

Behinderung und Dritte Welt

Zeitschrift der Bundesarbeitsgemeinschaft Behinderung und Dritte Welt



Inhaltsverzeichnis

EDITORIAL.....3

SCHWERPUNKTSERIE

Das traditionelle Erklärungsmodell geistiger
Behinderung im Senegal
(Claudia Renner).....4

SCHWERPUNKTTHEMA

Prävention von Sinnesschädigungen
Global Blindness and Vision 2020 - the
Right to Sight
(Allan Foster).....8
Prävention von Sehbehinderungen im Rahmen
eines gemeindenahen Rehabilitationsprojektes
in Nigeria
(Alexander Eichberg).....11
Ernährungsbedingte Kinderblindheit,
die Spitze eines Eisberges
(Martin Frigg).....17
Training for Primary Ear Care in a Developing
Country
(Piet van Hasselt).....21
Setting up Audiology Services in Developing
Countries
(Clare Litzke).....24
The Causes of Hearing Handicap amongst
Togolese Children
(Boko, Norbert E. /Gnansa, P.).....27

BERICHTE

Bericht des entwicklungspolitischen Symposiums
*Kinder mit Behinderungen im Schatten
der Kinderrechtskonvention*.....30
VENRO-Kongress *Bildung 21 – Lernen für eine
gerechte und zukunftsfähige Entwicklung* vom
28. bis 30. September 2000 in Bonn.....32
Fünftes Bundestreffen der studentischen
Arbeitsgruppen *Behinderung und Dritte Welt*.....33

BAG BEHINDERUNG UND DRITTE WELT

Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V.....33

NEWS

Konvention gegen Kinderarbeit in Kraft getreten.....34
8. Bericht zur *Wirklichkeit der Entwicklungshilfe*.....34

ORGANISATIONEN.....34

VERANSTALTUNGEN.....35

15th. Training Course in Planning and
Management of CBR Programs.....36

LITERATUR UND MEDIEN.....37

STELLENAUSSCHREIBUNGEN.....38

Zeitschrift Behinderung und Dritte Welt

Wintgenstr. 63, 45239 Essen

Tel.: 0201/ 40 87 745

Fax: 0201/ 40 87 748

E-mail: Gabi.Weigt@t-online.de

Internet: [http://www.uni-kassel.de/fb4/
zeitschriften/beh3w/indexb3w.htm](http://www.uni-kassel.de/fb4/zeitschriften/beh3w/indexb3w.htm)

Für blinde und sehbehinderte Menschen ist die
Zeitschrift als Diskette im Word-Format erhältlich.

Schriftleitung

Gabriele Weigt, Essen

Redaktionsgruppe

Prof. Dr. Friedrich Albrecht, Görlitz

Simon Bridger, Thalwil/Schweiz

Prof. Dr. Adrian Kniel, Kassel

Harald Kolmar, Marburg

Fachbeirat

Niels-Jens Albrecht, Hamburg

Musa Al Munaizel, Würzburg

Geert Freyhoff, Brüssel/Belgien

Beate Böhnke, Duisburg

Ernst Hisch, Würzburg

Francois De Keersmaecker, München

Gestaltung

Stefan Lorenzkowski, Berlin

Druck und Versand

Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.

*Die Zeitschrift Behinderung und Dritte Welt ist eine
Publikation der Bundesarbeitsgemeinschaft Behin-
derung und Dritte Welt.*

Die Veröffentlichung von Beiträgen aus der Zeitschrift
in anderen Publikationen ist möglich, wenn dies unter
vollständiger Quellenangabe geschieht und ein
Belegexemplar übersandt wird.

*Die Zeitschrift Behinderung und Dritte Welt wird
unterstützt durch:*

- Bundesministerium für wirtschaftliche
Zusammenarbeit und Entwicklung
- Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.
- Kindernothilfe e.V.

ISSN 1430-5895

Liebe Leserinnen und Leser!

Die Zeitschrift *Behinderung und Dritte Welt* beschäftigt sich in der Regel eher mit den Auswirkungen von Behinderungen und mit der Frage, wie behinderten Menschen geholfen werden kann, mit ihrer Situation (besser) umzugehen. In Europa ist dieser Ansatz konsequent, weil wir davon ausgehen können, dass alles medizinisch Mögliche gewährleistet ist. In Entwicklungsländern ist die Situation anders. Ein signifikanter Teil der Bevölkerung leidet an einer Behinderung, die vermeidbar oder heilbar ist. Dabei denken wir nicht einmal an die Menschen, die an den Folgen ihrer Behinderung sterben, sondern nur an diejenigen, welche ihre Behinderung überleben!

Die Redaktionsgruppe möchte diese Ausgabe dazu nutzen, der Leserschaft, die aus dem nichtmedizinischen Sektor stammt, eine andere Seite des Problemfelds Behinderung in Entwicklungsländern aufzuzeigen. Hierbei kann nur ein Teilbereich (Ansätze und Maßnahmen zur Prävention von Blindheit und Gehörlosigkeit) dargestellt werden. Vor allem im Bereich der Blindheitsverhütung sind Erfolge zu verzeichnen, während bei Hörschädigungen noch keine leicht umsetzbaren Lösungsansätze gefunden worden sind.

Vorbeugung vor Heilung

Es gibt zwei Hauptgründe, weshalb Vorbeugung von noch größerer Wichtigkeit ist als Heilung. Ein Gesichtspunkt ist der wirtschaftliche Aspekt, da durch Vorbeugung bestimmte Einschränkungen und Kosten gar nicht erst entstehen. Der zweite ist die Frage der individuellen Lebensqualität, die durch Behinderungen in der Regel erheblich beeinträchtigt ist. Wenn man die Situation des Individuums betrachtet, steht Vermeidung von Krankheit und körperlichen Schädigungen an erster Stelle. Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht muss jedes Vorhaben beide Aspekte in die Überlegungen mit einbeziehen.

Vielfach wird in der Entwicklungshilfe nur die Vorbeugung betont, ohne die Reduzierung von Funktionseinschränkungen durch Heilung zu sehen. Bei Blindheit und Hörschädigungen kann Heilung (z.B. Kataraktchirurgie) oder technische Hilfen (z.B. Hörgeräteversorgung) als ein Aspekt der Vorbeugung von Behinderung und Folgeschäden eine wesentliche Rolle spielen.

Soziale und wirtschaftliche Konsequenzen von Behinderung

Die Unterstützung eines behinderten Menschen bindet Ressourcen der Gesellschaft. Entsprechend wurde in den frühen 90-er Jahren das DALY System (Disability Adjusted Life Years) entwickelt, welches angibt, wie viele Lebensjahre aufgrund vorzeitigen Todes oder einer Behinderung verloren gehen. Damit sollten quantifizierbare Argumente zur Begründung eines Finanzierungsbedarfs von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen bei den entsprechenden Entwicklungshilfeorganisationen geliefert werden.

In den letzten 20 Jahren wurden verschiedene Initiativen für Programme zur Vorbeugung von Behinderung lanciert. Die Einführung von Community Based Rehabilitation (CBR) liegt jetzt etwa 15 Jahre zurück. Die Kosten von CBR-Programmen sind jedoch höher als angenommen wurde, weil Idealismus und freiwilliges Ehrenamt - einer der Grundpfeiler von CBR - bei gesellschaftlicher Armut nur begrenzt Wirkung hat und häufig aus westlicher Perspektive gefordert wurden. Vorbeugung von Behinderung ohne ein Gesamtprogramm zur Bekämpfung der Armut kann deshalb nur punktuelle, kurzfristige Hilfe leisten.

Welche weiteren Faktoren hemmen die Bekämpfung von Armut?

Wenn wir über Bekämpfung von Armut reden, dann stehen dieser eine Vielzahl von Faktoren im Wege: Mangelnder Zugang zu Bildung, Mangel- und Fehlernährung, Korruption, Nepotismus, politische Herrschaftsansprüche einzelner gesellschaftlicher Gruppen und starkes Bevölkerungswachstum, um nur die wichtigsten zu nennen. Mittel- und langfristig können Bemühungen zur Vorbeugung von Behinderungen nur effektiv sein, wenn solche Vorhaben in einem Gesamtprogramm zur Bekämpfung von Armut und deren Begleitfaktoren eingebettet sind.

Wie kann man Prioritäten setzen?

Soll man warten bis die Probleme der Armut gelöst sind, bevor man etwas unternimmt? Für den blinden Menschen, der durch einen kleinen chir-

urgischen Eingriff sein Sehvermögen wieder erhält, ist persönlich seine Welt verändert. Wenn die bilateralen und multilateralen Organisationen bereit wären, viel mehr Mittel für sogenannte Mikroprojekte zur Verfügung zu stellen, die begrenzte Ziele haben, dann könnten viele kleine Schritte doch zu einem größeren Ziel führen. Umfassende Programme zur Armutsbekämpfung und gesellschaftliche Reformen in den Ländern der Dritten Welt müssen somit mit Mikroprojekten zur Verbesserung der Situation behinderter Menschen und der Vorbeugung von gesundheitlichen Schädigungen verbunden werden.

Bereit sein, über den eigenen Schatten zu springen

Sollte in Deutschland Augen Chirurgie von HausärztInnen mit Zusatzausbildung durchgeführt werden dürfen? Dazu besteht hierzulande

keine Notwendigkeit, da die augenärztliche Versorgung auf einem hohen Niveau gesichert ist. Um Katarakt zu operieren, der 50 % aller Blindheitsfälle verursacht, sind jedoch zehn Jahre Ausbildung nicht zwingend notwendig. Da die AugenärztInnen in Entwicklungsländern (Verhältnis etwa 1:1.000.000) unmöglich die erforderliche Anzahl von Operationen durchführen können, müssen sie notwendigerweise ihre Kenntnisse an andere weitergeben, ohne auf professionellen Privilegien zu bestehen. Dies trifft auf alle Spezialisten, auch auf SonderpädagogInnen zu, wenn die Situation in den Entwicklungsländern verbessert werden soll. Professionelle Standards müssen so angelegt sein, dass die größtmögliche Zahl von behinderten Menschen davon profitiert.

Ihre Redaktionsgruppe

Das traditionelle Erklärungsmodell geistiger Behinderung im Senegal

Claudia Renner

Im folgenden Artikel soll der Versuch unternommen werden, das Erklärungsmodell geistiger Behinderung in den Ethnien der Wolof und Sereer im Senegal darzustellen. Vor dem Hintergrund des traditionellen Gesellschaftssystems und traditionellen Menschenbilds werden Erklärungsmodelle und eine Therapieform vorgestellt. Es wird sich zeigen, dass Menschen mit geistiger Behinderung in diesem System weder isoliert noch an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden. Dieser Vorgang geschieht im Falle des Senegals erst durch den Einfluss des europäischen Gedankenguts.

Oft wird die Meinung vertreten, dass Kinder mit geistigen Behinderungen in traditionellen afrikanischen Gesellschaften nach der Geburt getötet oder ausgesetzt werden. Dies wird darauf zurückgeführt, dass die Ursache von Behinderung in der Besessenheit durch Geister gesehen wird. Es wird ebenfalls oft davon ausgegangen, dass dieser Glaube die Entwicklung und Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung hemmt.

Der folgende Bericht basiert auf einem siebenmonatigen Aufenthalt in Dakar/ Senegal und stellt einen Versuch dar, das traditionelle Erklärungsmodell geistiger Behinderung in den Gesellschaften der Wolof und Sereer im Senegal und dessen Auswirkung auf die Situation von Menschen mit geistiger Behinderung darzustellen. Dabei kann in diesem Rahmen nur auf einige, mir wichtig erscheinende Aspekte eingegangen werden.

Das traditionelle Gesellschaftssystem

In der Gesellschaft der Sereer und der Wolof wird nicht die Individualität eines Menschen betont, der Mensch ist immer ein Teil einer Gruppe. Dieses

Gesellschaftssystem ist ein Modell, nach dem sich alle Individuen einer Gruppe richten und in dem alle Komponenten des menschlichen Lebens integriert sind. Demnach ist ein Individuum mit dem Universum verbunden. Dieses stellt ein Ganzes dar, das aus zwei Dimensionen besteht: die sichtbare und die unsichtbare Dimension, die untrennbar miteinander verbunden sind.

Der Mensch ist in allen Lebensbereichen mit einer horizontalen und einer vertikalen Ebene verknüpft. Die horizontalen Beziehungen bestehen zu der lebenden Familie und der gesellschaftlichen Gruppe, die vertikalen Beziehungen zu den Ahnengeistern. Dabei ist nicht der individuelle Wert des Einzelnen wichtig, sondern die Beziehungen zwischen den Familien und den Ahnengeistern. So wird die Rolle jedes Einzelnen durch dieses Beziehungssystem definiert. Der Mensch befindet sich also immer in Beziehung zu allen Existenzen des Universums und richtet sein Handeln danach aus. Individuelle Bedürfnisse werden zugunsten der Gemeinschaft vernachlässigt. Alles Tun und Handeln des Menschen richtet sich auf die Gruppe, der er angehört.

Diese Gesellschaftsform basiert auf dem Verständnis des Menschen als eine Einheit verschiedener Komponenten, die hier nur kurz aufgeführt werden sollen.

Das Verständnis des Menschen als Einheit

Die traditionelle Vorstellung teilt den Menschen nicht auf, sie unternimmt keine Aufteilung in Körper und Geist, sondern betrachtet den Menschen als Einheit im Zentrum seiner menschlichen, materiellen und spirituellen Umgebung, mit der er in Beziehung steht. Körper und Seele vereint steht der Mensch als eine Einheit mit den verschiedenen Elementen des Universums in Verbindung. Er ist ein großes Ganzes, das nur in diesem Beziehungszusammenhang mit seiner horizontalen und vertikalen Linie gesehen werden kann.

In der traditionellen Vorstellung stellen die Ahnengeister auf Grund der Reinkarnation auch die zukünftigen Familien- oder Gruppenmitglieder dar. Bei seiner Inkarnation erhält jeder Mensch einen Teil der Geister. Diese treten somit als ein Teil des menschlichen Wesens in Erscheinung. Das gesamte menschliche Wesen stammt demnach von den Geistern ab und dementsprechend besitzen alle Menschen ein und denselben Ursprung. Die Geister stellen die Basis für alle Wesen des Universums dar und verbinden diese zu einer Gemeinschaft. Aus diesem Grund wird das Individuum nicht als Einzelperson gesehen, sondern immer als ein Ganzes, das aus verschiedenen Komponenten besteht. Hieraus resultiert das traditionelle Gesellschaftssystem, das nicht das Individuum, sondern die Gruppe und die Beziehungen zu den Wesen des Universums betont.

In den Ethnien der Wolof und der Sereer werden verschiedene Ahnengeister beschrieben. Der wichtigste davon wird Rab (bei den Sereer Pagnol) genannt. Rab bedeutet Tier, aber gleichzeitig auch Geist. Er ist ein Verbündeter der Menschen und beschützt sie unter der Bedingung, dass ihm regelmäßig Respekt und Hochachtung erwiesen wird. Das Universum der Rab gleicht in allen Bereichen dem der menschlichen Wesen. Sie leben in einer Gemeinschaft, die wie die der Menschen organisiert ist. Man kann den Rab als einen Zwilling des Menschen ansehen, der seinem menschlichen Partner gefährlich oder gütig gestimmt sein, ihn beschützen oder verfolgen kann. Dies hängt von der Beziehung ab, die den Menschen mit dem Rab verbindet und die auf einem System der Gegenseitigkeit beruht. Der Rab beschützt den Menschen, wenn ihm dieser regelmäßig Speiseopfer darbringt und die Gesetze, die das

Gemeinschaftsleben bestimmen, einhält. Die Rab begleiten unsichtbar die menschlichen Wesen. Die Menschen können nicht direkt mit ihnen kommunizieren.

Diese Macht liegt bei Menschen, die magische Kräfte besitzen. Die wichtigste Person in diesem System ist hierbei der Heiler, der zwischen den Menschen und der Welt der Geister vermittelt.

Die Person des Heilers

Das Wissen des Heilers hat einen Ursprung, der nicht mit der europäischen Wissenschaft verglichen oder erklärt werden kann. Er besitzt eine Macht, die er von seinen Ahnen erhält und ist fähig, Krankheiten zu heilen. Diese Macht hängt jedoch immer von Gottes Willen ab, deren Vermittler er ist.

Heiler kennen die therapeutische Wirkung von Wurzeln, Blättern, Rinden und Kräutern und können daraus Medizin herstellen. Diese Herstellung stellt im wesentlichen Sinne einen rein biologischen Aspekt dar. Doch für den Heiler reduziert sich dieses Vorgehen nicht allein auf diesen Aspekt. Die Pflanze oder der Baum wird als Individuum gesehen, das in dem Beziehungssystem, das alle Existenzen vereinigt, inbegriffen ist.

Die traditionellen Erklärungsmodelle geistiger Behinderung

Im traditionellen senegalesischen Denken lebt der Mensch in einem Beziehungssystem mit allen Existenzen des Universums. Innerhalb dieses Systems versucht er, ein Gleichgewicht zu halten und stabile Verbindungen zu seiner horizontalen und vertikalen Linie aufrecht zu erhalten. Dieses Beziehungsgefüge definiert seinen Platz im sozialen Umfeld. Wird dieses komplexe Gleichgewicht durch eine Unordnung in den Beziehungen gestört, wird das Individuum krank. Dabei kann es sich um jede Art von Krankheit handeln. Es geht immer darum, die in ihrer Ganzheit gestörte Welt des Opfers wieder ins Gleichgewicht zu bringen.

Krankheit wird immer als eine ganzheitliche Unordnung der Person gesehen, wobei alles, was die Ordnung und die Beziehungen stört, den Menschen in seinem körperlichen oder geistigen Wesen treffen kann. Aus diesem Verständnis von Krankheit geht hervor, dass der Begriff Behinderung in den traditionellen afrikanischen Landessprachen nicht existiert. Geistige Behinderungen werden als Krankheiten angesehen, die sich nicht von anderen Krankheiten unterscheiden.

Krankheit kann nur in Verbindung mit der sozialen Organisation und Repräsentation der Welt verstanden werden. Sie resultiert aus schlechten Beziehungen zu einem oder mehreren Gruppenmitgliedern. Hierbei kann die Krankheit entweder durch Lebende oder durch Geister verursacht werden, je nachdem welche Beziehung im Ungleichgewicht ist. Zu den durch Menschen verursachten Krankheiten zählen die *Maraboutage*, eine Art Zauber, und die Hexerei. In beiden Fällen ist die Ursache für die Krankheit ein menschliches Wesen, das einem anderen Individuum Schaden zufügen will. Bei diesen Erklärungen wird die zwischenmenschliche Aggressivität auf einen unbekanntem Menschen projiziert, der für die Krankheit verantwortlich gemacht wird.

Durch den Ahnengeist *Rab* verursachte Krankheiten

Der *Rab*, der als Verbündeter der Menschen angesehen wird, verkörpert die soziale Ordnung, die Regeln des Zusammenlebens aller Wesen des Universums. Seine Verbindung zu den Menschen besteht in einem Tauschverhältnis. Er kann als Garant für die Einhaltung der Gesetze gesehen werden. Wenn er vernachlässigt wird und keine Opfertgaben mehr dargeboten bekommt, zeigt sich der unzufriedene *Rab* in Form einer Krankheit. Sein Eingreifen ist daher eine Ermahnung zur Ordnung. Damit ist die Bitte verbunden, die unterbrochene oder schlechte Beziehung wieder zu erneuern.

Krankheiten, die durch einen *Rab* verursacht wurden, zeigen sich aus diesem Grund bei Menschen, die sich von der Tradition, den Bräuchen und dem Gesetz (das die Gruppe regiert) befreien wollen. Dabei manifestiert sich die Krankheit neben geistigen Störungen auch oft in Bewegungs-, Sprach- oder Essstörungen.

