

**Leben mit Behinderung in einem
afrikanischen Land am Beispiel Tansanias –
eine empirische Studie in der Stadt Mwanza**

vorgelegt von

Angela Müller-Mbwilo

als Dissertation zur Erlangung des Grades einer

Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

in der

Fakultät Rehabilitationswissenschaften

der Technischen Universität Dortmund

Dortmund

2008

Betreuerin: Frau Prof. Dr. U. Schildmann

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	
1. Einleitung.....	1
2. Kulturelle und sozio-ökonomische Lebensbedingungen in	
Tansania und Mwanza.....	23
2.1 Wirtschaftliche Lage.....	24
2.2 Armut in der tansanischen Gesellschaft als Folge wirtschaftlicher Missstände	28
2.3 Mobilität und Kommunikation.....	36
2.4 Weltanschauung und Familienleben sowie deren Einflüsse auf den Umgang mit behinderten Menschen	40
3. Das Sozialwesen in Tansania	46
3.1 Das Sozialwesen im Überblick	46
3.2 Das Gesundheitswesen.....	52
3.3 Behinderung als Themengebiet des tansanischen Gesundheitswesens	54
3.4 Rehabilitation / Community-Based-Rehabilitation	60
3.5 Das tansanische Bildungswesen und die Bildungschancen	70
3.5.1 Zur Situation in den Allgemeinen Schulen	72
3.5.2 Sonderpädagogische Förderung	75
4. Anlage der Untersuchung.....	80
4.1 Charakteristika qualitativer und quantitativer Sozialforschung	80
4.2 Auswahl der Methoden.....	83
4.2.1 Die Beobachtung.....	84
4.2.2 Die Befragung	88
4.3 Der Pretest	95
4.4 Die Haupterhebung.....	96
4.4.1 Konsequenzen aus dem Pretest	96
4.4.2 Stichprobenauswahl und Durchführung der Untersuchung	100
4.4.3 Auswertungsverfahren.....	105
5. Darstellung der Daten.....	108
5.1 Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen bis 17 Jahre mit Behinderungen..	108
5.1.1 Die Stichprobenauswahl	108
5.1.2 Die soziale Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen.....	113
5.1.3 Die ökonomische Lage	118
5.1.4 Die Ernährungssituation sowie die medizinische Vorsorge und Versorgung....	124
5.1.5 Sonderpädagogische und rehabilitative Angebote für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen.....	133

5.2 Die Gruppe der Erwachsenen über 18 Jahren mit Behinderungen	148
5.2.1 <i>Die Stichprobenauswahl</i>	148
5.2.2 <i>Die soziale Lebenssituation der Erwachsenen mit Behinderungen</i>	154
5.2.3 <i>Die ökonomische Lage</i>	160
5.2.4 <i>Die Ernährungssituation sowie die medizinische Vorsorge und Versorgung....</i>	167
5.2.5 <i>Sonderpädagogische und rehabilitative Angebote für Erwachsene mit Behinderungen</i>	175
6. Schluss	188
6.1 Entwicklungspolitische Perspektiven.....	188
6.2 Theoriebezogene Perspektiven.....	201
7. Verzeichnisse.....	208
7.1 <i>Literaturverzeichnis</i>	208
7.2 <i>Internetquellen</i>	216
8. Anhang	219
8.1 <i>Fragebogen für Erwachsene Pretest Suaheli.....</i>	219
8.2 <i>Fragebogen für Erwachsene Pretest Deutsch.....</i>	229
8.3 <i>Fragebogen für Kinder Pretest Suaheli</i>	238
8.4 <i>Fragebogen für Kinder Pretest Deutsch</i>	248
8.5 <i>Fragebogen für Erwachsene Erhebung Suaheli.....</i>	258
8.6 <i>Fragebogen für Erwachsene Erhebung Deutsch</i>	263
8.7 <i>Fragebogen für Kinder Erhebung Suaheli</i>	268
8.8 <i>Fragebogen für Kinder Erhebung Deutsch</i>	273

Abkürzungsverzeichnis

BSP	Bruttosozialprodukt
BMC	Bugando Medical Centre
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
CBR	Community-Based-Rehabilitation
CCBRT	Comprehensive Community Based Rehabilitation Tanzania
CRW	Community Rehabilitation Worker
DAAD	Deutscher Akademischer Austauschdienst
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
ILO	International Labour Organisation
IWF	Internationaler Währungsfond
KCMC	Kilimanjaro Christian Medical Centre
MFI	Mikrofinanzinstitute
MOEC	Ministry for Education and Culture
MoSTH	Ministry of Science, Technology and Higher Education
M.W.A.N.Z.A.e.V.	Menschen aus Würzburg arbeiten für nachhaltiges Zusammenwirken mit unserer afrikanischen Partnerstadt e.V.
NGO	Non-Government-Organisation
NOAH e.V.	National Organisation for Albinism and Hypopigmentation e.V.
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
PEDP	Primary Education Programm
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper
SCHUBI	Foundation of deaf children in Tansania
SEN	Special Educational Needs
TATCOT	The Tanzanian Training Center for Orthopaedic Technologies
TTC	Tanzania Telecommunications Company
TRC	Tanzania Railway Corporation
VEM	Vereinte Evangelische Mission
VETA	Vocational Education and Training Authority
WHO	World Health Organisation

1. Einleitung

Entwicklung der Fragestellung

Im Rahmen der Globalisierung wird auch zunehmend über Menschen mit Behinderungen in Afrika diskutiert und geschrieben. Dabei ist zu beobachten, dass es kaum wissenschaftliche Arbeiten afrikanischer Forscher zum Thema Behinderung gibt, dafür immer mehr Arbeiten westlicher Forscher und Organisationen. Themenschwerpunkte sind dabei die Untersuchung kultureller Auswirkungen auf den Behinderungsbegriff und auf den Umgang mit Menschen mit Behinderungen, auch unter Einfluss der Industrieländer¹ (vgl. Kemler 1988, Albrecht 1995, Wülser 1993), sowie die kritische Auseinandersetzung mit vorhandenen (Hilfs-)Angeboten internationaler Organisationen (vgl. Geiser 1998, Tüschbönner 2001). Diese Arbeiten werden weitestgehend in den westlichen Industrieländern publiziert und sind im jeweilig beforschten Land kaum erhältlich, so dass die dortigen Verantwortlichen und Betroffenen oft keinen oder nur wenig Nutzen daraus ziehen können.

Praktische Unterstützung erhalten Menschen mit Behinderungen in Entwicklungsländern² in ganz unterschiedlicher Art und Weise immer mehr von Non-Government-Organisations (NGO), z.B. von der Christoffel Blinden Mission oder von Handicap International. Dabei handelt es sich überwiegend um Projekt- und Öffentlichkeitsarbeit, denen insbesondere die weltweite Forderung nach Inklusion von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen und deren Unterorganisationen zu Grunde liegt. Als Orientierungshilfen sind Richtlinien, Handreichungen, Praxisleitfäden und Ausbildungshinweise anzusehen, die vor allem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der „International Labour Organisation“ (ILO) entwickelt wurden, z.B. der „Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006 – 2011“ (vgl. Online: URL: http://www.who.int/disabilities/publications-/dar_action_plan2006to2011.pdf [Stand:

¹ Als Industrieländer werden die marktwirtschaftlich orientierten Industriegesellschaften verstanden, die der „Organisation for Economic Cooperation and Development“ (OECD) angehören (vgl. Nohlen 2004, 391).

² Es gibt keine einheitliche Definition von Entwicklungsland (EL) und selbst die Listen von Entwicklungsländern internationaler Organisationen differieren. „Allgemein kann als Charakteristikum von EL gelten, dass sie nicht in der Lage sind, für erhebliche Teile ihrer Bevölkerung grundlegende Existenzbedürfnisse zu befriedigen.“ (Andersen 2004, 85).

15.05.06]), wobei allerdings kulturelle und länderspezifische Hintergründe und Eigenarten kaum berücksichtigt werden.

Die vorliegenden wissenschaftlichen Arbeiten, die sich teilweise sehr kritisch mit den bestehenden (Praxis-)Ansätzen und -Projekten auseinander setzen, werden – bei genauerer Betrachtung – von der entwicklungspolitischen Praxis kaum zur Reflexion und Weiterentwicklung genutzt. Das heißt, die wissenschaftlichen Arbeiten dienen vorwiegend der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema, wirken aber kaum auf das konkrete praktische Geschehen ein. Die beiden potenziellen Handlungs- und Veränderungsebenen (Wissenschaft und Entwicklungspolitik) profitieren bisher kaum voneinander. Für die vorliegende Arbeit bedeutet dies als Ausgangslage Folgendes:

Es sind also prinzipiell zwei Ebenen der Auseinandersetzung zu beobachten. Auf der ersten Ebene setzen sich Wissenschaftler theoretisch mit dem Verständnis von Behinderung, dem Umgang mit behinderten Menschen und deren Lebenssituation sowie mit der Praxis der Förderung von Menschen mit Behinderungen in unterschiedlichen Ländern und Kulturen auseinander. Auf der zweiten Ebene entwickeln international, national und regional tätige Organisationen (Praxis-)Projekte zur Förderung von Menschen mit Behinderungen, die sich zwar an internationalen Richtlinien – insbesondere der großen Weltorganisationen – orientieren, wissenschaftliche Erkenntnisse dagegen kaum berücksichtigen. Es besteht demnach eine Diskrepanz zwischen wissenschaftlicher Theorie und politischer Praxis.

Aus Sicht der Rehabilitationswissenschaften/Sonderpädagogik³ sollten sich idealerweise (sonderpädagogische) Forschung und Projektentwicklung in Entwicklungsländern möglichst direkt aus den konkreten sozialen Bedürfnissen beeinträchtigter/behinderter Menschen ergeben (Albrecht 1995, 114f.). Dabei muss aber zunächst eingeräumt werden, dass in der internationalen Diskussion über Behinderung, Behinderungsformen, Menschen mit Behinderungen und spezielle Institutionen eine grundlegende Schwierigkeit darin besteht, eine äquivalente Semantik und adäquate Übersetzungen

³ Auf eine detaillierte Auseinandersetzung mit Definitionen von Sonderpädagogik wird hier verzichtet, da dieses den Rahmen der Arbeit übersteigen würde. Ein gewisser begrifflicher Konsens wird vorausgesetzt. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Begriffen Sonderpädagogik, Heilpädagogik, Behindertenpädagogik, Rehabilitationspädagogik/-wissenschaften, Orthopädagogik findet sich u.a. bei Bürli 1997, 12; Klauer/Mitter 1987, 4-11; Vernooij, 2007, 18ff.).

zentraler Begrifflichkeiten in den verschiedenen Sprachen zu finden (vgl. Bürli 1997, 30). Durch den Gebrauch unterschiedlicher Definitionen in den Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbehörden der einzelnen Länder werden die Divergenzen zusätzlich erhöht und die Diskussion auf nationaler und internationaler Ebene erschwert (vgl. a.a.O., 66). Der Grund hierfür sind unterschiedliche Auffassungen von Behinderung auf rechtlicher, politischer und schließlich auch auf (sonder-) pädagogischer Basis.

In den letzten Jahren hat – im internationalen Raum – ein grundsätzlicher Paradigmenwechsel⁴ zum Verständnis von Behinderung stattgefunden, durch den Behinderung immer weniger als unveränderliches Persönlichkeitsmerkmal und als vorwiegend medizinisch begründete Kategorie gilt, sondern statt dessen als relational, als psychophysische Schädigung, beeinflusst durch Umweltfaktoren, soziokulturelle Erwartungen und ökonomische Bedingungen und deshalb durch Lern- und Spezialangebote kompensierbar (vgl. Bleidick 1995, 19f.; Klauer/Mitter 1987, 7).

In der internationalen pädagogischen Diskussion wird vor diesem Hintergrund heute das Konzept des sonderpädagogischen Förderbedarfs (Special Educational Needs = SEN) favorisiert. Behinderung wird hier als Dimension auf einem Kontinuum von Bedürfnissen und Schwierigkeiten definiert. Allerdings setzt sich dieses neue Verständnis in der Bildungsverwaltung und der pädagogischen Praxis vieler Länder nur langsam durch, d. h. die Kategorisierung nach Defekten und Zuschreibung negativer sozialer Merkmale ist immer noch weit verbreitet. Die Zusammenhänge von Behinderung, Umweltfaktoren, kulturellen und ökonomischen Benachteiligungen werden oftmals noch nicht berücksichtigt (vgl. Bürli 1997, 66f.).

Den kulturellen Einfluss auf die Bewertung von Behinderung und den Umgang mit Menschen mit Behinderung haben Cloerkes und Neubart in 24 Kulturen der Welt untersucht (vgl. 1997, 108). Behinderung definieren sie vor diesem Hintergrund als

„(...) eine Andersartigkeit, der allgemein ein ausgeprägt negativer Wert zugeschrieben wird. Andersartigkeiten sind überdauernde Merkmale im körperlichen, geistigen oder psychischen Bereich, die häufig Spontanreaktionen auslösen und/oder Aufmerksamkeit hervorrufen. Es sind also Merkmale mit Stimulusqualität.“ (Cloerkes/Neubart 1997, 108).

⁴ Auf eine ausführliche Darstellung und Diskussion wird im Rahmen der Arbeit verzichtet. Es sei verwiesen auf Bürli 1997, 52; Vernooij 2007, 23f.).

Welche Andersartigkeiten Reaktionen positiver oder negativer Art auslösen, hängt vom jeweiligen kulturellen Ideal ab, das sich aus spezifischen gesellschaftlichen Erwartungen und Funktionserfordernissen in körperlicher, geistiger und psychischer Hinsicht sowie aus ideologischen Vorstellungen, etwa über Tätowierungen, Beschneidungen etc., zusammensetzt (vgl. Cloerkes/Neubart 1997, 102f.).

Ein Beispiel für den gesellschaftlichen Umgang ist der Albinismus. Während ein Mensch mit Albinismus auf Grund seiner Hautfarbe in (Nord-)Europa äußerlich kaum als andersartig auffällt, sticht seine helle Haut- und Haarfarbe in Afrika als eine Andersartigkeit hervor und bewirkt ggf. erhebliche soziale Reaktionen.

Friedrich Albrecht (1995, 31f.) betont neben der Relevanz rein äußerlicher Andersartigkeiten die jeweiligen gesellschaftlichen Minimalvorstellungen an Fähigkeiten, Fertigkeiten u.a., an denen jedes Individuum gemessen wird. Entspricht es diesen nicht, gilt es – soweit die Abweichung gesundheitliche Bezüge aufweist – als behindert. Dabei sind die gesellschaftlichen Minimalvorstellungen variable Größen und resultieren aus der Produktivkraftentwicklung, d.h. dem Stand von Wissenschaft und Technik, der Möglichkeit der Naturbeherrschung und aus den kulturellen Werten, die in der jeweiligen Gesellschaft existieren.

Wird die Auffälligkeit eines Individuums auf Grund physischer oder psychischer Andersartigkeiten und mangelnder Leistungsfähigkeit als negativ bewertet, so wird hier der Sachverhalt Behinderung markiert. In die Bewertung und Reaktionen auf einen Menschen mit Behinderung fließen allerdings auch die Charaktereigenschaften der Person u.ä. Faktoren ein. Wird Behinderung im weltweiten Maßstab überwiegend negativ bewertet, so sind doch die Reaktionen auf Menschen mit Behinderungen intra- und interkulturell sehr verschieden. Sie sind jedoch nicht beliebig, sondern werden durch das je kulturspezifische Reaktionsspektrum beeinflusst. U.a. hängen sie ab

1. von der Form der Andersartigkeit: Wie offensichtlich ist sie? Welche Belastungen entstehen für die Familie/Gruppe auf Grund der Behinderung?

2. von ihrem zeitlichen Eintritt: Nur wenn die Gruppenzugehörigkeit noch nicht gesichert ist oder extreme Missbildungen bei der Geburt offensichtlich werden, können Extremreaktionen bis hin zur Tötung vorkommen und
3. von der Situation der sozialen Gruppe: Wie sieht die Versorgungssituation aus? Z.B. Nomadenfamilie mit stark gehbeeinträchtigtem Kind? (vgl. Cloerkes/Neubert 1997, 102f.).

Cloerkes (2001, 105) schließt daraus, dass konsequent differenziert werden sollte zwischen Behinderung als sozialer Konstruktion und dem von Behinderung betroffenen Menschen.

Behinderung kann also in verschiedenen Kulturen variieren und sowohl durch verschiedene (äußerliche) Andersartigkeiten als auch durch Leistungsanforderungen, die nicht erfüllt werden können, ausgelöst werden. Deshalb muss mit dem Begriff differenziert umgegangen werden. Wenn man über Behinderung und den Umgang mit Menschen mit Behinderungen in anderen Ländern und Kulturen forscht, sollten die kulturellen und sozio-ökonomischen Lebens- und Umweltbedingungen vorab geklärt sein.

Die Beschäftigung mit Internationaler Vergleichender Sonderpädagogik⁵ kann zur Einsicht in die kulturelle Abhängigkeit von Behinderung und zur Entwicklung adäquater Förderung und Unterstützung beitragen (vgl. Klauer/Mitter 1987, 3). Dieses Fachgebiet hat drei zentrale Aufgaben:

- Erkenntniserweiterung (sowohl inhaltlich als auch methodologisch),
- Politik- und Praxisberatung
- internationale Verständigung (vgl. Bürli 1997, 13; Klauer/Mitter 1987, 11).

Innerhalb der International Vergleichenden Sonderpädagogik werden vier unterschiedliche Forschungsschwerpunkte deutlich:

⁵ zur Entwicklung und zum Verständnis der Begrifflichkeiten ‚international‘ und ‚vergleichend‘ siehe Albrecht/Bürli/Erdélyi 2006, 9f. International Vergleichende Sonderpädagogik und Vergleichende Sonderpädagogik werden im Folgenden synonym benutzt.

- a) interkulturell vergleichende Forschungen, die versuchen, intra- und interkulturelle Universalitäten und Variabilitäten herauszuarbeiten (z.B. Neubart/Cloerkes 1997)
- b) Forschungen mit ethnografischem Hintergrund, die Einstellungen gegenüber und Reaktionen auf Behinderte, meist in traditionellen Gesellschaften, untersuchen (z.B. Holzer/Vreede/Weigt 1999)
- c) Forschungen, die zu einer effektiveren und angemesseneren Entwicklungszusammenarbeit im Kontext der Sonderpädagogik beitragen wollen (z.B. Albrecht 1995)
- d) Entwicklungs- und Kooperationsaufgaben (z.B. Bloemers 2003) (vgl. Albrecht/Bürli/Erdélyi 2006, 10f.).

Durch die Datenerhebung und -analyse über die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in Mwanza/Tansania folgt die vorliegende Arbeit vor allem dem Ziel der Erkenntniserweiterung. Dadurch werden Grundlagen gelegt für eine mögliche, landesspezifische Politik- und Praxisberatung. Die vorliegende Arbeit möchte zu einer effektiveren Entwicklungszusammenarbeit auf lokaler Ebene von Sonderpädagogik und Rehabilitation (im Rahmen einer Städtepartnerschaft, s.u.) beitragen und in diesem Rahmen dazu ermutigen – ausgehend von den Potenzialen der Menschen vor Ort – gemeinschaftlich Konzepte zu entwickeln und umzusetzen. In diesem Sinne soll mit der vorliegenden Arbeit vor allem auch ein Beitrag zur interkulturellen Verständigung geleistet werden.

Als ein wichtiger Teilbereich der International Vergleichenden Sonderpädagogik hat sich Mitte der 1980-er Jahre die *Sonderpädagogik Dritte Welt*⁶ entwickelt, deren Ziel eine

„(...) ‚zukunftsfähige‘ (sustainable) Verbesserung der Situation der Menschen mit Behinderungen in Ländern der Dritten Welt (...)“ (Albrecht 1995, 47).

ist.

⁶ Mit dem Begriff Dritte Welt wird nicht eine homogene Ländergruppe beschrieben, sondern vielmehr soll die Vorstellung ungleicher Verhältnisse und Beziehungen zwischen westlichen Industrieländern und Entwicklungsländern sowie den damit verbundenen Konsequenzen verdeutlicht werden (vgl. Albrecht 1995, 15). Zur ausführlichen Diskussion und Entwicklung der Begriffe Dritte Welt, Entwicklungsland, Industrieland und Gruppe der 77 vgl. BMZ 2006, 413; Nuscheler 1996; Nuscheler 2004, 391ff.

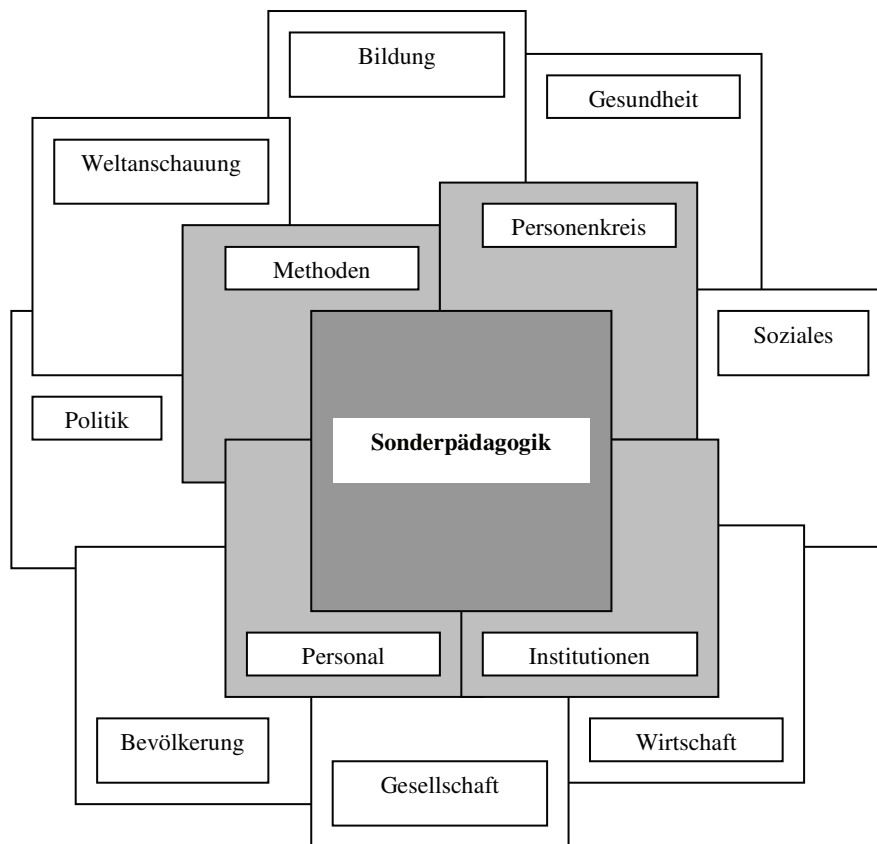
Sie versteht sich *weder* als Sonderpädagogik *für* die Dritte Welt im Sinne eines Exports sonderpädagogischer Konzeptionen *noch* als Sonderpädagogik *in der* Dritten Welt im Sinne eines bloßen Vergleichens, Klassifizierens oder Erkennens sozialer Realitäten (vgl. Albrecht 1995, 54). Vielmehr versteht sich *Sonderpädagogik Dritte Welt* als interkulturell vergleichende Disziplin, die interdisziplinär arbeitet und sich um kultur- und sozialschichtspezifische Lösungen im Theorie- und Handlungsprozess bemüht und die die Partizipation aller Beteiligten voraussetzt (vgl. a.a.O. nach Kemler 1988a).

