Behinderungen in der Sektorabteilung Gesundheit angesiedelt sind, wird der Ansatz für Unterstützungsmaßnahmen umfassender gesehen. Behindertenpolitik soll die Gesamtsituation betrachten, in der die Menschen mit Behinderungen leben, und nicht nur behinderungsspezifische Teilaspekte. In diesem Sinne betrachtet SIDA die Hilfen für Menschen mit Behinderungen als einen Teil des Kampfes gegen die Armut in den Partnerländern und als einen Teil der Bemühungen, die grundlegenden Menschenrechte für alle sicherzustellen. Dies bedeutet, daß die Belange von Menschen mit Behinderungen in alle Projekte der Entwicklungszusammenarbeit integriert werden sollen. Die Hilfe für Menschen mit Behinderungen soll in die Zusammenarbeit als integraler Bestandteil eingeschlossen werden.

Dieses in Europa sehr progressive Programm entspringt einer Konzeption, die den Menschen mit Behinderungen gleiche und volle Partizipation und Chancengleichheit in der Gesellschaft ermöglichen soll. SIDA versteht darunter

die Schaffung einer Gesellschaft, in der die Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt leben können, d.h. daß hier die Gesellschaft durch Gesetzgebung, Information, Ausbildung, Städteplanung und Bereitstellung von Dienstleistungen an die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen angepaßt werden soll und nicht umgekehrt.

Gemäß dieser Auffassung sollen die Belange von Menschen mit Behinderungen ausdrücklich in den unterschiedlichen Sektoren der Entwicklungszusammenarbeit eingeschlossen werden, wobei alle notwendigen Maßnahmen ergriffen werden sollen, die geeignet sind, die Ziele von Gleichheit und voller gesellschaftlicher Teilhabe umzusetzen.

Für den Bereich Gesundheit bedeutet dies, daß die Maßnahmen der primären Gesundheitsversorgung (PHC) in der Weise konzipiert sind, daß Behinderungen vermieden werden. Darüber hinaus werden Maßnahmen zur Identifizierung und Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen als natürlicher Bestandteil der PHC betrachtet.

Im Rahmen von Erziehungsmaßnahmen sollen Kinder mit Behinderungen die gleichen schulischen und beruflichen Ausbildungsmöglichkeiten erhalten wie alle anderen Kinder auch. Soweit es möglich ist, soll die Erziehung von Kindern mit Behinderungen mittels einer integrierten Erziehung im regulären Schulsystem erfolgen, wobei Gebäude und Lehrmaterialien den Erfordernissen angepaßt werden sollen.

Die Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen erfolgt aber nicht nur in den traditionellen Bereichen Gesundheit und Erziehung, sondern erstreckt sich auch auf andere Programmbereiche. Im Sektor ländliche Entwicklung sollen die Entwicklungsprogramme Maßnahmen enthalten, die Arbeitsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen schaffen. Das Gleiche gilt für den industriellen Sektor, in dem die Projekte so konzipiert werden sollen, daß auch für Menschen mit Behinderungen Arbeitsmöglichkeiten geschaffen werden. Alle Gebäude, die mit schwedischer Unterstützung gebaut werden, sollen - soweit möglich - behindertengerecht geplant und gebaut werden. Dies gilt besonders für Einrichtungen des Erziehungs- und Gesundheitswesens.

Ein weiteres wichtiges Prinzip der Entwicklungszusammenarbeit ist die Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen. Menschen mit Behinderungen sollen in der Planung und an Entscheidungen teilnehmen, die sie selbst und die Gesellschaft, in der sie leben, betreffen. Deshalb arbeitet SIDA neben anderen Nichtregierungsorganisationen auch mit schwedischen Organisationen von Menschen mit Behinderungen zusammen und möchte durch die Unterstützung von Selbsthilfeorganisationen von Menschen mit Behinderungen in Ländern der Dritten Welt diese aktiv am Entscheidungsprozeß beteiligen.