Das Ausmaß der Krankheit symbolisiert verschiedene Beziehungen, die der Mensch mit dem *Rab* unterhalten kann. Ein gesunder Mensch wird von seinem *Rab*, dem er regelmäßig Opfer bringt, beschützt und überwacht. Dieser *Rab* wird nicht in das Leben des Menschen eingreifen, da zwischen ihnen ein Gleichgewichtszustand des Tauschverhältnisses besteht. Gerät dieses Verhältnis in ein Ungleichgewicht, greift der *Rab* auf verschiedene Weise in das Leben des Menschen ein.

Kommt ein Kind mit Missbildungen auf die Welt und zeigt starke Entwicklungsverzögerungen, herrscht eine totale Identität zwischen dem Menschen und dem *Rab*. Das Kind, das wie ein *Rab* handelt und sich wie er bewegt, wird als *Kind der Rab* bezeichnet. In diesem Fall besteht keinerlei

Möglichkeit mit dem *Rab*, der für die Krankheit verantwortlich ist, eine Verbindung aufzubauen, bzw. die gestörte Beziehung zwischen dem *Rab* und der Familie des Kindes wieder herzustellen.

Die häufigste Erklärung einer Krankheit ist jedoch eine Besetzung des Individuums durch einen *Rab*. Dieser wird verantwortlich gemacht für die Schwierigkeiten und Krankheiten der Menschen. Dieses Erklärungsmodell geistiger Behinderung zeigt das vorübergehende Eingreifen eines *Rab*, der zur Ordnung ermahnt. Das Ziel seines Eingreifens ist es, die Beziehungen zu den Menschen zu stabilisieren bzw. wiederherzustellen. Der Kranke hat die Gesetze, die ein harmonisches Zusammenleben der Gruppe garantieren, missachtet und will sich von der Gruppe, bzw. der Tradition lösen. Durch die Krankheit wird er zur Ordnung ermahnt. Konflikte, die in der Gemeinschaft entstehen, werden somit durch das Eingreifen eines *Rab* erklärt und durch therapeutische Techniken gelöst.

Traditionelle Therapietechniken bei der Besetzung durch einen *Rab*

Das Symptom der Krankheit ist also nur ein Ausdruck einer viel tiefer liegenden Unordnung, die in Verbindung mit der Familie oder der sozialen Gruppe steht. Dabei gibt es zwei Arten der Aggression: Aggression durch ein anderes lebendes Individuum (*Maraboutage* und Hexerei) und Aggression durch einen Repräsentanten des Gesetzes (*Rab*). Diese zwei Arten der Aggression deuten auf zwei Konfliktarten hin, die jedes menschliche Wesen trifft: der Konflikt mit dem anderen und der Konflikt mit der symbolischen Ordnung, die das Gemeinschaftsleben regelt.

Das therapeutische Ritual selbst ist unterschiedlich komplex. Es hat immer zum Ziel, die soziale Ordnung wiederherzustellen. Die Unordnung in dem Beziehungssystem, die durch die Krankheit ausgedrückt wird, muss wieder in ein Gleichgewicht gebracht werden, um ein gutes Zusammenleben aller Wesen des Universums zu sichern.

Geistige Behinderungen werden vor allem durch einen *Rab* verursacht, als Konsequenz einer schlechten Beziehung dieser beiden Wesen zueinander. Um das kranke Individuum zu heilen, muss eine Versöhnung zwischen ihm und dem *Rab* herbeigeführt werden. Die rituellen Einheiten *Ndöp* und *Samp* sind dazu bestimmt, die gestörten Beziehungen zu stabilisieren. Diese Riten finden grundsätzlich nur Montags und Donnerstags, an den heiligen Tagen, statt. Während der beiden vorausge-

henden Nächten trifft der Heiler Vorbereitungen für den jeweiligen Kult. Das Ritual selbst wird immer von Opfertagen begleitet. Nur durch diese Opfer an den *Rab* ist der Heiler berechtigt, Gebete auszusprechen und den Ahnen um Beistand und Schutz bei der Therapie zu bitten.

Das große Ritual des *Ndöp*

Der *Ndöp* ist die eigentliche therapeutische Einheit zur Behandlung von geistigen Krankheiten. Das Ritual wird von einem sogenannten *Ndöpkat*, einem Heiler, der mit einem oder mehreren Geistern in Verbindung steht, durchgeführt. Der *Ndöp* gleicht einem großen Fest, das acht Tage andauert und an dem neben dem Kranken und dessen Heiler, die Eltern, Freunde, Nachbarn und Neugierige teilnehmen. Das Prinzip dieses Rituals liegt darin, die Verbindung zum *Rab*, die unterbrochen wurde, wieder herzustellen. Zu diesem Zweck wird der Ahnengeist, der zu Beginn des Rituals noch nicht benannt ist, identifiziert, benannt und an einen Altar gebunden.

Das Ritual des *Ndöp* läßt sich in drei Phasen unterteilen. Auf die Benennung des *Rab* folgt seine symbolische Austreibung aus dem Menschen. Der letzte Schritt zur dauerhaften Heilung besteht darin, dem *Rab* einen Altar zu errichten, an dem ihm zukünftig Opfer dargebracht werden. Der *Ndöpkat* beginnt den *Ndöp* am Vortag des eigentlichen Rituals mit dem sogenannten *Saj*. Dabei lädt er durch seine Gesänge die Geister ein, zu den Plätzen der Zeremonie zu kommen. Im Anschluss daran folgt der *Natt*, eine Zeremonie, um böse Geister abzuhalten.

Die Benennung des *Rab*

Bei der Benennung des *Rab* wird der Kranke zum ersten Mal in das Ritual einbezogen. Diese Benennung steht im Zentrum jeder traditionellen Therapie. Der Kranke benennt dabei selbst seinen *Rab*. Durch diese Benennung bricht er die Verbindung zu ihm ab und wendet sich an die Gemeinschaft. Die Krankheit bekommt durch diese Zeremonie ihre gesellschaftliche Bedeutung. Der Kranke, der zuvor nur mit dem *Rab* und dem *Ndöpkat* in Verbindung stand, findet wieder seinen offiziellen Platz im symbolischen System der Gruppe. Er versucht zu diesem Zeitpunkt, seine Verbindungen mit der Gemeinschaft der Toten und Lebenden wieder zu festigen.

Die symbolische Verwirklichung der Austreibung

In einem nächsten Schritt des *Ndöp* muss nun der benannte *Rab* aus dem Menschen ausgetrieben werden. Zu diesem Zeitpunkt tritt die Gemeinschaft

des Kranken in den Mittelpunkt der Zeremonie. Sie versammelt sich um den Patienten und beginnt zu tanzen und zu singen. Dabei werden die sogenannten *Bak* gesungen. Dies ist ein Gesang, auf den die *Rab* reagieren und der eine Warnung für alle anwesenden Hexer enthält. Jedem *Rab* ist dabei ein spezieller *Bak* zugeordnet. Der achte Gesang der Zeremonie muss der *Bak* des benannten *Rab* sein. Reagiert der Kranke auf diesen Gesang durch Bewegungen, die dem *Rab* zugeschrieben werden, ist dies ein Zeichen seiner Heilung. Der *Rab* verläßt den Körper des Kranken und geht in ein Opfertier über, das im Anschluss an den *Bak* getötet wird. Den Abschluss dieser Phase bildet der gemeinsame Verzehr des Opfertieres durch die gesamte Gruppe, wobei ein Stück Fleisch für den *Rab* bestimmt ist.

Der *Samp*

Die Zeremonie des *Samp* beinhaltet das Errichten eines Altars, um dem *Rab* einen Wohnsitz zu geben und ihn an die Familie festzubinden. In diesem neu errichteten Altar werden in Zukunft an den Tagen des Kultes, Montag und Donnerstag, dem *Rab* Opfer gebracht. Nur dadurch kann eine dauerhafte Heilung gewährleistet werden. Durch diese Zeremonie wird der *Ndöp* abgeschlossen. Die Verbindung zwischen dem *Rab* und dem Kranken wird nun zu einer stabilen Beziehung, in der dem *Rab* regelmäßig Opfer gebracht werden, die dieser durch Schutz und Beistand ausgleicht. Die Bindung zum *Rab* wurde somit wieder hergestellt und die Unordnung im Beziehungssystem beseitigt.

Die Bedeutung der traditionellen Erklärungsmodelle und Therapieformen geistiger Behinderung

Krankheit stellt im traditionellen senegalesischen Denken immer eine schlechte Beziehung zu einem oder mehreren Gruppenmitgliedern dar und verdeutlicht somit Schwierigkeiten des Kranken mit der Regel, die das Gemeinschaftsleben bestimmt. Die Therapie des Heilers richtet sich auf den Angreifer, nicht auf den Kranken. Der Patient ist nur Symbol für eine Unordnung im Beziehungssystem der Wesen des Universums. Durch diese Krankheit wird eine Gefahr für die gesamte Gemeinschaft sichtbar, die im Interesse aller beseitigt werden muss.

Da die Krankheit als ein Zeichen für eine Unordnung im Beziehungssystem, das die Gruppe zusammenhält, interpretiert wird, betrifft sie die gesamte Gemeinschaft. Der Therapeut handelt daher im Interesse der Gruppe und sucht zu Beginn einer Therapie immer deren Zustimmung. Diese ist bei der

Heilung des Kranken unerlässlich. Der Kranke ist nur ein Ort, an dem sich die unzufriedenen Geister treffen. Jedes Mitglied hätte demnach als Ort gewählt und somit krank werden können. Der Kranke ist somit auch nicht für seine Krankheit verantwortlich, sondern ist ein Opfer eines Angriffs von außen. Dieser Angriff hat immer einen gesellschaftlichen Hintergrund, eine Ermahnung zur Ordnung, und betrifft die gesamte Gruppe.

Das System hat einen Erklärungswert für die Kranken sowie für die Gesellschaft. Hinter einer geistigen Krankheit verbirgt sich immer ein tieferer Sinn, der das Zusammenleben der Gesellschaft betrifft. Kranke werden nicht isoliert, sondern bleiben stets Teil des Ganzen, des Universums und der Gemeinschaft. Die Krankheit hat einen gesellschaftlichen Sinn. Dies bewirkt, dass die Position des Kranken in der Gesellschaft aufrecht erhalten wird. Das kranke Individuum wird nie als Aussätziger, als ein Andersartiger angesehen, da seine Krankheit erklärt werden kann. Die zwischenmenschlichen Beziehungen werden daher nicht gestört und der Kranke steht niemals außerhalb der Gesellschaft, da alles, was einem Mitglied geschieht, im Verständnis des Menschen als Einheit, die gesamte Gruppe betrifft. Der Kranke behält seinen Status, wird in seiner Würde als Person respektiert und unterscheidet sich nicht von den anderen Menschen.

Durch die traditionelle Denkweise finden Kinder mit geistiger Behinderung in der ursprünglichen senegalesischen Gesellschaft ihren Platz. Ihre Behinderung hat einen gesellschaftlichen Bezug und ist immer im Sinne der Gemeinschaft zu verstehen. Im Verständnis des Menschen als Einheit werden Menschen mit geistiger Behinderung weder isoliert, noch an den Rand der Gesellschaft gedrängt. Sie sind und bleiben stets ein vollwertiges Mitglied der Gemeinschaft, die ihre Rolle in der Gesellschaft übernehmen.

Afrikanische Vorstellungen und Erklärungen von geistiger Behinderung müssen demnach nicht zwingend hemmend für die Entwicklung und Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung sein. Denkweisen, wie die hier vorgestellten, können für die in der europäischen Welt vorherrschenden Erziehungs- und Betreuungsvorstellungen von Menschen mit geistiger Behinderung ein Gewinn sein.

Abstract: *The following article attempts to demonstrate the attitude to mental disability in the tribes of the Wolof and Sereer in Senegal. On the background of the traditional social system and traditional human image presentation is made on the attitudes and the forms of therapy which are present in the societies. The article demonstrates that people with a mental disability are neither isolated nor are pushed to live on the fringes of society. This facet started in Senegal only with the arrival of European attitudes in the country.*

Résumé: *L'article essaie de présenter le modèle d'explication du retard mental chez les ethnies Wolof et Sereer au Sénégal. Dans le cadre du système de la société traditionnelle et de l'image de l'homme dans la tradition, des modèles explicatifs et une forme de thérapie sont décrits. Il s'avère que des personnes avec un retard mental ne sont ni isolées ni mis à l'écart dans la société traditionnelle. Ceci est arrivé au Sénégal uniquement sous l'influence de la culture européenne.*

Resumen: *Este artículo presenta el concepto de discapacidad mental en los pueblos Wolof y Sereer en Senegal, que tiene su base en una sociedad tradicional con un concepto tradicional del ser humano. Se describe diferentes modelos de explicación y una forma de terapia, y se puede comprobar que personas con discapacidad mental no viven en condiciones aisladas ni segregativas. En Senegal, tendencias segregativas se han establecido con la influencia del pensamiento europeo.*

Claudia Renner ist Studienreferendarin im ersten Jahr an einer Schule für individuelle Lebensbewältigung in Ingolstadt. Von 1997–1998 hat sie in Dakar Praktika in Einrichtungen für Kinder mit geistigen Behinderungen absolviert und in enger Zusammenarbeit mit einem Forschungszentrum für traditionelle Medizin, Interviews und Gespräche mit Heilern aus der Ethnie der Sereer durchgeführt.

Anschrift:

Claudia Renner, Lessingstr. 13, 85055 Ingolstadt

Global Blindness and Vision 2020 - the Right to Sight

Allan Foster

Dr. Allen Foster outlines briefly and succinctly the steps necessary to implement prevention of blindness programmes, and the aims of the campaign, with the name VISION 2020. 50% of world blindness is curable and a further 30% preventable. As one of the initiators and developers of the Vision 2020 programme, he underlines the needs for skills transfer in order to achieve the campaign's aims.

This article will discuss three questions:

1. What do we know about visual loss?
2. What can be done to reduce visual loss?
3. How can VISION 2020 work?

What do we know about visual loss?

The available data suggests that by the year 2000 there will be approximately 50 million blind people in the world. The majority live in Asia and Africa. Approximately 8-10 million people become blind each year and it is estimated that around 6-8 million people who are blind die each year. The result is a net increase of 1-2 million blind persons per year. The increase in blindness is due to an increasing world population and increased life expectancy, with more people in the world living beyond the age of 60 years.

Of the 50 million blind people in the world, it is estimated that, approximately half is due to cataract, 15% due to trachoma, 4% due to blindness in children and 1% due to onchocerciasis. These four conditions make up 70% of the world's blindness. The remaining causes are glaucoma (approx. 15%), diabetic retinopathy (5%) and a variety of other causes (10%).

Despite the efforts of UN agencies, national governments, and non-governmental organisations, blindness is an increasing problem causing loss of quality of life to the individual; and an economic burden on the individual, family and society in general. A recent study from India estimated that the annual cost of blindness for every 1 million population is approximately \$4 million per year.

What can be done to reduce visual loss?

With the above information it has been agreed to try and eliminate avoidable blindness over the next 20 years. This Global Initiative (also called VISION 2020 – the right to sight) has identified five diseases for priority action in the first phase. These are:

- cataract
- trachoma
- onchocerciasis

- childhood blindness
- refractive errors and low vision services.

Together with this disease orientated approach it is recognised that there is also need for:

- human resource development (particularly in Africa)
- infrastructure development (emphasising appropriate technology).

Disease strategies

There are now well-defined strategies for cataract (cataract extraction with intraocular lens implantation); trachoma (the SAFE strategy consisting of Surgery for trichiasis, Antibiotics for active infection, Facial cleanliness for reduction in transmission and Environmental improvement to remove risk factors); onchocerciasis (community directed distribution of Ivermectin on an annual basis), and vitamin A deficiency (consisting of short, mid and long-term strategies to promote vitamin A intake). Specific strategies for other avoidable causes of visual loss in children, were discussed at a workshop held in India in April 1999.

Human resource development

Many governments and non-governmental organisations are already emphasising the importance of human resource development at the primary, secondary and tertiary levels of eye care. This is particularly true for sub-Saharan Africa, where on average there is only one ophthalmologist per million population. As well as training in the technical aspects of ophthalmology, there is a need for training in management skills and a community approach to eye care.

Infrastructure development

The last few years have seen major technological developments in ophthalmological practice in the industrialised world. These developments are often expensive but can improve the quality of eye care offered. Increasingly, these technological developments are being adapted for use in the developing world. High quality, affordable intraocular lenses

Region	Number of Countries	Approximate population (millions)	Approximate No. of Blind Persons (mill.)	Major Causes of Blindness
Africa	46	650	10	Cataract Glaucoma Corneal scar
Americas	36	800	4	Cataract Glaucoma Retinal disease
Eastern Mediterranean	22	500	5	Cataract Glaucoma Corneal scar
Europe	51	870	4	Retinal disease Glaucoma Cataract
South East Asia	10	1500	15	Cataract Glaucoma Corneal scar
Western Pacific	28	1680	12	Cataract Glaucoma Retinal disease
Total	193	6000	50	

Figure 1: Approximate statistics for the number of blind people by IAPB region in 2000 (author's estimates)

and eye suture are now available. Efforts have been made to produce low cost spectacles and eye drops. Several companies are involved in the production of affordable ophthalmological equipment and instruments.

The Vision 2020 - right to sight campaign is a partnership of all those involved in eye care to advocate the importance of preventing and treating blindness with the aim of mobilising new resources from government, corporate and voluntary sectors of society for use in the global initiative programme.

How can VISION 2020 work?

The Global Initiative programme and Vision 2020 campaign was officially launched in February 1999 at WHO in Geneva and further promoted and discussed at the Assembly of the International Agency for Prevention of Blindness in Beijing in September. The International Agency for Prevention of Blindness is a forum which brings together eye care professionals, UN Agencies, non-government development organisations and national eye care programmes. IAPB together with the WHO, therefore has a vital role to play in advocacy, planning and implementation of the Global Initiative programme.

The Global Initiative programme commenced this year. The first phase will emphasise programmes for cataract, trachoma, onchocerciasis and visual loss in children together with human resource and infrastructure development. It is planned to create regional (six WHO/IAPB regions - see figure 1), and national initiatives against blindness in individual countries. In order to achieve the goal of the pro-

gramme it will be important that governments, UN Agencies and NGDO's work together in a co-ordinated way. Models for this type of collaboration have already been successful in the control of onchocerciasis and are beginning to be implemented in trachoma programmes. One of the key features in these programmes has been the creation of a small national task force which brings together the Ministry of Health, UN Agencies, and NGDO's to plan, resource and implement eye care services. Wherever possible the management and implementation unit should be kept reasonably small, targeting a population of 1-2 million people. These small manageable implementation units would appear to be important for a successful eye care service.

Zusammenfassung: Dr. Allen Foster fasst kurz und prägnant die Schritte, die bei der Einführung von Blindheitsverhütungsprogrammen nötig sind, zusammen. Er beschreibt die Ziele der Kampagne VISION 2020. 50% der Blindheit ist heilbar; weitere 30% sind vermeidbar. Als einer der Initiatoren und Entwickler des Vision 2020-Programmes, unterstreicht er die Notwendigkeit einer angepassten Vermittlung von Fähigkeiten (skills transfer), um die Ziele der Kampagne zu erreichen.

Résumé: Dr. Allen Foster résume brièvement et d'une façon succincte les étapes qui sont nécessaires pour des programmes de prévention de la cécité. Il décrit les objectifs de l'action VISION 2020. 50 % des cas de cécité peuvent être guéris et 30 % peuvent être évités. Comptant parmi les initiateurs du programme VISION 2020, il souligne la nécessité d'enseigner, d'une façon adaptée, les techniques pour atteindre les buts de l'action.