Da Tansania, das von mir beforschte Land, zu den Ländern der Dritten Welt gehört und außerdem zur Ländergruppe der am wenigsten entwickelten Länder (LDC)⁷ (vgl. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) 2006, 407) erscheint mir die Berücksichtigung dieser Unterabteilung der InternationalVergleichenden Sonderpädagogik für die vorliegende Arbeit als besonders sinnvoll und angemessen.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Gebiet der International Vergleichenden Sonderpädagogik – einschließlich der *Sonderpädagogik Dritte Welt* – umfasst sowohl die unmittelbaren Teilbereiche der Sonderpädagogik wie Theorien, Methoden, Personenkreis und Institutionen sowie die Kontextdimensionen Gesellschaft, Politik, Weltanschauung, Bildung, Gesundheit, u.a. Dabei stehen die genannten Bereiche und Kontextdimensionen in einem wechselseitigen Beziehungsgeflecht, das zu berücksichtigen ist (vgl. Bürli 1997, 20f.; ebenso die Abbildung auf der folgenden Seite).

⁷ Die Einstufung als LDC fällt die Generalversammlung der Vereinten Nationen. Seit 1990 gibt es umfassende Kriterien, die neben wirtschaftlichen Faktoren auch langfristige Wachstumshemmnisse aufgrund von Strukturschwächen und einem niedrigen Entwicklungspotential der menschlichen Ressourcen bei der Beurteilung berücksichtigen (vgl. BMZ 2006, 410).

Abbildung 1: Merkmalsbereiche der Sonderpädagogik und ihrer Kontexte



Quelle: Bürli 1997, 21.

Die zentrale Forschungsfrage in diesem Zusammenhang formuliert Friedrich Albrecht so:

„Wie müssen geeignete präventive, rehabilitative und integrative Maßnahmen in marginalisierten Zonen, d.h. auf dem Land und in den Slums der Städte, konzipiert sein und wie lassen sie sich realisieren?“ (Albrecht 1995, 54).

Hieraus ergeben sich Fragen zu den soziokulturellen und ökonomischen Einflussfaktoren von Behinderung (wie etwa Ernährung, Gesundheitsversorgung, Bildung, Schulsystem, kulturell bedingtes Einstellungsverhalten etc). Dazu wurden für die vorliegende Arbeit gezielt Daten erhoben, um daraus erforderliche und realisierbare präventive, rehabilitative und integrative Maßnahmen ableiten zu können. Zu diesem Zweck habe ich in Tansania Menschen mit Behinderungen selbst interviewt (s.u.). Nicht zuletzt in diesem Prozess wurde deutlich, dass der Personenkreis der Menschen mit Be-

hinderungen so klar wie möglich definiert und eingegrenzt werden muss. Ich habe mich dabei an den Klassifikationen der WHO orientiert, auf deren Strukturen im Folgenden eingegangen werden soll.

Die WHO-Klassifikationen als Grundlage des Behinderungsverständnisses

Mit ihrer „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ (ICIDH) von 1980 hat die WHO erstmals internationale Standards zur Definition von Behinderung vorgelegt. Mit der im Jahr 2001 erschienenen „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) wurde die ICIDH weiterentwickelt⁸. Der heute geltenden ICF liegt ein biopsychosozialer Ansatz zu Grunde, der die verschiedenen Perspektiven von Behinderung auf biologischer, individueller und sozialer Ebene fokussiert (vgl. WHO 2001, 18f.). Die ICF gliedert sich in zwei Teile mit je zwei Komponenten:

Teil 1 betrachtet die individuelle Funktionsfähigkeit sowie Behinderung mit den Komponenten

- a) Körperfunktionen und –strukturen und
- b) Aktivitäten und Partizipation⁹.

Der zweite Teil beschäftigt sich mit den Kontextfaktoren, von denen Behinderung und die Wahrnehmung von Behinderung abhängen. Es werden

- a) Umweltfaktoren und
- b) personenbezogene Faktoren berücksichtigt.

Jede Komponente kann in positiven und negativen Begriffen ausgedrückt werden und besteht selbst aus verschiedenen Domänen und Kategorien, die als Einheiten der Klassifikation dienen (vgl. WHO 2001, 9). Es wird deutlich, dass Behinderung hier stärker

⁸ Auf eine ausführliche Darstellung von Hintergrund und Entwicklung von der ICIDH hin zur ICF sowie auf eine kritische Diskussion wird im Rahmen dieser Arbeit verzichtet. Es sei verwiesen auf Biewer 2002, 293-301; Hollenweger 2003, 157 ff.; Meyer, A.-H. (2004). Kodieren mit der ICF: Klassifizieren oder Abklassifizieren? Heidelberg.

⁹ in der deutschen Übersetzung wird ‚participation‘ statt mit Teilhabe mit Partizipation übersetzt, da der Begriff der Teilhabe in der Schweiz enger gefasst wird als in Deutschland (vgl. DIMDI 2005, 4). In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe synonym verwendet.

als in der ICDH von 1980 (vgl. Vernooij 2007, 12ff.) im sozialen und institutionellen Kontext gesehen wird und dass damit die Möglichkeit besteht, positive Ansätze innerhalb des jeweiligen engeren und weiteren Lebensraumes eines Menschen mit Behinderung herauszustellen (vgl. Vernooij 2007, 14 ff.).

Der ICF liegen im Einzelnen folgende Definitionen zu Grunde:

„**Körperfunktionen** sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen).

Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.

Eine **Schädigung** ist eine Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur wie eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2005, 17).

Die Klassifikation von Schädigungen orientiert sich dabei an den körperlichen Grundlagen; sie können Teil oder Ausdruck eines Gesundheitsproblems sein, es muss aber nicht notwendigerweise eine Krankheit zu Grunde liegen. Schädigungen können dauerhaft oder vorübergehend und progressiv, regressiv oder statisch sein (vgl. DIMDI 2005, 18). In der vorliegenden Arbeit wird Behinderung weitgehend im Sinne von Schädigung verstanden, vor allem dann, wenn in diesem Sinne die „Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur“ oder aber eine „wesentliche Abweichung oder ein Verlust“ beschrieben wird.

Neben der Funktionsbeeinträchtigung kommen als weitere Komponenten individuelle Aktivitäten und gesellschaftliche Teilhabe/Partizipation hinzu, die das Individuum als handelndes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt beschreiben.

„Eine **Aktivität** ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch einen Menschen.

Partizipation [Teilhabe] ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch haben kann, die Aktivität durchzuführen.

Eine **Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe]** ist ein Problem, das ein Mensch in Hinblick auf sein Einbezogensein in Lebenssituationen erleben kann.“ (DIMDI 2005, 19).

Für die Sonderpädagogik sind diese beiden Komponenten besonders relevant, da sie Ansatzpunkte für gezielte pädagogische Förderung und Unterstützung bieten. Aktivitäten und Partizipation beziehen sich auf alle Lebensbereiche, u.a. Lernen und Wissensanwendung, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung u.ä. (vgl. DIMDI 2005, 20).

Aktivitäten können laut ICF unter zwei Gesichtspunkten beschrieben werden, der Leistungsfähigkeit und der faktisch erbrachten Leistung. Die Leistungsfähigkeit ist das höchstmögliche Leistungsniveau, das eine Person in einem Lebensbereich unter Standardbedingungen erbringen kann. Die Leistung selbst ist die tatsächlich erbrachte Aktivität unter den gegenwärtigen Lebensbedingungen einer Person (vgl. Schuntermann 2007, 52). Der Unterschied zwischen Leistungsfähigkeit und erbrachter Leistung liefert Hinweise darauf, was ggf. in der Umwelt verändert werden muss, damit ein Mensch seine Leistung steigern kann (vgl. DIMDI 2005, 20). Um eine wirkliche Vergleichbarkeit individueller Leistungsfähigkeiten zu erreichen, müsste die Leistungsfähigkeit einzelner Personen in einer standardisierten Umwelt überprüft werden, die möglichst für alle Menschen und alle Länder gleich sein sollte. Aber selbst wenn die ICF dabei unterschiedliche, auch soziale Komponenten berücksichtigen will, wird doch unerschwinglich vorausgesetzt, dass die Lebenssituationen der Menschen weltweit vergleichbar sind und durch vergleichbare Maßnahmen verbessert werden können. Ob bei der Setzung von Maßstäben dabei auch die individuellen Voraussetzungen der Menschen aus den armen Ländern der Welt berücksichtigt werden, ist fraglich. Vor allem dann, wenn man bedenkt, dass die Gesundheitsprobleme eines Menschen sowie seine Aktivitäten und Teilhabe durch Kontextfaktoren beeinflusst werden. Die ICF unterscheidet – wie bereits oben erwähnt – zwischen

- a) Umweltfaktoren und
- b) personenbezogenen Faktoren.

Umweltfaktoren sind solche Faktoren, die außerhalb des Individuums liegen und sich auf seine materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt beziehen. Diese können sein Leben positiv oder negativ beeinflussen (vgl. a.a.O., 21f.). Umweltfaktoren sind

u.a. Produkte und Technologien, die natürliche und vom Menschen gestaltete Umwelt, Dienste (vgl. Hollenweger 2003, 160). Sie beziehen sich auf zwei verschiedene Ebenen:

- a) die Ebene des Individuums: Hier sind die unmittelbare, persönliche Umwelt, wie z.B. der häusliche Bereich, der Arbeitsplatz oder die Schule, materielle Gegebenheiten der Umwelt sowie persönliche Kontakte zu anderen, wie Familie, Freunde relevant.
- b) die Ebene der Gesellschaft: Diese bezieht sich auf die formellen und informellen sozialen Strukturen, Dienste und übergreifenden Ansätze oder Systeme, wie z.B. Fahrdienste, Beratung, Gesetze (vgl. WHO 2001, 15).

Die personenbezogenen Faktoren umfassen laut Definition alle Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil seines Gesundheitsproblems sind, wie z.B. Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, Bildung. Diese sind in der ICF noch nicht klassifiziert (vgl. WHO 2001, 16ff.; DIMDI 2005, 22).

Die Umweltfaktoren stehen in unterschiedlicher Wechselwirkung mit den Komponenten der Körperfunktionen und -strukturen sowie der Aktivitäten und Partizipation. Die verschiedenen Umweltbedingungen können sehr unterschiedliche Einflüsse auf Menschen mit Gesundheitsproblemen haben. Die Leistung eines Menschen kann durch Barrieren in der Umwelt, durch fehlende Förderung u.a. beeinträchtigt werden, sie kann aber auch durch die Bereitstellung von Förderfaktoren gesteigert werden (vgl. WHO 2001, 15f.). Daraus folgt:

„Behinderung ist gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Menschen und seinen personbezogenen Faktoren einerseits und den externen Faktoren, welche die Umstände repräsentieren, unter denen Individuen leben, andererseits.“ (WHO 2001, 15f.).

Diese Definition zeigt deutlich, dass Behinderung nicht mehr als rein oder vorwiegend medizinisches Problem des Individuums betrachtet wird. Wesentlich stärker als die ICDH betont die ICF stattdessen den Einfluss von Umweltfaktoren und personalen Faktoren auf die Konstruktion von Behinderung. Allerdings sind diese im Vergleich zu

den medizinischen Aspekten von Seiten der WHO bisher wesentlich geringer¹⁰ bzw. noch gar nicht¹¹ ausgearbeitet worden.

Dem Behinderungsbegriff der ICF entspricht der Ansatz der Sonderpädagogik, Behinderung als Relation zu verstehen (s.o.). Mit den Umweltfaktoren und personalen Faktoren bietet die ICF für die Sonderpädagogik gute Anknüpfungspunkte für die individuelle Förderplanung (vgl. Biewer 2002, 300). Wenn Behinderung nicht ursächlich als Merkmal einer Person, sondern als ein komplexes Beziehungsgeflecht zwischen dem Individuum und seiner Umwelt erkannt wird, dann können Lebenssituationen der betroffenen Menschen differenziert analysiert und nationale und internationale (Daten-)Vergleiche ermöglicht werden (vgl. Schuntermann 2007, 81; Vernooij 2007, 16). Daraus ergeben sich für die Praxis konkrete Hinweise, wie die Umwelt des Individuums umgestaltet werden muss, um seine Aktivitäten und Teilhabe unterstützen bzw. erweitern zu können (vgl. Hollenweger 2003, 161).

Hauptanwendungsbereich der ICF ist die Rehabilitation, deren zentrale Aufgabe die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit ist (vgl. Schuntermann 2007, 80). Damit konzentriert sich die Rehabilitation jedoch praktisch wieder auf ihren medizinischen Teilbereich. Theoretisch dagegen wird sie als multidisziplinäres Anliegen erkannt durch das auch die Forderung und Notwendigkeit interdisziplinärer Kooperation ausgedrückt wird (vgl. Tüschbönner 2001, 40f.). Nach internationaler Auffassung umfasst Rehabilitation einen

„(...) zielorientierten und zeitlich begrenzten Prozess, der versucht, möglichst viele Hilfestellungen zu leisten, um die behinderte Person in ihren Beeinträchtigungen zu fördern, sie mit Hilfsmitteln auszustatten bzw. sie zu einem selbstständigen Leben zu befähigen.“ (vgl. URL: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/diswpa01.htm> [Datum der Recherche 28.06.07]).

In dieser Definition findet sich der biopsychosoziale Ansatz der ICF wieder. Besondere Aufmerksamkeit soll auf die Fähigkeiten des Einzelnen sowie auf die Förderung, insbesondere auch von Kindern, gelegt werden. Ausgangspunkt für Maßnahmen der Rehabilitation sollten die Familie und die Gemeinde sein, in der der Mensch mit

¹⁰ Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass weitere Forschung erforderlich und wünschenswert ist, um z.B. festzustellen, dass es immer wiederkehrende Umweltfaktoren gibt, die zu Sammelbegriffen wie z.B. Armut, ländlicher Raum, zusammengefasst werden können. Darüber hinaus wäre ein zweites Beurteilungsmerkmal wünschenswert (vgl. DIMDI 2005, 123; Meyer 2004, 88.).

¹¹ Die personenbezogenen Kontextfaktoren werden noch gar nicht differenziert klassifiziert (vgl. DIMDI 2005, 22; Meyer 2004, 87f.).

Behinderung lebt, um ihm ein möglichst eigenständiges Leben in deren Rahmen zu ermöglichen und seine Fähigkeiten und Möglichkeiten zu fördern und zu unterstützen. Dabei sind die Angebote in die bestehenden Strukturen des Sozial- und Gesundheitswesens sowie des Arbeitsmarktes zu integrieren (vgl. URL: <http://www.un.org/esa-/socdev-/enable/diswpa01.htm> [Datum der Recherche 28.06.07]).

Rehabilitationsmaßnahmen beschränken sich also nicht nur auf die medizinische Prävention und Versorgung, sondern beinhalten auch die beruflich-soziale und pädagogische Integration. Die beruflich-soziale Rehabilitation ist um eine möglichst dauerhafte Eingliederung von Menschen mit Behinderungen in den regulären Arbeits- und Lebensprozess bemüht (vgl. Vernooij 2007, 26). Sie unterscheidet zwei Personengruppen:

- a) Jugendliche, die nach Verlassen der Schule eine besondere Unterstützung bei der Erstausbildung benötigen, und
- b) Arbeitnehmer, die aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls wieder in Arbeit und Gesellschaft eingegliedert werden sollen.

Kann eine Ausbildung oder Umschulung nicht auf dem allgemeinen Ausbildungsmarkt erfolgen, wird sie in speziellen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation durchgeführt, in Deutschland wären dies z.B. Berufsbildungswerke (Erstausbildung) und Berufsförderungswerke (Umschulung und Fortbildung), sowie in Werkstätten für Behinderte als Sonderarbeitsmarkt (vgl. Ellger-Rüttgardt 2001, 89f.).

Die pädagogische Rehabilitation hat die Bildung und Erziehung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher zum Ziel. Der Begriff der Rehabilitationspädagogik wurde besonders in der ehemaligen DDR geprägt und stellte die (Wieder-)Herstellung gesellschaftlicher Produktivität in den Vordergrund (vgl. Vernooij 2007, 20). Nach der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten erfolgte eine konstruktive Diskussion auf theoretischer und institutionell-praktischer Ebene zwischen westlich geprägter Sonderpädagogik und östlich geprägter Rehabilitationspädagogik.

Nach wie vor existieren beide Begriffe, zum Teil aber inhaltlich neu gefüllt. Nach Ellger-Rüttgardt (2001, 89) etwa steht der Begriff der Rehabilitationspädagogik für das umfassende sozialstaatliche System der gesellschaftlichen Eingliederung und weist damit weit über die Schulpädagogik hinaus auf andere Aufgabenfelder und auf die Kooperation mit anderen Disziplinen, assoziiert aber ggf. auch einen rein technokratischen Anpassungsprozess und verliert damit das Typische eines pädagogischen Prozesses. Die Bildsamkeit als zentraler Grundbegriff der Pädagogik wird in traditionellen Definitionen der Rehabilitationspädagogik nicht genannt. Damit spiegelt der Begriff Rehabilitation nach Einschätzung von Ellger-Rüttgardt zu wenig das spezifisch Pädagogische wider (vgl. a.a.O., 90f.).

Allgemeine Anerkennung findet die Auffassung, dass Rehabilitation der Oberbegriff für folgende verschiedene Dienstleistungen sei:

- Früherkennung und -förderung
- Medizinische Versorgung und Wieder-Herstellung
- Soziale, psychologische und andere Beratung und Unterstützung
- Mobilitätstraining, Kommunikationsförderung, Lebenspraktische Förderung mit entsprechender Unterstützung, z.B. für Hörgeschädigte, Sehgeschädigte oder geistig Behinderte
- Hilfsmittelversorgung
- Spezielle Bildungsangebote im Sinne von Sonderpädagogik
- Spezielle Berufsförderungsprogramme
- Evaluation (vgl. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/diswpa02.htm-#Rehabilitation>, 2. [Datum der Recherche: 28.6.07]).

Wird in der vorliegenden Arbeit von rehabilitativen Maßnahmen oder von Angeboten zur Rehabilitation gesprochen, so beziehen sich diese auf oben genannte Bereiche.

Angebote im schulischen Bereich werden dezidiert als sonderpädagogische Angebote bzw. als Angebote im Sonderschulwesen beschrieben.

Persönlicher Zugang zum Thema

Die Erhebung empirischer Daten für die vorliegende Dissertation erfolgte in Mwanza/Tansania. Tansania ist mit einer Größe von 883.749 km² fast viermal so groß wie die Bundesrepublik Deutschland, hat aber nur ca. 33 Mio Einwohner. Aufgrund sehr unterschiedlicher geografischer Bedingungen des Landes ist auch die Verteilung der Bevölkerung sehr ungleichmäßig. Etwa ein Viertel der Menschen lebt in den großen Städten, allein 10% in Daressalaam, dem Zentrum von Verwaltung, Regierung und Wirtschaft¹². Neben den großen Städten gibt es noch vier große Bevölkerungszentren:

- a) die Region um den Viktoriasee (mit Mwanza, der zweitgrößten Stadt des Landes, in der meine empirische Untersuchung stattfand): Hier lebt fast ein Drittel der Bevölkerung.
- b) der Nordosten von den Hängen des Kilimandscharo bis zu den Usambara-Bergen.
- c) das Makonde-Plateau.
- d) die Southern Highlands zwischen Mbeya und dem Nyasasee (vgl. Gabriel 2003, 165f.).

Dass die Wahl der Region für die empirische Untersuchung auf Mwanza fiel, liegt daran, dass seit Mitte der 1960-er Jahre eine Städtepartnerschaft zwischen Würzburg und Mwanza besteht, deren Ziel die gegenseitige Erfahrungs- und Bewusstseins-erweiterung ist und in deren Rahmen die Initiative für die empirische Erhebung der Lebensbedingungen behinderter Menschen in Tansania entstand. Die Partnerschaft wurde und wird durch gegenseitige Besuche und Aktivitäten in verschiedenen Bereichen des sozialen und gesellschaftlichen Lebens gestaltet. Im Jahr 2000 gründeten Würzburger Bürger den Verein „Menschen aus Würzburg arbeiten für nachhaltiges Zusammenwirken mit unserer afrikanischen Partnerstadt“ (M.W.A.N.Z.A. e.V.), der

¹² Hauptstadt von Tansania ist das im Landesinneren gelegene Dodoma.

verschiedene Projekte in Mwanza unterstützt. Wenn also in der vorliegenden Arbeit an einigen Stellen ein Vergleich speziell zwischen Tansania und Deutschland angestellt wird, so erklärt sich dies durch die genannte Partnerschaft mit ihrem direkten gegenseitigen Interesse.

Bei Besuchen in Mwanza waren die Würzburger Gäste immer wieder erstaunt über die vielen Menschen mit Behinderungen, die im Straßenbild zu sehen waren/sind. In Gesprächen mit Vertretern der Stadt (u.a. mit der stellvertretenden Schulrätin, Mama Manyama) wurde deutlich, dass es jedoch keine statistischen Daten über behinderte Menschen in Mwanza bzw. Tansania gab, außerdem auch nur wenige städtische Angebote zur Unterstützung dieser Personengruppe. Hieraus entstand die Idee, ein Projekt zur Förderung von Menschen mit Behinderungen in Mwanza zu initiieren. Dafür sollten – in Form einer Bedarfsforschung – zunächst Informationen über vorhandene sonderpädagogisch-rehabilitative Angebote gesammelt und die Anzahl der Menschen mit Behinderungen erhoben werden. Gemeinsam wurde die Idee zu einem Forschungsaufenthalt in Mwanza mit anschließender Auswertungsphase in Deutschland entwickelt und eine geeignete Person für die Aufgabe gesucht. Da ich von diesem Angebot erfahren hatte und mich die Aufgabe interessierte, bewarb ich mich und erhielt die Gelegenheit zu einem Forschungsaufenthalt in Mwanza (Oktober 2003 bis Juli 2004). Finanzielle Unterstützung erhielt ich in Form eines Kurzzeitstipendiums zur Durchführung von Abschluss- und Promotionsarbeiten des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD). Die hierfür erforderlichen Gutachten erhielt ich von der Universität Würzburg (Prof. Dr. Monika A. Vernooij) und der Universität Dortmund (Prof. Dr. Ulrike Schildmann). Die Promotion lege ich nun an der Technischen Universität Dortmund vor, an der ich auch studiert und mein 1. Staatsexamen abgelegt habe.

Als Sonderschullehrerin an einer Förderschule mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung habe ich täglich Kontakt zu Kindern und Jugendlichen aus anderen Kulturkreisen. Im Unterricht und bei Elterngesprächen wird mir immer wieder deutlich, wie unterschiedlich das Verständnis von Behinderung ist und wie vielfältig der Umgang damit sein kann. Ich wollte mehr über den Umgang mit Menschen mit Behinderungen

in einer anderen Kultur erfahren. Weil mir dafür eine Auseinandersetzung auf Basis von Büchern, Filmen und anderen Medien nicht ausreichend erschien, wollte ich in ein mir fremdes Land, vorzugsweise in Afrika, gehen, um vor Ort selbst zu erleben und zu erfahren, wie in einer afrikanischen Kultur mit Menschen mit Behinderung umgegangen wird und welche Andersartigkeiten überhaupt als Behinderung wahrgenommen werden. Aus diesem Grund beantragte ich ein Sabbatjahr und suchte nach einem geeigneten Projekt, was ich mit dem Würzburger Vorhaben fand. Es entsprach meinen Vorstellungen von gleichberechtigter Entwicklungszusammenarbeit und der Möglichkeit zur wissenschaftlichen und praktischen Arbeit.