Auch in der Zusammenarbeit mit multilateralen Organisationen bemüht sich SIDA, Projekte für Menschen mit Behinderungen als integralen Bestandteil von Entwicklungsprogrammen zu etablieren.

(Gabriele Weigt)

NEWS

VIII. Symposion der Arbeitsgemeinschaft "Behinderung und Dritte Welt" in Lauenburg vom 11.-13. Februar 1994

Die Arbeitsgemeinschaft Behinderung und Dritte Welt veranstaltet in Kooperation mit der Friedrich-Naumann-Stiftung vom 11.-13. Februar 1994 ihr VIII. Symposion, das sich gemäß der Absprache in Marburg dem Thema "Behinderung in islamischen Gesellschaften" widmet.

Die Themenschwerpunkte des Symposiums sind aus dem vorläufigen Programm zu ersehen. Neben diesen steht ein Zeitblock für die Arbeitskreise, die sich in Marburg gebildet haben, zur Verfügung.

Das Symposium wird in den Tagungsräumen der Friedrich-Naumann-Stiftung, Zündholzfabrik, stattfinden. Die Arbeitsstelle "Behinderung und Dritte Welt" in Oldenburg hat mit der Bildungseinrichtung vereinbart, daß für die ganzen Tage Vollpension für Doppelzimmer 60,- DM, für Einzelzimmer 100,- DM zu bezahlen sind.

Anmeldungen und die äußere Organisation betreffende Anfragen sind zu richten an:

Friedrich-Naumann-Stiftung, Bildungsstätte Zündholzfabrik, Elbstraße 2, Postfach 14 40, 21481 Lauenburg.

Anmeldeschluß: 15. Januar 1994

Fragen zur Inhaltsgestaltung bitte an:

Peter M. Sehrbrock, Arbeitsstelle Behinderung und Dritte Welt, Institut für EW 2: Sonderpädagogik, Carl von Ossietzky Universität, Postfach 52 03, 26111 Oldenburg, Tel.: 0441/798-8277 oder Fax: 0441/798-8289.

Freitag, 11. Februar 1994 (Beginn 14:00 Uhr)

Einführung in das Programm

(Ludwig-Fischer, Lauenburg; Peter Sehrbrock, Universität Oldenburg; Dr. Mustapha Ouertani, Wetzlar; Musa Al-Munaizel, Universität Würzburg)

Ein philosophischer Weg zum Islam

Die islamische Erziehung - Grundlage der islamischen Moral und Pflichtenlehre

Behinderung im Islam - Das islamische Sozialsystem

Projektvorstellungen, Berichte von den Studienstätten, Diskussionen

Samstag, 12. Februar 1994

Probleme und Perspektiven der sonderpädagogischen Konzepte in Jordanien (Dr. Wail Masoud, Amman)

Das Behindertenwesen in Mali und Senegal (Dr. Mamadou Bah, Dakar)

Sonderpädagogik in Ägypten: Probleme und Perspektiven (Claudia Küster, Berlin)

Zur Situation Behinderter in Tunesien (Dr. Mustapha Ouertani, Wetzlar)

Arbeitsgruppen:

1. Integration oder Abgrenzung? Leben mit einer Behinderung in einer islamischen Gesellschaft (Leitung: Musa Al-Munaizel)
2. Inhalte, Formen und Aufgabenfelder der islamischen Erziehung unter Berücksichtigung besonderer Behinderungen (Leitung: Wail Masoud)
3. Frauen und Behinderung in Ländern der islamischen Welt (Leitung: Amal Nahhas)
4. Deutscher sonderpädagogischer Transfer in die islamischen Länder: Wieviel westliche Hilfe verträgt die islamische Welt? (Leitung: Mamadou Bah/Mustapha Ouertani/Ludwig Fischer)

Sonntag, 13. Februar 1994

Berichte aus den Arbeitsgruppen

Arbeit der Arbeitskreise:

- "Frauen und Behinderung in Ländern der Dritten Welt"
- "Behinderung in islamischen Gesellschaften"
- "Behinderung und Organisation der Entwicklungszusammenarbeit"
- evtl. Gründung neuer Arbeitskreise

Abschlußplenum, Symposiumskritik, weitere Planung

Notizen aus Oldenburg

Im Sommersemester 93 fand ein öffentlicher Gastvortrag von Frau Dammermann von terre des femmes im Rahmen des Projektes "Behinderung und Dritte Welt" statt. Der Vortrag befaßte sich mit der Gewalt von Männern an Frauen und Mädchen im Zusammenhang mit "Kinderprostitution und Sextourismus in Südostasien".

Weiterhin referierte Herr Ingenieur Diemer vom Landesamt für Entwicklungszusammenarbeit Bremen über sanfte Technologie, insbesondere bei der Wassergewinnung in Indien und über Entwicklungsmöglichkeiten der betreffenden Regionen, wenn die Technik im eigenen Land produziert wird. Frau Adrian sprach zum Thema "Entwicklungszusammenarbeit und Lebenssituation von (behinderten) Frauen in der Dritten Welt, insbesondere in Afrika".

Im Wintersemester 93/94 wird Dr. Mustapha Ouertani am Institut für Sonderpädagogik ein Seminar durchführen zum Thema "Das Gesundheitswesen als Indikator sozialer Gerechtigkeit und Push-Faktor gesellschaftlicher Entwicklung in der Dritten Welt".

Sechs Studierende dokumentierten ihre Tätigkeiten und Erfahrungen, die sie während ihres drei bis sechs Monate dauernden Praktikums in Ländern der "Dritten Welt" machten. Die Studierenden arbeiteten in Behinderteneinrichtungen und lebten zum überwiegenden Teil in einheimischen Familien. Die Einsatzländer waren: Brasilien, Gambia, Indien und Mali. Im Wintersemester 93/94 gehen acht Studentinnen zu einem Praktikum von sechs Monaten nach Argentinien, Ecuador, Gambia und Indien.

(Peter Sehrbrock)

VERANSTALTUNGEN

02.-5.12.1993 Seminar "Integration als Auftrag" für Sonderpädagogen und Studenten, die sich über die Praxis der Behindertenpädagogik unter den Bedingungen der "Dritten Welt" informieren wollen. Christoffel-Blindenmission, Nibelungenstr. 124, 64625 Bensheim

08.12.1993 Imke Berling: Basisgesundheitsdienste in Uruguay.
Universität Würzburg, Lehrstuhl Sonderpädagogik 1, Wittelsbacher Platz 1, 97074 Würzburg.

08.-20.12.1993 International Seminar on Multiple Disability; Madras, India.
Informationen erhältlich: Mrs. Seetha Muthiah, The Organizing Secretary, Confluences - 7th National Seminar, The Spastics Society of Tamil Nadu (Opp. T.T.T.I., Taramani Road), Madras - 600 113, India.

15.12.1993 Fragen an Dr. Gerhard Kunath: Was macht das DAHW in Ländern der Dritten Welt?
Universität Würzburg, Lehrstuhl Sonderpädagogik 1, Wittelsbacher Platz 1, 97074 Würzburg.

22.12.1993 Frauen und Behinderung in der Dritten Welt.
Vortrag an der Universität Würzburg, Lehrstuhl Sonderpädagogik 1, Wittelsbacher Platz 1, 97074 Würzburg.