Resumen: *Dr. Allen Foster resume brevemente y en forma sucinta los pasos, que son necesarios para implementar programas de prevención contra ceguera. Él describe las metas de la campaña VISION 2020. El 50 por ciento de la ceguera es curable, otro 30 por ciento se puede prevenir. Como uno de los iniciadores y desarrolladores del programa VISION 2020 Foster subraya la necesidad de una enseñanza de capacidades (skills transfer) adecuada para lograr las metas de la campaña*

Dr. Allen Foster ist einer der bedeutendsten – wenn nicht sogar der bedeutendste – Augenarzt mit weltweiter Kenntnis der Probleme von Augenkrankheiten in Entwicklungsländern. Er ist einer der Initiatoren des Programmes Vision 2020 und war an der Entwicklung des Programmes maßgeblich beteiligt. Durch seine analytischen Fähigkeiten und Lehrfähigkeiten hat er Wissen und Fertigkeiten an unzählige ExpertInnen auf der ganzen Welt weitergegeben.

Anschrift:

Dr. Allen Foster, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Keppel Street UK – London WC1E 7HAT,
Email: allen.foster@lshtm.ac.uk

Prävention von Sehbehinderungen im Rahmen eines gemeindenahen Rehabilitationsprojektes in Nigeria

Alexander Eichberg

Die Verhütung von Blindheit ist nicht nur ein medizinisches Problem, das von medizinischen ExpertInnen in die Hand genommen werden muss. Wirksame Vorbeugung umfasst auch ExpertInnen auf einer breiteren Basis. Alexander Eichberg erklärt den Aspekt der Verhütung von Blindheit als Teil eines umfassenden gemeindenahen Rehabilitationsprogrammes, und wie Programme zur Blindheitsverhütung in solche Rehabilitationsprogramme integriert werden können.

Kurze Beschreibung des Projektes

Das Projekt mit dem Namen *Dienste für Menschen mit Behinderungen* ist ein gemeindenahes Rehabilitationsprojekt (Community Based Rehabilitation CBR) des Sozialdienstes der Katholischen Erzdiözese Abuja in Partnerschaft mit der *Christoffel Blindenmission* (CBM).

Geographisch liegt das Arbeitsgebiet des Projektes im Zentrum Nigerias und umfaßt das mit dem Gebiet der Erzdiözese identische Hauptstadtgebiet (Federal Capital Territory = F.C.T., Größe: 8043 km²). Das Gebiet der neuen Hauptstadt Abuja hat eine vielfältige und zum Teil sehr gegensätzliche Besiedlungs- und Bevölkerungsstruktur. Da ist zum einen die teilweise immer noch im Bau befindliche moderne City mit einer relativ wohlhabenden Bevölkerung von Staatsangestellten und Geschäftsleuten, zum anderen die sich außerhalb der City rasch ausdehnenden Slumgebiete der armen Bevölkerungsschichten. Die Bevölkerung ist gemischt aus den verschiedenen ethnischen, religiösen und kulturellen Bevölkerungsgruppen Nigerias. Neben diesem unmittelbaren Stadtgebiet gibt es eine weitläufig ländlich geprägte Gegend mit einigen kleinen Städten und, zum Teil recht entlegenen, traditionellen Dörfern der ursprünglich ansässigen Bevölkerung, die hauptsächlich als Kleinbauern

arbeiten. Die Bevölkerung des gesamten Gebietes wächst sehr schnell und wird zur Zeit auf ca. eine Million Menschen geschätzt.

Das Projekt besteht seit 1994 und hat folgende Aufgaben und Ziele:

- Die Identifizierung von Menschen mit Behinderungen jeglicher Altersgruppen im Gebiet des Federal Capital Territory
- Organisieren von - und Überweisung zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen besonders in den Bereichen Augenmedizin und Orthopädie
- Angebot von individuell abgestimmten Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit Behinderungen in ihrem jeweiligen Lebensumfeld
- Prävention von Behinderungen durch Aufklärungskampagnen und Gesundheitserziehung

Von der Arbeitsweise her handelt es sich um eine mobile Arbeit, bei der Gemeinde-Rehabilitationsarbeiter (Sozialarbeiter) katholischer Kirchengemeinden in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet Menschen mit Behinderungen identifizieren, zu Hause besuchen und geeignete Rehabilitationsmaßnahmen in die Wege leiten, bzw. selber durchführen. Dabei spielen die Einbindung der Familie und anderer sozialer Gruppen des Lebensumfeldes sowie die Zusammenarbeit mit anderen öffentlichen

Institutionen wie z.B. Gesundheitsdiensten, Schulen und Sonderschulen eine wichtige Rolle.

Zur Zeit gibt es 14 Gemeinde-Rehabilitationsarbeiter, die ca. 60% der Bevölkerung des F.C.T. erreichen und mit einer Gesamtzahl von ca. 1.100 Klienten unterschiedlicher Behinderungen und Altersgruppen arbeiten. Neben einer kurzen praxisorientierten Grundausbildung erhalten die Gemeinde-Rehabilitationsarbeiter im Laufe ihres Dienstes kontinuierlich Fortbildung in relevanten Fachbereichen der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen. In ihrer Arbeit mit den jeweiligen Klienten vor Ort erhalten sie Unterstützung durch regelmäßige Besuche von Fachkräften in den Bereichen Frühförderung, berufliche Ausbildung und wirtschaftliche Integration, Physiotherapie sowie Psychiatrie.

Prävention von Behinderungen als Bestandteil gemeindenaher Rehabilitationsarbeit

Wie bereits oben erwähnt gehört die Vorbeugung von Behinderungen zu den Hauptzielen der Arbeit in unserem Projekt, wobei die Vorbeugung von Sehbehinderungen hier ein integraler Bestandteil des Gesamtkonzeptes ist. Unser allgemeiner Arbeitsansatz in der Prävention von Behinderungen orientiert sich an den Hauptursachen für Krankheiten, körperlichen Schädigungen und den daraus resultierenden Behinderungen. Nach unserer Erfahrung lassen sich für die meisten Behinderungen, einschließlich Sehbehinderungen, folgende allgemeine Ursachen festhalten:

1. schlechte Wohn- und Lebensbedingungen, die die Häufigkeit von Krankheiten, welche zu Behinderungen führen können, begünstigen;
2. fehlender Zugang zu adäquater und bezahlbarer medizinischer Versorgung;
3. unzureichendes Wissen / fehlende Information über die Entstehung von Krankheiten und Behinderungen.

Diese vermutlich für alle Entwicklungsländer geltenden sozialen Ursachen werden sich nur langfristig mit einer Verbesserung der allgemeinen wirtschaftlichen Lage und einem verstärkten Engagement der zuständigen Regierungen in diesen Bereichen ändern. Neben einem begrenzten sozialpolitischen Engagement in dieser Richtung, konzentrieren wir uns auf eine Reihe von praktischen Maßnahmen. Dazu gehört neben dem Organisieren von kostengünstigen medizinischen Diensten, besonders in den Bereichen Augenmedizin und Orthopädie, als ein wesentlicher Aspekt, die

Beratung von Betroffenen und Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung. Diese findet zum einen auf einer informellen Ebene während der Besuche der Sozialarbeiter in den Familien, Dörfern und Wohngebieten statt, zum anderen auch durch gezielte Aktionen, wie etwa Vorträge und Gespräche in Schulen, Kirchen, Dorfgemeinden, Frauengruppen, etc.. Hierzu haben wir in den letzten Jahren eine eigene Posterserie entwickelt, die sich mit den Themen saubere Umgebung, Hygiene, sauberes Wasser, Müllentsorgung, Ernährung, Schwangerschaftsvorsorge, Impfungen, richtiger Gebrauch von Medikamenten, Vorbeugung von Unfällen, Vorbeugung von Sehbehinderungen befassen. Die Poster, die unter anderem in Gesundheitsgesprächen genutzt werden, wurden neben der offiziellen Sprache Englisch auch in *Hausa*, der am weit verbreitetsten Sprache im Norden Nigerias, als auch in *Gwari*, der Sprache der einheimischen Bevölkerung in unserem Gebiet übersetzt. Ziel dieser Aktionen ist es auf, eine vor allem im persönlichen Bereich liegende Verbesserung des Lebensumfeldes und der allgemeinen Gesundheitsvorsorge hinzuwirken. Während solche Informationsveranstaltungen häufig ein einmaliger Input sind, besteht die Hauptaufgabe der Rehabilitationsarbeiter in regelmäßigen Besuchen der Klienten und Bezugsgruppen und in fortwährenden Bemühungen um Aufklärung, damit langfristige Veränderungen bewirkt werden können. Wie mühselig und zeitintensiv das sein kann, läßt sich oft schwer ermessen. Aber auch hier, wie in der gesamten Rehabilitationsarbeit, entdecken wir, dass der Schlüssel zum Erfolg, zur Prävention in den persönlichen Beziehungen steckt.

Während sich im Blick auf Infektionskrankheiten langsam ein wissenschaftlich-medizinisches Verständnis durchsetzt, sind bezüglich vieler Behinderungen auch in gebildeteren Kreisen noch häufig ein großes Informationsdefizit und eher traditionelle Deutungsweisen anzutreffen, in denen die Ursache für Behinderungen auf das Wirken von überirdischen Kräften und Geistern zurückgeführt wird. Zur gezielteren Information und Aufklärung hat das Landesbüro der *Christoffel Blindenmission* in Nigeria deshalb eine Reihe von kostenlosen Info-Faltblättern produziert, die in einfacher Sprache über die Entstehung von bestimmten Krankheiten und Behinderungen, sowie entsprechende Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten Auskunft geben. Während die Poster sich auch an Bevölkerungsschichten mit nur geringem Bildungsniveau wenden, sind die Faltblätter an Leute mit grundlegender Bildung gerichtet, die auch als Informations-Multiplikatoren in ihrem Lebensumfeld wirken können.

Spezielle Aktivitäten zur Vorbeugung von Sehbehinderungen

Nach den Körperbehinderungen stellen Sehbehinderungen die am weitesten verbreitete Behinderung in unserem Arbeitsgebiet dar. Die meisten von uns identifizierten Fälle sind entweder behandelbar oder hätten durch entsprechende, rechtzeitige Maßnahmen verhindert werden können. Die allgemein schlechte Lage in der Gesundheitsversorgung in Nigeria spitzt sich in speziellen Bereichen wie der Augenmedizin noch zu. So gibt es im F.C.T. nur in zwei Regierungskrankenhäusern augenmedizinische Abteilungen, von denen eines über das nötige Equipment verfügt, Operationen durchzuführen. Obwohl hier die Kosten nicht so hoch sind wie in den in der City gelegenen Privatkliniken, ist eine Behandlung für den Großteil der Bevölkerung, vor allem wenn es um eine weiterreichende Behandlung, wie z.B. eine Operation, geht, kaum bezahlbar.

Wir setzen uns deshalb in unserem Projekt das Ziel, einer möglichst großen Zahl von Menschen grund-

gende, kostengünstige Dienste in diesem Bereich anzubieten. Dabei arbeiten wir auf drei Ebenen:

1. Die Ausbildung der Gemeinde-Rehabilitationsarbeiter in Grundlagen der Augenheilkunde mit dem Ziel, diese zu befähigen:
 - einfache Augenuntersuchungen mit Hilfe von Sehschärfetafeln und Taschenlampe durchzuführen;
 - grundlegende Augenprobleme zu identifizieren und einzuordnen;
 - Patienten zur weitergehenden Behandlung zu überweisen;
 - in Gebieten, in denen kein Augenkrankenschwäger oder Augenarzt unmittelbar erreichbar ist, auch in begrenztem Maße Augenprobleme zu behandeln, z. B. durch die Ausgabe von Polividone Iodine Augentropfen bei leichten Bindehautentzündungen oder die Ausgabe von Lesebrillen bei altersbedingter Lesechwäche.

2. Die Durchführung von Basis-Augenkliniken mit Hilfe eines ausgebildeten Augenkrankenschwägers (Bezahlung auf Honorarbasis).

Zum einen halten wir einmal wöchentlich eine Klinik in unserem Bürogebäude ab, das in Abuja City liegt. Daneben werden 3-4 Mal im Monat in Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Gemeinde-Rehabilitationsarbeiter mobile Kliniken in entlegeneren Gebieten durchgeführt. Hierzu werden dem Augenkrankenschwäger eine einfache Grundausrüstung zur Augenuntersuchung (Opthalmoskop, Tonometer, Taschenlampe, Lupenbrille) sowie einige grundlegende Augenmedikamente und Lesebrillen zur Verfügung gestellt. Um die Kliniken attraktiv zu gestalten und eine möglichst große Anzahl von Menschen zu erreichen, ist die Konsultation gebührenfrei, Medikamente und Lesebrillen werden mit einem geringen Profit, aber immer noch deutlich unter dem Marktpreis angeboten. Der erwirtschaftete Überschuss wird zum Teil zur Deckung der Unkosten genutzt. Die Kliniken sind in der Regel gut besucht und bieten den Gemeinde-Rehabilitationsarbeitern auch die Möglichkeit von ihnen identifizierte Patienten zu überweisen.

3. Auf der dritten Ebene liegt die Untersuchung und Behandlung durch einen ausgebildeten Augenarzt. In der Vergangenheit wurden von uns identifizierte Patienten noch in ein von der CBM unterstütztes Krankenhaus ins 450 km entfernte Kano überwiesen, das eine qualitativ gute und kostengünstige Behandlung garantierte. Nach der



Abbildung 1: CAMPAIGN FOR PREVENTION OF DISEASES AND DISABILITIES by Services for Disabled People - Archdiocese of Abuja

Fertigstellung geeigneter Untersuchungs- und Behandlungsräume organisieren wir nun gemeinsam mit einem katholischen Krankenhaus in der Diözese alle zwei Monate eine Augenklinik mit einem Augenarzt und seinem Team aus Kano. An zwei Untersuchungstagen werden bis zu durchschnittlich 400 Patienten gesehen und an den drei anderen Tagen oft über 60 Operationen durchgeführt.

Die Kosten für Konsultation, Medikamente und Operationen werden möglichst gering gehalten. Zudem besteht die Möglichkeit, dass mittellose Patienten durch den Sozialdienst der Diözese unterstützt werden.

Neben diesem konkreten Angebot von augenmedizinischen Diensten spielt die Gesundheitserziehung und Aufklärung über Augenprobleme und Sehbehinderungen im Rahmen der schon erwähnten Besuche der Gemeinde-Rehabilitationsarbeiter eine wichtige Rolle. Hierzu werden wie oben genannt auch ein spezielles Poster und ein Informationsblatt (siehe Abbildung I) zum Thema Vorbeugung von Erblindung genutzt.

Im folgenden soll auf die am meist verbreiteten medizinischen Ursachen von Sehbehinderungen und ihre spezifische Problematik hinsichtlich ihrer Vorbeugung in unserem Arbeitsgebiet in Nigeria eingegangen werden.

Katarakt (*Grauer Star*)

Katarakt stellt immer noch die Hauptursache für Sehbehinderungen und Erblindung dar. Die beim sogenannten Grauem Star bestehende Trübung der Linse ist zumeist altersbedingt, seltener tritt sie als Folge von Verletzungen oder bei Kleinkindern auch angeboren auf. Während die Überweisung zu einer Operation bei der gebildeteren Stadtbevölkerung relativ unproblematisch ist, und diese zumeist auch die Kosten für die Operation aufbringen können, gestaltet sie sich bei Patienten mit niedrigem Bildungsstand aus den ländlichen Gegenden manchmal recht schwierig. Sehbehinderungen und Erblindung im Alter werden oftmals als ein normaler, unabänderlicher Vorgang hingenommen, den es mit all seinen damit verbundenen Unannehmlichkeiten und Einschränkungen hinzunehmen gilt. Hinzu kommt häufig ein aus schlechten Erfahrungen mit der modernen Medizin und dem örtlichen Gesundheitssystem resultierendes Misstrauen und Furcht gegen einen solchen Eingriff, und nicht zuletzt fehlende finanzielle Mittel. Es braucht deshalb manchmal eine längere intensive Überzeugungsarbeit um die Patienten zu einer Operation zu

bewegen. Während dies in der Regel von einem Krankenhaus nur in einem begrenzten Maße geleistet werden kann, bietet die mobile Arbeit der Gemeinde-Rehabilitationsarbeiter die Möglichkeit solchen Patienten nachzugehen und wenn nötig auch nach Möglichkeiten für eine Finanzierung der Operation zu suchen.

Glaukom (*Grüner Star*)

Glaukom, bei dem es durch einen erhöhten Augeninnendruck zu einer Schädigung des Sehnervs kommt, ist eine weitere in allen Bevölkerungsschichten und auch bei jungen Erwachsenen vorkommende Augenkrankheit, die zu einer teilweisen oder völligen Erblindung führen kann. Tatsächlich haben eine große Anzahl der von uns in der Rehabilitation betreuten Klienten mit Sehbehinderungen eine Schädigung durch Glaukom. Während auch bei einem seit längerem bestehenden Katarakt eine Operation die Sehkraft wieder herstellen kann, ist die Schädigung durch Glaukom irreversibel. Eine frühzeitige Identifikation des Problems und eine rasch eingeleitete adäquate Therapie sind deshalb unbedingt notwendig, gestalten sich aber aus verschiedenen Gründen sehr schwierig. Da der Krankheitsverlauf in der Regel nicht mit schlimmen Schmerzen verbunden und langsam fortschreitend ist, suchen viele Betroffene erst im fortgeschrittenem oder gar im Endstadium, wenn es bereits zu einer erheblichen Schädigung gekommen ist, medizinische Hilfe.

Während in den entwickelten Ländern oft eine Therapie mit den Augeninnendruck senkenden Augentropfen üblich ist, beurteilen viele in Afrika arbeitenden Augenärzte diese Art der Behandlung als sehr problematisch. Viele Patienten brechen eine Therapie mit Augentropfen ab, weil sie sich entweder der Notwendigkeit einer kontinuierlichen Behandlung nicht bewusst sind oder ihnen aber die finanziellen Mittel für die relativ teuren Medikamente fehlen. In den von uns durchgeführten Augenkliniken ist deshalb eine einmalig durchgeführte Operation, die den Augeninnendruck permanent kontrolliert, die Therapie der Wahl.

Trachom

Hierbei handelt es sich um eine schwere Infektion des Augenlids, bei der sich unbehandelt im fortgeschrittenem Stadium die Wimpern nach innen wenden. Dies führt zu Verletzungen auf der Hornhaut, die dann letztendlich durch eine fortschreitende Vernarbung der Hornhaut zur Erblindung führen können. In unserem Arbeitsgebiet

kommt Trachom vor allem in ländlichen Gebieten vor, in denen wenig Hygienebewusstsein herrscht und besonders während der ca. fünf Monate dauernden Trockenzeit die Versorgung mit sauberem Wasser problematisch ist. Unsere präventiven Maßnahmen bezüglich Trachom beinhalten die Überweisung zu einer Lidoperation von Patienten bei denen sich die Wimpern bereits nach innen gewendet haben, die Behandlung von Infizierten mit antibiotischer Augensalbe, sowie schwerpunktmäßig die Hygienerziehung der Bevölkerung, besonders in Hinsicht auf ein regelmäßiges Waschen des Gesichtes, bzw. der Augen mit sauberem Wasser.