Vorausgegangen war während meines Studiums bereits ein mehrwöchiges Praktikum in indischen Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, in dessen Rahmen ich mich schon persönlich mit Fragen der sonderpädagogischen Forschung in einem so genannten Land der Dritten Welt und hier vor allem mit der Annäherung an das zweifach Fremde (vgl. Kemler 1988, Untertitel) – fremd als Mitglied in der Gruppe der Menschen mit Behinderungen und fremd in einem Land der Dritten Welt – auseinandergesetzt hatte. Aber auch die dort gemachten Erfahrungen konnten nur teilweise auf die tansanische Realität übertragen werden. Um im wissenschaftlichen Sinne möglichst objektiv arbeiten zu können, musste ich – erneut – einen Kulturschock überwinden und mich an grundlegend andere ökonomische Verhältnisse gewöhnen, die von Armut geprägt sind. Dies spielte auch eine Rolle für meine Wahrnehmung von Behinderung (vgl. hierzu Michel-Biegel 2002, 59f.). Auch mein bis dahin überwiegend in Deutschland erworbenes Fachwissen sonderpädagogischer und rehabilitationswissenschaftlicher Art musste durch Kenntnisse der tansanischen Verhältnisse erweitert werden. Zwar hatte ich mich im Rahmen der Vorbereitung – noch in Deutschland – nicht nur mit den Forschungsinhalten, -strategien und -methoden auseinandergesetzt, sondern auch mit der tansanischen Kultur und den Besonderheiten der Städtepartnerschaft Mwanza/Würzburg, aber viele spezielle Informationen waren in Deutschland für mich noch nicht erhältlich gewesen, so dass sich der größte Teil der zu leistenden Vorarbeiten erst in Tansania erledigen ließ. Dazu gehörte nicht zuletzt auch das Erlernen der Landessprache:

Da in Tansania Suaheli Landes- und Amtssprache ist und ich möglichst direkten Kontakt zu den von Behinderungen betroffenen Menschen aufnehmen wollte, hatte ich bereits in Deutschland Grundlagen dieser Sprache erlernt, die jedoch in Tansania intensiviert werden mussten. In den Städten wird zwar auch – wesentlich häufiger als auf dem Land – Englisch gesprochen, aber ist es den privilegierten Bürgern vorbehalten, auf der Secondary School diese Fremdsprache zu erlernen. Deshalb wollte ich während der Datenerhebung möglichst auf englischsprachige Assistenten verzichten; denn dies hätte die Gefahr beinhaltet, dass Informationen nicht bzw. modifiziert wiedergegeben worden wären (vgl. Michel-Biegel 2002, 59). Wichtige Schriftstücke, z.B. Gesetze, Leitlinien u.ä. werden zwar in der Regel sowohl auf Englisch als auch Suaheli verfasst, da Englisch neben Suaheli ebenfalls Amtssprache ist, aber in Mwanza lagen häufig nur die Suaheli-Fassungen vor, die ich mir mit Übersetzungshilfe aneignete.

Eine erste fachspezifische Orientierung bei der Suche nach Angaben über Menschen mit Behinderungen bot mir lediglich die statistische Erhebung „2002 Population and Housing Census“ der tansanischen Regierung, in der erstmals für ganz Tansania erfasst wurde, wie viele Menschen mit welchen Behinderungen dort leben. Allerdings enthielt die Publikation weder Definitionen der erfassten Behinderungskategorien noch Angaben zur Geschlechterverteilung und zu verschiedenen Lebenssituationen der Befragten. Das bedeutet, dass meine – hier vorgelegte – eigene Arbeit als eine „explorative Studie“ angelegt werden musste: mit dem Ziel der möglichst umfassenden Datenerhebung zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in Mwanza.

Als kooperierende Experten standen mir in Mwanza der Schulrat, Mr. Rashid, und seine Stellvertreterin, Mama Manyama, zur Verfügung, sowie die Lehrerinnen und Lehrer der „special units“ für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen an allgemeinen Schulen. Im Verlauf des Aufenthalts entstanden aber auch Kontakte zu den Selbsthilfeorganisationen von Menschen mit Behinderungen, zur physiotherapeutischen Abteilung im Bugando Medical Centre (BMC) und zum Rehabilitations-Ausbildungszentrum. Diese wichtigen Kontakte entstanden ausschließlich durch Mittelsleute, die Physiotherapeuten, Betroffene etc. kannten. Kontakte über email, Briefe oder Telefon waren aufgrund der Voraussetzungen nicht möglich.

In enger Kooperation mit dem o.g. Schulrat, den Lehrern der „spezial units“ und den Selbsthilfegruppen wurde das Forschungsdesign entwickelt. Dabei wurde mir schnell deutlich, dass die in Deutschland und anderen europäischen Ländern geltenden Anforderungen hieran nicht immer erfüllt werden konnten. Da die erhobenen Daten jedoch in erster Linie der konkreten Arbeit in Mwanza dienen sollten, war es wichtig, die von den dortigen Fachleuten formulierten Bedürfnisse zu erfüllen. So wurde u.a. von der Gesamtgruppe festgelegt, dass bei der Datenerhebung weder geschlechter-spezifische Fragestellungen berücksichtigt noch Verbindungen zwischen HIV/Aids und Behinderung wie auch zwischen Kinderarbeit und Behinderung gezogen werden sollten, weshalb auch in der nun vorliegenden Dissertation auf diese Problemkomplexe nicht ausführlich eingegangen werden kann. Sie wären jeweils eigenständiger, umfassender Sonderuntersuchungen wert.

Aufbau der Arbeit

Um sich einer fremden Kultur anzunähern, ist es zunächst wichtig, das Land, in dem man forschen will, kennen zu lernen: Seine Menschen und Kultur werden wesentlich geprägt durch naturräumliche Gegebenheiten, die wirtschaftliche Struktur und Lage sowie die Infrastruktur. Diese werden für Tansania und speziell für Mwanza in Kapitel 2 beschrieben. In diesem Rahmen sollen auch Grundzüge der tansanischen Weltanschauung und des Familienlebens beleuchtet und deren Einfluss auf den Umgang mit behinderten Menschen erörtert werden.

Im Anschluss daran (Kapitel 3) wird das Sozialwesen Tansanias vorgestellt. Es umfasst die Bereiche Gesundheit, Wasserver- und -entsorgung und Hygiene, Bildung und Erziehung (engl. Education) sowie HIV/Aids. Für die vorliegende Arbeit sind besonders das Gesundheitswesen und das Erziehungs- und Bildungswesen wichtig, worauf ausführlich eingegangen werden soll. Im Abschnitt zum Gesundheitswesen wird die moderne tansanische Diskussion zum Verständnis von Behinderung, das sich überwiegend an medizinischen Kategorien orientiert, erläutert (3.3). Daran anschließend (3.4) werden Angebote im Bereich der Rehabilitation dargestellt, die in Tansania ebenfalls überwiegend medizinisch orientiert ist. (Sonder-)pädagogische Angebote werden im Abschnitt zum Bildungswesen aufgeführt (3.5.2).

Die Annäherung an das Fremde und die Akzeptanz einer anderen Kultur gilt nicht nur für die Auswahl geeigneter Inhalte, sondern auch für die Auswahl geeigneter Forschungsmethoden. Zwei Problemkomplexe sind zu berücksichtigen: 1. Die in westlichen Gesellschaften entwickelten quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden berücksichtigen häufig nicht die kulturellen und infrastrukturellen Besonderheiten von Ländern der Dritten Welt (vgl. Geiser 1998, 41f.), worauf in dem eigens für die Forschungsmethode vorgesehenen Kapitel 4 eingegangen werden soll. 2. Im Falle der vorliegenden Dissertation darf auch der bereits oben erwähnte Außeneinfluss nicht unerwähnt bleiben: Als Forscherin habe ich im Auftrag anderer gehandelt und musste bei der Auswahl der Methoden auch auf deren Vorgaben eingehen. Um der Forderung nach statistischen Daten nachzukommen, war es erforderlich, quantitative Verfahren einzusetzen. Diese wurden jedoch im Vorfeld durch qualitative Beobachtungen vorbereitet. Welche Forschungsmethoden eingesetzt und wie sie ggf. modifiziert wurden, wird in diesem Kapitel dargelegt.

In dem beschriebenen Forschungsprojekt wurden für Tansania erstmalig umfassende Daten zu verschiedenen Lebenssituationen von Menschen mit Behinderungen ohne Altersbegrenzung erhoben. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in Kapitel 5. Die Befragten wurden in die Gruppe der Kinder und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) und die Gruppe der Erwachsenen (18 Jahre und älter) eingeteilt; denn deren Lebenssituationen und Erfahrungen unterscheiden sich erheblich voneinander. Vorgestellt und diskutiert werden zunächst die kindbezogenen Ergebnisse, danach die Ergebnisse über die Gruppe der Erwachsenen. Die in der empirischen Untersuchung benutzten Behinderungskategorien leiten sich direkt aus den landes- und kulturspezifischen Behinderungsformen in Tansania (vgl. 3.3) ab. Bei der Auswahl exemplarischer Lebenssituationen wurden sowohl die Wünsche von Seiten der Stadt Würzburg als auch der Stadt Mwanza berücksichtigt.

Kapitel 6 schließt die vorliegende Dissertation auf zwei unterschiedliche Weisen ab. Ausgehend von den erhobenen Daten und deren Auswertung werden in Abschnitt 6.1 praktische Perspektiven für eine Verbesserung der sozialen Lage behinderter Kinder und Erwachsener in Mwanza/Tansania aufgezeigt. Es geht in diesem Abschnitt also

vorwiegend um eine praxisbezogene entwicklungspolitische Perspektive. In Abschnitt 6.2 werden dagegen – aber auch in Ergänzung dazu – theoretische Perspektiven für die International Vergleichende Sonderpädagogik dargelegt, die sich aus einer landesspezifischen, praxisbezogenen empirischen Erhebung ergeben können. Dabei werden nochmals die drei Zielsetzungen der International Vergleichenden Sonderpädagogik – Erkenntnisgewinn, Politik- und Praxisberatung sowie internationale Verständigung – zu Grunde gelegt und mit neuen – aus der eigenen Forschungsarbeit gewonnenen – Ergebnissen konfrontiert.

2. Kulturelle und sozio-ökonomische Lebensbedingungen in Tansania und Mwanza

Schädigungen und Behinderungen von Menschen in der Dritten Welt sind zumeist eine mittelbare oder unmittelbare Folge schwieriger Lebensbedingungen (vgl. Albrecht 1995, 40).

Der Begriff Lebensbedingungen meint zunächst all die Bedingungen, unter denen ein Mensch lebt; synonym dazu werden häufig die Begriffe Lebensbereiche und Lebenssituationen gebraucht. Allerdings tragen sie in sich eine formale Hierarchie. Lebensbedingungen sind erst einmal alle Bedingungen, die zum Leben einer Person beitragen. Diese Bedingungen können unterschiedlichen Lebensbereichen, wie z.B. Familie, Arbeit, Bildung, zugeordnet werden. Die Lebensbereiche wiederum können in verschiedene Lebenssituationen eingeteilt werden, z.B. in der Familie die Geschwisterkonstellation. Dabei können die Lebenssituationen individuell sehr unterschiedlich sein. Lebensbedingungen, Lebensbereiche und Lebenssituationen stehen in einem interdependenten Beziehungsgeflecht zueinander und werden subjektiv sehr unterschiedlich wahrgenommen. Im Rahmen dieser Arbeit sollen jedoch weniger subjektive Lebensbedingungen als vielmehr die objektiven Lebensbedingungen in Mwanza/Tansania dargestellt werden. Objektiv meint damit die Lebensbedingungen, die zunächst für alle Einwohner Mwanzas gelten. Im Hinblick auf die Relevanz für die vorliegende Arbeit werden die Bereiche wirtschaftliche Lage, Armut, Mobilität und Kommunikation sowie allgemeine Weltanschauungen und Familienleben beschrieben. Es ist zu berücksichtigen, dass die Lebensbedingungen in Tansania regional sehr unterschiedlich sind. Dies ist bedingt durch Stadt-Land-Unterschiede, die verschiedenen kulturellen Einflüsse¹³, sowie sehr unterschiedliche klimatische und naturräumliche Begebenheiten.

¹³In Tansania leben mehr als 120 verschiedene ethnische Gruppen, die sich in ihrer Kultur, sozialen Struktur, Glaubensausrichtung und Sprache teilweise erheblich voneinander unterscheiden. Nationales Bindeglied zwischen den verschiedenen Ethnien ist die gemeinsame Sprache Suaheli, die im ganzen Land verbreitet ist und in Schule und Verwaltung verwendet wird. Je etwa ein Drittel der Bevölkerung sind Moslems, Anhänger von Naturreligionen und Christen (vgl. Hofmeier 1993, 179).

2.1 Wirtschaftliche Lage

Durch die Einflüsse der Kolonialpolitik (1885-1918 deutsche Kolonie, daran anschließend bis zur Unabhängigkeit britisches Mandatsgebiet) lag die Wirtschaft Tansanias zum Zeitpunkt der Unabhängigkeit (1961) am Boden. Die bis Mitte der 1980-er Jahre verfolgte Politik des afrikanischen Sozialismus unter der Führung von Julius Nyerere setzte auf Stärkung der eigenen Kräfte und Ressourcen (self-reliance). Der Staat sollte dabei die Kontrolle über die Volkswirtschaft übernehmen und die Einkommensunterschiede abbauen, um die Herausbildung einer Klassengesellschaft zu verhindern (vgl. Hofmeier 1993, 183f.). Das führte dazu, dass Banken, Versicherungen, Handelsfirmen und Industriebetriebe verstaatlicht wurden und die Bürokratie weiterwuchs. Hohe Investitionen in den Bildungs- und Gesundheitssektor brachten eine jahrelange Vernachlässigung der Produktionskraft mit sich. Die grundlegenden Schwächen der Wirtschaftspolitik führten schließlich zu einer ökonomischen Krise Anfang der 1980-er Jahre. Doch zu diesem Zeitpunkt war die Regierung noch nicht zu Revisionen und zur Einigung mit Internationalem Währungsfond (IWF) und Weltbank bereit. Erst durch die 1986 folgende Regierung unter der Führung von Mwinyi verständigte man sich mit internationalen Finanzinstituten über ein „Economic Recovery Programme“. Dieses Programm leitete eine Reformpolitik ein, die ab 1989 auch wieder stärker die sozialen Sektoren berücksichtigte. Die Widerstände gegen diese Politik waren teils so erheblich, dass diese nur langsam und schrittweise umgesetzt werden konnte, aber doch ohne größere Ausschreitungen.

Unter der politischen Führung von Mkapa (1995-2005) wurde die Wirtschafts- und Sozialpolitik dahingehend verändert, dass der erhöhte Staatseinfluss zurückgeschraubt wurde, Anreize für private Wirtschaftsaktivitäten in allen Bereichen gegeben und die makroökonomischen Variablen den tatsächlichen Gegebenheiten angepasst wurden. Dieser Kurs wird auch vom derzeitigen Präsidenten Kikwete (seit Dezember 2005 im Amt) weitergeführt.

Nach der Einleitung der Strukturanpassungsmaßnahmen 1986 wurden von internationalen Gebern Mittel zur Verfügung gestellt, damit Tansania wichtige Güter und Rohstoffe importieren konnte, z.B. aus Großbritannien, Italien, Deutschland und Japan.

Allerdings konnten die Einfuhrausgaben 1990 nur zu 30% durch Exportgewinne abgedeckt werden. So ist die Auslandsverschuldung in den letzten Jahren immer weiter angestiegen. Tansania ist auch heute noch abhängig von externer Entwicklungshilfe verschiedener Geber und wird damit zwar in seiner Reformpolitik unterstützt, aber auch erheblich von den Vorstellungen und Wünschen der Geber beeinflusst (vgl. Hofmeier 1993, 192f.). Auch nach fast 20-jähriger Reformpolitik und Veränderungen in den bürokratischen und wirtschaftlichen Strukturen zählt Tansania zur Länderkategorie der „Least Developed Countries“ (LDC) (vgl. BMZ 2006, 407).

Die Wirtschaft speziell in Mwanza wird wesentlich durch die naturräumlichen und klimatischen Bedingungen bestimmt. Der 1134 m hoch gelegene Viktoriasee mit einer Fläche von ca. 70.000 km² ist der größte Süßwassersee Afrikas, und seine Ufer bieten sehr fruchtbare Böden für die Landwirtschaft. Allerdings haben verschiedene Probleme, u.a. durch die Einleitung von Quecksilber als Abfallprodukt beim Goldabbau, in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass der See vor einer ökologischen Katastrophe steht (vgl. Hofmeier 1993, 178; URL: <http://www.africa.upenn.edu/NEH/tgeography.htm> [Stand: 07.11.2005]).

Die Regionen um den Viktoriasee weisen ganzjährige Niederschlagswerte auf. Durch die intensive Sonneneinstrahlung verdunsten große Wassermengen, die sich zu Wolken formen und überwiegend westlich des Sees abregnen (vgl. Gabriel 2003, 117).

Auf Grund der direkten Lage am Viktoriasee ist die Fischerei für die Einwohner von Mwanza sehr bedeutsam. Gefischt werden überwiegend der Nilbarsch, Tilapia und Sardinen. Als die kommerzielle Fischindustrie mit Weiterverarbeitung und Export von Fischen begann, wurden allerdings keine traditionellen Fischer eingestellt, sondern eigene Arbeitskräfte. Den traditionellen Fischern wurden teilweise sogar keine Lizenzen mehr erteilt, so dass ihre Existenzgrundlage zerstört wurde. Durch Eingriff und Vermittlung der Regierung nehmen heutzutage die Fischfabriken den Fischern einen Teil der Fische über Agenten direkt ab. Besonders hohe Gewinne erzielt man mit dem Nilbarsch, der als Viktoria-Barsch nach Europa exportiert wird. Auf den einheimischen Märkten werden überwiegend Sardinen und kleine Fischarten verkauft. Diese werden

auch in die Nachbarländer Burundi, Ruanda und Demokratische Republik Kongo exportiert (vgl. President's Office 2002, 12). In Mwanza haben sich seit dem Barsch-Boom immer mehr Fischfabriken etabliert, die den Barsch zu Filets weiterverarbeiten und dann zu 80% nach Europa exportieren. In den Fischfabriken gelten die Hygiene-Standards der europäischen Nahrungsmittelindustrie. Die Filets werden verpackt und mit dem Flugzeug vom Flughafen Mwanza direkt nach Europa gebracht (vgl. Zeppenfeld 2004).

Eine Beschäftigung in der Fischerei bedeutet jedoch keine finanzielle Sicherheit. Die Fischer, die nicht selbstständig arbeiten, haben einen Status als Tagelöhner und können täglich entlassen werden. Teilweise arbeiten sie fünf oder mehr Jahre für die gleiche Firma, ohne einen festen Arbeitsvertrag zu bekommen. Sie erhalten keinen festen Lohn, sondern Anteile an ihrem Fang. Wie hoch der Anteil ist, wird willkürlich durch den Arbeitgeber festgesetzt. In den fangarmen Monaten Februar und Juni bis Oktober bekommen sie teilweise gar keinen Lohn. Die Arbeitsbedingungen sind gefährlich, da bei jedem Wetter ausgefahren wird und es z.B. keine Rettungswesten gibt. Fischer sind besonders anfällig für verschiedene Krankheiten (vgl. President's Office 2002, 15f.).

In den ländlich geprägten Stadtteilen ist die Landwirtschaft Haupterwerbsquelle. Die Kleinbauern arbeiten mit Handpflügen oder mit Ochsen. Angebaut werden Mais, Kassawa, Hirse, Reis, örtliche Gemüsesorten und tropische Früchte wie Mangos, Papayas, Orangen. Diese Nahrungsmittel dienen meistens dem eigenen Verbrauch (Subsistenzwirtschaft) oder werden in die angrenzenden Regionen transportiert. Kolonial bedingt wird Baumwolle angebaut, die in keinem anderen Landesteil vorkommt und sich zum wichtigsten „cash-crop-cultivation“ (exportorientierte Landwirtschaft) entwickelt hat. Neben der Feldwirtschaft halten viele Kleinbauern traditionell Vieh. Fleisch, Milch und Eier werden zum größten Teil zum eigenen Verzehr genutzt (vgl. URL: <http://www.mwanzacomunity.org/agriculture.html> [Stand: 19.12.05]).

Im Nordwesten Tansanias ist Mwanza das größte Industrie- und Handelszentrum. Es gibt vier Speiseölmühlen, neun Fisch verarbeitende Fabriken, vier Kunststoff-Fabriken, verschiedene Nahrungsmittelfabriken und eine Brauerei, chemische Industrie zur

Medikamenten- und Seifenherstellung, Holz verarbeitende Industrie, Druckereien und Metallindustrie (vgl. www.mwanzacomunity.org/manufacturing.html [Stand: 19.12.05]). Die einst größte und bedeutendste Textilfabrik im Lande kann mittlerweile auf veralteten Maschinen mit der Produktion der Fabrik in Daressalam nicht mehr konkurrieren, so dass die Nachfrage und Produktion rückläufig ist (vgl. Gabriel 2003, 597f.). Während einige Industrien, z.B. die Brauerei und die Fischfabriken, inzwischen privatisiert worden sind, findet dieser Prozess in anderen Bereichen noch statt. Fehlende oder schlecht ausgebaute Straßen erschweren es, industrielle Güter aus Mwanza in andere Regionen des Landes oder in die angrenzenden Staaten zu transportieren. Deshalb konnte sich die Industrie nicht so gut entwickeln wie in anderen Teilen des Landes (vgl. The Planning Commission and Regional Commissioner's Office 1997, 101).

Im Umland von Mwanza wird Gold abgebaut. Über 30 verschiedene Gesellschaften haben in Goldminen investiert. So kommen immer mehr Investoren und Minenarbeiter als Durchreisende nach Mwanza. Viele Tansanier erhoffen sich bei der Arbeit in den Goldminen ein gutes Gehalt. Doch die Realität sieht anders aus. Die Arbeitsbedingungen und die Gehälter in den großen Minen sind schlecht. So versuchen sich einige als selbstständige Goldsucher und hoffen auf ihr großes Glück (vgl. a.a.O., 98). Während die Männer in der Umgebung arbeiten, wohnen ihre Frauen und Kinder in Mwanza und werden nur sporadisch von ihnen besucht.

Obwohl Mwanza näher an der Serengeti liegt als das Touristenzentrum Arusha im Nordosten Tansanias, entwickelt sich der Tourismus nur langsam, da es in der unmittelbaren Umgebung kaum touristische Attraktionen gibt und auf Grund der Gefahr von Bilharziose das Baden im Viktoriasee unterlassen werden sollte (vgl. Gabriel 2003, 599).

Abschließend kann gesagt werden, dass Mwanza das bedeutendste Industriezentrum im Nordwesten Tansanias ist. Deshalb ziehen immer mehr Menschen aus dem Umland nach Mwanza. Für die steigenden Zahlen der Arbeitssuchenden gibt es jedoch viel zu

wenige Arbeitsplätze, so dass die Arbeitslosenzahlen in Mwanza steigen. Viele Menschen arbeiten als Tagelöhner oder im informellen Sektor¹⁴. Das sind unsichere Jobs und es droht täglich die Arbeitslosigkeit. Ein regelmäßiges und ausreichendes Einkommen steht nur den wenigsten Menschen zur Verfügung.

2.2 Armut in der tansanischen Gesellschaft als Folge wirtschaftlicher Misstände

In Tansania ist Armut¹⁵ ein Problem, das den größten Teil der Bevölkerung betrifft.

„Armut bedeutet nicht nur geringes Einkommen, sondern auch geringe Chancen und mangelnde Beteiligungsmöglichkeiten am politischen und wirtschaftlichen Leben, besondere Gefährdung durch Risiken, Missachtung der Menschenwürde und Menschenrechte sowie fehlenden Zugang zu Ressourcen.“ (BMZ 2003, 9).

In dieser Definition werden zwei Aspekte von Armut deutlich: materielle Armut, wie z.B. Mangel an Kleidung, Nahrung, sauberem Trinkwasser, und immaterielle Armut, die sich vor allem bei den Bildungschancen und der Gleichberechtigung der Geschlechter bemerkbar macht. Zur Messung der Armut werden international verschiedene Indikatoren genutzt. Orientierte sich der Armutsbegriff früher nur am Einkommen, werden heutzutage weitere Indikatoren hinzugezogen, die besonders auch die immaterielle Armut beschreiben, wie z.B. Analphabetenquote (vgl. a.a.O.). In diesem Abschnitt wird zunächst auf die materielle Armut eingegangen. Aspekte der immateriellen Armut werden in die beiden folgenden Abschnitte einfließen.