- 12.01.1994 S. Beate Böhnke: Chancen für behinderte Kinder und Jugendliche: Kindernothilfe, auch bei Behinderungen in der Dritten Welt.
Vortrag an der Universität Würzburg, Lehrstuhl Sonderpädagogik 1, Wittelsbacher Platz 1, 97074 Würzburg.
- 19.01.1994 Angelika Schiller von Sanden: Das Kinderhilfswerk Arequipa stellt sich und seine Arbeit in Peru vor.
Vortrag an der Universität Würzburg, Lehrstuhl Sonderpädagogik 1, Wittelsbacher Platz 1, 97074 Würzburg.
- 26.01.1994 Geert Freyhoff: Ein Behindertenverband engagiert sich in der Entwicklungszusammenarbeit: Ansätze, Probleme, Perspektiven. Universität Würzburg, Lehrstuhl Sonderpädagogik 1, Wittelsbacher Platz 1, 97074 Würzburg.
- 11.-13.02.1994 VIII. Symposium der Arbeitsgemeinschaft "Behinderung und Dritte Welt".
Tagungsort: Zündholzfabrik, Bildungsstätte der Friedrich-Naumann-Stiftung, Ebelstr. 2. 21481 Lauenburg.
- April 1994 International Conference on Family and Community Care. Theme: Family and Community Care.
Venue: Hong Kong; Information: Hong Kong Council of Social Service, GPO Box 474, Hong Kong
- Juni 1994 World Conference organized by the Spanish Ministry for Education and Science with UNESCO.
Theme: Special needs education. Access and Quality. Venue: Salamanca; Information: Spanish Ministry for Education and Science, Madrid, Spain
- Juli 1994 "The First International Medical Rehabilitation Conference" at the University of Malaysia, Medical Centre Kuala Lumpur.; Secretariat: Rehabilitation Unit, University Hospital, Lembah Pantai, 59100 Kuala Lumpur, Malaysia. Fax: 6-03-7562253
- 23.-27.08.1994 Excellence and Equity in Education - International Conference, Sheraton Centre, Toronto, Canada.
c/o Canadian Association for Community Living, Kinsmen Building, York University, 4700 Keele Street, North York, Ontario M3J 1O3 Canada
- 04.-09.09.1994 The Quality of Life: Sixth European Regional Conference of Rehabilitation International. In: Budapest, Hungary
Secretariat: ISM Ltd, The Old Vicarage, Haley Hill, Halifax HX3 6DR, United Kingdom. Tel.: ++(0)22 359161; Fax: +4(0)422 255604
- 20.-27.11.1994 XI World Congress on Mental Retardation, ILSMH, in Neu Delhi.
Sekretariat: National Forum for Welfare of the Mentally Handicapped, Thakur Hari Prasad Institute Campus, Vivekananda Nagar, Dilsukh Nagar, Hyderabad 500 660 A.P., India. Fax: 091-842-84 16 97
- 06.-15.07.1995 XIIth World Congress of the World Federation of the Deaf, at the Hofburg Congress Centre.
Theme: 'Towards Human Rights'. Deadline for registration 31 December 1993.
Further information: Congress Secretariat, WFD '95, c/o ICOS Congress, Organization Service, Schleifmühlgasse 1, A-1040 Vienna, Austria. Tel.: +43 1 587 60 44; Fax: +43 732 77 58 04.
- September '95 UN World Conference on Women. Beijing, China.
- 11.-19.09.1995 "The 10th Asia & Pacific Regional Conference of Rehabilitation International in Jakarta, Yogyakarta, Bali, Indonesia.; Theme: "Reaching the Unreached" - Towards the Improvement of the Quality of Life of People with Disabilities.
Allgemeine Informationen: Secretariat 10th ASPARERI, Jl. Hang Jebat II - 2 Blok F IV, Kebayoran Baru, Jakarta 12120, Indonesia. Fax: 62-21-717366

PRESSESPiegel

WHO beklagt mangelnde Hilfe für geistig Behinderte (Die Welt, 16.6.1993)

Straßenkinder auf dem Drogentrip (Frankfurter Rundschau, 27.3.1993)

Unicef mißt "Fortschritt" am Wohlergehen der Kinder (Frankfurter Rundschau, 23.9.1993)

LITERATUR UND MEDIEN

Disability Awareness in Action: Usefull Addresses. Disability Awareness in Action, 11 Belgrave Road, London, SW 1V 1RB, United Kingdom.