Flussblindheit (*Onchocerciasis*)

Onchocerciasis wird durch Mikrofilarien verursacht, die durch den Biss einer bestimmten Fliege (Black Fly) in den menschlichen Körper gelangen. Die Filarien breiten sich über einen jahrelangen Zeitraum immer mehr unter der Haut aus und gelangen unter anderem auch ins Auge, wo sie eine allmähliche Zerstörung des Sehnervs hervorrufen können. Das Problem betrifft fast ausschließlich die ländliche Bevölkerung, besonders in der Nähe von Flüssen, die der Wirtsfliege als Brutraum dienen. Onchocerciasis ist auch im Bereich des F.C.T. stellenweise anzutreffen. Eine erfolgreiche Prävention erfolgt durch eine jährliche, regelmäßige Einnahme des Medikamentes Mectizan (Ivermectin), das die Filarien und auch andere Parasiten abtötet. Im Rahmen des *African Programme for Onchocerciasis Control* (APOC) wird seit einigen Jahren in den endemischen Gebieten Nigerias, so auch in unserem Gebiet, Mectizan verteilt. Man hofft, durch eine Massenverteilung in betroffenen Gebieten über einen längeren Zeitraum nicht nur die jetzt schon Infizierten von diesem sehr unangenehmen Parasiten zu befreien und vor Erblindung zu schützen, sondern durch die Abtötung auch den Infektionskreislauf zu durchbrechen und so die Krankheit auszurotten. Unsere Rolle als CBR-Programm besteht unter anderem darin, in betroffenen Gebieten über Flussblindheit aufzuklären und sicherzustellen, dass diese Gebiete von der durch das Gesundheitsministerium in Zusammenarbeit mit NGOs durchgeführten Verteilungsaktion abgedeckt werden.

Vitamin-A- Mangel

Vitamin-A-Mangel ist in vielen Entwicklungsländern eine der Hauptursachen für Sehschädigungen im Kindesalter und tritt in der Regel in Verbindung mit Masern, schweren Durchfallerkrankungen und /oder Fehl- oder Unterernährung auf.

Der Mangel an Vitamin-A führt zu einer Austrocknung und Verwundung der Hornhaut und dadurch in der Folge zu einer sehbeeinträchtigenden Vernarbung der Hornhaut. Durch eine flächendeckendere Impfung von Kindern gegen Masern in den letzten Jahren ist der Anteil der mit Vitamin-A-Mangel in Verbindung stehenden Sehbeeinträchtigungen glücklicherweise zurückgegangen, kommt aber in den ländlichen Gebieten, wo die medizinische Versorgung nicht so gut ist, immer noch vor. Durch die schon genannten Maßnahmen haben die Gemeinde-Rehabilitationsarbeiter die Aufgabe, die Bevölkerung über die Notwendigkeit von Impfungen und Vitamin-A-reicher Ernährung aufzuklären. Daneben haben sie auch Vitamin-A-Kapseln zur Verfügung, die in Notfällen an Kinder mit Masern oder schwerer Unterernährung ausgegeben werden können. Eine gezielte Einnahme von Vitamin-A kann in solchen Fällen einer häufig schnell eintretenden Schädigung der Augen sehr wirkungsvoll vorbeugen.

Unfälle

Verkehrs- oder Arbeitsunfälle (fehlender Gebrauch von Schutzbrillen), aber auch kämpferische Auseinandersetzungen stellen eine weitere nicht unerhebliche Ursache für Sehbehinderung dar. Das wesentliche Problem dabei ist wiederum der Mangel an medizinischer Versorgung, wodurch selbst leichtere Verletzungen aufgrund zu später oder unsachgemäßer Behandlung zu Komplikationen und in der Folge zu irreversiblen Schädigungen des Auges führen. Außer der Aufklärung über Schutzmaßnahmen sowie gegebenenfalls einer Überweisung von akuten Fällen sind die Möglichkeiten der Vorbeugung in diesem Bereich im Rahmen unserer Arbeit ansonsten recht begrenzt.

Traditionelle Behandlungsmethoden

Die in diesem Artikel immer wieder genannte Mängel in der augenmedizinischen Versorgung führen auch dazu, dass viele Menschen mit ihren Augenproblemen zu traditionellen Heilern gehen. Während die hiesige traditionelle Medizin im allgemeinmedizinischen Bereich, etwa bei Wunden oder Fieber, zum Teil recht erfolgreiche Behandlungskonzepte hat, sind diese in der Augenmedizin nach unseren Erfahrungen begrenzt und häufig sogar schädlich. Bei einer Vielzahl unserer Augenpatienten lassen sich, zum Teil sekundäre Schädigungen aufgrund traditioneller Behandlungsmethoden feststellen.

Hierzu gehören vor allem durch das Einträufeln von

pflanzlichen Extrakten oder Lösungen hervorgerufene Verätzungen des Auges. Eine im nördlichen Westafrika verbreitete traditionelle Methode zur Entfernung eines Katarakt ist das *Couching*. Hierbei wird entweder mit Hilfe eines scharfen Instrumentes (z.B. dünner, langer Dorn) oder, auch ohne die Hornhaut zu perforieren, durch Massage die getrübte Linse in das Hintere des Auges zurückgestoßen. Diese Behandlungsmethode kann in manchen Fällen eine gewisse Verbesserung der Sehfähigkeit bewirken, allerdings führt sie in sehr vielen Fällen auch zu Verletzungen und Infektionen mit dem Resultat einer schwerwiegenden Schädigung und einer völligen, nicht mehr behandelbaren Sehschädigung. Die Gemeinde-Rehabilitationsarbeiter haben mit Blick auf die Problematik traditioneller Behandlungsmethoden die Aufgabe, auf die Schädlichkeit bestimmter Praktiken hinzuweisen und zu einer geeigneten Behandlung zu überweisen.

Fazit - Möglichkeiten und Grenzen von CBR hinsichtlich der Vorbeugung von Sehbehinderungen.

Im Rahmen dieses Artikels ist bisher vor allem auf die positiven Möglichkeiten, die sich einem CBR-Programm in der Vorbeugung von Behinderungen bieten, eingegangen worden. Eine Stärke dieser Arbeitsweise ist sicherlich, dass im Vergleich zu einem institutionellem Ansatz auch mit begrenzten Ressourcen eine relativ große Anzahl von Menschen erreicht werden, und dabei öffentliche Aufklärungsarbeit und Gesundheitserziehung mit konkreten Hilfsangeboten verbunden werden können. Bezüglich der Vorbeugung von Sehbehinderungen wurde immer wieder der fehlende Zugang zu augenmedizinischer Versorgung als ein Hauptproblem herausgestellt. Auch wenn im Rahmen unseres Projektes versucht wird, dem mit den genannten praktischen Angeboten zu begegnen, können diese sicherlich nur zum Teil den wirklichen Bedarf abdecken. CBR kann, besonders wenn sie wie in unserem Fall von der Struktur her dem Sozialdienst und nicht dem Gesundheitsdienst zugeordnet ist, nur in einem begrenzten Maße medizinische Hilfe leisten. Dabei ist vor allem zu bedenken, dass die Gemeinde-Rehabilitationsarbeiter keine formale augenmedizinische Ausbildung haben, die zu einer differenzierten Diagnostik und Behandlung befähigt. Sie sind zudem auch zeitlich begrenzt, da sie in einem alle Behinderungsarten umfassenden CBR-Projekt wie dem unseren, neben der Augenarbeit noch eine Fülle anderer wichtiger Aufgaben zu bewältigen haben. Ihre Rolle ist vielmehr die eines Bindegliedes zu den medizinischen Diensten mit der Zielsetzung, als

Ansprechpartner in den Gemeinden zur Verfügung zu stehen, Menschen mit Augenproblemen zu identifizieren und zur professionellen Behandlung zu überweisen. Für eine wirkungsvolle Verbesserung der Situation wäre die Ausweitung von grundlegenden augenmedizinischen Diensten besonders in den meist unterversorgten ländlichen Gebieten nötig, etwa durch regelmäßige mobile Augenkliniken. Aufgrund der schon besagten Struktur, aber auch fehlender materieller und personeller Ressourcen ist von der Seite unseres Projektes eine Ausweitung solcher Kliniken nicht möglich. Eine flächendeckende Versorgung müsste durch andere Anbieter von Gesundheitsdiensten, wie privaten, kirchlichen, vor allem aber staatlichen Stellen erfolgen. Hier fehlt leider häufig das Bewusstsein, die Initiative oder das Management, um mehr in dieser Richtung zu tun. CBR kann diesbezüglich die Aufgabe zuteil werden, für diese Situation zu sensibilisieren, Ideen zu vermitteln und in Zusammenarbeit mit solchen Stellen konkrete Projekte zu initiieren.

Seit einigen Jahren gibt es in Nigeria ein Nationales Komitee zur Blindheitsverhütung, in dem auch die CBM und andere in diesem Bereich tätige Nicht-Regierungs-Organisationen mitarbeiten und es besteht die Hoffnung, dass die dort erarbeiteten Konzepte sich auch praktisch in einer verbesserten augenmedizinischen Versorgung niederschlagen und eine positive Auswirkung auf die Prävention von Sehbehinderungen in Nigeria haben werden.

***Abstract:** Prevention of blindness is not only a medical problem to be undertaken by medical professionals. Effective prevention involves professionals on a wider basis. Alexander Eichberg explains the aspect of blindness prevention within the framework of a comprehensive community based rehabilitation-program and how prevention of blindness programmes can be integrated into CBR programmes.*

***Résumé:** La prévention de la cécité n'est pas uniquement un problème médical qui doit être pris en main par des experts médicaux. Une prévention efficace implique aussi des experts d'autres secteurs. Alexander Eichberg explique les aspects de la prévention de la cécité comme faisant partie d'un programme élargi de réhabilitation à base communautaire et indique comment ces programmes de prévention peuvent être intégrés dans des programmes RBC.*

Resumen: *Prevención de ceguera no es solamente un problema médico, manejado por profesionales médicos. La prevención efectiva recurre a expertos de diferentes áreas. Alexander Eichberg explica el aspecto de prevención como parte de un amplio programa de rehabilitación en base a la comunidad, y describe la manera, cómo la prevención de ceguera puede ser integrada en éstos programas.*

Alexander Eichberg, Jahrgang 1964, Dipl.-Heilpädagoge, arbeitet seit 1996 als Mitarbeiter der Christoffel Blindenmission in einem CBR-Projekt in Abuja, Nigeria.

Anschrift:

Alexander Eichberg / c/o Christoffel Blindenmission, / Nibelungenstr.124 /D-64625 Bensheim,

E-mail: Alexander_Eichberg@hotmail.com

Ernährungsbedingte Kinderblindheit, die Spitze eines Eisberges

Martin Frigg

Als Einzelursache ist Vitamin-A-Mangel immer noch der häufigste Grund für Kinderblindheit in Entwicklungsländern. Die Blindheit von Kindern ist aber nur die Spitze eines Eisberges. Vitamin-A-Mangel führt auch in leichter, sogenannt subklinischer Form zu Beeinträchtigungen der Gesundheit sowie einer erhöhten Anfälligkeit für Krankheiten, und die Kindersterblichkeit ist erheblich erhöht. Es wird geschätzt, dass weltweit 200 bis 300 Millionen Kinder im Vorschulalter mit Vitamin A unterversorgt sind. Drei Millionen zeigen klinische Mangelsymptome, und 250 000 bis 500 000 erblinden jährlich. Ein grosser Teil von ihnen stirbt innerhalb eines Jahres.

Einleitung

Dieses Thema umfasst Sehen und Leben im wörtlichen Sinne. Vitamin A ist notwendig für den Sehvorgang aber auch für die allgemeine Gesundheit, die auch eine normale Abwehr von Krankheiten einschliesst. Es ist immer wieder erstaunlich, dass das weltweite Problem des Vitamin A Mangels und der damit verbundenen ernährungsbedingten Kinderblindheit eigentlich wenig bekannt ist.

Vitamin A und andere Mikronährstoffe

Der Bericht der UNICEF zur Situation der Kinder in der Welt von 1998 war ganz dem Thema Ernährung und Gesundheit gewidmet, wobei das Problem der Mangelernährung aufgrund fehlender Mikronährstoffe, wie Eisen Jod und Vitamin A, im Vordergrund standen. In der Einleitung steht: "Mangelernährung bedeutet nicht, wie vielfach angenommen wird, dass die Nahrung nicht ausreicht. Auch ein Kind, das genug zu essen bekommt, um seinen akuten Hunger zu stillen, kann mangelernährt sein. Dreiviertel der Kinder, die infolge von Mangelernährung sterben, weisen auf den ersten

Blick keine äusseren Symptome auf" (Unicef 1997). Der Mangel an einzelnen Mikronährstoffen wie z.B. Jod oder Vitamin A kann nicht einfach mit allgemeiner Unterernährung gleichgesetzt werden, es ist notwendig, diesen Problemen besondere Beachtung zukommen zu lassen. Als Einzelursache ist Vitamin-A-Mangel immer noch der häufigste Grund für Kinderblindheit in Entwicklungsländern. Die Blindheit von Kindern ist aber nur die Spitze eines Eisberges. Vitamin-A-Mangel führt auch in leichter, sogenannt subklinischer Form zu Beeinträchtigungen der Gesundheit sowie einer erhöhten Anfälligkeit für Krankheiten, und die Kindersterblichkeit ist erheblich erhöht.

Die Folgen des Mangels

Es wird geschätzt, dass weltweit 200 bis 300 Millionen Kinder im Vorschulalter mit Vitamin A unterversorgt sind. Drei Millionen zeigen klinische Mangelsymptome, und 250 000 bis 500 000 erblinden jährlich. Ein grosser Teil von ihnen stirbt innerhalb eines Jahres. Daher reflektiert die Zahl der erblindeten Kinder nur beschränkt das eigentliche Ausmaß des Problems. Durch eine genügende

Ernährung mit Vitamin-A könnten bis zu 2,5 Millionen Todesfälle von Kindern vermieden werden (WHO 1995; McLaren and Frigg 1997).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Länder in verschiedene Kategorien eingeteilt: Länder mit klinischen Problemen, Länder mit schweren, mittleren oder leichten subklinischen Problemen sowie Länder ohne genügende Angaben, in denen Vitamin-A-Mangel-Probleme aber sehr wahrscheinlich sind (WHO 1995). Wenn man den aktuellen Stand mit früheren Karten vergleicht, scheint das Problem eher gravierender geworden zu sein. Dies ist aber im wesentlichen auf eine bessere Information zurückzuführen und darauf, dass der Vitamin-A-Mangel von vielen Regierungen auch ernst genommen wird.

Feldstudien haben gezeigt, dass Vitamin-A-Mangel durchweg mit einer bis zu 54% höheren Kindersterblichkeit in Zusammenhang steht. Durchschnittlich wurde mit der Vitamin-A-Verabreichung eine Reduktion der Kindersterblichkeit um 23% erreicht. In einer Population mit festgestellter Unterversorgung ist aber ein bedeutend höherer Einfluss zu erwarten. Ausserdem zeigen zahlreiche Studien, dass Vitamin-A-Mangel auch mit dem Schweregrad von Krankheiten wie Durchfall und Masern in Zusammenhang steht. Dabei muss festgestellt werden, dass in den meisten Fällen keine Mangelsymptome an den Augen gesehen werden können. Es ist daher auch verständlich, dass in den Kriterien der WHO (1996) zur Beurteilung der Bedeutung von klinischen Mangelsymptomen angegeben wird, dass ein bedeutendes Problem für eine Bevölkerungsgruppe vorliegt,

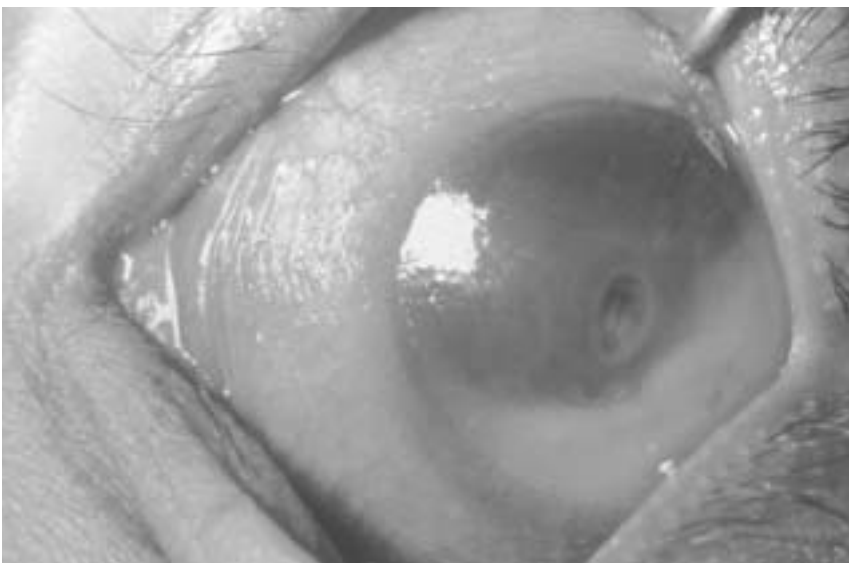


Abbildung 2: Als Folge von Vitamin-A-Mangel wird die Cornea getrübt, das Gewebe löst sich auf (Ulzeration, Keratomalazie) was zur Erblindung führt.

wenn ein Fall auf 10 000 mit schweren Augensymptomen von Vitamin-A-Mangel beobachtet wird.

Was ist denn dieses Vitamin-A eigentlich?

Vitamin A, mit dem chemischen Namen Retinol, ist eine Substanz, die mit der roten Farbe der Karotte, dem Beta-Carotin, verwandt ist. Retinol ist fettlöslich und kommt ausschliesslich in Nahrungsmitteln tierischer Herkunft vor, z.B. in grossen Mengen in der Leber und in geringeren Mengen in Fleisch, Eigelb, Milch und Milchprodukten. In Pflanzen kommen Vorstufen von Vitamin-A vor, sogenannte Provitamine-A, eben z.B. Beta-Carotin. Diese Substanzen gehören alle zur Gruppe der Carotinoide, die in grünen, gelben und roten Gemüsen und Früchten zu finden sind. Oft sind es gerade diese Substanzen, die den Früchten und Gemüsen die Farbe verleihen. Die wichtigste Substanz dieser Carotinoide ist das Beta-Carotin. Andere Carotinoide sind meist keine so guten Vitamin-A-Quellen oder zeigen gar keine Vitamin-A-Aktivität.

Vitamin-A hat eine komplexe Wirkungsweise auf die Funktion von Genen und greift dadurch in die Steuerung zahlreicher biologischer Funktionen ein. Vitamin A ist notwendig für die normale Funktion von Epithelien, die in allen Geweben des Körpers vorkommen. Ein solches Epithel ist auch die durchsichtige Hornhaut der Augen, die sogenannte Cornea. Eine völlig andere – und wahrscheinlich sogar besser bekannte Funktion von Vitamin-A – ist aber seine Beteiligung am Sehprozess in der Retina (der Netzhaut). Die durch Vitamin-A-Mangel bedingte Erblindung wird aber nicht durch einen Mangel an Vitamin-A in der Retina hervorgerufen, sondern durch Veränderungen in der Hornhaut, der Cornea. Diese Veränderungen nennt man Xerophthalmie, was nichts anderes heisst als Austrocknen des Auges.

Vitamin-A-Mangelsymptome

Xerophthalmie ist die einfachste klinische, oder eben äusserlich sichtbare, Manifestation des Vitamin-A-Mangels. Die Mangel-Symptome sind: Nachtblindheit; Trockene Augen (Xerosis der Conjunctiva); Bitot-Flecken (siehe Abbildung 1); Trübung der Cornea; Auflösung

des Gewebes (Ulzeration, Keratomalazie) (siehe Abbildung 2), was zur Erblindung führt.

Vitamin-A ist auch im Spiel, wenn bei Masern Kinder erblinden. Schon in einer Studie in England von 1932 wurde bei Verabreichung von Lebertran, der reich an Vitamin-A ist, eine 50%-Reduktion der Kindersterblichkeit bei Fällen von Masern beobachtet. Leider wurde diese Studie damals nicht beachtet. Sie wurde erst wiederentdeckt, als zwei neuere Studien diese Wirkung von Vitamin-A bestätigten.



Abbildung 1: Bitot-Flecken sind Zeichen von Vitamin-A-Mangel

Welches sind die Strategien zur Bekämpfung des Vitamin-A-Mangels ?

Grundsätzlich gibt es drei verschiedene Wege, das Problem anzugehen:

- Vitamin-A-Verabreichung (Supplementierung) meist in Form von Kapseln
- Zusatz von Vitamin-A zur Nahrung (Nahrungsmittelanreicherung)
- Verbesserung der Ernährung

Daneben gibt es auch zahlreiche indirekte Massnahmen, die zur Verbesserung beitragen können.