Im Bereich der materiellen Armut muss unterschieden werden zwischen relativer und absoluter Armut. In Konzepten zur relativen Armut wird Armut ins Verhältnis zum durchschnittlichen Lebensstandard der Gesellschaft gesetzt. Bezugsgröße ist dabei in

¹⁴ „Informeller Sektor (...) bezieht sich auf sehr kleine Wirtschaftseinheiten, die Güter und Dienstleistungen erzeugen und verteilen und weitgehend aus unabhängigen, selbstständigen Produzenten in Stadtgebieten der Entwicklungsländer bestehen (...), die über sehr wenig oder überhaupt kein Betriebskapital verfügen, die anspruchslose Techniken und Fertigkeiten verwenden, die deshalb mit geringer Produktivität arbeiten und (...) sehr niedrige und unregelmäßige Einkommen und ein höchst instabiles Beschäftigungsverhältnis bieten. (...) sie (sind) zum großen Teil nicht eingetragen und (werden) in amtlichen Statistiken nicht berücksichtigt.“ (Sommer 1993a, 41).

¹⁵ Es findet sich keine fachübergreifende Definition von Armut. Je nach Armutskonzept werden unterschiedliche Aspekte betont (vgl. Biewer 2005, 156). Ausführliche Diskussionen zu Armutstheorien und zum Armutsbegriff finden sich in Nuscheler, F. (1996). Lern- und Arbeitsbuch Entwicklungspolitik. Bonn, sowie in Jacobs, H. (1995). Armut. Zum Verhältnis von gesellschaftlicher Konstituierung und wissenschaftlicher Verwendung eines Begriffs. In: Soziale Welt, 46, 403-420.

der Regel das durchschnittliche Einkommen. Unterschreitet das persönliche Einkommen eine bestimmte Mindesthöhe (je nach Autor zwischen 40-60% des durchschnittlichen Einkommens), gilt man als relativ arm. Der Begriff der relativen Armut kann jedoch nur in entwickelten Gesellschaften sinnvoll angewendet werden. In Entwicklungsländern mit massenhafter Armut auf der einen Seite und höchst konzentriertem Reichtum auf der anderen Seite wäre der Begriff irreführend. Hier handelt es sich vielfach um absolute Armut, bei der es um das physische Überleben geht (vgl. Biewer 2005, 153f.).

Internationale Organisationen gehen davon aus, dass als absolut oder extrem arm gilt, wem weniger als 1 USD pro Tag zur Verfügung steht. Das waren 1993 in Tansania 19,1% der Bevölkerung. Von denen lebten 1991 51% unter der nationalen Armutsgrenze, die bei 0,65 USD pro Tag lag. Trotz eines geringen Rückgangs des prozentualen Anteils in den letzten Jahren steigt die absolute Anzahl der Armen, da die Bevölkerung ständig zunimmt. Von Armut sind am stärksten die ländliche Bevölkerung (70%) und Frauen (51%) betroffen (vgl. BMZ 2003a, 1; 10).

Von städtischer Armut sind Haushalte betroffen, denen ein geringes und unregelmäßiges Einkommen zur Verfügung steht, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind oder die im informellen Sektor arbeiten. Städtische Armut konzentriert sich räumlich auf überfüllte, unerschlossene Stadtgebiete und auf die Straßen, die durch Straßenkinder und Bettler auffallen. Die ständige Zunahme ungeplanter Siedlungen stellt die Stadtverwaltungen vor große Probleme. So können sie in diesen Siedlungen keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser und Strom gewährleisten, die Abfallentsorgung ist desolat, und die Kriminalität steigt in der gesamten Stadt (vgl. Vice President's Office 2005, 7). Diese Beschreibung trifft auch auf Mwanza zu.

Wie bereits oben erwähnt, ist Arbeitslosigkeit eine Ursache für Armut, die wiederum weitere Arbeitslosigkeit produziert. Im Jahr 2004 waren in Tansania 2,3 Millionen Menschen (12,9%) als arbeitslos registriert. Jedes Jahr strömen mehr junge Menschen auf den Arbeitsmarkt, die Zahl der angebotenen Arbeitsplätze steigt jedoch nicht angemessen. Einen Ausweg bietet oftmals nur die Selbstständigkeit oder Arbeit im informellen Sektor. In Daressalam sind mittlerweile 40% der erwerbstätigen

Bevölkerung selbstständig, in anderen städtischen Regionen sind es im Landesdurchschnitt 31%. Der Anteil der Hilfsarbeiter an der berufstätigen Bevölkerung beträgt in Städten 68%. Die Anzahl der Beschäftigten im öffentlichen Dienst ist von 5,2 auf 2,5% gesunken, dafür stiegen die Zahlen im privaten Sektor und in der Selbstständigkeit (vgl. Vice President's Office 2005, 9f.). Von Arbeitslosigkeit sind besonders junge Menschen, auch mit einer guten Schulbildung, Frauen und Menschen mit Behinderungen betroffen.

Armut ist der Hauptgrund für Kinderarbeit¹⁶, besonders in ländlichen Gebieten. Nach offiziellen Angaben arbeiteten 2000/01 ca. 1,2 Millionen Kinder in der Landwirtschaft, im Bergbau, in Haushalten und in der Prostitution. Eng verbunden mit Kinderarbeit ist der Menschenhandel, wobei Mädchen, vermutlich als potentielle Prostituierte, stärker betroffen sind als Jungen (vgl. Vice President's Office 2005, 10f.). Besonders in den Städten arbeiten viele Kinder nach der Schule im informellen Sektor. In Mwanza arbeiten Kinder als Lastenträger von Sand, Steinen und Wasser für den Bau von Häusern, sie helfen mit beim Bohren von Brunnen, beim Entladen der Fischerboote, und besonders Mädchen arbeiten in Haushalten als Putzhilfen und Kinderfrauen. Dabei ist die Arbeit meist viel zu schwer für sie, und sie bekommen einen viel zu geringen Lohn (vgl. President's Office 2002, 19). Arbeitsunfälle, körperliche und physische Schädigungen und andere Folgen der Kinderarbeit können Behinderungen auslösen (vgl. Tüschelböner 2001, 57).

In den beiden letzten Abschnitten wurde ein Zusammenhang zwischen Armut und Behinderung angedeutet. Im folgenden Exkurs soll dieser näher beschrieben werden, wobei nicht explizit auf die Situation in Tansania eingegangen wird, sondern auf die Situation in Entwicklungsländern. Diese kann jedoch auf Tansania übertragen werden.

¹⁶ Die internationale Arbeitsorganisation definiert Kinderarbeit als „Arbeit, die von Kindern unter 15 Jahren mehr oder weniger regelmäßig ausgeübt wird, um für sich oder die Familie zum Lebensunterhalt beizutragen.“ (Sommer 1993, 12). Mit Arbeit ist hier nicht das gelegentliche Mithelfen bei der Feldarbeit oder im Haushalt gemeint, sondern Arbeiten, die über die altersangemessenen Fähigkeiten hinausgehen und damit ausbeuterisch sind (vgl. a.a.O., 13).

Exkurs: Armut und Behinderung

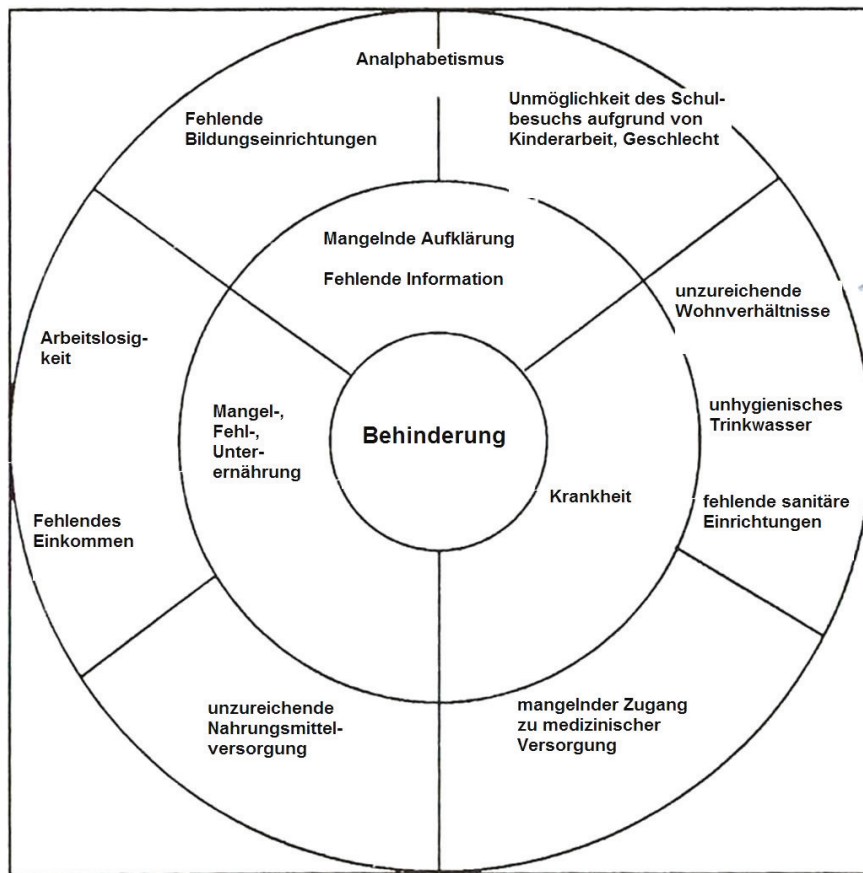
Ca. 90% aller Menschen mit einer Behinderung leben in Ländern der Dritten Welt. Hauptursachen für Behinderungen sind in diesen Ländern Armut und die daraus resultierenden Folgen. Der größte Teil der Menschen mit Behinderungen, die in Entwicklungsländern leben, ist materiell extrem arm. Mit dieser Aussage orientiert sich Wülser (1993, 73f.) am Subsistenzbegriff von Armut. Gottfried Biewer fordert für die Heilpädagogik einen Armutsbegriff, der hierüber hinausgeht. Er definiert:

„ (...) Armut (...) als eine Hilfe erfordernde, zeitlich befristete oder dauerhafte materielle Unterversorgungslage bezüglich definierter Mindeststandards einer Gesellschaft, mit Auswirkungen auf die kulturellen und sozialen Lebensbedingungen und Gefährdungen der körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung betroffener Menschen.“ (vgl. Biewer 2005, 156).

Er beschreibt den Zusammenhang zwischen materieller und immaterieller Armut und den hiervon ausgehenden Gefährdungen, woraus möglicherweise Behinderungen entstehen können. In Entwicklungsländern ist die materielle Unterversorgungslage, von der Gefährdungen ausgehen, u.a. gekennzeichnet durch fehlende Impfungen, Unterernährung und verunreinigtes Wasser. Mögliche Folgen hiervon sind z.B. Polio, geistige Behinderung auf Grund von Jodmangel, Blindheit durch Onchozerkose oder Trachoma. Das Risiko, dass ein Kind mit einer Schädigung geboren wird bzw. diese im Laufe seines Lebens erwirbt, erhöht sich deutlich durch diese Lebensbedingungen (vgl. Albrecht 1995, 37; 39).

Rieger (1988, 139) verdeutlicht dies sehr anschaulich im folgenden Diagramm:

Abbildung 2: Bedingungsbeziehungen für das Entstehen von Behinderung



Quelle: Rieger 1988, 139.

Die Abbildung verdeutlicht auch, dass nicht nur die materielle Unterversorgung Behinderungen verursachen kann, sondern auch immaterielle Armutsbedingungen tun das, wie z.B. fehlende Bildung. Arme Menschen haben eine geringere Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und am Arbeitsleben. Armut ist hier ein kulturell-sozial behindernder Lebensfaktor (vgl. dazu auch Biewer 2005, 156; Hollenweger 2003, 154).

Hollenweger (2003, 154) führt weiter aus, dass das Auftreten von Behinderungen im Zusammenhang mit der extremen Armut in Entwicklungsländern zu einem sozialen Phänomen wird, das sich nicht auf eine Randgruppe von Menschen mit medizinisch klassifizierbaren Behinderungen einschränken lässt. Ihrer Auffassung nach sind soziale Randgruppen, z.B. ethnische Minderheiten und arme Bevölkerungsschichten,

in Ländern der Dritten Welt Teil der Gruppe der Menschen mit Behinderungen. Das würde bedeuten, dass ganze Bevölkerungsgruppen als behindert gelten würden. Es wird deutlich, dass es einerseits erforderlich ist, den Zusammenhang zwischen Armut und Behinderung zu erkennen, andererseits Behinderung von Armut abzugrenzen. Behinderung geht immer auf die gesundheitliche Schädigung einer Körperfunktion oder -struktur zurück, diese wiederum kann durch Armut verursacht werden.

Das massenhafte Auftreten von Schädigungen führt dazu, dass sie zwar medizinisch-diagnostisch als Behinderung klassifiziert werden können, z.B. nach der ICF als Störung einer Körperfunktion, der einzelne Mensch mit dieser Behinderung aber von der Gesellschaft nicht als behindert im sozialen Sinne wahrgenommen wird, da die Behinderung gehäuft auftritt und jeder davon getroffen werden könnte (vgl. Trommsdorff 1987, 27f.). In Tansania leben die meisten Menschen nicht zurückgezogen in ihren Hütten, sondern der größte Teil des Lebens findet draußen statt. Man ist in ständiger Interaktion mit der Großfamilie und mit Nachbarn, so dass man öfter auf Menschen mit körperlichen Andersartigkeiten trifft. Die Interaktion mit ihnen ist also alltäglich und das Besondere wird nicht wahrgenommen (vgl. a.a.O., 28; Apedjinou 2000, 22f.).

Ein direkter Einfluss auf den Zusammenhang Armut und Behinderung ist auch durch Kriegseinwirkungen gegeben. Die direkten Folgen eines Krieges können zu körperlichen, psychischen und sozialen Schädigungen führen, z.B. körperlicher Verstümmelung, aggressiven Verhaltensweisen (vgl. Albrecht 1995, 40; Tüschelböner 2001, 58). Im Grenzgebiet zu Ruanda gibt es in Tansania immer noch Flüchtlingscamps, die während des dortigen Bürgerkriegs (April bis Juli 1994) errichtet worden sind. Viele Menschen flüchteten damals nach Tansania und sind bis jetzt nicht in ihre Heimat zurückgekehrt. Da Mwanza von den Flüchtlingsströmen nicht betroffen ist, wird im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter auf diesen Themenkomplex eingegangen¹⁷.

¹⁷ Weitere Ausführungen zum Thema Krieg und Behinderung finden sich u.a. bei Schildmann, U. (2008). Armut, Geschlecht und Behinderung im internationalen Vergleich. In: Biewer, G./Luciak, M. /Schwinge, M. (Hrsg.) (2008). Begegnung und Differenz: Menschen – Länder – Kulturen. Bad Heilbrunn. S. 99-112.

Schildmann (2000, 48; 2008, 104) beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen Armut, Behinderung und Geschlecht. In der Entwicklungszusammenarbeit werde von einer Feminisierung der Armut gesprochen, denn Frauen seien überproportional von absoluter Armut betroffen, erbrächten lebenswichtige Leistungen, erhielten aber keinen gleichberechtigten Zugang zu Ressourcen und seien am stärksten von Hunger und Mangelernährung betroffen. Frauen seien aber nicht nur von materieller Armut betroffen, sondern insbesondere auch von immaterieller Armut. Diese verringere erheblich die Chancen, ihre materielle Situation zu verbessern (vgl. Schildmann 2008, 106).

Diese Beschreibungen treffen auch auf Frauen mit Behinderungen zu. Die ghanaische Wirtschaftswissenschaftlerin Apedjinou (2000, 27) spricht von einer dreifachen Benachteiligung: als Frau, als arme Frau, als arme behinderte Frau. Frauen mit Behinderungen haben schlechtere Heiratschancen, weil sie keine vollwertigen Arbeitskräfte bei der Reproduktions- und Versorgungsarbeit sind und nicht unbedingt gesunde Nachkommen garantieren. Sie sind häufiger Opfer sexueller Übergriffe und häuslicher Gewalt und müssen sich oftmals prostituieren, um ihr Überleben zu sichern. Diese Entwicklungen verstärken sich durch die gesellschaftlichen Veränderungen in den Ländern der Dritten Welt. Das Auseinanderfallen der Großfamilien und fehlende staatliche soziale Fürsorge tragen wesentlich zur materiellen Verarmung der (behinderten) Frau bei (vgl. a.a.O., 25f.).

Die schlechteren Lebensumstände der Frauen (mit und ohne Behinderungen) tragen dazu bei, dass auch ihre Kinder mit Mangel- bzw. Unterernährung zu kämpfen haben und auf diese Weise von Behinderung bedroht sind (vgl. Schildmann 2000, 47). Mit der Geburt eines behinderten Kindes aber verschlechtern sich die Lebensbedingungen der Frauen noch weiter, da die Frauen die Hauptlast der Versorgung und Pflege ihrer behinderten Kinder tragen, während die Väter häufig die Familien verlassen und den Frauen in einigen Gesellschaften die Schuld an der Behinderung des Kindes gegeben wird. Die steigende physische und psychische Belastung kann schließlich zu einer Behinderung der betroffenen Frau selbst führen (vgl. a.a.O., 50).

Der Zustand der Armut erfordert Hilfe und verweist damit auf die Notwendigkeit der Unterstützung durch andere Personen bzw. Institutionen. Mit dem Begriff der Entwicklung greift Biewer (2005, 156) eine pädagogische Kategorie auf, die eine mögliche Form der Hilfe bieten kann. In Bezug auf Menschen mit Behinderungen bedeutet dies, dass sonderpädagogische Unterstützungen und Angebote der Rehabilitation so angelegt sein sollten, dass sie die Lebensbedingungen berücksichtigen und die Möglichkeiten schaffen, die Armut zu überwinden (siehe Abschnitt 6.1).

Zur Bekämpfung der Armut legte die tansanische Regierung erstmals 2000 bei der Weltbank und dem IWF ein „Poverty Reduction Strategy Paper“ (PRSP) vor, das jährlich angepasst wird und Mitte 2003 von IWF und Weltbank überprüft wurde. Hauptziel ist es, das Wirtschaftswachstum, besonders der Landwirtschaft, und damit verbunden die Entwicklung des ländlichen Raums, zu fördern. In den großen Städten, wie z.B. Mwanza, soll durch gezielte Stadtplanungen und angemessene Landvermessung die Slumbildung vermieden und durch Erlasse und Regelungen soll ermöglicht werden, dass Tätigkeiten im informellen Sektor formalisiert werden. Durch diese Maßnahmen soll die städtische Armut verringert werden (vgl. Vice President's Office 2005, 7f.). Bei allen erforderlichen Maßnahmen sind u.a. die Themen HIV/Aids, Gleichberechtigung der Geschlechter sowie die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen (vgl. a.a.O., 3).

Das PRSP zeigte bereits erste Erfolge. Der Zuwachs des Bruttosozialproduktes (BSP) ist von 6,4% im Jahr 2000 auf 7,1% im Jahr 2003 gestiegen, wobei Landwirtschaft und Tourismus die Wirtschaftszweige mit dem größten Anteil am BSP waren. Die Inflationsrate sank von über 30% im Jahr 1995 auf 4,4% im Jahr 2003, wobei für das Jahr 2004 wiederum ein Anstieg auf 5,0% erwartet wurde. Hindernisse auf dem Weg zu mehr Wirtschaftswachstum und Armutsbekämpfung sind die hohe Infizierungsrate mit HIV, uneffiziente Landnutzung, geringe Ausnutzung des Arbeitskräftepotentials, die langsam voranschreitende Privatisierung der Infrastruktur, sowie die Korruption in

Behörden und Gerichten. Insgesamt fiel die Bewertung jedoch positiv aus (vgl. URL: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/TANZANIAEXTN/0,,menuPK:287345~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:258799,00.html> [Stand: 15.11.05], Hirschler/Hofmeier 2003, 39).

2.3 Mobilität und Kommunikation

In Industrieländern ist die Nutzung moderner Verkehrsmittel und Informationstechnologien für die Bevölkerungsmehrheit selbstverständlich und alltäglich sowie in der wissenschaftlichen Forschung unverzichtbar. In einem Entwicklungsland wie Tansania muss sich der Forscher auf andere infrastrukturelle Voraussetzungen einlassen und diese bei der Planung und Durchführung seiner wissenschaftlichen Erhebung berücksichtigen. Im Folgenden wird die Situation in Tansania und Mwanza erläutert, da insbesondere die Stichprobenauswahl und die Befragungssituation durch die örtlichen Gegebenheiten beeinflusst worden sind.

Im Allgemeinen ist die Infrastruktur Tansanias schlecht ausgebaut, wobei die Situation auf dem Land noch schlechter ist als in den Städten. Es mangelt an Straßen, einem Telekommunikationsnetz, Sozialeinrichtungen etc. (vgl. Vice President's Office 2005, 8). Dies gilt auch für Mwanza.

Die Schienen-, Schiffs-, Luft- und Straßenverkehrswege müssten ausgebaut und dem internationalen Standard angeglichen werden, da sie für die soziale und wirtschaftliche Entwicklung Tansanias eine erhebliche Rolle spielen. Die Ursachen für den schlechten Zustand der Straßen sind vielfältig. Zum Einen mangelt es an Geldern, um notwendige Instandsetzungen durchzuführen und das Straßennetz auszubauen, zum Anderen fehlen qualifizierte Arbeiter und Maschinen. Durch private Investitionen und den Einsatz einer selbstständig arbeitenden Agentur (Tanzania Roads Agency [TANROADS]), die für die Überwachung beim Bau von Straßen und deren Instandsetzung verantwortlich ist, soll der Korruption und der Verwendung schlechter Materialien entgegen gewirkt werden (vgl. The Planning Commission and Regional Commissioner's Office 1997, 104).

Das Schienennetz in Tansania ist ebenfalls alt und bedürfte der dringenden Instandsetzung und Wartung. Es kommt häufig zu Zugverspätungen und –ausfällen. Bemühungen um die Privatisierung der Tanzania Railway Corporation (TRC) stießen bisher auf große Schwierigkeiten, da ausländischen Firmen das Risiko zu groß ist (vgl. Hirschler/Hofmeier 2003, 41).

Der Ausbau moderner Telekommunikationssysteme ist besonders in ländlichen Gebieten sehr gering, die steigende Nutzung von „Information and Communication Technology“ (ICT) ist immer noch stark an Städte gebunden. Ein Ausbau beschleunigt die Entwicklung in vielen Bereichen, z.B. in der Wirtschaft bei Dienstleistungen, und bedeutet Chancen für neue Entwicklungen, z.B. die Vermarktung von Waren (vgl. Vice President’s Office 2005, 8). In den größeren Städten sind die Zahlen in den letzten Jahren stark angestiegen. Hatte 1995 noch niemand ein Handy, so waren es 2002 schon 12 von 1.000 Einwohnern, die Zahl der Computer stieg von 0 im Jahr 1995 auf 3,3 im Jahr 2002 und ca. 300.000 Menschen haben das Internet genutzt. Allerdings gab es 2002 noch keine Internetzugänge für Behörden, Regierung, andere Institutionen oder Privatleute (vgl. URL: <http://www.tanzania-network.de/downloads/cat3.html/Worldbank.pdf> [Stand 06.12.05]). Für die Nutzung der neuen Technologien ergeben sich auch Probleme, wie z.B. fehlende Gesetze für diesen Bereich (vgl. Vice President’s Office 2005, 8).

Durch die direkte Lage am Viktoriasee verfügt Mwanza über den größten Binnenhafen des Landes. Im Frachthafen werden Güterwaggons der Eisenbahn auf Fährschiffe verladen und nach Uganda verschifft. Sämtliche land- und forstwirtschaftlichen Produkte aus der Region gelangen über den Hafen nach Mwanza. Hier werden sie weiterverarbeitet oder verkauft (vgl. Gabriel 2003, 598). Personen, Autos und LKWs setzen von Mwanza per Schiff nach Bukoba über sowie zu den Inseln im Viktoriasee (vgl. a.a.O., 606).

Vom Flughafen Mwanza fliegen Precision Air und Air Tanzania täglich nach Daressalam und Arusha. Auch Nairobi wird mehrmals wöchentlich angeflogen.