The Hesperian Foundation: A New Disability Networking Tool. The Hesperian Foundation, c/o Robert Rosenfeld, P.O. Box 1692; Palo Alto, CA, 94302 USA.

Eine Liste von über 3.000 Personen und Organisationen, die mit Menschen mit Behinderungen in Ländern der Dritten Welt arbeiten.

Guimbous, Anna-Claudia: Behinderte in Kenia. Soziale und pädagogische Probleme einer großen Randgruppe, Studienreihe Behinderte Welt Band 3, Frankfurt am Main 1993, Verlag für Interkulturelle Kommunikation.

Guimbous legt eine umfangreiche Darstellung der Situation behinderter Personen in Kenia vor, die sich auf vielfältige Informationsquellen und persönliche Erfahrungen stützt. Sie stellt die vielschichtige Problematik dar, deren Resultat eine hohe Zahl von Behinderungen in der Bevölkerung Kenias ist. Guimbous untersucht diese Problematik im Hinblick auf ihren sozio-ökonomischen, politischen, kulturellen und ideologischen Bedingungsrahmen (Gesundheitssituation, Stellung Behinderter in der Gesellschaft, Ursachen von Behinderungen, gesellschaftliche, familiäre und traditionelle Einstellungen gegenüber Behinderten). Weiterhin gibt die Autorin über eine ausführliche Darstellung Einblick in das kenianische Behindertenwesen und die Behindertenpolitik des Landes und deren Beziehung zur internationalen Entwicklungshilfe. Unterstützt durch eine abschließende Fallstudie über ein Projekt der beruflichen Ausbildung und Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen (Bombululu Gardens) wird exemplarisch der Zusammenhang zwischen 'Unterentwicklung' und der Entstehung von Behinderungen verdeutlicht und aufgezeigt, wie der Problematik durch koordinierte angepaßte Lösungen begegnet werden kann.

Dücker, Uwe von: Die Kinder der Straße. Überleben in Südamerika. Frankfurt am Main 1992, Fischer Taschenbuch.

Von Dücker schrieb sein Buch auf dem Hintergrund langjähriger praktischer Erfahrungen als Straßenpädagoge und eines später folgenden zweijährigen Forschungsprojektes. Er stellt zum einen die Problematik der südamerikanischen Straßenkinder umfassend auf dem Hintergrund historischer Studien, Fallstudien, Projektbeschreibungen und -analysen, der Verwertung sozialwissenschaftlicher Studien etc. dar, wobei er Kinderbiographien einen breiten Raum gibt, um dem Leser/der Leserin einen Einblick in die eigene Welt der Straßenkinder mit ihren spezifischen Sozial- und Kulturformen zu geben. Zum anderen entwickelt er - und das ist besonders hervorzuheben - auf dieser Basis ein Modell zur Lösung der Straßenkinderproblematik, das sich sowohl an die Adresse der Verantwortlichen in Südamerika wie auch den Ländern der Ersten Welt richtet. Innerhalb dieses Modelles werden Vorschläge zur Bildung von Straßenpädagogik-Zentren, zu Tätigkeitsprofilen von StraßenpädagogInnen, zu sozialpolitischen Arbeitsfeldern und schulischen Lernangeboten, zur sozialpsychotherapeutischen Arbeit, zur beruflichen Integration und zur Rückführung in das Elternhaus erarbeitet.

Autorinnen und Autoren dieser Ausgabe waren:

Gerda Kuhfittig, c/o Help Center

P.O.Box 1049, Jeddah 21431, Saudi Arabia
Tel.: 00966-2-6600013, Ext. 70 (tagsüber, 08.00 - 17.00 Uhr)
Ext. 25 (abends).

Günter Simon
Koordinator von
EIRENE-Tchad
B.P. 186
N'Djaména

Gabriele Weigt
Am Kindergarten 18
61169 Friedberg

Barbro Isabel Bruhns
c/o CASS, P.O. Box 30822
Windhoek
Namibia