Vitamin-A-Verabreichung

Ist ein Problem erkannt worden, kann beispielsweise durch Verabreichung von Kapseln sofort Abhilfe geschaffen werden. Ein Kind bekommt eine Kapsel mit 200 000 Internationalen Einheiten (IE) Vitamin-A. Da das Vitamin-A in der Leber gespeichert wird, kann ein Kind durch eine einzige Kapsel 4 bis 6 Monate lang geschützt werden.

Zusatz von Vitamin-A zur Nahrung

In sogenannten industrialisierten Ländern ist die Nahrungsmittelanreicherung ein normaler Bestandteil der Qualitätssicherung. Bis heute haben sich in Entwicklungsländern nur wenige Nahrungsmittel für eine Supplementierung als geeignet erwiesen, so z.B. Zucker in Zentral- und Südamerika oder Margarine auf den Philippinen. Gegenwärtig werden auch andere Nahrungsmittel wie Weizen- und Maismehl auf ihre Tauglichkeit als Träger untersucht. Grosse Probleme sind die Gesetzgebung

sowie die praktische Durchführung und Überwachung.

Verbesserung der Ernährung

Dies bedeutet, dass eine Bevölkerung lernen muss, etwas an ihrem Verhalten oder ihren Gewohnheiten zu ändern. Man kann sich gut vorstellen, dass dies ein schwieriges und langwieriges Unterfangen sein kann. Mit vielen Gartenprojekten wurde bisher versucht, den Konsum von Gemüse und Früchten zu fördern. Es muss auch gesagt werden, dass durch solche Anstrengungen, wie dem Anbau von Gemüse, allgemeine Verbesserungen der Ernährung erzielt werden können, die weit über das Vitamin-A hinausgehen

Ausblick

Sogar die Weltbank hat das Problem des Vitamin-A-Mangels in ihre Berechnungen mit eingeschlossen. Aus diesen Berechnungen und aus einer Kosten-Nutzen-Analyse geht hervor, dass die Vitamin-A-Supplementierung eine der besten Massnahmen überhaupt ist, am billigsten und am wirksamsten.

Aus verschiedenen Ländern wird von einer Abnahme des Vitamin-A-Mangels berichtet, so z.B. aus Thailand und den Philippinen. Insbesondere scheinen die klinischen, eben die äusserlich sichtbaren Fälle abzunehmen, und es wird erwartet, dass diese Verbesserungen sich auch in den Statistiken niederschlagen werden. Es besteht aber auch die Gefahr, dass bei einem Verschwinden der Fälle mit Augensymptomen, das Problem ganz ignoriert wird.

Die Hauptanstrengungen konzentrieren sich heute vorwiegend auf die Vermeidung des subklinischen Vitamin-A-Mangels und dessen Auswirkungen auf

die Gesundheit, also auf den Mangel, den man äusserlich nicht sieht. Man kann feststellen, dass grosse Anstrengungen in die richtige Richtung unternommen werden. Zusammen mit zahlreichen internationalen und nationalen Organisationen laufen Bemühungen, das Problem zu lösen.

Literatur:

- Mc LAREN, D.S./FRIGG, M.: Sight and Life Manual on Vitamin A Deficiency Disorders (VADD), 1997
 UNICEF: Zur Situation der Kinder in der Welt 1998, Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt a.M. 1997
 WHO: Global prevalence of vitamin A deficiency, WHO/NUT/95.3, WHO, Geneva 1995
 WHO: Indicators for assessing vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes, WHO, Geneva 1996

***Abstract:** Deficiency in Vitamin A is the single most important cause of blindness in children in developing countries. Though blindness in children is only the tip of the iceberg. Deficiency of Vitamin A in a minor form, even sub-clinical, has a negative influence on the status of health and raises the potential for illness, and the morbidity is significantly increased. It is estimated that 200 to 300 million children world wide in pre-school age are under supplied with Vitamin A. Three million show clinical symptoms of deficiency, and 250,000 to 500,000 become blind each year. A large portion of these will die within one year.*

***Résumé:** Le manque de la vitamine A reste toujours la cause principale de la cécité des enfants dans les pays en voie de développement. La carence en vitamine A, même sous forme légère nuit à la santé et amène à une augmentation des cas de maladie et de mort précoce. On estime que, dans le monde entier, environ 200 à 300 millions d'enfants d'âge préscolaire ne reçoivent pas assez de vitamine A. Trois millions d'enfants ont des symptômes de manque clinique et entre 250 000 à 500 000 par an deviennent aveugles. Une grande partie parmi eux meurt au cours d'une année.*

***Resumen:** La carencia de vitamina A sigue siendo la mayor causa singular de ceguera de niños en países en vías de desarrollo y origina además otras formas más leves, así llamadas subclínicas, de trastornos de salud. Esta carencia es responsable también para una predisposición más alta a enfermedades y aumenta gravemente la mortalidad infantil. Se calcula, que 200 a 300 millones de niños en el mundo sufren una carencia de vitamina A, tres millones muestran síntomas clínicos y entre 250.000 y 500.000 al año pierden la vista. Una gran parte de ellos muere durante el primer año de vida.*

Dr. Martin Frigg ist Biologe und hat viele Jahre bei Roche in der Vitaminforschung gearbeitet, bevor er die Geschäftsführung von SEHEN UND LEBEN, einer humanitären Initiative von Roche, zur Bekämpfung des Vitamin-A-Mangels übernommen hat.

Anschrift:

Dr. Martin Frigg / Arbeitsgruppe Sehen und Leben /
 Postfach 2116 / CH - 4002 Basel / Tel.: 061- 6912253,
 061- 6887494 / Fax: 061- 6881910 / E-mail:
 martin.frigg@roche.com

Training for Primary Ear Care in a Developing Country

Piet van Hasselt

One of the main causes of deafness in developing countries is acute otitis media. In this article Dr. Piet van Hasselt shows how with relatively simple equipment and training of primary health care workers this can be prevented or treated in its early stages. He explains how such prevention must be bedded in a community structure to be effective and the knowledge levels required for various levels of community professionals.

Acute otitis media will resolve spontaneously without treatment in the majority of cases, but too often a neglected acute otitis media will lead to a chronic suppurative otitis media. We want to prevent the rupturing of a bulging ear drum from the pressure of the pus in the middle ear, resulting in a chronic ear discharge with an increasing damage to the ear drum and middle ear and subsequent hearing impairment. Chronic suppurative otitis media is the commonest cause of hearing impairment in Africa. This is just one example of an ear condition, that can very well be prevented at the Primary Health Care level. In many instances also other serious ear diseases, complications and deafness can be prevented by adequate Primary Ear Care. Prevention of deafness and hearing impairment will have the greatest impact at the Primary Health Care level. The reality is, that in developing countries, ear and hearing problems have a low priority and are often neglected, not only because of insufficient manpower, facilities and medicines, but also because of insufficient knowledge and skills.

Cadres to be trained in Primary Ear Care

There are two groups, that need training in Primary Ear Care, namely community health workers and Primary Health Care professionals. Each of these groups have their own specific tasks and training objectives.

Community Health Workers

In urban areas patients generally will find their way to medical care in clinics and hospitals. This situation is different in rural and isolated areas, where access to primary medical care is very limited and sometimes non-existent. Patients might even not expect any help, while nothing ever has been done to do something about their ear and hearing problems. In these areas community-based health workers like Family Welfare Educators (FWE's), Health Surveillance Assistants and field-workers of Community-Based-Rehabilitation Programmes can play a significant role in community-based Primary Ear Care. The FWE cadre in Botswana was establis-

Dieser Artikel ist bereits in NU (News on Health Care in Developing Countries) 1/1998 erschienen.

hed around 1968. They are community-based health workers, who play an educational role in promoting health and preventing diseases as well as encouraging people to utilise the available services. They identify, refer and follow-up their patients. They give emergency first aid treatment, but do not perform other medical procedures as giving injections and medicines and changing dressings. The aim is to have one FWE to 500 people. Currently 85% of the required posts is filled. The educational requirements to be admitted to the training is a Junior Certificate (equivalent with 3 years secondary school). They are selected from the community they come from. In the curriculum is a one day seminar on the basics of Primary Ear Care given by the Ear-Nose-Throat-surgeon (ENT) and teachers for the deaf. The learning objectives are the following.

Learning objectives of community health workers:

- Causes of deafness and hearing impairment. Risk factors. Preventive measures.
- Identification of patients with ear and hearing problems, in particular early detection of deafness, recognition of acute otitis media, chronic ear discharge and possible complications of ear infections, on the basis of a few objective signs.
- When to refer to Primary Health Care institutions.
- Follow-up of patients and monitoring of treatment compliance.
- Basics of parental guidance of parents and community with deaf children. In case a FWE has a deaf child in her community she will receive an additional training in communication, including essential sign-language.
- Instillation of ear drops and dry-mopping/wicking.
- Education of the community on general, nasal and ear hygiene, deafness and hearing impairment.

Para-medical Primary Health Care Professionals

In developing countries the lack of doctors makes it necessary, that at the Primary Health Care level most general patients are seen and treated by para-medical cadres as nurses, nurse-practitioners, medi-

cal assistants and clinical officers. These Primary Health Care professionals need to be trained in Primary Ear Care. With adequate knowledge and skills, they will be able to contribute tremendously to the prevention of deafness and hearing impairment, especially in the developing child, not only by medical work, but also by health education of the public.

In Botswana the Family-Nurse-Practitioners and enrolled nurses in the upgrading course for General Nurse have a three day course on common ENT problems with a practical training in otoscopy and ear-cleaning, as well as in examination of the nose, throat and neck. Primary Ear Care is incorporated in this course. The course is given by the ENT-surgeon. Planned is a training course for nurse-tutors.

A syllabus or lecture notes and tools, like otoscopes, tongue depressors and ear syringes for training of the practical skills, need to be made available to the students. Students can practice upon each other, but also patient-demonstrations are part of the course.

Learning objectives of Primary Health Care Professionals:

- Basic knowledge of the structure and function of the ear, as far as this is relevant for the clinical practice.
- Causes of deafness and hearing impairment. Risk factors. Preventive measures.
- History taking and interpretation of signs and symptoms.
- Inspection of the pinna, ear canal and ear drum with the head-light and otoscope. The otoscope is an indispensable instrument for examination of the ear drum. Without an otoscopical examination the diagnosis of middle ear disease will be guesswork.
- Diagnosis of common ear conditions as earwax, foreign bodies, external otitis, acute otitis media, chronic suppurative otitis media, eardrum perforations. Many ears have to be otoscopically examined before one gets confident in making the right diagnosis.
- Recognising danger signs, which might indicate a complication of middle ear disease like mastoiditis, facial nerve paralysis, labyrinthitis and intra-cranial complications as meningitis and abscesses.
- Referral strategies.
- Recognising upper respiratory tract conditions as rhinitis, sinusitis, adenoids, tonsillitis and enlarged neck glands. ENT manifestations of HIV infection.

- Hearing screening by means of a questionnaire and voice. The questionnaire is particularly useful in infants and small children and concerns the observations of the mother, the reactions of the child to sounds and the speech development. Older children and adults can be tested with the voice.
- Removal of wax and foreign bodies by syringing.
- Conservative treatment of uncomplicated otitis externa, acute and chronic otitis media:
 - dry-mopping or wicking
 - instilling ear drops and applying ointment in the ear canal
 - prescribing ear drops and antibiotics.
- Ear and hearing health education of the patients, parents, teachers and community-based health-workers. This applies, amongst others, to general hygiene, nasal and ear hygiene, ear toilet, the application of ear drops, risk factors of deafness and hearing impairment, identification of ear and hearing problems, ways of referral and follow-up.

Advanced Primary Ear Care.

In Primary Ear Care no manipulation is done with instrument like hooks, suction tubes and forceps. Additional practical training is required to get the skills to manipulate safely in the ear canal and middle ear. This is advanced ear care, which can also be fitted within the Primary Health Care and doesn't necessarily require a secondary health institution with an ENT department. This type of ear care can even be successfully practised in the field as it is done in the *Prevention of Deafness and Hearing Impairment Programme of Christoffel Blindenmission (CBM)* and the Malawi Counsel for the Handicapped (MACOHA) in Malawi.

In the National Development Plan (NDP-8) of Botswana there are two positions for ENT-nurse, one for each referral hospital. These positions are not yet filled. It is interesting to compare this figure with that of Ophthalmic Nurses. In the NDP-8 not less than 99 Ophthalmic Nurses are needed. Currently already 52 positions are filled. This gives an indication of priorities. The training curriculum for ENT nurses is however in preparation. An international standard should be aimed for. In some countries such a training already exists (e.g. Kenya and South Africa). In the opinion of the author it seems useful to set up the training in Advanced Ear Care as part of the training for general ENT-nurse then train exclusively for Ear Nurse. At the moment there are three in Advanced Ear Care specialised nurses working at the ear clinic in Ramotswa. They have been trained in the form of an apprenticeship,

without a formal course. It takes about three months and a few thousand ears to get sufficient and confidence in otoscopy for this level of ear care.

Additional learning objectives for Advanced Primary Ear Care:

- To manipulate safely within the ear canal and middle ear with fine hooks, micro-forceps and suction canules for cleaning out the ears under direct vision with the head-light. Learning to perform a myringotomy might be an option.
- Screening audiometry with noise-makers and screening audiometer, tuning fork tests.
- Diagnosis of otitis media with effusion, retraction pockets, cholesteatoma, middle ear atelectasis.
- Making appropriate notes and drawings of the otoscopical findings on the patient's card. History, examination result, diagnosis and treatment are noted. The size and the location of the perforation and other otoscopical findings as bulging of the ear drum, middle ear effusion, granulations, polyps, ear drum retractions and cholesteatoma are presented in a simple, schematic drawing.

Any training course constitutes naturally only the starting point from which experience can be gained in the daily practice. In practice one learns every day. It is of great importance to follow-up the patients, keep track of the treatment results and have regular contact with the community health workers. Discussing cases with colleagues is helpful and stimulating. The quickest way to gain experience is taking part in an ear camp or doing an apprenticeship at an Ear or ENT Clinic, where in a short time many patients are seen and treated.

Literature

- BASTOS, I.: Ear Diseases and Hearing Loss. A manual for nurses, Malmö 1993
 PRESCOTT, C.: Primary Ear Care. A training manual for primary health care workers, Cape Town 1966
 PRANSANSUK, S.: Primary Ear and Hearing Care, Bangkok 1997
 VAN HASSELT, P.: Primary and Advanced Ear Care, Gaborone 1998

***Abstract:** One of the main causes of deafness in developing countries is acute otitis media. In this article Dr. Piet van Hasselt shows how with relatively simple equipment and training of primary health care workers this can be prevented or treated in its early stages. He explains how such prevention must be bedded in a community structure to be effective and the knowledge levels required for various levels of community professionals.*

***Résumé:** Une des causes principales de la surdité dans des pays en voie de développement est l'otitis media. Dans son article Dr. Piet van Hasselt montre comment on peut former des agents de santé de base pour utiliser des simple outils de pr vention et de soin dans des phases précoces de la maladie. Il explique comment cette pr vention doit être insérée dans les structures de la communauté pour être efficace et quels niveaux de connaissances sont nécessaires pour de différents experts dans la communauté*

***Resumen:** Una de las causas principales de sordera en países en vías de desarrollo es la otitis aguda. En este artículo Dr. Piet van Hasselt explica, cómo se puede prevenir o curar esta enfermedad en su fase temprana con un equipamiento relativamente simple y con promotores de salud sencillamente formados. Describe, cómo la prevención tiene que ser colocada en la estructura de la comunidad para ser efectiva, y así como también, que grado de conocimiento los especialistas locales de los diferentes niveles necesitan.*

Dr. Piet van Hasselt (1944), Hals-Nasen-Ohrenarzt aus den Niederlanden, arbeitet in einem Pr ventionsprogramm zur Vermeidung von Geh rlosigkeit und Schwerh rigkeit der Christoffel-Blindenmission in Botswana und Malawi. Der Schwerpunkt des Programmes liegt in der Pr vention von H rsch digungen durch chronische Mittelohrentz ndung in der prim ren Gesundheitsversorgung.

Anschrift:

Dr. Piet van Hasselt / Ear Clinic / Bamalete Lutheran Hospital / P.O. Box V6 / Ramotswa / Botswana / Fax: +267-390826 /

E-mail: pvhasselt@info.bw

Setting up Audiology Services in Developing Countries

Clare Litzke

For most situations in developing countries there are technological solutions which are already available. The challenge is the development of appropriate technologies and the necessary skills transfer for their implementation. Clare Litzke, based on her wide experience, outlines minimum levels of technology necessary which can be transferred with the necessary skills to enable those with a hearing deficiency to benefit from available audiology equipment.

As an audiologist I have visited numerous projects, schools and centres for the deaf and hard of hearing over the past few years. Sadly I have to report that very few have succeeded in setting up good audiology services.

Present situation and the problems involved

Donors and development agencies are often under the impression that by giving a few second hand hearing aids the problems of hearing impairment can easily be solved. Does it not occur to them that in order for a hearing aid to work it needs batteries? Many types of hearing aids need specialised batteries that are very expensive or not available in local shops. In addition to the hearing aid itself an earmould is needed to attach the aid to the ear. Ears are not all the same shape so one earmould will not fit all. They need to be made individually. Similarly, no two people have exactly the same hearing loss so each hearing aid has to be individually prescribed. No one would think of handing out spectacles to people without prescription according to an eye test but this is exactly what happens with hearing aids. They are given to schools, centres or individuals without any hearing assessment being carried out. Again, using the comparison with vision, spectacles are not difficult to use. Hopefully the client puts them on and they can see more clearly. Hearing aids are a little more complex. The client has to be taught how to use them and results are not instantaneous. Hearing aids do not restore normal hearing so the client has to learn how to use the new sounds that they can hear. It all takes time and effort.

The same applies for audiology equipment such as audiometers, speech trainers and group hearing aids. These are donated to projects in developing countries in the belief that they will be helpful. It is forgotten that someone needs to be taught how to use them. Consideration is not given to training a technician in repair and maintenance and obtaining spare parts.

Therefore, it is not surprising that so many of these items end up unused in cupboards and storerooms. I have seen exactly this in so many schools in Africa. Thousands of dollars worth of hearing aids and equipment lying idle simply because there was no audiologist, no batteries available, no one to make earmoulds, no spare parts or repair technician.

What are the solutions?

Setting up an audiology service is not something that should be taken lightly. There is a lot of expense involved. Highly trained personnel are required and it takes time to establish a well co-ordinated service. Outlined below are the different sections that need to be developed if audiology and the provision of hearing aids are to be successful.

Regional Audiology Centre

The aim of this centre is to provide comprehensive diagnostic and rehabilitative audiology services for adults and children. It is not possible to set up everything simultaneously. The centre may start in a small way as a community based audiology clinic, providing basic hearing assessments for older children and adults. As facilities and personnel expand services can be increased to include younger children and those who are more difficult to test due to additional handicaps. As the centre becomes more established it can also serve as a training and resource centre for audiology.

This centre should be located within an appropriate hospital, school or university. Ideally the regional audiology centre should be on the same site as the earmould laboratory, the hearing aid repair laboratory and the hearing aid supplies. Only one or two test rooms will be required but these should be fully soundproofed to provide accurate testing conditions. This centre requires the most sophisticated and expensive equipment - such as a clinical audiometer, middle ear analyser and hearing aid test box. As services are expanded to include younger children further equipment is required. Ultimately, this centre could provide facilities for vestibular (balance) assessments and the screening and testing of infants

Dieser Artikel ist bereits in NU (News on Health Care in Developing Countries) 1/1998 erschienen.

and multiply-handicapped clients.