Die TRC verbindet Mwanza jeden zweiten Tag zum Einen mit Daressalam und zum Anderen mit Tabora und umfasst Personen- und Güterverkehr (vgl. URL:<http://www.mwanzacomunity.org/transportation.html> [Stand: 19.12.05]).

Durch den Eisenbahnanschluss nach Daressalam gelangen die landwirtschaftlichen und industriellen Produkte aus der Region und Stadt Mwanza in die zentralen Regionen des Landes oder zum Export direkt in den Hafen nach Daressalam.

Mit Überlandbussen gelangt man nach Arusha, Bukoba, Musoma und nach Kenia. Viele kleinere Busse fahren in die Dörfer und kleinen Städte um Mwanza. Die meisten Straßen sind Sandpisten in sehr schlechtem Zustand, so dass z.B. die Fahrt von Mwanza nach Arusha (ca. 500 km) über 30 Stunden dauert. Die Straße Richtung Musoma und weiter nach Kenia ist seit einigen Jahren geteert, darf allerdings nach 22.00 Uhr nicht mehr befahren werden, da die Gefahr von Raubüberfällen zu hoch ist.

Innerhalb Mwanzas verbinden kleine Busse, genannt Dalla Dalla, das Zentrum mit den Vororten. Es gibt keine festen Fahrpläne, die Busse fahren ab, wenn sie voll sind (vgl. Gabriel 2003, 69). Die Transportkosten betragen je nach Strecke 100-500 TSH (ca. 10 bis 50 ct.). Schulkinder bezahlen nur 50 TSH, was dazu führt, dass die Fahrer immer nur eine bestimmte Anzahl an Schülern mitnehmen, da sie nicht so viel Gewinn einbringen. Der Zustand der Dalla Dallahs ist sehr unterschiedlich. Es besteht keine regelmäßige Wartungspflicht, so dass viele Busse in einem desolaten Zustand sind. Hinzu kommt, dass grundsätzlich mehr Passagiere als Sitzplätze vorhanden mitgenommen werden, so dass Unfälle fatale Folgen haben können.

Der Zustand der Straßen hat sich in den letzten Jahren in Mwanza sehr verbessert. Die Hauptstraßen sowie die Straßen im Stadtzentrum sind mittlerweile alle geteert und es gibt Bürgersteige. Das Tempo der Autos hat sich dadurch allerdings erhöht, so dass die Unfallgefahr gestiegen ist.

Auch im Bereich der Informationsverbreitung gibt es in Tansania große Veränderungen. Die klassischen Medien der Informationsverbreitung sind immer noch Tageszeitungen und Radios. Während die Nutzung von Tageszeitungen zwischen 1995 und 2002 konstant geblieben ist, stieg die Anzahl der Radios von 280 auf 406 im Jahr 2002 und die

Zahl der Fernseher von 17 auf 42 im Jahr 2002, jeweils pro 1.000 Einwohner (vgl. URL: <http://www.tanzania-network.de/downloads-cat3.html/Worldbank.pdf> [Stand 06.12.05]). Über Rundfunk wird jede Großfamilie mit Informationen versorgt, Fernsehen spielt, trotz der steigenden Zahlen, besonders auf dem Land kaum eine Rolle (vgl. Boness 2002, 48). In den Städten wird der Fernseher aber immer wichtiger, und besonders in der Mittel- und Oberschicht gehört er zum Haushalt dazu. Dies entspricht auch der Situation in Mwanza.

In Mwanza wird die Post ausschließlich an Postfächer zugestellt. Der Mieter muss hierfür jährlich im Voraus bezahlen, was sich nur wenige Einwohner leisten können. Häufig teilen sich mehrere Familien ein Postfach. Das Versenden von Briefen ist teuer und unzuverlässig. Sind die Briefe zu groß oder zu schwer, müssen die Abholer häufig eine zusätzliche Gebühr bezahlen.

Durch die Tanzania Telecommunications Company (TTC) und verschiedene private Anbieter hat sich das Angebot im Bereich der modernen Telekommunikationsmittel in der Stadt verbessert. Es gibt mittlerweile mehrere Internetcafés im Stadtzentrum, und die Nutzung ist zuverlässiger und schneller geworden. Dennoch kann das Internet immer wieder phasenweise aufgrund von Stromausfall oder -rationierung nicht genutzt werden. Die privaten Nutzer schätzen überwiegend den e-mail-Service, weniger das Internet zur Informationsgewinnung (vgl. URL: <http://www.mwanzacomunity.org/communication-.html> [Stand: 06.12.2005]). Private Internetzugänge sind nur sehr selten vorhanden. Auch die Stadt- und Regionalverwaltung verfügen nur über wenige Internetanschlüsse. In der Stadtverwaltung besteht noch ein Mangel an Computern. So verfügt jede Abteilung nur über ein bis zwei Computer. Das fehlende Wissen erschwert zusätzlich den effizienten Umgang.

Die Anzahl der Mobil-Telefone ist in den größeren Städten Tansanias, so auch in Mwanza, in den letzten Jahren rasch angestiegen. Hatte 1995 noch niemand ein Handy, so waren es 2002 schon 12 von 1.000 Einwohnern (vgl. URL: <http://www.tanzania-network.de/downloads-cat3.html/Worldbank.pdf> [Stand 06.12.05]). Für die Nutzung der neuen Technologien ergeben sich auch Probleme, weil ein großer Teil der Bevölkerung

vom Nutzen dieser Dienste und damit auch von den Vorteilen ausgeschlossen ist. Ihnen fehlen die erforderlichen finanziellen Mittel, aber auch z.B. die Fähigkeit zum Lesen und Schreiben.

2.4 Weltanschauung und Familienleben sowie deren Einflüsse auf den Umgang mit behinderten Menschen

Ein Afrikaner begreift sich immer als Teil eines komplexen Systems, das sowohl andere Individuen als auch Geister und Dinge einschließt, so der tansanische Sonderpädagoge Kisanji (1995,183). Dieses System kann grob in drei Bereiche gegliedert werden.

Das vertikale Beziehungsgeflecht ist eine hierarchische Kette von Gott über die Ahnen bis hin zu den Gegenwärtigen und Noch-Nicht-Geborenen. Das horizontale Beziehungsgeflecht beschreibt das Zusammenleben von Eltern, Onkeln, Tanten, Geschwistern etc., und das dritte Beziehungsgeflecht besteht zwischen Menschen und ihrer physischen Umwelt. Dieses komplexe System bildet auch den Rahmen für die Erklärung von Behinderungen. Jede negative Veränderung der Harmonie innerhalb und zwischen diesen Beziehungsgefügen kann zu Behinderungen führen. Diese können den Verursacher direkt oder aber seine Nachkommen¹⁸ treffen (vgl. Ruto/Ogechi 2001, 561f.).

Aus verschiedenen Störungen eines jeden Beziehungsgeflechts ergeben sich Erklärungen für Behinderungen, die der tansanische Psychologe und Sonderpädagoge Possi (o.J., 18) als Aberglaube bezeichnet. In seinem Aufsatz „Superstitious behaviour on people with disabilities: What do some Kiswahili superstitions tell us?“ definiert er Aberglauben als Teil einer Kultur, der durch die Gesellschaft weitergegeben wird. Der Aberglaube sei Teil der sozialen Einstellungen bzw. Haltungen und durch diese werde er angeeignet, aufrechterhalten und generalisiert. Ziel des suahelischen Aberglaubens sei nach Possi (a.a.O.) die Erziehung zu gutem Verhalten, Ehrfurcht, Gehorsam und Einhaltung der gesellschaftlichen Regeln, ähnlich wie dies Sprichwörter tun.

¹⁸ Hier sind nicht nur die direkten Nachkommen gemeint, sondern es können auch Generationen übersprungen werden.

Im oben genannten Aufsatz gibt Possi Beispiele für traditionelle Erklärungen verschiedener Behinderungsformen. Albinismus¹⁹ wird mit Störungen im horizontalen Beziehungsgeflecht erklärt. So besteht z.B. die Vorstellung, dass die Mutter eines Albinos während der Menstruation Sex hatte. Diese Annahme dient der Erziehung zur Sauberkeit, gleichzeitig diffamiert er den Menschen mit Albinismus und seine Eltern. Es gibt durchaus aber auch solche Erklärungen, die den Menschen mit Behinderung schützen wollen, z.B., dass eine schwangere Frau, die einen Albino auslacht, auch ein Kind mit Albinismus gebären wird. Diese Vorstellung dient dem Schutz vor Auslachen und ist gleichzeitig eine Warnung, sich angemessen zu verhalten (vgl. Possi o.J., 20).

Geistige Behinderungen werden mit Störungen im Zusammenleben mit der natürlichen Umwelt erklärt. Die Annahme, dass, wer vierzig Tage hintereinander Auberginen isst, verrückt wird, soll dazu erziehen, sich ausgewogen zu ernähren (vgl. a.a.O., 21). Eine einseitige Mangelernährung kann zu geistigen Behinderungen führen; dass dies nicht nur durch den Verzehr von Auberginen geschieht, ist eine andere Sache.

Störungen im vertikalen Beziehungsgeflecht können zu Verrücktheit führen, so Possi. Wer z.B. den Koran auf dem Kopf trage, missachte den Schöpfer, weil der Koran leicht vom Kopf in den Schmutz fallen könne und damit auch der Schöpfer beschmutzt werde. Die Folge sei Verrücktheit (vgl. a.a.O.).

Alle diese Vorstellungen und Annahmen bezeichnet Possi als Aberglaube. Die meisten abergläubischen Annahmen bezögen sich auf Albinismus und geistige Behinderungen (vgl. a.a.O., 16), möglicherweise deshalb, weil diese Schädigungsformen für die meisten Tansanier rational nicht erklärbar sind und sie am meisten von der Normvorstellung eines Menschen in Tansania – Aussehen bzw. Verhalten – abweichen. Der Aberglaube ist eine Erklärung für das Auftreten von Behinderung, gibt jedoch kaum Hinweise auf den Umgang mit den betroffenen Menschen.

Die traditionelle Lebensform ist die Großfamilie (horizontales Beziehungsgefüge). Die Großfamilie umfasst neben den Eltern und Kindern Großeltern, Onkel und Tanten sowie

¹⁹ Albinismus ist eine Stoffwechselerkrankung, deren Gründe und Ursachen nicht verstanden werden, deshalb wird er gefürchtet. In einigen Gesellschaften wird er als Reinkarnation eines Geistes verstanden, in anderen als böses Omen (vgl. Kisanji 1995, 187). Sachliche Informationen zu Albinismus in Tansania finden sich im Exkurs S. 58f..

formalisierte Freundschaften. Dieses Beziehungsgeflecht existiert noch heute, auch in großen Städten, und selbst für gebildete Afrikaner ist es schwierig, sich diesen Bindungen zu entziehen (vgl. Kisanji 1995a, 5). Dabei ist es möglich, dass auf Grund von Arbeitssuche der Vater oftmals wochen- oder auch jahrelang nicht bei der Familie ist, teilweise auch die Mutter nicht. So entstehen faktisch sehr unterschiedliche Familienstrukturen, die häufig wechseln können. Die Erziehung der Kinder übernehmen Onkel und Tanten von mütterlicher oder väterlicher Seite, die für die Kinder wie Mutter und Vater sind.

Jeder Mensch ist Teil dieses Systems. Hat er ein Problem, ist es gleichzeitig ein Problem der Gemeinschaft. Von dieser erhält er Hilfe und Unterstützung. Traditionell übernahm die Großfamilie auch die Erziehung und Bildung der Heranwachsenden. So übermittelten die Ältesten ihre gesammelten Kenntnisse und Erfahrungen von einer Generation auf die nächste und bereiteten die jungen Menschen auf das Leben in der Gesellschaft vor. Jeder Erwachsene war ein Lehrer und die Kinder lernten durch das Leben und Arbeiten in der Großfamilie, durch Geschichten und traditionelle Erzählungen Viehhaltung, Bestellung von Feldern, Bräuche und Traditionen (vgl. Datta 2001, 93f.).

Besonders die gesellschaftliche Stellung der Frau definierte sich traditionell über Ehe und Kinder, dieses gilt auch noch heute, obwohl immer mehr Frauen berufstätig sind. Die Ehe bedeutet für die Frau den Übertritt in die Familie ihres Ehemannes und finanzielle Absicherung durch diese. Die aus der Ehe hervorgehenden Kinder stellen sowohl für die Frau als auch für den Mann immer noch die finanzielle Absicherung im Alter dar. Blieb eine Ehe kinderlos, war dies ein Scheidungsgrund, und die Frau wurde oftmals aus der Gemeinschaft verbannt. Besonders auf dem Land besteht diese Tradition immer noch (vgl. Buschmann/Gläser 2000, 215; 217).

Ein Mensch mit einer Behinderung ist gleichberechtigtes Mitglied innerhalb der Großfamilie. Er wird vom Grundsatz her weder bevorzugt noch misshandelt, ausgelacht o.ä. Gleichzeitig bildet die Großfamilie auch den Rahmen für seine Unterstützung. Die Großfamilie ist verantwortlich für seine Versorgung, Erziehung, Bildung und Beschäftigung (vgl. Michel-Biegel 2002, 7f., Kisanji 1995a, 5f.). Soziale Anerkennung erhält er

nicht über das Stigma seiner Behinderung, sondern über seine Fähigkeit, in der Gemeinschaft agieren zu können. In der traditionellen Familie wurden Personen mit Behinderungen als normal angesehen, nur eben mit körperlichen Andersartigkeiten²⁰, die in die Gemeinschaft integriert sind (vgl. Ruto/Ogechi 2001, 561). Ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprechend übernahmen sie Aufgaben im Haus, auf dem Feld und nahmen an den gesellschaftlichen Festen, Aktivitäten und Institutionen teil²¹. Auch ist zu bedenken, dass Lernbehinderungen oder geistige Behinderungen in einer agrarisch geprägten Kultur nicht so viele Probleme hervorrufen wie in einer hochtechnisierten Gesellschaft (vgl. Kisanji 1995, 184).

Kisanji (a.a.O., 186) beschreibt aber auch, dass die gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber einigen Behinderungsformen sehr negativ sind. Sie resultieren zum Einen aus subjektiven Belastungen, wie z.B. Angst, zum Anderen aus den objektiven Lebensbedingungen, z.B. Armut. Je nach Behinderung überwiegen eher die subjektiven oder die objektiven Belastungen. Beides führt oftmals zu negativem Verhalten gegenüber Menschen mit Behinderungen. Durch Angst verursachtes negatives Verhalten wird besonders Menschen mit Albinismus (s.o. und Exkurs S. 58f.), Lepra und Mehrfachbehinderungen entgegengebracht, worauf im Folgenden eingegangen wird.

Lepra ist eine sehr ansteckende Krankheit, die früher nicht geheilt werden konnte. So kam es dazu, dass Lepra als Fluch oder Hexerei gesehen wurde. Um die Krankheit auszurotten und sich selbst sowie die Gruppe zu schützen, wurden Leprakranke als Verhexte von der Gesellschaft ausgeschlossen (vgl. a.a.O.). Damit entfielen die Verantwortung und der Schutz gegenüber diesen Personen. Obwohl Lepra heutzutage medizinisch gut zu behandeln ist, halten sich die negativen Einstellungen gegenüber Leprakranken immer noch. Sie wohnen in eigenen Dörfern, finden kaum Arbeit, und ihre Kinder werden teilweise nicht in die örtlichen Schulen aufgenommen. Kommen sie zum Betteln in die Stadt, werden sie regelmäßig von der Stadtverwaltung eingesammelt und in ihre Dörfer zurück gebracht.

²⁰ Es wird nicht darauf eingegangen, ob dieses auch für Menschen mit geistigen oder sozialen Andersartigkeiten zutrifft.

²¹ Eine sehr anschauliche Beschreibung der Integration behinderter Menschen in die Großfamilie ist bei Apedijinou, D. (2000). Frauen und Dritte Welt. In: Forkmann, S. u.a. (Hrsg.) (2000). Frauen und Behinderung in Einer Welt/in der Dritten Welt. Oldenburg. S. 17-27 zu finden.

Eine Mehrfachbehinderung bedeutet für jede Familie, gleich, welchen sozialen Status sie hat, eine deutliche Belastung. Das hat zur Folge, dass Menschen mit einer Mehrfachbehinderung teilweise als Untermenschen oder als Menschen ohne Personenstatus angesehen werden und sie damit nicht in die Gemeinschaft aufgenommen werden; manchmal werden sie gleich nach der Geburt getötet (vgl. Kisanji 1995, 186). Cloerkes (vgl. 2001, 101) hält fest, dass negative Reaktionen besonders gegenüber Menschen mit deutlichen Funktionseinschränkungen beobachtet werden, deshalb kann vermutet werden, dass Kisanji hier Menschen mit schweren körperlichen und geistigen Schädigungen meint.

Anhand der Ausführungen wird deutlich, dass Behinderungen bzw. Andersartigkeiten negativ bewertet werden, der Umgang mit den betroffenen Menschen aber sehr unterschiedlich ist (vgl. dazu Cloerkes/Neubart 1997, 195). In Bezug auf Tansania bedeutet dies, dass die Behinderung immer noch stark durch die traditionelle Weltanschauung und die damit verbundenen Vorstellungen, wie Aberglauben, erklärt wird. Das Verhalten gegenüber Menschen mit Behinderungen wird bestimmt durch das Zusammenleben in der Großfamilie und die damit verbundenen Verpflichtungen. Durch die zunehmende Landflucht löst sich die Großfamilie immer stärker auf. In den Städten sind nicht immer institutionalisierte Hilfsangebote vorhanden, so dass die Kleinfamilie die Belastungen, die sich durch eine Behinderung ergeben, zu tragen hat (vgl. Kisanji 1995a, 6). Wird ein Kind mit Behinderung z.B. im Haus eingeschlossen oder nicht in die Schule geschickt, so geschieht dies nicht, um das Kind zu quälen oder zu strafen, sondern aus Angst, dass es unbeobachtet auf die Straße laufen könnte oder dass ihm auf dem Weg zur oder in der Schule etwas zustoßen könnte. Es ist eine Art der Überbehütung (vgl. Kisanji 1979, 57).

Im internationalen Vergleich betrachtet, ist für moderne Tansanier die Einbindung in ihre Großfamilie von wesentlich höherer Bedeutung als für Mitglieder der Industriestaaten. Die Familie ist die wichtigste Sozialisationsinstanz. Sie übernimmt soziale und wirtschaftliche sowie Kontrollfunktionen, die in den westlichen Industrieländern eher der Staat übernimmt, z.B. die Krankenversicherung, Altersversorgung. Im Laufe der Zeit haben sich aber auch in Tansania die Strukturen verändert. Besonders in den Städten entstehen neue Probleme, wenn die Großfamilie nicht mehr vorhanden ist;

HIV/Aids erfordert ebenfalls ein Umdenken. Dennoch fühlt sich jeder Tansanier bewusst oder unbewusst für seine Familie verantwortlich und sieht sich als ein Teil in dem oben beschriebenen komplexen System. Es wird also deutlich, dass sich diese Weltanschauung wesentlich von der westlichen unterscheidet. Dadurch ergeben sich Unterschiede im Umgang mit Menschen mit Behinderungen. Für den folgenden Forschungsprozess sind diese Unterschiede in Betracht zu ziehen.

3. Das Sozialwesen in Tansania

Das tansanische Sozialwesen umfasst die Bereiche Gesundheit, Erziehung/Bildung (engl. Education), Wasserver- und -entsorgung und Sanitäreinrichtungen sowie HIV/Aids. Wesentliche Ziele sind die Reduzierung von Armut und Analphabetismus (vgl. Rweyemamu/Wangwe 2001, 2; 17f.).

Zunächst wird ein kurzer Überblick über das tansanische Sozialwesen gegeben (3.1). Daran anschließend werden die für die vorliegende Arbeit relevanten Bereiche Gesundheit und Erziehung/Bildung ausführlich dargestellt (3.2 und 3.3). Behinderung wird im Bereich Gesundheit im Wesentlichen in medizinischen Kategorien beschrieben, wie sie sich in der modernen wissenschaftlichen tansanischen Diskussion wieder finden. Angebote der Rehabilitation werden daran anschließend behandelt (3.4). Als pädagogische Kategorie stellt Behinderung die speziellen pädagogischen Bedürfnisse behinderter Menschen in den Vordergrund. Im Abschnitt zum tansanischen Bildungswesen werden abschließend spezielle (sonder-)pädagogische Angebote für Menschen mit Behinderungen beschrieben (3.5.2).

3.1 Das Sozialwesen im Überblick

Private oder staatliche Sicherungssysteme sind nur den wenigen Menschen der reichen Oberschicht Tansanias zugänglich. Beamte z.B. erhalten zwar eine Rente, diese ist aber so gering, dass sie zum Lebensunterhalt nicht ausreicht. Die Krankenversicherungen übernehmen nur Kostenanteile. Arbeitslosenversicherungen, Waisenrente etc. gibt es gar nicht, da diese organisierte Art der Absicherung in der traditionellen Großfamilie nicht erforderlich war (s.o.). Heute entstehen allerdings vor allem durch die hohe Aids-sterblichkeit große Probleme in der Versorgung von alten Menschen und Kindern. So findet man häufig Familien, in denen die Großeltern die Enkelkinder versorgen und umgekehrt, weil die mittlere Generation der Familie an Aids gestorben ist. Auch in Städten funktioniert das System der sozialen Absicherung durch die Großfamilie immer weniger, da oftmals nur die Kleinfamilie in der Stadt lebt, die weitere Verwandtschaft

dagegen weit entfernt auf dem Land. Durch mangelnde Kommunikations- und Transportmöglichkeiten (s.o.) ist eine Verständigung oftmals nicht mehr möglich und das Füreinander-Dasein erschwert bzw. unmöglich. Besonders in den Städten entstehen so neue Probleme, die neue Lösungen erfordern (vgl. dazu auch Geiser 1998, 23). Mit diesen Problemen ist auch die Stadt Mwanza konfrontiert. Insbesondere Menschen mit Behinderungen sind hiervon betroffen, da die Unterstützung durch die Großfamilie schwieriger wird. Wenn sie notwendige Medikamente brauchen, teure Arztbesuche erforderlich sind oder Arbeitslosigkeit eintritt, werden sie zur Belastung für die in der Stadt lebende Kleinfamilie.

Neben dem Staat übernehmen Kirchen und NGOs eine wichtige Funktion bei der Schaffung von Angeboten im Sozialwesen (vgl. Rweyemamu/Wangwe 2001, 3). In immer mehr Bereichen des Sozialwesens gibt es Angebote durch private Investoren.

Grundlegender Baustein des *Gesundheitswesens* ist der „Village Health Service“. In jedem Dorf sollte es zwei „Health Workers“ geben, die nach einem kurzen Training präventiv arbeiten. Oftmals gehen sie von Haus zu Haus, um Familien individuell zu beraten. In enger Kooperation mit den „Health Workers“ arbeiten die Apotheken. Eine Apotheke versorgt ca. 6.000 bis 10.000 Menschen mit Medikamenten und einfachen medizinischen Behandlungen sowie notwendigen Materialien.

Krankenstationen versorgen bis zu 50.000 Menschen mit medizinischen Angeboten, einschließlich kleinen Operationen. Eine Krankenstation wird von einem Gesundheitspfleger²² geleitet und hat bis zu 30 Betten für stationäre Aufenthalte (vgl. URL: <http://www.africa.upenn.edu/NEH/thealth.htm> [Stand: 07.11.05]). In jedem Bezirk des Landes gibt es ein Bezirkskrankenhaus. Diese sind in staatlicher oder kirchlicher Trägerschaft. Auch jede Region hat ein Krankenhaus mit verschiedenen Spezialisten und Angeboten, über die die Bezirkskrankenhäuser nicht verfügen.

Den höchsten medizinischen Standard haben Spezialkliniken. Im Jahr 2005 gab es vier Spezialkliniken in Tansania, darunter das Bugando Medical Centre (BMC) in Mwanza. Ist eine Behandlung im Land selbst nicht möglich, werden gelegentlich Patienten zur

²² Gesundheitspfleger erhalten eine zweijährige medizinische Ausbildung und stehen zwischen Krankenschwestern und Ärzten. Sie dürfen kleinere Operationen durchführen.