In terms of staff, it will need a fully qualified and experienced audiologist who is capable of managing an efficient service as well as training more audiology technicians. As audiology is so rare in developing countries, word soon spreads and clinical services quickly become overloaded. When this occurs it is time to develop audiology at a community level. This can commence as mobile services (i.e. one person travelling each day to a different centre with portable equipment) and as demand increases and local staff are trained a more permanent clinic can be set up under the supervision of the regional audiology centre.

Community Audiology Clinics

The aim of the community audiology clinics is to prevent overloading at the regional audiology centre, to provide basic audiology services at a local level, and increase awareness and knowledge within the community. The clinics can be located at a local health centre, CBR centre or school. Portable equipment can be brought from the regional audiology centre so it is not necessary for each clinic to purchase its own. All that is required is a relatively quiet room located away from outside noise. There are still some companies making battery powered equipment so in rural areas it is possible to set up a mobile clinic in the middle of a field, under the shade of a tree (which is probably much quieter than one of the local school classrooms).

These clinics can be run by local health /CBR workers under the supervision of an audiologist. These staff should have received at least three months full time equivalent training at the regional audiology centre.

It is at these clinics that an audiologist can have the most effect. Here in Jordan the audiology held at the CBR centres have proved very successful. Awareness about hearing problems has increased dramatically and the age of diagnosis of severe and profound sensorineural hearing loss has become noticeably lower. It has also taken away a lot of the mystery about audiology, a word that many people have never heard of, let alone understand.

Earmould Laboratory

Obtaining good quality earmoulds appears to be a real stumbling block in many developing countries. However, there is no good reason why this should be so. Most of the materials used are similar to those used by dental technicians and as such avail-

able in larger towns and cities. Some of the equipment is specialised but once purchased will last a lifetime. What is lacking in most places is adequate training and professional support, rather than the equipment and materials.

Here in Jordan, we have a well established earmould laboratory that is staffed entirely by deaf people. It is an ideal employment opportunity for the deaf and a way that they can be involved in providing audiology for the deaf community. Another advantage is that they are not bothered by the noise of the drills!

Again, in most areas, the earmould laboratory needs to be centralised. However, if transportation is difficult or distances great, then a portable earmould laboratory could be used. It is possible to make a well fitting earmould with a minimal amount of equipment and without electricity. The methods used will depend on the number of earmoulds required and the level of technology of the country.

Hearing Aid Supplies

Most developing countries still have to rely on the developed world for their hearing aids. There are very few regions where hearing aids are made locally. Manufacturers are slowly beginning to realise that there is a huge untapped market in the developing world. As yet none of them have successfully designed ideal hearing aids (i.e. low cost, low maintenance, reliable and able to withstand extreme climatic conditions). All too often, the older models that are no longer profitable are offered to the developing countries with the attitude that something is better than nothing. Instead, manufacturers should focus on designing more appropriate hearing aids and we as audiologists, teachers, and parents should be giving feedback on the type of device that is required.

As with many electronic devices, each make of hearing aid is slightly different in design and spare parts are not standardised. It is advisable for each audiology centre to select only one or two companies and stock a limited range of their hearing aids. Six or seven different models can cover all possible types of hearing loss. This makes the administration, prescription and repairs much more straight forward.

Hearing Aid Repair Laboratory

In most cases it is not practical to send a hearing aid back to the manufacturer for repair. The costs involved are too high and postal services are unreliable. Therefore, repairs need to be carried out locally.

It is more practical to establish a hearing aid repair laboratory in the Regional Audiology Centre. In cooperation with the hearing aid suppliers, it is possible to keep a stock of spare parts and train an electronics technician in the repair of hearing aids.

In this section, the equipment is also expensive and sophisticated (i.e. a hearing aid test box and a microscope) but the running costs are relatively low. Few tools and materials are needed and spare parts for the hearing aids must be shipped from the manufacturer. Many centres claim to be able to repair any make or model of hearing aid but it is not possible to stock such a large range of spare. Hence the reason for supplying only a limited selection of hearing aids.

Administration

In order for all the above sections to work together, there must be a good administrative system. Accurate records need to be kept in all departments along with accounts and stock records. The number of staff in this area will depend on the size of the service. They must all have good interpersonal skills, knowledge of book keeping and basic accounts, in addition to being well organised and accurate in their work.

Conclusion

Audiology is now a well established and respected profession in many of regions of the world. However, the majority of deaf and hard of hearing people live in developing countries without any access to audiology services. Policy and decision makers should be aware that audiology is a vital link between medical and educational services for the deaf and hard of hearing.

Zusammenfassung: Für die meisten Situationen in Entwicklungsländern gibt es technische Lösungen, die bereits erhältlich sind. Die Herausforderung liegt in der Entwicklung von angemessenen Technologien und der notwendigen Weitergabe von Wissen für deren Einführung. Clare Litzke gibt einen auf ihrer grossen Erfahrung basierenden Überblick über die minimal benötigte Technologie, die zusammen mit dem notwendigen Wissen hörbehinderten Menschen ermöglicht, von verfügbaren audiologischen Geräten zu profitieren.

Résumé: Pour la plupart des situations dans des pays en voie de développement existent des solutions techniques déjà disponibles. Le challenge réside dans le développement des techniques appropriées qui peuvent être enseignées et implémentées. Basé sur sa vaste expérience, Clare Litzke décrit le cadre de technologie minime qui ensemble avec les connaissances de base est nécessaire pour permettre aux personnes avec une déficience auditive de profiter des prothèses auditives.

Resumen: Para la gran mayoría de las situaciones en países en vías de desarrollo ya existen tecnologías disponibles. El desafío se encuentra en el desarrollo de tecnologías adecuadas y la entrega de conocimiento para su implementación. En base a sus grandes experiencias, Clare Litzke presenta un panorama de tecnología y conocimiento necesario mínimo, que hace posible que personas con discapacidad auditiva puedan aprovechar de aparatos auditivos disponibles.

Clare Litzke ist seit 1991 am Aufbau von audiologischen Strukturen und in der Ausbildung von HörakustikerInnen in Entwicklungsländern beteiligt. In den letzten vier Jahren hat sie für die Christoffel-Blindenmission im Holyland Institute for the Deaf in Salt, Jordanien gearbeitet.

Anschrift:

Clare Litzke / Farnweg 11 / D-21423 Winsen / Luhe,
E-mail: clarelitzke@usa.net

The Causes of Hearing Handicap amongst Togolese Children

Boko, Norbert E. / Gnansa, P.

In the development of strategies to prevent deafness, one of the greatest problems is the lack of adequate basic field knowledge on the causes of deafness. This is a retrospective study carried out on 577 children, aged between 0 and 15, suffering from deafness at different degrees. The main objective is to determine the causes of the deafness. At the end of the study it stands out that congenital causes come first with 24.20%. In a decreasing order we observe the following : otitis (14.37%), obstructions of the external auditory canal (12.82%), infectious, parasitic and viral diseases (11.79%), rhinitis (6.62%), neonatal causes (3%) and other causes (1.97%) among which we find sickle cell disease, thyroiditis and spongy ear. From this study it stands out that majority of the causes of deafness among Togolese children can be prevented with a good personal hygiene and awareness campaign.

Introduction

Today deafness constitutes a common disability in our region. When it occurs early in infancy, it brings about language acquisition disorder and as a result there is a problem at the level of language learning. Deafness causes a serious misfortune for it signifies the loss of lively stimulus of sound, of the voice which conveys the speech that releases thoughts and which allows us to live in the intellectual company of people. The exclusion [1] from social circles and the psycho-intellectual perturbations provoked by the auditory damage unquestionably constitute a real handicap.

Studies concerning the causes of deafness among children have been conducted in other countries. This is why the objective of the authors is to try to find out the causes of deafness among African and more precisely Togolese children in order to put into place preventive measures which have really proved to be only effective measures.

Methodology

This is a retrospective study conducted at the Ear-Nose-Throat (ENT) and the Cervicofacial Surgery Department of Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lomé (Lomé University Teaching Hospital) on 577 children examined for any problem of deafness.

Results

Breakdown by sex

Among these 577 children we observed a slight male predominance with 332 boys (57.54%) against girls (42.46%).

Breakdown by age groups

The children aged between 11 and 15 are the largest group with 42.29% (n = 244). This proves that the diagnosis of deafness in our country is quite late. The

children between 0 and 5 follow with 30.33% (n = 175) and the children from 6 to 10 with 27.38% (n = 158). This late diagnosis is due to parents' lack of information. They really become aware of the problem only when their children start school.

Breakdown by affected ear

Almost the same proportion of the two ears were affected. 89 cases (15.42%) for the right ear, 98 cases (16.98%) for the left ear. The two ears simultaneously affected in most cases, that is 67.60% (n = 390). These findings have brought 967 cases of pathological ears to be analyzed separately because one single child can have two different causes at the level of his/her two ears.

Condition of the tympanum or ear drum under otoscopic examination

Under otoscopic examination 49 ear drums (5.07%) were perforated; 104 ear drums (10.75%) were inflammatory; 217 ear drums (22.44%) were the seat of seromucous otitis. With 295 children (30.50%) the ear drum presented a normal aspect. In one third of the causes, that is 31.24% (n=302), the conditions of ear drums were not specified under the otoscopic examination.

Types of deafness

We observed three types of deafness. Deafness perception or nerve deafness due to the affected sensorial organ of audition: 535 cases, that is 55.32%. Deafness conduction due to the affected external ear and/or the middle ear: 280 cases, that is 28.96%. Finally mixed deafness due to the affected external ear and/or middle ear and the sensorial part of audition: 114 cases, that is 11.79%. With 38 children that is 3.93%, the type of deafness was not specified.

Degree of deafness

The severity of the affected auditory organ is classified into five degrees.

- i. Loss of audition inferior to 20 decibels : normal audition.
- ii. Loss of audition going from 20 to 39 decibels : little deafness : 433 cases (44.77%).
- iii. Loss of audition going from 40 to 69 decibels : medium deafness : 93 cases (9.64%).
- iv. Loss of audition going from 70 to 89 decibels : severe deafness : 39 cases (3.99%).
- v. Loss of audition going from 90 to 99 decibels : profound deafness : 43 cases (4.43%).
- vi. When the loss of audition is superior or equal to 100 decibels, this is cophose. We observed 246 cases, that is 25.45%.
With 113 children, that is 11.72%, the degree of deafness was not specified.

Etiologies of Deafness

From the preceding Table I it can be observed that congenital causes are far ahead with 234 cases (24.20%). These causes are worsened by marriages between blood relations, the taking of certain drugs or supervision of certain diseases during pregnancy. In addition to that antenatal consultations are not regularly followed. The middle ear otitis comes second with 139 cases (14.37%). This high rate is explained by negligence of parents when a child has a running ear. The obstructions of the external auditory canal are responsible for deafness in 124 cases (12.82). This is the narrowing of the canal which is often secondary to external otitis not well treated, to polyps or to untimely manipulation of the canal for foreign bodies or epidermal caps. The infectious diseases represent 114 cases, that is 11.79%. These are meningitis, neuropaludism, mumps, measles, varicella and toxoplasmosis. Generally rhinitis leads to transitory deafness with the dysfunction of the Eustachian tube. Deafness becomes permanent when the diagnosis of the seromucous otitis which follows is not quickly made and properly treated (64 cases, that is 6.62%).

Etiologies	Number of cases	Percentage
Congenital	234	24.20
Middle ear otitis	139	14.37
Obstructions of the external auditory canal	124	12.82
Infectious, parasitic and viral diseases	114	11.79
Rhinitis	64	6.62
Neonatal	29	3.00
Other etiologies	19	1.97
Undiscovered etiologies	244	25.23
Total	967	100

Table I: Main Etiologies of deafness found by our study

The problem of neonatal deafness poses when one has the notion of fetal pains at childbirth, of postnatal resuscitation, of prematurity and of obstetric traumatism. This represents 3% (29 cases). Among the other etiologies (19 cases : 1.97%), one can find sickle cell disease, spongy ear and thyroiditis. In a quarter of the cases, that is 25.23%, no other cause leading to deafness was found.

Discussion

The literature concerning hearing handicaps related to the perinatal period reports that there is a high rate of auditory deficiency among children who weigh very little at birth [2]. Male predominance (64.71%) and bilateralism of affected auditory organs (84.55%) have been found by other authors (Haaby [3]). The analysis of the audiometric data shows a high proportion of deafness perception or nerve deafness in our study (55%). Haaby [3] finds a higher proportion of deafness perception (64.71%). The diagnosis of deafness poses a serious problem especially when this is deafness perception and especially when one knows the shortage of equipment in our medical services. Thus 25.23% of the cases remain without etiologies. Haaby [3] estimates this proportion at 29.41%. Tre Kouko [4] finds 20.66% of deafness without etiologies. Deafness among children assumes particular seriousness. It realizes a heavy handicap at the age when learning, acquisition, speech development and schooling take place.

The early diagnosis of any auditory defect among children seems to be a pressing rule if we want to give children every chance. A higher frequency of congenital deafness has been found by other authors. Ben Arab [5]: 48.29% in Tunisia. Tre Kouko [4] found a rate of neonatal deafness almost identical to ours; 2.62% against 3% in our study. Haaby [3] found a lesser rate of postotitic deafness (8.82%) in Dakar against 14.37% in our study. The parasitic, bacterial and viral infections can lead to partial or total deafnes and often to deafness perception with the internal ear being affected. Most of these infections are tropical diseases [6] such as paludism and particulary neuropaludism, meningitis, mumps, varicela, measles and toxoplasmosis.

Conclusion

After going through the causes of hearing handicap with Togolese children we have seen that the main causes can be avoided if the following measures are taken:

1. Elimination of marriages between blood relations which are encouraged at times in certain ethnic groups in Togo.
2. Prenatal consultation and proper supervision of pregnant women. This will help them to avoid, by virtue of their ignorance, fetal and embryologic toxic drugs. Certain affections will therefore be discovered and curative measures will be taken to avoid the congenital malformation of the baby.
3. Raising parents' awareness and especially that of mothers so that they can consult a health in the face of any fever and especially when the child has a running ear.
4. Popularization of antipaludal prevention among children and especially of vaccination.
5. Advising mothers to give birth at the appropriate health centres in order to reduce the rate of neonatal suffering.
6. Finally, providing our health services with high-performance means of diagnosis in order to reduce the rate of deafness of which the etiologies have not been detected by the standard methods of investigation.

All these measures are technically possible in our country. A little awareness, a minimum of goodwill and some financial means are enough for us to achieve our objective.

Literature:

1. PIALOUX, P.: La psychologie du sourd. Soins, Tome 26, N°5, mars 1981, S. 31-32
2. LACOUR, B./CEECHI, TR./FRESSION, J./ANDRÈ, M./BEAUDAU, V./VERT, P.: Handicaps et périnatalité. Pathologie périnatale et déficiences graves. Archives de Pédiatrie, N°2, Paris 1995, S. 117-128
3. HAABY, ES: Les surdités en milieu tropical. A propos de 136 observations de la clinique ORL de Dakar. Thèse de Médecine, N°61, 1982
4. TRE KOUKO, J.: Contribution à l'étude de la surditité en Côte d'Ivoire. Thèse de Médecine, 1979-1980, N°240.
5. BEN ARAB, S./PETIT, C./BELKAHIA, A.: Etude épidémiologique, génétique et moléculaire de la surdité de perception récessive avec localisation d'un gène. Les cahiers d'ORL 1994, N°29, S. 237-242
6. STERKERS, O.: Surdité: orientation diagnostique. Revue du praticien, 1992 N°7, 42, S. 915-919

Zusammenfassung: *Eines der grössten Probleme in der Entwicklung von Strategien zur Verhütung von Gehörlosigkeit ist der Mangel an angemessenem Grundwissen über die Ursachen von Gehörlosigkeit. Dies ist eine retrospektive Studie, welche an 557 Kindern zwi-*

schen 0 und 15 Jahren mit Hörbehinderungen in verschiedenen Ausmaßen durchgeführt wurde. Das Hauptziel ist, die Gründe von Gehörlosigkeit zu ermitteln. Am Ende der Studie ist es offensichtlich, dass der Hauptgrund, mit 24.20 % angeborene Hörbehinderungen sind. In absteigender Reihenfolge finden wir dann die folgenden Gründe: Ohrenentzündung (14.37 %), Obstruktionen des externen Gehörgangs (12.82 %), Infektionen, parasitäre oder viruelle Krankheiten (11.79%), Rhinitis (6.62%), neonatale Ursachen (3%) und andere Gründe (1.97%). Aufgrund dieser Studie zeigt sich, dass die Mehrheit der Ursachen von Gehörlosigkeit bei Kindern in Togo mit guter persönlichen Hygiene und einer Aufklärungskampagne vermieden werden könnten.

Résumé: *Un des plus grands problèmes des stratégies pour la prévention de la surdité est le manque de connaissance des causes de la surdité sur le terrain. Dans une étude rétrospective incorporant 577 enfants âgés de 0 à 15 ans nous avons essayé de déterminer les causes de la surdité de différents degrés. L'étude montre que les causes congénitales sont au premier rang avec 24.20% des cas, suivis par des otites (14,37%), obstructions dans le canal auditif extérieur (12,82%), infections, parasitoses et maladies à virus (11,79%), rhinitis (6,62%), causes néonatales (3%) et d'autres causes (1,97%). Selon cette étude la plupart des causes de la surdité au Togo puissent être évitées chez les enfants grâce à une bonne hygiène personnelle et des campagnes de sensibilisation.*

Resumen: *Uno de los problemas más grandes en el desarrollo de estrategias para la prevención de sordera es la falta del conocimiento básico sobre sus causas. El autor presenta los resultados de su investigación retrospectiva, que fue realizada en Togo con 557 niños entre 0 y 15 años con discapacidad auditiva en diferentes grados, y que ha tenido el objetivo de reconstruir las causas de sordera: La causa principal es congénita (24.20 %), después se encuentra las causas siguientes: otitis (14.37 %), obstrucciones del canal auditivo externo (12.82 %), infecciones, parásitos y enfermedades virales (11.79 %), rinitis (6.62 %), causas neonatales (3 %) y otras (1.97 %). La investigación demuestra, que la mayoría de las causas de sordera pueden ser prevenidas a través de una buena higiene personal y campañas educativas.*

Dr. Norbert E. Boko ist Otolaryngologe und Leiter der HNO-Abteilung der Universitätsklinik in Lomé/Togo sowie fachärztlicher Berater der Schule für Hörgeschädigte und Vorsitzender der *World Deaf Children Association* in Togo.

P. Gnansa studiert Medizin und ist Trainee in der HNO-Abteilung der Universitätsklinik in Lomé.

Anschrift:

Dr Boko Essohanam, B.P. 30006 Lomé Togo, Tél. Bur. 257768, Dom.251825, Fax. Bur. 251768,

E-mail. essoboko@tg.refer.org

Bericht des entwicklungspolitischen Symposiums *Kinder mit Behinderungen im Schatten der Kinderrechtskonvention*



TeilnehmerInnen der Podiumsdiskussion (von links nach rechts) Gisa Paul-Mechel, Michael Spautz, Ulrich Kelber, Inge Altemeier

Kinder mit Behinderungen standen im Mittelpunkt des 14. Symposiums der Bundesarbeitsgemeinschaft Behinderung und Dritte Welt, das vom 27. - 29. Oktober 2000 im Gustav-Stresemann-Institut in Bonn stattgefunden hat. Dieses wurde von einem großen Trägerkreis vorbereitet und durchgeführt, dem die folgenden Organisationen angehörten: Gustav-Stresemann-Institut e.V., Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V., Christoffel-Blindenmission e.V., Kindernothilfe e.V., AK Frauen und Kinder mit Behinderung in Ländern der sog. Dritten Welt an der Universität Würzburg, Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. und Fachbereich Sozialwesen der Universität/GH Kassel.

Am Symposium haben 140 TeilnehmerInnen aus Deutschland, Afrika, Asien und Lateinamerika und europäischen Nachbarstaaten teilgenommen. Die Teilnehmerschaft setzte sich vielfältig aus WissenschaftlerInnen, Studierenden, MitarbeiterInnen von Entwicklungsorganisationen, Behindertenfachverbänden, Selbsthilfegruppen, Menschen mit Behinderungen und Fachkräften unterschiedlicher Disziplinen zusammen.

Trotz der am 20. November von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedeten Konvention über die Rechte des Kindes, klafft zwischen der weltweiten Anerkennung der Kinderrechte und ihrer Umsetzung eine tiefe Lücke. Das Recht aller Kinder auf gleiche Behandlung, ein Grundrecht auf Überleben und persönliche Entwicklung sowie Schutz vor Ausbeutung und Gewalt ist besonders für Kinder mit Behinderungen, deren weitaus größte Zahl in Entwicklungsländern

lebt, nicht gesichert. Obwohl die Kinderrechtskonvention für alle Kinder gilt, wird die Bedeutung aller Rechte für Kinder mit Behinderungen nicht gesehen. Die UN-Konvention erwähnt Kinder mit Behinderungen nur in Artikel 23 und zwar im Hinblick auf ihre Rehabilitation und die ihnen zuteil werdende besondere Fürsorge. Um die Lebenssituation von Kindern mit Behinderungen zu verbessern, ist es von zentraler Bedeutung, anzuerkennen, dass jeder Artikel der Kinderrechtskonvention allen Kindern, d.h. auch Kindern mit

Behinderungen, gilt.

Eine UNESCO-Untersuchung hat festgestellt, dass in 34 von 65 Ländern Kinder mit Behinderungen kein Recht auf Erziehung haben und dass in vielen Ländern weniger als ein Prozent aller Kinder mit Behinderungen mit einer Förderung erreicht werden. In weiteren Bereichen werden die grundlegenden Rechte behinderter Kinder verletzt:

- Die Stigmatisierung der Familien durch ein Kind mit einer Behinderung schließt diese weitgehend von Schutzmaßnahmen in Gefahren und kriegerischen Auseinandersetzungen aus.
- Kinder mit Behinderungen unterliegen häufiger sexuellem Missbrauch als Kinder ohne Behinderung.
- In den Statistiken werden Kinder mit Behinderungen ignoriert.
- Bei Untersuchungen zur Einschulungsrate zählen in vielen Ländern Kinder mit Behinderungen wie auch Migrantenkinder nicht mit.
- Kinder mit Behinderungen haben häufig kein Recht auf Überleben. In einigen Ländern werden sie getötet. Eine Strafverfolgung besteht nicht. Gerichte überlassen die Verantwortung den Eltern.
- Kinder mit Behinderungen haben in einigen Ländern kein Recht auf ihre Familien, sie werden in Institutionen bis zu ihrem Ableben *verwahrt*.
- Kinder mit Behinderungen werden nicht wie andere Kinder gesehen. Auch in der Medizin werden sie mit ihrer Geburt im Hinblick auf ihre Beeinträchtigung behandelt und nicht auf ihre Bedürfnisse hin und auf ihr Recht, Kind sein zu dürfen.

Aus dieser elementaren Missachtung grundlegender Rechte behinderter Kinder ergab sich die Forderung nach der ausdrücklichen Anerkennung aller Rechte der Kinderrechtskonvention auch für behinderte Kinder. In der Umsetzung dieser Rechte wurde gefordert, dass Kinder mit Behinderungen in allen Programmen und Projekten der Entwicklungszusammenarbeit mit ihren Bedürfnissen genauso berücksichtigt werden müssen, wie alle anderen Kinder. Dazu gehört, dass Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit in ihren Programmen der Armutsbekämpfung daran denken, Maßnahmen auch Menschen mit Behinderungen zugute kommen zu lassen bzw. geeignete Maßnahmen ergreifen, um durch Armutsfaktoren, wie z.B. Mangelernährung, verursachte Behinderungen zu vermeiden. Zur Förderung der frühkindlichen Entwicklung werden gemeindenahere Programme, die idealerweise in Gemeindeentwicklungsprogramme integriert sind, als beste Möglichkeit betrachtet, Kindern mit Behinderungen die notwendige Unterstützung zukommen zu lassen. Wesentliches Element ist hierbei, sozio-kulturelle Besonderheiten zu beachten und dort, wo traditionelle Behandlungsformen vorhanden sind, diese in das Projekt zu integrieren. Als Beispiel wurden die *formal handling routines* aus Jamaica vorgestellt.

Bildung für Alle muss auch behinderte Kinder mit einschließen. Die vorschulische und schulische Bildung war deshalb ein weiterer Schwerpunkt des Symposiums. 1994 wurde in der Bildung behinderter Kinder mit der Salamanca-Erklärung ein Paradigmenwechsel von der *Integration* zur *Inklusion* vollzogen, d.h. dass die Umweltbedingungen entsprechend gestaltet werden müssen, um allen Kindern eine Bildung bieten zu können, die ihren individuellen Bedürfnissen entspricht. An Beispielen aus der Dritten Welt wurde demonstriert, wie eine solche inklusive Bildung möglich ist, die auch dazu führt, dass die jeweiligen Gemeinschaften zu Gemeinschaften werden, die ihren behinderten Mitgliedern eine gleichberechtigte Teilnahme ermöglichen.

Für Mädchen mit Behinderungen, die häufig doppelt benachteiligt und in vielen Projekten zu wenig berücksichtigt werden, stellt der Ansatz der *Inklusiven Bildung* (Inclusive Education) eine Chance dar, gleichberechtigt wie Jungen behandelt



Internationale Referentinnen des Symposiums (von links nach rechts) Susie Miles (GB), Amable Bolinas (Philippinen), Marigold Thorburn (Jamaika)

zu werden. Menschen mit einer geistigen Behinderung, die in gemeindenahen Projekten auch oft zu wenig Berücksichtigung finden, können erfolgreich mit einbezogen werden, wenn gewisse Punkte beachtet werden, wie z.B. die Tatsache, dass sich Resultate erst nach längerer Zeit einstellen, dass in solchen Projekten eine Nachhaltigkeit nur begrenzt erreicht werden kann oder die besondere Bedeutung der Ausbildung und Begleitung der lokalen MitarbeiterInnen.

Bei allen Bemühungen, Menschen mit Behinderungen zu fördern und zu unterstützen, sollte ihre Beteiligung elementarer Bestandteil jedes Projektes sein, um die Betroffenen aktiv in den Prozess einzubeziehen und ihre speziellen Kenntnisse für die Projektgestaltung zu nutzen.

Begleitet wurde das Symposium durch eine Ausstellung der Kreativen Werkstatt Eisingen *Bilder EINER Welt für die Welt* mit ausdrucksvollen Bildern, die von Künstlern mit Behinderung gemalt worden sind.

Die Beiträge des Symposiums werden in einem Reader veröffentlicht werden, der unter der folgenden Anschrift zum Preis von 20,— DM bestellt werden kann (erscheint voraussichtlich Februar 2001):

Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V.
Wintgenstr. 63
45239 Essen
Tel.: 0201 / 40 87 745,
Fax: 0201 / 40 87 748,
E-mail: bezev@t-online.de

Gabriele Weigt

VENRO-Kongress *Bildung 21 - Lernen für eine gerechte und zukunftsfähige Entwicklung* vom 28. bis 30. September 2000 in Bonn

Dieser Kongress ist ein Jahrzehntereignis! Mögen seine Ergebnisse Ihnen und uns in den Institutionen noch wirksamere Wege aufzeigen, für mehr Gerechtigkeit und Zukunftsfähigkeit einzutreten!

Bundesministerin Heidemarie Wiecek-Zeul am
28. September 2000 in Bonn

Vom 28. bis 30. September 2000 hat der Verband Entwicklungspolitik deutscher Nichtregierungsorganisationen e.V. (VENRO) in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), den Kultusministerien der Länder und den für Entwicklungszusammenarbeit zuständigen Ressorts der Landesregierungen in den Räumen der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn seinen bildungspolitischen Kongress *Bildung 21 - Lernen für eine gerechte und zukunftsfähige Entwicklung* durchgeführt. Der gemeinsame Trägerkreis des Kongresses beweist eine neue Qualität zivilgesellschaftlicher und staatlicher Kooperation.

Der aktiven Kongressteilnahme zweier Delegationen von Bildungsexpertinnen und -experten aus den Ländern des Südens sowie dem Plenumvortrag des Botschafters der Republik Südafrika in der Bundesrepublik Deutschland, S.E. Prof. Dr. Sibusiso Bengu, verdankt die Veranstaltung, nicht bei nationaler Nabelschau stehengelieben zu sein, sondern die Perspektive der entwicklungsbezogenen Bildungsarbeit im Inland um die Sichtweisen von Vertretern der Länder des Südens erweitert zu haben.

In acht Programmforen arbeiteten die etwa 700 Kongressteilnehmerinnen und -teilnehmer die Ausgangspositionen und zentralen Herausforderungen einer Bildungsarbeit heraus, die dem Gedanken internationaler Gerechtigkeit und Zukunftsfähigkeit verpflichtet ist. In den insgesamt dreißig sich anschließenden Arbeitsgruppen wurden die gewonnenen Erkenntnisse auf konkrete pädagogische Arbeitsfelder - z.B. Schule, Hochschule, berufliche Bildung - heruntergebrochen und konkretisiert. Dabei formulierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre

Erwartungen sowohl im Hinblick auf die Verbesserung der Bedingungen für das Globale Lernen, als auch auf notwendige bildungspolitische Maßnahmen und an die Glaubwürdigkeit der eigenen Arbeit. Die Ergebnisse der Programmforen und Arbeitsgruppen haben in die Abschlusserklärung des Kongresses Eingang gefunden. Sie ist im kompletten Wortlaut auf der Homepage des *Verband Entwicklungspolitik deutscher Nicht-Regierungsorganisationen* (www.venro.org) einzusehen und kann direkt bei der Geschäftsstelle des VENRO (Kaiserstr. 201, 53113 Bonn) angefordert werden.

Die ersten Erfolge des Kongresses sind bereits absehbar. Zahlreiche Bundesländer haben ihre Absicht bekräftigt, auf Landesebene Folgekongresse zu veranstalten, der Schulausschuss der Kultusministerkonferenz plant eine Überarbeitung seiner Empfehlung zu *Eine Welt/Dritte Welt* in Unterricht und Schule von 1997.

In einer gemeinsamen Erklärung des Präsidenten der Kultusministerkonferenz und der Vorsitzenden der Bildungs- und Lehrgewerkschaften sowie ihrer Spitzenorganisationen Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) und DBB - Beamtenbund und Tarifunion vom 5. Oktober 2000 wird die soziale und ökologische Nachhaltigkeit als "zentrale Zukunftsaufgabe von Bildung und Erziehung" herausgehoben. 10 Jahre nach dem Kölner Kongress ist es gelungen, die Rahmenbedingungen der entwicklungsbezogenen Bildung in der Bundesrepublik Deutschland um ein gutes Stück zu verbessern.

Torsten Jäger

Fünftes Bundestreffen der studentischen Arbeitsgruppen *Behinderung und Dritte Welt* vom 24. – 26.11.2000

In diesem Jahr wurde das Vernetzungstreffen der studentischen Arbeitsgruppen (AG) von der INKUS-Gruppe der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg organisiert. An dem Treffen nahmen insgesamt 20 Studierende der Arbeitsgruppen aus Halle, Berlin und Leipzig teil. Wie beim letztjährigen Bundestreffen in Leipzig vereinbart, sollte neben der inhaltlichen Arbeit genügend Freiraum für den Austausch, unter anderem über Arbeitsweisen, Organisationsformen, Themenschwerpunkte und Projekte der einzelnen Arbeitsgruppen bleiben. Außerdem sollten Möglichkeiten der Kooperation zwischen den einzelnen Arbeitsgruppen gefunden werden. Dabei wurde beschlossen, die Tradition der Rundbriefe wieder aufleben zu lassen. Die drei beteiligten Arbeitsgruppen werden sich zu geplanten Aktivitäten gegenseitig einladen (Vorträge, Ausstellungen etc.).

Gegenwärtig beschäftigt sich die BrudEr-Gruppe der Universität Leipzig vor allem mit Ecuador und sammelt Spenden für eine Alternativschule, die ein Gruppenmitglied überbringen wird. Über dieses Projekt wurde ein Diavortrag angeboten. Außerdem fand ein Jugendaustausch mit Litauen statt. In diesem Rahmen haben einige Studentinnen Projekte vor Ort besucht.

Die Arbeitsgruppe der Universität Berlin führt als Lehrauftrag in diesem Semester ein Seminar *Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit* durch. Bis zum Ende des Sommersemesters sind bei INKUS in Halle Themenabende mit einem darauf aufbauenden Reader geplant. Daneben sollen

Vorträge und Ausstellungen organisiert werden.

Auf dem Vernetzungstreffen berichtete Pfarrer Jo Winter aus Langenschade bei Saalfeld über das gerade angelaufene Projekt Za Djaka. Durch freundschaftliche Patenschaften der Gruppe *Gewaltlos Leben* soll Hilfe zur Bildung für 30 Waisenkinder in Bosnien ermöglicht werden.

Anschließend wurden von Studierenden zu drei Themen Workshops angeboten. Die Gruppe Migration und Flucht erörterte den subjektiven Heimatbegriff und die Frage nach einem Menschenrecht auf Heimat. In einem zweiten Workshop wurden anhand eines Textes und durch ein Rollenspiel Möglichkeiten und Grenzen der Entwicklungszusammenarbeit erarbeitet. Der dritte Workshop bot Gelegenheit, sich mittels Interviews mit Einstellungen und Reaktionsformen gegenüber (Menschen mit) Behinderung im Islam auseinander zu setzen.

Von den anwesenden Arbeitsgruppen wurde eine studentische Vertretung für die Wahl ins SprecherInnenngremium der Bundesarbeitsgemeinschaft bestimmt: Michaela Böhme aus Halle und als Stellverteterin Magdalena Kraft aus Berlin. Das Wochenende hat neben vielen neuen Ideen und Denkanstößen die Bedeutung von Vernetzungstreffen bestätigt, die Gelegenheit bieten, über den Interessen- und Informationsaustausch hinaus, gemeinsame Aktivitäten in Angriff zu nehmen.

Ann Lorschieder

BAG Behinderung und Dritte Welt

Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V.

Das geplante Symposium zum Thema Menschenrechte, Standard Rules und Entwicklungszusammenarbeit wird sich verschieben. Dieses wird nicht, wie bereits angekündigt, im November 2001, sondern stattdessen im Mai 2002 stattfinden.

In diesem Jahr finden wieder zwei Vorbereitungsseminare für Arbeits-, Praktikums- und Studienauf-

enthaltene sowie eine Seminar für RückkehrerInnen statt. Außerdem wird wieder ein Seminar *Leben unter Einem Regenbogen - Wie leben Menschen mit Behinderungen in anderen Kulturen* durchgeführt, das sich an einen Personenkreis richtet, der sich zum ersten Mal mit der Thematik Behinderung und Dritte Welt beschäftigt. Die näheren Daten aller Seminare sind im Veranstaltungskalender aufgeführt. Das vollständige Jahresprogramm kann bei der Geschäftsstelle (Anschrift siehe Rückseite) angefordert werden.

Gabriele Weigt

NEWS

Konvention gegen Kinderarbeit in Kraft getreten

Am 19. November 2000 ist die Konvention gegen Kinderarbeit in Kraft getreten. Die Ratifizierungszeit war die kürzeste in der 81-jährigen Geschichte der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO), die die Konvention erst im Juni 1999 einstimmig angenommen hatte. Die Konvention erhielt Rechtskraft, nachdem 40 Staaten sie ratifiziert hatten, unter ihnen Länder wie Mexiko, Kanada, Finnland, Ghana, die USA, Großbritannien und Thailand. Mit der Konvention will die ILO Kinderarbeit beenden, die deren Gesundheit, sittliches und psychisches Wohlbefinden beeinträchtigt. Dazu werden fünf Formen von Kinderarbeit verboten: alle Formen der Sklaverei und des Handels mit Kindern; Schuldknechtschaft und Zwangsarbeit; Zwangsrekrutierung in bewaffneten Konflikten; der Missbrauch von Kindern für Prostitution oder pornographische Zwecke; ihr Einsatz für illegale Handlungen wie die Herstellung oder der Handel mit Drogen.

Quelle: der überblick 4/2000, 36 Jhg., Dezember 2000, S. 110

8. Bericht zur *Wirklichkeit der Entwicklungshilfe*

Hilfsorganisationen kritisieren Halbzeitbilanz rot-grüner Entwicklungspolitik

Die Bundesregierung hat es bislang versäumt, in der Entwicklungspolitik den schon lange angemahnten und von ihr selbst versprochenen Politikwandel auch durchzusetzen. Darauf wiesen die *Deutsche*

Welthungerhilfe und *terre des hommes* bei der Vorstellung des 8. Berichtes zur *Wirklichkeit der Entwicklungshilfe* hin. Eine in sich stimmige und an den Interessen der Ärmsten orientierte Entwicklungspolitik existiere zur Halbzeit der Legislaturperiode bestenfalls in Ansätzen.

Die beiden entwicklungspolitischen Hilfswerke kritisierten insbesondere die mangelhafte finanzielle Ausstattung des Entwicklungsetats, dessen Anteil am Bundeshaushalt stetig sinke – von 1.7% im Jahr 1998 auf voraussichtlich 1.3 % 2003. Kürzungen habe es auch erneut bei Maßnahmen gegeben, die die Armut in Entwicklungsländern bekämpfen sollen, etwa bei den Mitteln für die Grundbildung.

Dr. Volker Hausmann, Generalsekretär der *Deutschen Welthungerhilfe*, forderte die Bundesregierung auf, einen Sonderfonds zur Armutsbekämpfung in Höhe von 10 Mio. DM aufzulegen, um damit eine Schwerpunktsetzung deutlich zu machen. Darüber hinaus sei - bei aller Anerkennung der Verdienste der Entwicklungsministerin um einen Schuldenerlass für arme Länder - die Umsetzung des Erlasses sehr schleppend. Hausmann forderte deshalb ein „völkerrechtlich verankertes Entschuldungsverfahren“ mit klaren Regeln, auf das sich Gläubiger und Schuldnerländer gleichermaßen beziehen könnten.

Vom Finanzminister erwarten die beiden Hilfsorganisationen, dass er bei der Aufstellung des nächsten Etats deutlicher als in den ersten zwei Jahren rot-grüner Regierungspolitik mache, dass auch die Bundesrepublik Deutschland einen Beitrag zur globalen Zukunftssicherung leisten will, der ihren Möglichkeiten und der Dringlichkeit der Aufgabe entspricht.

Der Bericht kann kostenlos bestellt werden bei der *Deutschen Welthungerhilfe*, **Tel.:** 0228/2288-0 oder *terre des hommes* Deutschland, **Tel.:** 0541/7101-0.

Organisationen

Dutch Coalition on Disability and Development

In most countries of the world, persons with a disability have to survive in sometimes degrading circumstances. However, attention for this vulnerable group is not really an issue in development co-operation. This is why several Dutch organisations working in the fields of disabilities, development co-operation, education and service have decided to join forces. In June 2000, the Dutch Coalition for Disability and Development (DCDD) was established.

Goals

The goal of the coalition can be divided into four components:

- Make disability and development a priority with

politicians and the general public,

- share knowledge and initiatives with organisations in other countries,
- stimulate the development of strong organisations in developing countries, that can serve the interests and needs of the people they represent, and
- exchange knowledge and experiences between member organisations.

Disability and poverty

There is a structural relationship between disability and poverty. In 1993, the United Nations published the *Standard Rules on the Equalisation of Opportunities for*

Persons with Disabilities.

The coalition works towards the implementation of these rules in Dutch and European policy for development co-operation and for humanitarian interventions in case of disasters.