Behandlung ins Ausland geflogen (vgl. URL: <http://www.africa.upenn.edu/NEH/thealth.htm> [Stand: 07.11.05]).

Die medizinische Versorgung in den staatlichen Krankenhäusern und -stationen ist sehr kostengünstig, so dass sich auch arme Bevölkerungsschichten eine Grundversorgung leisten können.

Die Privatisierung von Krankenhäusern fand überwiegend in den Bereichen statt, in denen teure Geräte erforderlich sind. So gab es im Jahr 2000 184 private, aber nur 18 staatliche Labors, 16 private, aber nur 5 staatliche Einrichtungen mit Röntgengeräten. Auch dürfen sich qualifizierte Mediziner und Zahnärzte mit Genehmigung des Gesundheitsministeriums selbstständig machen. So wird es allerdings für staatliche Krankenhäuser immer schwieriger, gutes qualifiziertes Personal zu finden, da die staatliche Bezahlung nicht so hoch ist wie die im privaten Sektor (vgl. URL: <http://www.tanzania.go.tz/health.htm> [Stand: 08.11.05]).

Auch *Erziehung und Bildung* sind Teile des staatlichen Sozialwesens, weil sie für die Armutsbekämpfung grundlegend sind. Erziehung, Bildung und Ausbildung unterstehen drei unterschiedlichen Ministerien, in erster Linie aber dem Ministry of Education and Culture (MOEC), außerdem dem Ministry of Science, Technology and Higher Education (MoSTH) sowie dem Prime Minister's Office, Abteilung regionale und lokale Behörden. Das MOEC hat die Aufgabe, sämtliche Bildungsangebote, auch von Individuen und NGOs, zu koordinieren und zu überwachen (vgl. MOEC 1995, 11).

Das Bildungs- und Ausbildungssystem in Tansania ist dreigeteilt: formale Bildung, Berufsausbildung und tertiäre Bildung. Daneben gibt es noch die so genannte informelle Bildung. Das formale Bildungssystem reicht von der Vorschulbildung bis zur Universität. Seit Mitte der 1990-er Jahre ist es gegliedert in:

2 Jahre Vorschule	Freiwillig, private oder staatliche Träger, Unterrichtssprache Suaheli
7 Jahre Grundschule	Es besteht Schulpflicht, staatlicher Träger kostenfrei, Unterrichtssprache Suaheli, Englisch obligatorisches Unterrichtsfach, koedukativer Unterricht
4 Jahre Secondary School Ordinary Level (O-Level)	Freiwillig nach Ausleseverfahren: gutes Grundschulzeugnis und ggf. Aufnahmeprüfung, private oder staatliche Träger, kostenpflichtig, Unterrichtssprache Englisch, oftmals Internatsunterbringung, häufig geschlechtergetrennt, Abschluss: Nationales Examen
2 Jahre Secondary School Advanced Level (A-Level)	Freiwillig nach erfolgreichem Abschluss des O-Level, Unterrichtssprache Englisch, oftmals Internatsunterbringung, Abschluss: Hochschulreife nach Nationalem Examen
mind. 3 Jahre Ausbildung an einer Universität (vgl. MOEC 1995, 12).	Staatlicher oder privater Träger, kostenfrei, staatliche Beihilfen zum Lebensunterhalt (vgl. Michel-Biegel 2002, 39).

Seit 1978 besteht eine Schulpflicht vom 7. bis zum 13. Lebensjahr. Curricula und Lehrpläne wurden zentral entwickelt und implementiert (vgl. MOEC 1995, iv-v). Im Rahmen des „Primary Education Development Plan“ (PEDP) wird versucht, das Bildungswesen mehr zu dezentralisieren und die Behörden auf lokaler, regionaler und Distrikt-Ebene in die Verwaltung und Leitung der Schulen einzubeziehen (vgl. Government of the United Republic of Tanzania 2001, 17f.).

Obwohl das Bildungswesen weiter ausgebaut werden sollte, sanken die staatlichen Ausgaben für diesen Bereich von 1994 bis 2004 kontinuierlich. Während die Ausgaben für Bildung am Gesamthaushalt im Haushaltsjahr 2001/02 bei 23,4% lagen, betragen sie für

das Jahr 2003/04 nur 19% (vgl. MOEC 2003, 74). Im Haushaltsentwurf für 2007/08 waren 18% der Ausgaben für die Bildung vorgesehen (vgl. Mission Eine Welt 2007, 2). Der größte Anteil der Gelder (73,0%) fließt in die grundlegende Bildung, nur 6,6% werden für die sekundäre Bildung ausgegeben und 3,0% für die Ausbildung von Lehrkräften. Für tertiäre und höhere Bildung werden 17,4% ausgegeben (vgl. MOEC 2003, 78).

Wichtige Aufgabenbereiche des Sozialwesens sind auch die *Versorgung mit sauberem Trinkwasser sowie die Wasserentsorgung und der Zugang zu Sanitäreinrichtungen*, weil sie wesentliche Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung haben und den Lebensstandard erhöhen. Die Herausforderungen in diesem Bereich sind jedoch so groß, dass der Staat diese nicht ohne private Investoren bewältigen kann (vgl. URL. <http://www.tanzaniagov.co.tz/water.html> [Stand: 08.11.2005]).

Als natürliche Wasserressourcen dienen Süßwasserseen, so auch u.a. der Viktoriasee, Flüsse, Quellen und Grundwasser. Grundwasser ist trotz der direkten Lage der Stadt am Viktoriasee auch in Mwanza die wichtigste Trinkwasserquelle. In ganz Tansania gibt es nur fünf Hauptentwässerungssysteme. Ziel der Regierung ist eine wohnhausnahe, nachhaltige Versorgung mit sauberem Trinkwasser in ländlichen und städtischen Gebieten und ein Zugang zu Sanitäreinrichtungen (vgl. URL. <http://www.tanzaniagov.co.tz/water.html> [Stand: 08.11.2005]). Verbesserungen auf beiden Gebieten wurden vor allem in der Zeit von 1995 bis 1998 erreicht. Im Jahr 1995 hatten im Landesdurchschnitt 68% der Stadtbewohner Zugang zu sauberem Wasser in einem Umkreis von 400 bis 500 m (vgl. Rweyemamu /Wangwe 2001, 12). In Mwanza waren es jedoch nur 54%, wobei die ländlich geprägten Stadtviertel von Mwanza weniger gut versorgt waren (50%) (vgl. The Planning Commission Dar es Salaam and Regional Commissioner's Office o.J., 178, 181). 1998 hatten im Landesdurchschnitt bereits 81% der städtischen Bevölkerung Zugang zu sauberem Wasser. Über einen Anschluss an die Kanalisation und sanitäre Einrichtungen verfügten 1995 bereits 85% und 1998 sogar 97% der Stadtbewohner (vgl. Rweyemamu/Wangwe 2001, 12). Dabei ist zu berücksichtigen, dass dies nicht für die ungeplanten Siedlungen gilt, dass die vorhandenen Wasserver- und -entsorgungssysteme teilweise auch heute noch sehr instabil und

unzuverlässig sind und es an Geld für die Instandhaltung und Wartung bei den zuständigen Ämtern mangelt. Hinzu kommt, dass das Wasser oftmals nicht ausreichend gereinigt wird, so dass immer noch Krankheiten übertragen werden können, wenn es vor Gebrauch nicht abgekocht wird.

Zur weiteren Verbesserung der Lage ist es notwendig, dass die lokalen und regionalen Behörden mit NGOs und dem privaten Sektor zusammenarbeiten. Die Regierung übernimmt dabei eine koordinierende und kontrollierende Funktion (vgl. a.a.O., 13).

Neben dem Ausbau der Trinkwasser-Ver- und -entsorgung und von Sanitäreinrichtungen ist auch die Aus- und Weiterbildung von Fachleuten wichtig, damit die Kanalsysteme und Einrichtungen sachgerecht gewartet und repariert werden können. Darüber hinaus ist die Schulung lokaler Gemeindevorsteher und Dorfältester wichtig, damit die Angebote von der Bevölkerung angenommen werden (vgl. Rweyemamu/Wangwe 2001, 13).

Seit den 1990-er Jahren ist schließlich *HIV/Aids* ein eigenständiger Bereich im Sozialwesen. Die HIV-Rate ist in den vergangenen Jahren weiterhin gestiegen und hat den Gesundheitszustand der Bevölkerung verschlechtert. Dies hat Auswirkungen auf die Zukunftsperspektiven der tansanischen Gesellschaft, da ein großer Teil der jungen, qualifizierten Arbeitskräfte stirbt. Aufklärungskampagnen haben dazu geführt, dass mehr Wissen über Krankheit und Präventionsmöglichkeiten vorhanden sind, allerdings hat sich das Handeln noch nicht entscheidend verändert. Der Zugang zu Beratungs- und anderen Serviceangeboten soll speziell für junge Menschen verbessert werden, ebenso präventive Maßnahmen gegen die Übertragung des Virus von Müttern auf ihre Kinder (vgl. Vice President's Office 2005, 12).

Nach diesem Überblick über die Inhalte des tansanischen Sozialwesens wird nun ausführlicher auf das Gesundheitswesen und das Bildungswesen auch im Hinblick auf Angebote in Mwanza eingegangen.

3.2 Das Gesundheitswesen

Die medizinische Versorgung der tansanischen Bevölkerung hat sich in den letzten Jahren in einigen Bereichen verbessert, in anderen Bereichen stagniert die Entwicklung. In der Impfversorgung wurden besondere Erfolge erzielt. So wurden 2003 fast 97% aller Kinder zwischen 12 und 23 Monaten gegen Masern geimpft und 95% gegen Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus (DPT-3)²³ (vgl. URL: <http://devdata.worldbank.org/hnpstats/HnpAtaGlance.asp?sCtry=TZA,Tanzania> [Stand: 15.11.05]). Das gehäufte Auftreten schwerwiegender Krankheiten, wie z.B. Malaria und Durchfallerkrankungen, bei Kindern und Jugendlichen könnte durch Vorsorge verhindert werden. Auch bei der Kindersterblichkeit unter fünf Jahren und der Müttersterblichkeit haben sich in den letzten Jahren keine grundlegenden Veränderungen gezeigt. So lag die Kindersterblichkeit bei Kindern unter 5 Jahren 1990 bei 163 von 1.000 und 2003 bei 165 von 1.000 (vgl. URL: <http://devdata.worldbank.org/hnpstats/HnpAtaGlance.asp?sCtry=TZA,Tanzania> [Stand: 15.11.05], Rweyemamu/ Wangwe 2001, 12). Die hohe Kindersterblichkeit ist besonders auf Malariaerkrankungen zurückzuführen.

Eine wesentliche Ursache für den schlechten Gesundheitszustand eines Großteils der Bevölkerung liegt in der Mangelernährung. Dabei treten in Tansania hauptsächlich vier Mangelernährungsformen bzw. -folgen auf:

- a) Proteinmangel
- b) Jodmangel
- c) Vitamin – A – Mangel
- d) Anämie.

Auf Grund einer chronischen Mangelernährung sind 44% aller Kinder gravierend in ihrem Wachstum beeinträchtigt (vgl. Vice President's Office 2005, 12f.). Daraus können verschiedene Behinderungen entstehen, wie z.B. geistige Behinderung oder Blindheit.

²³ DPT-3 ist eine kombinierte Impfung von Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus.

Viele Privatkliniken mit qualifiziertem Personal und differenzierten Angeboten stehen nur einer wirtschaftlich starken Bevölkerungsminderheit zur Verfügung, während die Mehrheit der Bevölkerung die überfüllten staatlichen Einrichtungen aufsuchen muss. Dieses Problem wird sich in der Zukunft möglicherweise noch verschärfen, wenn die Regierung nicht bereit sein wird, dem Personal in den staatlichen Einrichtungen angemessene Gehälter zu zahlen (vgl. Missionswerk Bayern 2006, 9f.).

Diese allgemeine Beschreibung des Gesundheitszustandes der tansanischen Bevölkerung trifft auch für die Einwohner Mwanzas zu. Im Folgenden werden die Angebote im Gesundheitswesen der Stadt Mwanza detaillierter aufgeführt.

Mwanza verfügt mit dem Bugando Medical Centre (BMC) über eine staatliche Spezialklinik, die für die medizinische Versorgung der Bevölkerung im gesamten westlichen Teil Tansanias zuständig ist. Seit September 2003 gibt es, dem Krankenhaus angegliedert, eine private medizinische Universität, an der Ärzte sowie Krankenschwestern und -pfleger ausgebildet werden. Das Krankenhaus verfügt über 850 Betten, 18 medizinische und sechs Verwaltungsabteilungen. Es gibt u.a. eine psychiatrische und pädiatrische Station, sowie eine Abteilung für Physiotherapie. Die Psychiatrie ist seit langem mit keinem Arzt besetzt, gleiches traf für die Pädiatrie zu, hier ist jedoch seit 2006 ein deutscher Arzt für MISEREOR im Einsatz. Insgesamt arbeiten im BMC 30 Ärzte und 800 Krankenschwestern und -pfleger (vgl. URL: <http://www.bugandomedicalcentre.go.tz> [Stand: 28.06.07]). Weil die Bezahlung nicht so hoch ist wie in privaten Kliniken, ist es schwierig, qualifiziertes Personal zu finden, so dass großer Personalmangel herrscht.

Im Rahmen der Städtepartnerschaft Mwanza – Würzburg gibt es intensive Kontakte zwischen dem BMC und der Missionsärztlichen Klinik in Würzburg. In regelmäßigen Abständen fliegen tansanische Ärzte zur Fortbildung nach Deutschland und Würzburger Ärzte und Krankenschwestern besuchen Mwanza, um im BMC zu hospitieren und das dortige Personal weiterzubilden. Aufgrund dieser Kontakte erhielt ich die obigen ausführlichen Informationen zum BMC.

Das Sekou-Touré Hospital ist ein regionales staatliches Krankenhaus. Darüber hinaus gibt es in Mwanza mehrere private Kliniken. Das private Hindu Hospital soll in den nächsten Jahren zu einem zweiten Überweisungskrankenhaus ausgebaut werden. Zurzeit werden in dem Krankenhaus täglich 70 Patienten ambulant behandelt und 16 stationär. Durch den Ausbau sollen drei Stationen entstehen mit je zehn Betten und sechs Zimmern für Privatpatienten, so dass 52 Patienten stationär behandelt werden können. Des Weiteren sollen ein Operationssaal, eine Intensivstation, eine Mütterberatungsstelle, eine Zahn- und eine Augenklinik entstehen. Ambulant sollen dann täglich bis zu 200 Menschen behandelt werden können (vgl. Missionswerk Bayern 2005, 6).

Daneben gibt es viele kleine staatliche Krankenstationen, so genannte „Zahanati“ oder „Chuo cha Afya“. Hier arbeiten Krankenschwestern und Gesundheitspfleger.

Für Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen bei Säuglingen und Kindern gibt es in jedem Stadtteil Mwanzas eine so genannte „Clinic“. Hier werden die Kinder untersucht, gewogen und geimpft. Einmalig müssen 1.000 TSH gezahlt werden, danach ist jede weitere Behandlung kostenlos. Jede Mutter erhält für jedes Kind einen Kinderpass, in den alle Impfungen eingetragen werden. Die Mütter erhalten ggf. eine Beratung und Überweisung, z.B. zur Physiotherapie ins BMC.

3.3 Behinderung als Themengebiet des tansanischen Gesundheitswesens

Das heutige Verständnis von Behinderung orientiert sich in vielen Entwicklungsländern stark an der medizinisch-organischen Sichtweise (vgl. Kemler 1988, 35). Inwieweit diese Aussage auch auf Tansania zutrifft, wird im folgenden Abschnitt untersucht.

Sucht man zunächst nach einer allgemeinen Beschreibung des Begriffs Behinderung, so findet man bei Possi (1994, 1) eine Definition für „besondere Kinder“ bzw. für Kinder mit besonderen Bedürfnissen:

„Special children or children with special needs are those who deviate from the ‘norm’ in terms of their physical, cognitive, social, and behavioural development. Such children include those with physical and mental disabilities, behavioural and learning problems, as well as those with visual and hearing impairments. Students with speech disorders and those who are gifted and talented also fall under this category.” (Possi 1994,1)

Damit gibt er eine sehr umfassende, an die WHO angelehnte Definition, die nahezu alle international gebräuchlichen Kategorien enthält. Wie auch in den angelsächsischen Ländern und Russland werden in Tansania Menschen mit besonderen Talenten zur Gruppe derjenigen gezählt, die besonderer Unterstützung bedürfen. Die Kinder sollen unterstützt werden durch eigene Curricula, Unterrichtsmethoden, Lernmaterialien und besonders ausgebildete Lehrer (vgl. a.a.O.).

Der Fachbereich Sonderpädagogische Psychologie des „Patandi Colleges“ versteht unter einer „handicapped person“:

„(...) an individual (sic!) who suffers from a disability that interferes with his normal development (physically, social or intellectual) such that he/she performs below an expected standard.” (Patandi College 1999-2000, 2).

Nach beiden Definitionen können Behinderungen in folgenden drei Dimensionen auftreten: körperlich, geistig oder sozial. Auswirkungen und Erscheinungsbilder werden nicht genauer beschrieben.

In wissenschaftlichen tansanischen Veröffentlichungen sowie in Landesstatistiken (u.a. Policy Guidelines 1992, Census 2002) stößt man immer wieder auf folgende Unterteilung: Visually Impaired (Sehgeschädigte), Hearing Impaired (Hörgeschädigte), Mentally Handicapped (Geistig Beeinträchtigte) und Physically Handicapped (Körperlich Beeinträchtigte), gelegentlich noch auf Multiple Handicapped (Mehrfach Beeinträchtigte).

In einer Publikation des staatlichen Instituts für Erziehung (o.J., den 1980-er Jahren zuzuordnen), die sich mit der Entwicklung der besonderen Erziehung in Tansania befasst, wurden aber auch Begriffsdefinitionen in Anlehnung bzw. Abwandlung an die WHO-Klassifikation von Behinderung vorgenommen. Dort heißt es:

“Defect is an impairment, disorder of imperfection of the body, intellect or personality. (...). Disability is a defect which results in some malfunctioning but which may not necessarily affect the individual’s normal life. A handicap (...) is a disability which retards, distorts or otherwise adversely affects normal growth, development or adjustment to life for a substantial period or permanently.” (Institute of Education, 1984, 1).

Als einige allgemein anerkannte „handicaps“ wurden Schädigungen wie Blindheit, Gehörlosigkeit, geistige Behinderung, körperliche und Mehrfachbehinderung genannt, ebenso sprachliche Beeinträchtigungen und Lernbehinderungen (vgl. a.a.O.), die sich allerdings nicht in tansanischen Statistiken und Berichten wieder finden.

In der 2004 erschienenen Schrift „Policy on Disability“ des „Ministry of Labour, Youth Development and Sports“ werden Einflüsse der Neufassung der WHO Klassifizierung, der ICF, erkennbar. Behinderung wird hier definiert als

„The loss or limitation of opportunities to take part in the normal life of the community on an equal level with others due to physical, mental or social factors.“ (Ministry of Labour, Youth Development and Sports 2004, o.S.).

Diese Definition führt Behinderung nicht nur auf eine physische oder geistige Schädigung zurück, sondern bezieht auch die soziale Teilhabe ein. Eine Person mit einer Behinderung ist demnach

„(...) an individual whose prospects of obtaining and retaining an employment are greatly reduced due to known physical, mental or social factors.“ (Ministry of Labour, Youth Development and Sports 2004, o.S.).

Die soziale Teilhabe bezieht sich hier auf das Arbeitsleben und die eingeschränkte Teilhabe daran aufgrund der Behinderung.

Was in der Gesellschaft als Behinderung angesehen wird, spiegelt sich auch in sprachlichen Bezeichnungen und im Selbstverständnis von Menschen mit Behinderungen wider.

Im Suaheli gibt es den Begriff „walemavu“, der ganz allgemein Menschen mit Behinderungen bezeichnet. Dieser Begriff löste den früheren Begriff „wasiojiweza“ ab, der übersetzt soviel bedeutet wie: „diejenigen, die es nicht selbst können“ (vgl. Institute of Education 1984, 2). Beide Begriffe sind der m/wa -Klasse zugeordnet, welche für Menschen und Tiere steht. Oftmals sind mit dieser Bezeichnung Menschen mit einer körperlichen Behinderung gemeint. Die Bezeichnungen für spezifische Behinderungen stehen in der ki/vi - Klasse, die eigentlich für Dinge und Gegenstände vorgesehen ist. Möglicherweise wurde hiermit ursprünglich nur die Behinderung beschrieben, nicht aber der Mensch selber. Heutzutage fühlen sich viele Menschen mit Behinderungen

durch die Begriffe diskriminiert und abgewertet, so dass sich die Begriffe langsam ändern (vgl. Institute of Education 1984, 2). Dies soll die folgende Tabelle noch einmal verdeutlichen:

Tabelle 1: Bezeichnungen für Menschen mit Behinderungen früher und heute

Frühere Suaheli Bezeichnung (eher negativ)	Übersetzung	Heutige Suaheli Bezeichnung (positiver)	Übersetzung
Wasiojiweza	Diejenigen, die es nicht selbst können	Walemavu	Behinderte
Vipofu	Blinde	Wasioona	Diejenigen, die nicht sehen können
Viziwi	Gehörlose	Viziwi	Gehörlose
		Walemavu wenye akili	Behinderter im Geist
Viwete/Vilema	Lahmer, Krüppel	Wasiotembea/Walemavu	Diejenigen, die nicht laufen können
Zeruzeru	Albino	Albino	Albino

Die Bezeichnungen für Blinde und Gehörlose werden auch für Menschen mit Hör- und Sehschädigungen benutzt, hier wird nicht wie in deutsch- und englischsprachigen Ländern differenziert.

Begriffe wie Sprachbehinderter, Lernbehinderter gibt es im Suaheli nicht. Treten massive Sprach- oder Lernbeeinträchtigungen auf, werden sie anderen Behinderungen untergeordnet, z.B. schlechte Aussprache auf Grund von Gehörlosigkeit; starke Lernbeeinträchtigung wird als geistige Behinderung eingestuft, wie dies auch in anderen Ländern, etwa den USA, erfolgt.

In Tansania gibt es fünf einzelne Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit Behinderungen und eine Dachorganisation. Daraus wird deutlich, welche Menschen sich selbst als „behindert“ fühlen. Es gibt Selbsthilfegruppen für Gehörlose und Hörgeschädigte, für Blinde und Sehgeschädigte, für Körperbehinderte, Geistigbehinderte und Albinos. Dass Albinismus eine eigene Behinderungskategorie ist, erscheint uns Deutschen vielleicht fremd. Aus diesem Grund erfolgt hier ein kurzer Exkurs.

Exkurs: Albinismus

Albinismus wird wie folgt definiert:

„Albinismus ist der Überbegriff für eine Gruppe angeborener Stoffwechselerkrankungen, die mit einer Verminderung von Farbstoff (Pigment, Melanin) entweder der Haut, Haare und Augen oder nur in den Augen einhergeht.“ (vgl. URL: <http://www.albinismus.info/grafikversion/> [Stand: 29.07.05]).

Demnach ist Albinismus selbst eine Stoffwechselerkrankung. In Tansania wird er jedoch als Behinderung und nicht als Krankheit angesehen. Mboya und Possi geben hierfür in den „Papers in Education and Development“ folgende Erklärung, die auf den gesellschaftlichen Umgang mit der physischen Abweichung verweist:

„(...) most western people do not see albinism as a problem because people with albinism in their country do not experience the same type of difficulties. The stigmatization which is associated with two black people having a “white” child is not found among people who are white.” (Mboya /Possi 1996, 62).