Issues

The coalition focuses on several issues:

- early intervention and treatment of disabilities,
- local manufacturing of assistive devices,
- integration in education,
- employment,
- organising people with disabilities, and
- education and training of staff

Dutch Coalition on Disability and Development**(DCDD)**

Secretariat: Hondecoeterstraat 7 1hoog
1071 LP Amsterdam

Telephone: 31- 20- 6654192

E-mail: dcdd@dds.nl

WWW: <http://www.dcdd.nl>

VERANSTALTUNGEN

- 16.-18.3.2001 Entwicklungszusammenarbeit als soziale Aufgabe und praktische Erfahrung - Teil I
in Kooperation mit der Akademie Frankenwarte in Würzburg
Information: Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V.; Wintgenstr. 63, 45239 Essen, Tel.: 0201/40 87 745; Fax: 40 87 748, **E-mail:** bezev@t-online.de; **Internet:** <http://www.welcome.to/bez>
- 1.4.-5.4.2001 European Congress of Research in Rehabilitation in Madrid und Alcalá
Information: INYECC-Congress, Avda. De Osa Mayor, 156, 28023 Aravaca (Madrid), Tel.: +34 91 357 19 38; Fax: +34 91 357 19 97,
E-mail: inyecc@arsys.es
- 26.10.-28.10.2001 Entwicklungszusammenarbeit als soziale Aufgabe und praktische Erfahrung - Teil II
in Kooperation mit der Akademie Frankenwarte in Würzburg
Information: Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V.
- 9.11.-11.11.2001 Leben unter Einem Regenbogen – Wie leben Menschen mit Behinderungen in anderen Kulturen?
in Kooperation mit der Akademie Frankenwarte in Würzburg
Information: Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V.
- 14.12.-16.12.2001 Seminar für RückkehrerInnen von Arbeits-, Praktikums- und Studienaufenthalten in Ländern der Dritten Welt Entwicklungszusammenarbeit als soziale Aufgabe und praktische Erfahrung - Teil III
in Kooperation mit der Akademie Frankenwarte in Würzburg
Information: Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V.
- 10.5.-12.5.2002 Symposium: Standard Rules und Entwicklungszusammenarbeit (Arbeitstitel)
Veranstaltungsort: Gustav-Stresemann-Institut in Bonn
Information: Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V.

Für weitere Veranstaltungen auf dem Gebiet der Entwicklungszusammenarbeit weisen wir auf den Rundbrief Bildungsauftrag Nord-Süd des World University Service hin.

Bezug: World University Service, Koordinationsstelle Nord-Süd im Bildungsbereich, Goebenstraße 35, 65195 Wiesbaden, <http://www.tu-darmstadt.de/wusgermany>

15th. Training Course in Planning and Management of CBR Programs **March 19-30th., 2001**

Rationale

Cost-effective CBR Programs are rarely found. NGO-type CBR programs are often too donor-driven, lack creativity and work isolated from other existing services. They underestimate how people and existing services within the communities can contribute. When working with poor people, by definition money cannot solve the problem. Most UN or government-type CBR programs are more of a normative demand than a practical concept for the provision of services to persons with disability. They are often the victory of hope against reality. Because *there is no money for rehabilitation*, people hope that it can be done without money, without skilled people and without any formal management.

A third alternative is comprehensive, cross-disability CBR programs with full time local staff and a formal management structure, which however makes use of all the available human, material and infrastructure resources. Its philosophy is rooted in a realistic understanding of existing institutions, holding the middle ground between overloading and under-utilizing the communities, between horizontal and vertical, between purely center-based and home-based. As such, it doesn't tolerate *recipes* or *formulae* for CBR, but requires creative managers with knowledge and vision on the true face of *disability* and of *rehabilitation* in their own country or region. In developing countries, where disability is highly poverty related, this approach requires (at least initially) donor funding.

These CBR Training Sessions wish to promote this way of approaching CBR, which has very successfully been developed in several areas, and to enter a debate on those key-issues that may in the 21st century determine the future of CBR services. As far, nine 6-week sessions and four 2-week sessions have been organized with a total of 152 participants coming from 31 countries. As a result, over 60 new CBR programs were started along the same planning and management lines as being introduced during the training.

The two-week sessions aim at a broader target group. The sessions include field visits in an urban (CCBRT-ART, Dar es Salaam) as well as in a rural (CCBRT-Kilimanjaro CBR) CBR program.

Language of the Course:

English. Good knowledge of English is required.

Target Group:

Priority is given to CBR-managers, CBM/CBMI-staff, representatives of CBR-donor organizations, government-staff, managers of other disability-related programs, UN Personnel and members of service clubs. (Maximum 12 participants).

Cost and Fees:

1. Hotel and costs for food: 1,140 DM (670 US\$) or decide / pay for themselves.
2. Attendance fee: 1,900 DM (= 1,100 US\$) to be paid in advance to CCBRT, PO Box 23.310, Dar es Salaam, Tanzania on Bank Account N°. 100090-015 payable to CCBRT, CITIBANK, PO Box 71625, 36, Upanga Road, Dar es Salaam, Tanzania. In addition: transport cost to and from Dar es Salaam, to be paid by participant/organization.
3. No sitting allowances are being paid to the participants.

Information:

P.O. Box 23.310
 Dar es Salaam
 Tanzania-Africa

Fax: ++255- 22-2601544, ++225- 741-604302

Tel.: ++255- 22-2601543,

E-Mail: vanneste@intafrika.com

LITERATUR & MEDIEN

medico international (Hrsg.):

Schnelle Eingreiftruppe „Seele“: auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft.

Texte für eine kritische ‚Trauma-Arbeit‘,
ISBN 3-923363-26-5
Frankfurt 2000

Alle reden vom Trauma. Ganze Kontinente und Bevölkerungen gelten als traumatisiert. Rita Süßmuth verlangt sogar eine schnelle Eingreiftruppe Seele. Die gescheiterte Entwicklungshilfe erlebt ihre Metamorphose in Traumatherapie. Da die Beseitigung der materiellen Not sich als unlösbar erweisen hat, geht es nun um die innere Einstellung. In einer vollends schrecklichen Welt gilt die Teilnahme am beschädigten Leben nunmehr als normal.

(aus dem Klappentext)

Bezug:

medico international,
Obermainanlage 7 / 60314 Frankfurt,
E-mail: info@medico.de

Preis: 10,— DM + Versandkosten

Heny Soelistyowati/Emillianus Elip:

Participatory Rapid Appraisal in CBR

Ein praktisches Handbuch, das detailliert die *Participatory Rural Appraisal*-Methoden beschreibt, die in Indonesien entwickelt und eingesetzt worden sind.

Bezug:

International Institute for Environment and Development, Resource Centre,
3, Endsleigh Street / London WC1H 0DD,
E-mail: resource.centre@iied.org,
Internet: <http://www.rcpla.org/>

United Nations:

The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities

1994

Die *Standard Rules* sind die international anerkannten Richtlinien für die Planung von Maßnahmen mit und für Menschen mit Behinderungen.

Bezug:

Disabled Persons Unit, Department for Policy Coordination and Sustainable Development,
United Nations / Room DC / 2-1302, New York, / NY 10017 / Vereinigte Staaten

Internet:

<http://www.un.org/Depts/escap/decade/contact.htm>

Susie Miles:

Strengthening disability and development work: discussion paper

1999

Dieses Papier ist von einer Gruppe von britischen Nichtregierungsorganisationen erstellt worden, um die britische Regierung bei der Entwicklung der Strategie zur Förderung von Menschen mit Behinderungen in Entwicklungsländern zu beraten. Dieses Papier kann für andere Organisationen nützlich sein, die ebenfalls Strategien entwickeln oder darauf Einfluss nehmen möchten.

Bezug:

Healthlink Worldwide,
Cityside 40 Adler Street / London E1 1EE,
E-mail: publications@healthlink.org.uk
Internet: <http://www.healthlink.org.uk>

Linda Ward / Margaret Flynn:

What matters most: disability, research and empowerment in: Maria H. Roux / Michael Bach:

Disability is Not Measles,
Roehrer Institute 1994

In diesem Kapitel wird dargelegt, dass ForscherInnen ihre Beziehungen zu denjenigen, die sie erforschen, ändern müssen, damit die Forschung zum *empowerment* von Menschen mit Behinderungen führt. Auch wenn dieses Kapitel aus britischer Sicht geschrieben worden ist, so ist es dennoch für alle ForscherInnen nützlich, die im Bereich Behinderung arbeiten.

Bezug:

Healthlink Worldwide,
Cityside 40 Adler Street / London E1 1EE,
E-mail: publications@healthlink.org.uk
Internet: <http://www.healthlink.org.uk>
Preis: kostenlos

NEWSLETTER

Disability Tribune

Diese Publikation von Disability Awareness in Action (DAA) erscheint monatlich. Diese beinhaltet neben aktuellen Nachrichten aus der ganzen Welt, Gesetzgebung in Bezug auf behinderte Menschen, Beispiele von Verletzungen der Menschenrechte wie auch Beispiele guter Praxis.

Bezug:

Disability Awareness in Action,
11 Belgrave Road / London SW1V 1RB
E-mail: admin.daa@virgin.net

Preis: kostenlos

BUKO Pharma-Kampagne / Gesundheit und Dritte Welt e.V., Bielefeld (Hrsg.):

Gesundheit für Alle- oder nur für die Pharmaindustrie?

Bielefeld 2000, ISBN 3-928879-21-9

Gesundheit ist ein Menschenrecht! Vorerst ist jedoch das Vorhaben der WHO, Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000 zu erreichen, gescheitert. Dazu beigetragen hat auch die deutsche Pharmaindustrie, die auf vielfältigen Wegen – direkt oder indirekt – Einfluss auf Gesundheit für Alle nimmt. Die vorliegende Broschüre will diese Missstände aufdecken und bewusst machen.

Bezug:

BUKO Pharma-Kampagne,
August-Bebel-Str. 62 / 33602 Bielefeld

E-mail: bukopharma@compuserve.com

Preis: 10,— DM

Geene, Raimund / Gold, Carola (Hrsg.):

Gesundheit für alle! Wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden?

Berlin 2000; ISBN 3 933557 27 5

Dass in Deutschland Armut eine der größten Ursache für Krankheit ist, steht im Mittelpunkt dieser Textsammlung. Anhand verschiedener gesellschaftlicher Gruppen von Menschen wird der Zusammenhang von Armut und Gesundheit in Deutschland und Europa dargestellt. Neben Frauen, Kindern, Wohnungslosen oder alten Menschen werden Migranten in das Blickfeld gerückt, die keinen rechtlich abgesicherten Aufenthaltsstatus haben. Hier zeigt sich eine ähnliche Problemlage in Deutschland, Frankreich, den Niederlanden oder auch Italien und es wird deutlich, dass soziale Ausgrenzung und Illegalisierung sich stark auf Gesundheit und die psychische Situation der Menschen auswirkt. Trotz dieser juristisch unsicheren Lage werden Möglichkeiten der Gesundheitsfürsorge vorgestellt.

Bezug:

Gesundheit Berlin e.V. / Tucholskystr. 11 / 10117 Berlin

Internet: <http://www.gesundheitberlin.de>

Preis: 15,- DM

Indien

Koordinator/in der Behindertenwerkstatt

Die Spastics Society of Tamil Nadu (Spas TN) ist eine Nichtregierungsorganisation, die 1981 gegründet wurde, und heute die größte und wichtigste NRO im Bereich der Behindertenförderung in Tamil Nadu ist. Für den Aufbau einer Berufsausbildungsstätte hat SpasTN CIM um die Vermittlung einer Integrierten Fachkraft gebeten.

Aufgabe der Fachkraft ist die verantwortliche Leitung der Berufsausbildungsstätte für Behinderte. Im Rahmen dieser Tätigkeit sollen neue Berufszweige eingeführt werden sowie Trainingsmaßnahmen für Lehrer/innen und Auszubildende durchgeführt werden. Neben der Kooperation mit staatlichen und privaten Institutionen zur beruflichen Integration von Behinderten gehört auch die Erarbeitung eines Konzepts zur Herstellung und zum Verkauf von marktorientierten Produkten zum Aufgabenbereich der Fachkraft.

Ihre Fähigkeiten Sie sind Sozial- oder Sonderpädagoge/in und verfügen bereits über mehrjährige Berufs- und Lehrerfahrung in einer Behindertenwerkstatt. Sie bringen außerdem gute Englischkenntnisse sowie Geduld und kommunikative Fähigkeiten mit und sind offen für eine andere Kultur.

Konditionen Sie schließen den Arbeitsvertrag mit dem einheimischen Arbeitgeber für zwei Jahre zu ortsüblichen Bedingungen ab (Verlängerung möglich) und sind ihm fachlich und arbeitsrechtlich verantwortlich. CIM zahlt einen monatlichen Gehaltszuschuss und zusätzliche Sozialleistungen, die eine interessante Gesamtvergütung ergeben.

Unser Profil CIM ist ein Personalvermittler mit entwicklungspolitischem Auftrag. Auf Nachfrage lokaler Arbeitgeber vermittelt CIM im Rahmen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit qualifizierte Fach- und Führungskräfte aus EU-Ländern nach Afrika, Asien, Lateinamerika und Mittel- und Osteuropa. Sie tragen dazu bei, staatliche und nicht-staatliche Organisationen, die für die Entwicklung ihres Landes wichtig sind, personell zu stärken und zu qualifizieren. Zurzeit arbeiten über 700 CIM-Fachkräfte in mehr als 80 Ländern.

CIM ist eine Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH und der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung (ZAV) der Bundesanstalt für Arbeit.

Das Richtige für Sie?

Dann wenden Sie sich an Frau Schoof-Camara,
Telefon 0 69 / 71 91 21 - 75,
E-Mail: Ursula.Schoof-Camara@gtz.de oder
besuchen Sie uns im Internet: www.cimonline.de



Centrum f. internationale Migration u. Entwicklung
Barckhausstr. 16, 60325 Frankfurt, CIM@gtz.de

Die Zeitschrift *Behinderung und Dritte Welt* wird sich in den kommenden Ausgaben mit folgenden Schwerpunktthemen beschäftigen:

- 2/2001** Hilfsmittel und Mobilität (Francois De Keersmaecker)
- 3/2001** Behindertenarbeit in allgemeinen Entwicklungsprogrammen (verantwortlich: Harald Kolmar)
- 1/2002** Inclusion – was ist daraus geworden? (verantwortlich: Friedrich Albrecht)
- 2/2002** Migration, Flucht und Behinderung (verantwortlich: Arbeitskreis MigrantInnen und Flüchtlinge mit Behinderungen)

Interessierte Autorinnen und Autoren werden aufgefordert, nach vorheriger Rücksprache mit der Redaktion hierzu Beiträge einzureichen. Darüber hinaus sind Vorschläge für weitere Schwerpunktthemen willkommen.

Einsendeschluss für Beiträge:

	Ausgabe: 2/2001	Ausgabe: 3/2001	Ausgabe 1/2002
Hauptbeiträge:	15. November 2000	16. März 2001	13. Juli 2001
Kurzmeldungen:	30. März 2001	3. August 2001	23. November

Hinweise für Autorinnen und Autoren

Senden Sie bitte Ihre Beiträge für die nächsten Ausgaben der Zeitschrift *Behinderung und Dritte Welt* an die folgende Adresse:

Zeitschrift Behinderung und Dritte Welt
 Wintgenstr. 63, 45239 Essen
 Tel.: 0201/ 40 87 745
 Fax: 0201/ 40 87 748
 oder per e-mail an:
 E-mail: Gabi.Weigt@t-online.de

Die Redaktionsgruppe hat folgende Begrenzungen für die Textmenge von Beiträgen vereinbart:

Grundsatz- oder Übersichtsartikel	10	DIN A4-Seiten
Artikel	6-7	DIN A4-Seiten
Berichte	2-3	DIN A4-Seiten
News	0,5	DIN A4-Seite
Arbeitskreise	0,5	DIN A4-Seite
Organisationen	1	DIN A4-Seite

Bitte senden Sie uns Ihre Beiträge möglichst auf Papier und Diskette in einem WORD-Format (bis Word 97). Bitte verzichten Sie weitestgehend auf Formatierungen wie z.B. Silbentrennung, Seitenumbruch, verschiedene Schriften, usw.

Die Autorinnen und Autoren werden gebeten, dem Artikel ein Abstract von etwa vier Zeilen in der Originalsprache sowie eine kurze Information zu ihrer beruflichen Tätigkeit beizufügen.

Liebe Leserinnen und Leser,
 bitte informieren Sie uns über eine eventuelle Adressenänderung oder wenn Sie die Zeitschrift nicht mehr beziehen möchten. Geben Sie uns bitte ebenso Bescheid, falls Ihnen die Zeitschrift nicht zugestellt worden ist.

Bundesarbeitsgemeinschaft Behinderung und Dritte Welt

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Behinderung und Dritte Welt ist ein Zusammenschluß von Personen, die sich mit der Lebenssituation von und Hilfemöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen in Ländern der Dritten Welt beschäftigen. Mitglieder sind Lehrende und Studierende deutschsprachiger Studienstätten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit sowie interessierte Fachleute aus deutschsprachigen Ländern.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Behinderung und Dritte Welt bemüht sich um die wissenschaftliche und praxisorientierte Auseinandersetzung mit diesem Thema und die Verbindung von Erkenntnissen aus den Bereichen der Behindertenhilfe und der Entwicklungszusammenarbeit. Weiterhin ist es das Ziel der Bundesarbeitsgemeinschaft, die Beschäftigung in Studienstätten, in Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit, in der Fachöffentlichkeit und in der allgemeinen Öffentlichkeit durch geeignete Maßnahmen zu fördern.

Unter dem Dach der Bundesarbeitsgemeinschaft beschäftigen sich Arbeitskreise und zur Zeit ein Verein mit speziellen Fachfragen:

Der Arbeitskreis *Frauen und Kinder mit Behinderung in Ländern der sog. Dritten Welt* bearbeitet frauen- und kinderspezifische Fragestellungen in der Hilfe für Menschen mit Behinderungen in Ländern der Dritten Welt

Anschrift: c/o Natalie Markl/M.A.I Munaizel, Universität Würzburg, Lehrstuhl für Sonderpädagogik I, Wittelsbacher Platz 1, 97074 Würzburg,
e-Mail: ak_uni_wuerzburg@yahoo.de

Der Arbeitskreis *Behinderung in islamischen Gesellschaften* beschäftigt sich mit den Auswirkungen und spezifischen Sichtweisen von Behinderungen im islamischen Kulturkreis.

Anschrift: c/o Peter M. Sehrbrock, Universität Oldenburg, FB 1/EW 2, Postfach 2503, 26111 Oldenburg,
e-Mail: peter.sehrbrock@uni-oldenburg.de

Der Arbeitskreis *MigrantInnen und Flüchtlinge mit Behinderungen* beschäftigt sich mit den vielfältigen Aspekten dieser Thematik in den Herkunfts- und Zielländern, vor allem in Deutschland.

Anschrift: c/o Mirella Schwinge, Alt-Britz 44, 12359 Berlin,
e-Mail: mirella.schwinge@student.hu-berlin.de

Der Verein Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V. beschäftigt sich mit Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit, die die Hilfe für Menschen mit Behinderungen in ihr Mandat integriert haben.

Anschrift: Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V.
Wintgenstr 63, 45239 Essen,
e-Mail: bezev@t-online.de.

Weiterhin gibt die Bundesarbeitsgemeinschaft die Zeitschrift Behinderung und Dritte Welt heraus. Diese ist ein Kommunikationsmedium zwischen den deutschsprachigen Personen, die sich im In- und Ausland mit dem Thema auseinandersetzen.

Anschrift: Redaktion Zeitschrift Behinderung und Dritte Welt c/o Gabriele Weigt, Wintgenstr. 63, 45239 Essen,
e-Mail: Gabi.Weigt@t-online.de