Jede Art von Albinismus geht mit einer Sehbehinderung einher, da das Melanin in der Netzhaut und in der Iris fehlt. Die zentrale Sehschärfe ist dadurch vermindert. Das Gesichtsfeld, das Farbsehen und das Formen- und Bewegungssehen sind jedoch normal. Was das Leben von Menschen mit Albinismus in Europa also behindert, ist die Sehschwäche, die auch durch Brillengläser nicht korrigiert werden kann (vgl. URL: <http://www.albinismus.de/klein/wasistalbmeneueframe.htm> [Stand: 29.7.2005]).

Um sich vor Sonneneinstrahlung zu schützen, bildet die Haut u.a. Pigmente. Das fehlende Pigment kann sich bei einer der Formen des Albinismus auch auf Haut und Haare auswirken. Dies fällt unter hellhäutigen Menschen erst einmal nicht auf. Haut und Haare sind jedoch den krebserregenden UV-Strahlen zunächst schutzlos ausgesetzt. Deshalb rät die „National Organisation for Albinism and Hypopigmentation“ e.V. (NOAH e.V.), im Freien eine Kopfbedeckung und lange Kleidung zu tragen, sowie ein Sonnenschutzmittel mit hohem Lichtschutzfaktor zu verwenden (vgl. a.a.O.).

Auf Grund der starken und täglichen Sonneneinstrahlung ist die Mehrheit der Menschen in Tansania schwarzhäutig und –haarig und hat dadurch einen

natürlichen Schutz vor der Sonne. Possi (1988) beschreibt, welche Behinderungen sich für einen Menschen mit Albinismus über die Sehbehinderung hinaus in Tansania ergeben. Durch die sehr empfindliche Haut sind Menschen mit Albinismus bereits im Kindesalter häufig an Hautkrebs erkrankt. Dies führt dazu, dass die Kinder immer wieder lange Zeiten im Krankenhaus verbringen müssen. In dieser Zeit können sie nicht die Schule besuchen, so dass sie häufiger hinter dem Klassendurchschnitt weit zurück liegen und sich nicht gut entwickeln. Besuchen Kinder mit Albinismus eine Grundschule, sind sie aufgrund der großen Sonneneinstrahlung bei vielen Spielen und der Feldarbeit einem erhöhten Risiko ausgesetzt. Oftmals schämen sie sich vor ihren Klassenkameraden, sie werden gehänselt und ausgelacht. Das hat psychologische und soziale Folgen für die betroffenen Kinder, und das wiederum beeinträchtigt das schulische Lernen (vgl. Possi 1988, 18).

Auch erwachsene Menschen mit Albinismus sind in vielen Lebensbereichen benachteiligt, so z.B. bei der Feldarbeit. Aus diesem Grund sind in Städten mehr Albinos anzutreffen als auf dem Land, da die Chance, eine Arbeit im Haus zu finden, wesentlich größer ist. Es wird deutlich, dass ein Mensch mit Albinismus aufgrund der spezifischen sozialen und Umweltfaktoren als ein Mensch mit einer Behinderung gilt. Dabei ist das Aussehen ausschlaggebender als die zunächst äußerlich nicht erkennbare Sehbeeinträchtigung.

Abschließend kann gesagt werden, dass Behinderung in Tansania anders als in den Industrieländern durch eine Andersartigkeit in der Körperstruktur bzw. -funktion bedingt wird und weitaus weniger durch sozialen Ausschluss, da ein Mensch mit Behinderung durch die Lebensform Großfamilie²⁴ im Allgemeinen sozial eingebunden ist (vgl. 2.4). Daraus erklärt sich auch die medizinisch orientierte wissenschaftliche Diskussion. In der wissenschaftlichen Diskussion werden Einflüsse der ICIDH und ICF deutlich. Im Alltag, in Institutionen sowie in der Verwaltung sind folgende Behinderungskategorien gebräuchlich: körperliche Behinderungen, Gehörlosigkeit, Blindheit, Albinismus und geistige Behinderung. Dabei ist noch einmal ausdrücklich zu sagen, dass diese Bezeichnungen keine Stigmatisierung bedeuten, sondern lediglich die abweichende Körperstruktur oder -funktion beschreiben.

²⁴ In Großstädten sind dies weniger die Blutsverwandten als vielmehr formalisierte Freundschaften und Nachbarschaften.

3.4 Rehabilitation / Community-Based-Rehabilitation

Rehabilitation ist in der tansanischen Sozialgesetzgebung als Thema nicht verankert. In Städten und vielen Dörfern gibt es aber entsprechende Angebote der Rehabilitation, die von den Menschen unterschiedlich angenommen werden. Im Folgenden werden einige Einrichtungstypen der Rehabilitation vorgestellt.

So genannte „clinics“ sind Einrichtungen, die Kinder und Mütter von der Geburt bis zum Schuleintritt aufsuchen können. Hier finden die Vorsorgeuntersuchungen statt und die Kinder werden geimpft. Fällt dort eine Behinderung auf, werden die Mütter beraten und an Spezialkliniken oder die Physiotherapie verwiesen. Solche „clinics“ gibt es z.B. in Mwanza in jedem Stadtviertel.

In den District und Regional Hospitals gibt es häufig Abteilungen für Physiotherapie, die sowohl Kinder als auch Erwachsene behandeln. Die Organisation und Behandlung ist je nach Region unterschiedlich. Mit dem BMC verfügt Mwanza über ein regionales Krankenhaus, das auch eine physiotherapeutische Abteilung hat.

In einigen Gebieten von Tansania wurden Community-Based-Rehabilitation-Programme etabliert (CBR). Das CBR-Konzept wurde Mitte der 1970-er Jahre und zu Beginn der 1980-er Jahre von Fachleuten entwickelt, feldgetestet, evaluiert und häufiger modifiziert, es bildete einen Teil der WHO-Strategie „Health for all by the year 2000“. Mit der Herausgabe eines Handbuchs (Manual) durch die WHO Anfang der 1980-er Jahre verbreitete sich das CBR-Konzept rasch in verschiedenen Ländern. Das „Manual“ wurde bisher in über 60 Ländern eingesetzt und in über 30 Sprachen übersetzt, wobei die jeweilige soziale und kulturelle Ausgangslage der Länder berücksichtigt wurde. Durch CBR-Programme soll insbesondere die ländliche Bevölkerung erreicht werden. Kern des Konzepts ist die Einbeziehung der Menschen mit Behinderungen, ihrer Familien und der Dorfgemeinschaft bei der Planung, Durchführung und Bewertung von Förderungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der lokalen personellen und materiellen Ressourcen (vgl. Tüschbönner 2001, 76).

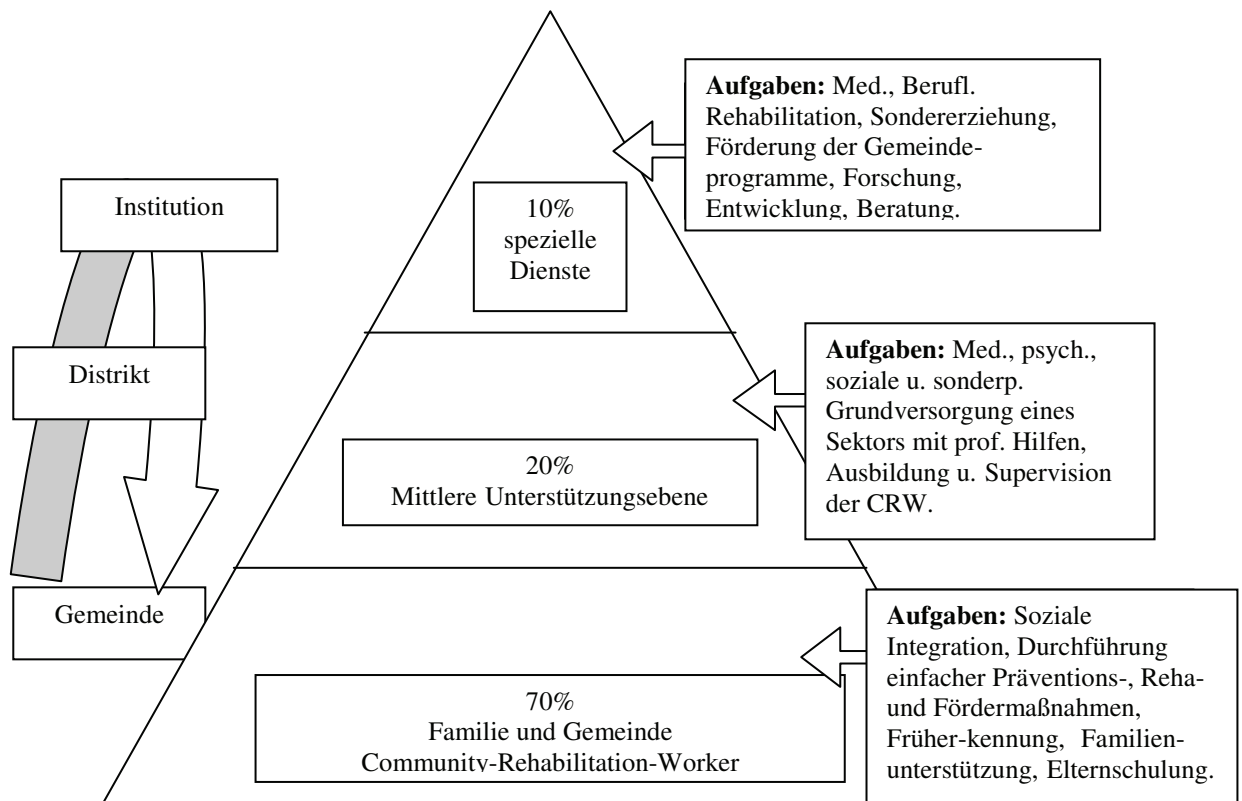
Der folgende Exkurs gibt allgemeine Informationen zum CBR-Konzept. Daran anschließend wird exemplarisch für Tansania das CBR-Programm in Daressalam vorgestellt. In Mwanza gibt es bisher kein CBR-Programm.

Exkurs: CBR

Die Initiative zur Einführung von CBR kann von der jeweiligen Regierung, von NGOs ausgehen oder von außerhalb durch Entwicklungshilfeorganisationen bewirkt werden. CBR versteht sich als Element der Gesundheits-, Sozial- und Bildungspolitik und verbindet die nationale Ebene mit der Distrikt- und der lokalen Ebene. Auf der nationalen Ebene ist CBR ein Bestandteil im Gesamtkonzept zur Förderung von Menschen mit Behinderungen. Die Distriktebene unterstützt CBR durch Referenzinstitutionen, die ihr Wissen an die Dorfgemeinschaft weitergeben. Auf der Gemeinschaftsebene greift CBR auf lokale Ressourcen zurück, z.B. vorhandene Schulen, Basisgesundheitsdienste etc. (vgl. a.a.O. 85f.).

Die Aufgaben der verschiedenen Ebenen verdeutlicht Albrecht (1995, 151) sehr gut in folgendem Schaubild.

Abbildung 3: Aufgabenverteilung bei CBR



Quelle: Albrecht 1995, 151.

Es wird deutlich, dass sich CBR schwerpunktmäßig an die jeweilige Gemeinde richtet. Nach ausführlichen Informationen, Aufklärungen und Anregungen trifft die lokale Gemeinschaft die Entscheidung über die Einführung von CBR. Die Gemeinschaft muss Freiwillige finden, die nach einer kurzen Ausbildung als „Community-Rehabilitation-Worker“ (CRW) die Menschen mit Behinderungen und ihre Familien betreuen, beraten, anleiten und entscheiden, ob sie finanzielle Unterstützung von der Regierung, von NGOs oder karitativen Trägern erhalten sollen.

Eine wesentliche Rolle bei der Etablierung von CBR-Programmen können auch die Selbsthilfeorganisationen von Menschen mit Behinderungen (Disabled People's Organisation) übernehmen. Sie repräsentieren die Gruppe der Menschen mit Behinderungen und können gleichzeitig viele davon erreichen, sie können

Gesetzgeber und Gemeindevorsteher beeinflussen und haben dann eine vermittelnde Funktion zwischen nationaler und lokaler Ebene. Auf lokaler Ebene können sie die Probleme von Menschen mit Behinderungen erkennen und benennen sowie Unterstützungen einfordern. Die CBR wiederum kann die Selbsthilfeorganisationen unterstützen, indem sie deren Kenntnisse und Fähigkeiten erweitert und Fortbildungen anbietet, damit sie ihre Gemeinden unterstützen können. Ihre Einbeziehung in die CBR-Programme scheitert jedoch häufig an finanziellen Mitteln. So fehlt es an Geldern für Transporte, Möglichkeiten der Informationsgewinnung und an Zugängen zu Telekommunikationssystemen (vgl. WHO 2004, 7f.).

Auf der Distriktebene arbeiten die CBR-Programme mit den vorhandenen Schulen, Bezirkskrankenhäusern, Selbsthilfegruppen und sonderpädagogischen Zentren zusammen. Sie dienen der Wissensvermittlung und können ggf. unterstützen, wenn die Rehabilitation innerhalb der Gemeinde nicht mehr erfolgreich bzw. gar nicht möglich ist. Hauptaufgabe der regionalen Zentren ist die Ausbildung der CRWs, die lernen, wie sie die innerhalb einer bestimmten Organisationsstruktur örtlich verfügbaren materiellen und institutionellen Ressourcen, z.B. Schulen und Basisgesundheitsdienste, nutzen können. Die Familie ist Ansatzpunkt für alle Hilfsangebote und wird durch die CRWs in die Zielfindung und Planung eingebunden (vgl. Geiser 1998, 77). Ziel ist es, die allgemeine Lebenssituation der Familie zu verbessern; deshalb geht die CBR oftmals über die eigentliche Rehabilitation hinaus und klärt z.B. auch über sauberes Trinkwasser auf, die Notwendigkeit des Schulbesuchs oder HIV (vgl. Comprehensive Community Based Rehabilitation Tanzania [CCBRT] 2005, 4).

Weltweit haben CBR-Programme in unterschiedlichen Ländern große Erfolge erzielt. Dennoch gibt es auf der lokalen Ebene verschiedene Problembereiche. Kritisch anzumerken ist, dass die jeweilige Gemeinde zunächst extern beeinflusst wird und nicht wirklich eigenständig entscheiden kann, ob sie für oder gegen ein CBR-Programm ist. Das gilt besonders dann, wenn an die Einführung des CBR-Programms weitere finanzielle Mittel gebunden werden, was sich negativ auf das

Verhalten gegenüber Menschen mit Behinderungen auswirken kann (vgl. Geiser 1998, 81f.). Hinzu kommt, dass es keine gewachsenen Strukturen für die Verwaltung von Finanzen gibt, so dass viele Gelder nicht zweckgemäß eingesetzt werden (vgl. Vanneste 2005, 10).

Bei der Schwerpunktsetzung der CBR-Programme erfolgt oftmals eine Fokussierung auf eine bestimmte Altersgruppe oder eine bestimmte Behinderungsform (vgl. a.a.O., 2). Das bedeutet, dass dann nur eine Zielgruppe erreicht wird, während die anderen nicht von den Programmen profitieren können. Häufig liegt der Schwerpunkt der CBR-Programme bei der schulischen und beruflichen Ausbildung von Kindern und Jugendlichen. Stärker als bisher sollten laut WHO auch die Bedürfnisse von Mädchen und Frauen, von chronisch Kranken und HIV-Positiven sowie von der mittleren Altersgruppe und alten Menschen²⁵ mit Behinderungen durch CBR-Programme erkannt und entsprechende Maßnahmen realisiert werden (vgl. WHO 2004, 25).

Ein weiteres Problem ist die unzureichende Ausbildung der Rehabilitationshelfer, und deren häufig freiwilliger Einsatz (vgl. Tüschbönner 2001, 104). Diese CRWs haben zwar häufig Erfolg bei der Rehabilitation Erwachsener, doch wegen ihrer geringen Ausbildung deutliche Defizite im Bereich der Früherkennung, der Wahrnehmungsförderung sowie der Behandlung von Arthritis und Schlaganfallpatienten (vgl. Vanneste 2005, 6f.). Erfolgreiche CBR benötigt motiviertes und qualifiziertes Personal. Geeignete Personen zu finden, die bereit sind, sich freiwillig neben einem Beruf oder der Feld- und Hausarbeit zu engagieren, ist schwierig (vgl. a.a.O., 3).

CBR-Programme sind kostenintensive Langzeit-Programme. Neben der lokalen Basisarbeit sind auf der Distriktebene Spezialisten, orthopädische Hilfsmittel, Medikamente und Therapieangebote erforderlich, um erfolgreiche Rehabilitation zu ermöglichen. Bleibt diese Unterstützung aus, führt das dazu, dass die Familien den Sinn der Rehabilitation nicht mehr erkennen (vgl. a.a.O., 10).

²⁵ Aus dem Text sind keine konkreteren Altersangaben zu entnehmen.

Vielen CBR-Programmen mangelt es an klaren Zielformulierungen, Strategien und Tätigkeitsbeschreibungen. Diese wären dringend erforderlich, um die Programme regelmäßig evaluieren und weiterentwickeln zu können und damit die Qualität zu verbessern (vgl. Vanneste 2005, 5).

CBR wird überwiegend in ländlichen Regionen umgesetzt. Doch auch in großen Städten ergeben sich Probleme des Zugangs zur Rehabilitation, der Organisation und der Qualität, weil sich nach Freyhoff (1993, 110) die traditionellen Formen des Zusammenlebens ohne Ersatz- oder Nachfolgestrukturen aufgelöst haben. Deshalb fordert er, den Schwerpunkt auf die Stärkung und den Erhalt der Strukturen zu legen, die die Integration der Menschen mit Behinderungen in ihre soziale Gemeinschaft bewahren und fördern, wie dies CBR-Programme versuchen. Die WHO hält es für erforderlich, die CBR auf die Slumgebiete großer Städte und Flüchtlingslager auszudehnen, um auch dort Menschen mit Behinderungen angemessen unterstützen zu können (vgl. WHO 2004, 23f.).

In Tansania gibt es sowohl CBR-Programme in ländlichen Regionen, z.B. in Moshi, als auch in großen Städten, z.B. in Daressalam. Im Folgenden wird kurz das CBR-Programm in Daressalam selber dargestellt, da dies ein Beispiel ist, wie CBR in einer Stadt umgesetzt wird.

Das CBR-Programm in Daressalam besteht seit 1994/95, erstreckt sich über das gesamte Stadtgebiet und betreut ca. 1.000 Personen mit Behinderungen. Diese werden von 14 CRWs ein- bis zweimal²⁶ im Monat zu Hause besucht. Einer dieser CRWs ist auf Erziehung und Bildung spezialisiert, ein anderer auf das Training blinder Erwachsener, die anderen 12 haben eine allgemeine Ausbildung erhalten. Das Programm wird von einem Physiotherapeuten geleitet und koordiniert. Das Team der CRWs wird ergänzt durch 3 Physiotherapeuten, 3 Sonderschullehrer für gehörlose Kinder, einen Verwalter, 2 Fahrer und einen Büroangestellten. Bei den Hausbesuchen werden gemeinsam mit den Eltern individuelle Pläne erstellt, die von den Eltern oder anderen Familienmitgliedern ausgeführt werden müssen. Um die Eltern, insbesondere die Mütter, stärker am Rehabilitationsprozess zu beteiligen, wurden „CBR support units“ gegründet. In Daressalam

²⁶ Ursprünglich 2-3-mal pro Woche, dies musste jedoch reduziert werden, da immer mehr Familien betreut werden, es aber kein zusätzliches Personal gibt.

gibt es mittlerweile zwölf dieser „Units“, in denen sich die Mütter regelmäßig einmal in der Woche treffen. Sie erhalten dort Informationen durch die CRWs und werden angeleitet, wie sie bestimmte Übungen mit ihren Kindern durchführen können. Hinzu kommt, dass sich die Mütter untereinander austauschen können. Sie erleben, dass sie nicht die einzigen mit einem behinderten Kind sind, und können ihre Kontakte zu anderen Müttern mit behinderten Kindern ausbauen (vgl. URL: <http://www.ccbtr.or.tz/downloads/cbr.doc> [Stand: 15.05.06]).

Schwerpunkte dieses CBR-Programms sind:

- a) die medizinische Rehabilitation von Menschen, die durch Katarrhe erblindet sind, Kindern mit Klumpfüßen und an Epilepsie erkrankten Menschen. Diese Menschen werden operiert oder mit Medikamenten versorgt,
- b) Beratung und Förderung von Familien mit mehrfachbehinderten Kindern,
- c) Training erwachsener erblindeter Personen, damit sich diese wieder selbstständig in ihrem Lebensumfeld bewegen können.

Um eine umfassende Rehabilitation zu ermöglichen, kooperiert das CBR-Programm mit dem „Disability Hospital“ und anderen Krankenhäusern, Schulen und Institutionen sowie HIV-Programmen (vgl. URL: <http://www.ccbtr.or.tz/downloads/cbr.doc> [Stand: 15.05.06]).

Außerhalb der Angebote im Rahmen von CBR-Programmen gibt es in Tansania im Bereich der Prävention keine weiteren speziellen Angebote. In den Bereichen Früherkennung und Diagnostik bieten der Lion's Club und Rotary Club im Rahmen der sogenannten „Eye Clinics“²⁷ regelmäßige Untersuchungen der Augen an. Wird eine Sehbeeinträchtigung festgestellt, werden einige Menschen beim Kauf einer Brille unterstützt. Dort, wo Operationen notwendig sind, wird an die Abteilungen der Krankenhäuser überwiesen. In einigen Fällen übernehmen die Verbände die Kosten für die Operationen. Die „Eye Clinics“ finden auch regelmäßig in Mwanza statt. Die Mehrzahl der Menschen, die eine Brille oder Operation benötigen, hat hierzu jedoch nicht das

²⁷ „Eye Clinics“ sind mobile Untersuchungseinheiten, die jeweils für ein bis drei Tage an einem Ort aufgebaut werden. Die Untersuchungen werden von einem Untersuchungsteam aus Ärzten und Krankenschwestern durchgeführt.

Geld. So gelten viele Menschen als sehbehindert, die diesen Status in anderen Ländern, wie z.B. Deutschland, aufgrund der Versorgung mit Brillen oder der Durchführung von Operationen nicht hätten.

Im Bereich der Diagnostik und Früherkennung von Hörschädigungen gibt es in Tansania nur wenige Einrichtungen, die überwiegend in kirchlicher Trägerschaft sind und den Internatssonderschulen für Hörgeschädigte angeschlossen sind. In Mwanza sollte Ende der 1990-er Jahre an der Bwiru Boys' Technical Secondary School mit Unterstützung der niederländischen NGO „Foundation of deaf children in Tansania“ (SCHUBI) ein „Regional Hearing Assessment Center“ zur Diagnostik und Früherkennung von Hörschädigungen aufgebaut werden. Nachdem das Gebäude errichtet worden war, gingen der NGO jedoch die Gelder aus, und das Zentrum wurde nie fertig gestellt. Heute sind in dem Gebäude zwei Klassenräume untergebracht.

Wie bereits oben erwähnt, ist neben der Unterstützung durch Fachleute eine Versorgung mit Hilfsmitteln für eine erfolgreiche Rehabilitation erforderlich. Im Folgenden wird die Hilfsmittelversorgung in Tansania beschrieben. Diese ist oftmals problematisch. Hilfsmittel, z.B. Hörgeräte, können teilweise nicht in Tansania selbst hergestellt werden, sondern müssen aus Nachbarländern bezogen werden. Das ist kosten- und zeitintensiv. Oftmals werden deshalb auch alte, gespendete Hilfsmittel repariert und weitergegeben. Das ermöglicht jedoch nur selten eine individualisierte und optimale Versorgung.

In Moshi, im Nordosten Tansanias, gibt es „The Tanzanian Training Center for Orthopaedic Technologies“ (TATCOT). Mit Unterstützung der deutschen „Gesellschaft für technische Zusammenarbeit“ (GTZ) wurde es 1981 gegründet. Seit 1993 arbeitet es unter tansanischer Leitung und wird durch die Deutsche Stiftung für Internationale Entwicklung (DSE) nachbetreut (vgl. URL: <http://www.ibt-consulting.de/index.htm>). Das Zentrum ist das größte in Afrika. Es bietet u.a. Ausbildungs- und Studiengänge an und nimmt Studenten aus allen afrikanischen Staaten und bei Anfrage auch aus anderen Staaten, z.B. Pakistan, auf. Das Zentrum kooperiert mit dem Kilimanjaro Christian

Medical Centre (KCMC), der Tumaini University und dem Muhimbili College of Health Science of the University of Dar es Salaam. Im Zentrum kann man folgende Kurse belegen:

- Bachelor of Science in Prothesen- und Orthopädietechnik (4- jährig)
- Diplom – Kurs in Orthopädietechnik (3-jährig)
- Zertifikatskurs in „Lower Limb Prosthetic Technology“ (einjährig)
- Zertifikatskurs in „Lower Limb Orthotic Technology“ (einjährig)
- Zertifikatskurs in Rollstuhltechnologie (einjährig)

Daneben bietet das Zentrum bis zu 6-monatige Kurzprogramme an, z.B. Orthopädische Schuhtechnik, sowie internationale Seminare und Tagungen (vgl. URL: <http://www.tatcot.org/courses.htm> [Stand: 28.06.07]). Seit seiner Gründung 1981 wurden bis November 2005 über 330 Studenten ausgebildet, von denen 88 aus Tansania kamen. Die Mehrheit der tansanischen Studenten erlangte dort einen Diplomabschluss (62). Ob die Absolventen in ihrem Beruf arbeiten und wo, geht aus der Statistik nicht hervor (vgl. URL: <http://www.tatcot.org/graduates.htm> [Stand: 28.06.07]).

In diesem Zentrum werden jährlich ca. 30 maßgeschneiderte Rollstühle hergestellt. Die Empfänger müssen diese nicht bezahlen, da sie von Auszubildenden hergestellt werden (vgl. URL: <http://www.inwent.org/ez/articles/055152/index.deshtml> [Stand: 28.06.07]). Aber die Zahl der Rollstühle reicht bei weitem nicht aus, um die Nachfrage zu decken. Nach welchen Kriterien die Rollstühle verteilt werden, geht aus den mir vorliegenden Informationen nicht hervor.

In den größeren Städten Tansanias, auch in Mwanza, gibt es so genannte „wheelchair workshops“, die Rollstühle herstellen. Die meisten dieser Rollstühle sehen wie große Dreiräder aus und werden Tricycles genannt. Sie werden aus Fahrradteilen zusammengebaut und mit den Händen angetrieben. Diese Modelle sind relativ stabil und auf den unebenen Straßen gut einsetzbar. Individuelle Passformen etc. werden nicht berücksichtigt. Personen, die ihre Arme nicht zur Fortbewegung nutzen können, müssen auf

einen gespendeten Rollstuhl aus Europa oder Nordamerika oder einen kostenlosen von TATCOT (s.o.) hoffen. Einen Rollstuhl zu kaufen, kann sich kaum ein Tansanier leisten, denn diese kosten umgerechnet ca. 300 € (vgl. URL: [http:// www.inwent.org/ez/articles/055152/index.deshtml](http://www.inwent.org/ez/articles/055152/index.deshtml) [Stand: 28.06.07]). In Mwanza gibt es zwei „wheelchair workshops“, in denen überwiegend Tricycles hergestellt werden. Produziert wird jedoch nur nach Vorbestellung und bei vorheriger Anzahlung, da sonst die finanziellen Mittel zum Kauf der Materialien fehlen. Auch ein Tricycle kostet ca. 300 €.

Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln sehr teuer ist, weshalb die meisten Menschen mit Behinderungen sie nicht anschaffen können – es sei denn, sie bekommen eine finanzielle Unterstützung, z.B. durch Lion's oder Rotary Clubs. So schließt sich die Frage an, ob Menschen mit einem qualifizierten Abschluss, z.B. in Rollstuhltechnik, auch in diesem Beruf arbeiten können, denn wenn sich nur wenige Menschen einen Rollstuhl bzw. eine Reparatur leisten können, haben sie voraussichtlich kein regelmäßiges Einkommen zu erwarten.

In einigen größeren Städten Tansanias gibt es handwerkliche Ausbildungszentren zur beruflichen Rehabilitation, in denen Menschen mit körperlichen oder Sinnesschädigungen anerkannte Ausbildungen absolvieren können. Auch in Mwanza existiert ein solches Zentrum, das „Rehabilitation Vocational Training Center“. Hier haben 40 Menschen mit körperlichen Behinderungen, teilweise auch mit Hör- und Sehschädigungen, die Möglichkeit, Ausbildungen als Schreiner, Schneider oder Schweißer zu erhalten. Für die Jugendlichen mit Behinderungen ist ein Internat angegliedert. Das Zentrum besuchen daneben 20 Jugendliche ohne Behinderung, die täglich ins Zentrum kommen. Der Abschluss ist von der „Vocational Education and Training Authority“ (VETA) anerkannt, dennoch haben die jungen Erwachsenen große Schwierigkeiten, auf dem Arbeitsmarkt eine Stelle zu finden. So kehren sie oftmals nach ihren Ausbildungen arbeitslos in ihre Dörfer und Stadtviertel zurück. Die Kosten für ihre Ausbildung übernimmt das Sozialamt. Dort müssen vor Ausbildungsbeginn Anträge gestellt werden, es werden Bewerbungsgespräche geführt, und das Amt legt fest, wer die Ausbildung erhalten soll. Kosten für Schulbücher und Lernmaterialien müssen von den Schülern selbst getragen werden.

Zusammenfassend kann für den Bereich der Rehabilitation gesagt werden, dass die meisten Angebote in Tansania im Rahmen von CBR-Programmen bereitgestellt werden. Von staatlicher Seite gibt es mit den „Clinics“ Angebote zur Früherkennung und mit den Rehabilitations-Ausbildungszentren Angebote im Bereich der beruflichen Rehabilitation. Private Organisationen stellen präventive Angebote sowie finanzielle Unterstützung bei der Hilfsmittelversorgung bereit. In Mwanza beschränken sich gezielte Angebote zur Rehabilitation auf das Rehabilitations-Ausbildungszentrum und eine Versorgung mit Tricycles durch die „Wheelchair Workshops“. Flächendeckend bieten die „Clinics“ Vorsorgeuntersuchungen an, und im BMC kann man Physiotherapie erhalten.

3.5 Das tansanische Bildungswesen und die Bildungschancen

Zunächst wird kurz das allgemeine Bildungswesen in Tansania beschrieben, da Ausmaß und Qualität der sonderpädagogischen Versorgung zum Einen in direkter Abhängigkeit des Aufbaus und der Besonderheiten des allgemeinen Bildungswesens stehen (Bürli, 1994, 133), zum Anderen das Sonderschulwesen (special education) Tansanias als Teil des allgemeinen Erziehungswesens angesehen wird (vgl. Institute of Education 1984, 13). Die grundsätzliche Auffassung ist, dass

„No child should be denied the opportunity to participate in education because of poverty, gender, disability, (...)“ ((URL: <http://www.tanedu.org/educationsctordevelopment1.pdf> [Stand: 12.12.05]).

In Programme und Richtlinien für die allgemeinen Schulen sind auch immer die Schüler mit Behinderungen eingeschlossen. Im „Tanzania Education System 1981-2000“ gibt es ein Kapitel zur Sondererziehung, das die gemeinsame Erziehung und Bildung von Kindern mit und ohne Behinderungen fordert. Um dies umzusetzen, sollen Gebäude und Unterrichtsmaterialien zugänglich gemacht und Lehrer speziell ausgebildet werden. Weiterhin wird darin empfohlen, Richtlinien²⁸ zur Sondererziehung zu erstellen.

²⁸ Mit Richtlinien sind hier nicht Richtlinien und Lehrpläne gemeint, sondern es ist die Übersetzung des englischen Wortes „policy“. „Policies“ sind Richtlinien, besser Empfehlungen, die in der deutschen Bürokratie so nicht erscheinen und deshalb schwierig mit einem passenden Wort zu übersetzen sind. Sie sollen tatsächlich im allgemeineren Sinn eine Richtung angeben, ohne aber darauf verpflichtend festzulegen.

Daraufhin wurden Richtlinien vom „Ministry of Education and Culture“ formuliert, allerdings wurden sie nie verabschiedet (vgl. Mboya/Possi 1996, 53).

Im Rahmen des „Primary Education Development Plan“ (PEDP) erhält die Regierung von internationalen Gebern Gelder, die für drei unterschiedliche Bereiche ausgegeben werden dürfen. Zur Verbesserung der Unterrichtsqualität werden seit Januar 2002 jeder staatlichen Grundschule pro eingeschriebenem Schüler 10 USD zugewiesen. Weitere Gelder dienen der Weiterbildung des Schulkomitees. Zur Renovierung und Erweiterung vorhandener Schulen und Klassenräume sowie zum Neubau erhalten die Schulen bzw. lokalen Schulbehörden Gelder sowie Unterstützung durch NGOs. Die Schulen erhalten die Gelder über den Distrikt. Im Rahmen des PEDP soll jede Schule ein eigenes Konto eröffnen, über das die Gelder verwaltet werden können (vgl. Government of the United Republic of Tanzania 2001, 11; 13). Neu ist, dass nun auch gemeinnützige private Grund- und Sekundarschulen von der Regierung mit 10.000 TSH (das entspricht den 10 USD) pro Schüler unterstützt werden (vgl. Missionswerk Bayern 2005, 6). Im tansanischen Haushaltsplan werden Ausgaben für Schüler mit Behinderungen nicht explizit aufgeführt, höchstwahrscheinlich sind sie im Haushalt für die allgemeinen Schulen enthalten. Private Schulen für Kinder mit Behinderungen bekommen eine staatliche Unterstützung für die Errichtung von Klassenzimmern und Lehrerhäusern (vgl. Government of the United Republic of Tanzania 2001, 13). Jedem eingeschriebenen Schüler mit einer Behinderung stehen ebenfalls 10 USD zu. Im PEDP ist genau festgelegt, wie die 10 USD ausgegeben werden sollen. So sind 4 USD für Schulbücher, Übungsbücher und ergänzende Lesebücher vorgesehen, je 2 USD für die Reparatur von Möbeln, wie z.B. Schulbänke, Tafeln und Kreide, Schulhefte, Bleistifte und Kugelschreiber und je 1 USD für Verwaltungsmaterial und die Durchführung von Tests (vgl. a.a.O., 30).

Bei der Aufstellung für die Materialausgaben wird deutlich, dass keine speziellen Materialien für Schüler mit Behinderungen vorgesehen sind. Auch wird nicht berücksichtigt, dass z.B. Schüler mit einer geistigen Behinderung weniger Textbücher als vielmehr Materialien benötigen, die eine handlungsorientierte Auseinandersetzung mit einem Thema ermöglichen. Doch selbst für einen Schüler ohne Behinderung können durch

10 USD nicht alle entstehenden Kosten gedeckt werden. Der Vorschlag des MOEC (vgl. 1995, 92), dass Schulen selber Aktivitäten durchführen sollen, um Einkommen zu erzielen, und dass Produkte, die die Schüler während des Unterrichts herstellen, verkauft werden sollen, wäre eine realistische Möglichkeit, die finanzielle Situation der Schulen zu verbessern.

3.5.1 Zur Situation in den Allgemeinen Schulen

Seit Beginn des PEDP ist die Einschulungsrate in den *Grundschulen* im Landesdurchschnitt von 58,8% im Jahr 1990 auf 87,4% im Jahr 2004 gestiegen. Ein wesentlicher Grund hierfür ist sicherlich die Abschaffung der Schulgebühren (vgl. Vice President's Office 2005, 11). In Mwanza lag die Einschulungsrate 1995 bei 55%, wobei mehr Mädchen als Jungen eingeschult wurden (vgl. The Planning Commission and Regional Commissioner's Office 1997, 120). Dies ist sicherlich ein Erfolg, doch ergeben sich durch die zunehmenden Schülerzahlen erhebliche Probleme, die sich auf die Qualität des Unterrichts auswirken.

Die Ausstattung der Grundschulen ist nicht angemessen, und teilweise sind die Gebäude in sehr schlechtem Zustand. Mitte der 1990-er Jahre begann die Regierung, staatliche Grundschulen zu renovieren, auszubauen und mit einer standardisierten Ausstattung zu versehen, um die Voraussetzungen für einen guten Unterricht zu gewährleisten (vgl. MOEC 1995, 37). Leider ist dies bisher in den Regionen sehr unterschiedlich erfolgt. Während sich in der Region Iringa im Durchschnitt nur 50 Schüler einen Klassenraum teilen, sind das in der Region Mwanza 100 Schüler. Sitzen in der Kilimandscharo-Region drei Schüler an einer Schulbank, sind es in Mwanza fünf, in Shinyanga sogar sechs (vgl. MOEC 2003, 31). In Mwanza Stadt gab es 1996 insgesamt 64 Grundschulen, davon sieben in privater Trägerschaft, mit 480 Klassenräumen. Der Bedarf an Klassenräumen lag allerdings bei 766 Räumen, so dass sich im Durchschnitt 97 Schüler einen Klassenraum teilen mussten (vgl. The Planning Commission and Regional Commissioner's Office 1997, 120). Darüber hinaus fehlte es landesweit an Unterrichtsmaterialien wie Schulbüchern, Lehrerhandreichungen, Schulheften etc. (vgl. MOEC 1995, 38).

Bereits im PEDP, Fassung von 2001, wird darauf hingewiesen, dass Lehrer über mehrere Jahre hinweg sowohl vormittags als auch nachmittags unterrichten müssten, damit alle Kinder ihr Recht auf Unterricht erhielten (vgl. Government of the Republik of Tanzania 2001, 6f.). Die geforderte Lehrer-Schüler-Relation von 1:45 kann trotzdem bis heute nicht erfüllt werden. So zeigen Statistiken, dass im Landesdurchschnitt die Lehrer-Schüler-Relation 1:59 beträgt, in der Region Mwanza liegt sie mit 1:71 deutlich darüber (vgl. MOEC 2003, 31). Aufgrund des großen Bedarfs an Lehrkräften gibt es z.Zt. ein einjähriges Sonderprogramm, das Schulabgänger, wenngleich nur oberflächlich, auf die Lehrtätigkeit vorbereitet. Zudem sind Lehrkräfte ungleichmäßig über das Land verteilt. Die Schulen in den Städten bekommen mehr Lehrkräfte als die auf dem Land. In Mwanza konnte bisher der Bedarf an Lehrkräften nicht gedeckt werden. Hinzu kommt, dass in Tansania Lehrer gravierend unterbezahlt sind, so dass viele von ihnen einem Nebenjob nachgehen müssen und nicht die gesamte Zeit im Unterricht anwesend sind.

Eine Folge der schlechten Schul- und Unterrichtsqualität ist eine steigende Abbruchrate in den Grundschulen. Insgesamt haben 2004 fast 46.000 Schüler die Grundschule vorzeitig verlassen, davon besonders viele nach der vierten Klasse. Hier besteht höchstwahrscheinlich ein Zusammenhang zwischen Schulabbruch und nicht bestandener regionaler Prüfung. Dahinter liegende Gründe sind im Landesdurchschnitt zu 76,9% Schulabstinz, zu 6,4% Todesfälle, zu 5,6% Schwangerschaft²⁹ und zu 11,1% andere (vgl. MOEC 2003, 21f.), das könnten z.B. Behinderungen sein. In der Region Mwanza lag die Abbruchrate 1996 bei 18,3%, Hauptgrund war ebenfalls das Fehlen in der Schule (vgl. The Planning Commission and Regional Commissioner's Office 1997, 123).

Als Folge der Einführung einer Schulpflicht an Grundschulen ist auch der Bedarf an *Sekundarschulen* gestiegen; deshalb wurden auch viele private Sekundarschulen erbaut. Um ein Mindestmaß an Ausstattung und Qualität sicher zu stellen, muss jeder Schulträger seine Schule mit entsprechendem Mobiliar und Unterrichtsmaterialien ausstatten. Dazu sollte auch eine Schulbücherei mit angemessener Ausstattung und Personal gehören (vgl. MOEC 2003, 21f.).

²⁹ nach dem tansanischen Schulgesetz müssen Mädchen die Schule verlassen, wenn sie schwanger sind.

Schüler, die einen guten Abschluss im „Primary School Leaving Examination“ haben, bekommen die Mitteilung, welche staatliche Sekundarschule sie besuchen sollen (vgl. MOEC 1995, 43). Private Sekundarschulen können ihre Schüler selbst auswählen. Während die meisten privaten und staatlichen Grundschulen Tagesschulen sind, die koedukativ unterrichten, sind viele Sekundarschulen Internatsschulen. Tages- und auch Internatsschulen im Sekundarbereich sind oftmals nach Jungen und Mädchen getrennt (vgl. MOEC 2003, 55). Sowohl bei staatlichen als auch privaten Sekundarschulen wird ein Schulgeld erhoben, welches an Internatsschulen wesentlich höher ist, da für Unterkunft und Verpflegung gezahlt werden muss. Hat ein Schüler nach vier Jahren seinen O-Level-Abschluss erworben, kann er die Sekundarschule weiter besuchen, um nach weiteren zwei Jahren seinen A-Level-Abschluss zu erhalten. Auf Basis des O-Level-Abschlusses kann aber auch eine Ausbildung begonnen oder ein College besucht werden. Mit erreichtem A-Level können tertiäre und höhere Bildungseinrichtungen besucht, eine Ausbildung begonnen oder eine Arbeit aufgenommen werden (vgl. MOEC 1995, 39.).

Unterrichtssprache in den Sekundarschulen ist Englisch, und auch die benutzten Bücher und Unterrichtsmaterialien sollten möglichst in Englisch sein. Suaheli ist bis zum O-Level-Abschluss verpflichtendes Unterrichtsfach (vgl. MOEC 2003, 44f.). Faktisch sind Sekundarschulen grundsätzlich besser ausgestattet als Grundschulen, doch gibt es große Unterschiede zwischen den einzelnen Schulen. Auch haben private Sekundarschulen im Allgemeinen eine bessere Ausstattung an Büchern und Materialien, wie z.B. Versuchsgерäte für chemische und physikalische Experimente, als staatliche Schulen, erheben aber auch ein wesentlich höheres Schulgeld, das von Privatschule zu Privatschule unterschiedlich ist.

In Mwanza Stadt gab es 1996 sechs staatliche und sieben private Sekundarschulen (vgl. The Planning Commission and Regional Commissioner's Office 1997, 131). Diese Zahlen haben sich mittlerweile erheblich erhöht.

Die Regierung setzt sich zum Ziel, verstärkt auch benachteiligten Gruppen (darunter auch Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen) den Zugang zu Bildungseinrichtungen zu ermöglichen und sie dort zu fördern. Außerdem sollen besondere Verfahren entwickelt werden, um hochbegabte Schüler zu identifizieren und zu fördern (vgl. Vice President's Office 2005, 14, 22). Wie diese konkret aussehen sollen, wird bisher nicht näher beschrieben.

3.5.2 Sonderpädagogische Förderung

Die institutionelle Bildung von Menschen mit Behinderungen begann in Tansania erst Mitte des 20. Jahrhunderts. Missionare gründeten die ersten Grundschulen für blinde Kinder nach Geschlechtern getrennt als Internatsschulen. In den 1960-er Jahren wurden immer mehr Sonderschulen für verschiedene Behinderungsformen durch kirchliche Träger eröffnet. Sie orientierten sich am allgemeinen Grundschulcurriculum und wurden teilweise durch behinderungsspezifische Erfordernisse ergänzt, z.B. durch Hörtraining. Seit den 1970-er Jahren kommen zunehmend staatliche Schulen hinzu. Diese arbeiten meistens integrativ, wobei die Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen in einem Internat wohnen, während die nicht behinderten Kinder im Schulumfeld wohnen (vgl. Institute of Education 1984, 26ff.). Seit 1994 gibt es auch Einrichtungen für taubblinde Kinder und Kinder mit autistischen Verhaltensweisen (vgl. Mboya/Possi 1996, 52).

Mit Einführung der allgemeinen Schulpflicht 1978 wurden auch Kinder mit Behinderungen in die Grundschulen eingeschult. Viele verließen die Schule aber sehr schnell wieder, da sie den Anforderungen nicht entsprechen konnten und ihnen keine besondere Unterstützung zuteil wurde. Zu Beginn der 1980-er Jahre wurden Pläne für die Sondererziehung diskutiert und erarbeitet, und die Sensibilität gegenüber den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen nahm zu. So entwickelte sich der Bereich der Sondererziehung sehr langsam, aber differenziert. Heute gibt es die meisten

sonderschulpädagogischen Angebote im Primarbereich. Dabei umfassen die Angebote sowohl integrative als auch segregierende Maßnahmen.

a) Integrative Maßnahmen

In Tansania gibt es drei Formen von integrativen Maßnahmen. Als erstes zählt dazu die „Vollintegration“. Damit ist gemeint, dass die Schüler mit Behinderungen eine wohnortnahe Grundschule besuchen und i.d.R. keine besondere Unterstützung durch einen Sonderschullehrer erhalten.

Daneben existieren an einigen Grundschulen „special units“ (Sonderschulklassen). Hier werden Schüler mit einer bestimmten Behinderungsform, z.B. einer geistigen Behinderung, von Sonderschullehrern unterrichtet. In gemeinsamen Pausenzeiten können diese Kinder mit den anderen Kindern ohne Behinderung spielen. Diese Sonderschulklassen sind nicht immer wohnortnah, teilweise müssen die Schüler lange Fußwege zurücklegen.

Schließlich besuchen einige Kinder mit Behinderungen auch die wohnortnahe Grundschule, werden aber regelmäßig von „fahrenden“ Sonderschullehrern besucht, die ihnen spezielles Unterrichtsmaterial, z.B. in Brailleschrift, zur Verfügung stellen, die ihre Lehrer bezüglich unterstützender Maßnahmen beraten und ggf. auch Elterngespräche führen. Diese Form der Integration ist besonders bei Kindern mit einer Sehbehinderung zu finden (vgl. Mboya/Possi 1996, 54f.).

b) Segregierende Maßnahmen

Hierzu zählen vor allem Internatssonderschulen, die nur von Schülern mit einer bestimmten Behinderung, z.B. Blindheit, besucht werden. Dort arbeiten Sonderschullehrer, und es wird nach den Grundschulrichtlinien bzw. nach den Richtlinien der Sekundarschule unterrichtet. Sehr selten gibt es auch Tagesschulen, die nur von Kindern mit Behinderungen besucht werden (vgl. Mboya/Possi 1996, 54f.).

Die Ziele der Sondererziehung stimmen mit denen der Grundschulbildung überein. Oberstes Ziel ist es dabei, dass alle Kinder, eingeschlossen die mit Behinderungen, befähigt werden, angepasst und zufrieden in der Gesellschaft zu leben (vgl. Mboya/Possi 1996, 53). Für Kinder mit einer geistigen Behinderung wurden eigene Richtlinien entwickelt, die die Inhalte der Grundschulbildung teilweise aufgreifen, aber stark reduziert sind (vgl. MOEC 1991).

In Tansania gab es 2004 im Grundschulbereich 31 Sondereinrichtungen (Sonderschulen und Sonderschulklassen) für sehgeschädigte Kinder, 34 für hörgeschädigte Kinder, 110 für Kinder mit einer geistigen Behinderung, vier für Schüler mit einer körperlichen Behinderung und drei für Schüler mit einer Mehrfachbehinderung³⁰. Im Sekundarbereich wurden 11 Schulen für sehgeschädigte Schüler angeboten, davon sieben für Jungen, zwei für Mädchen und zwei, die koedukativ unterrichten. Für Hörgeschädigte waren es noch acht Sondereinrichtungen im Sekundarbereich, davon zwei für Jungen, drei für Mädchen und drei, die koedukativ unterrichten. Schülern mit einer Körperbehinderung stand nur jeweils eine Sekundarschule für Mädchen und eine für Jungen zur Verfügung. Aus dieser Statistik geht nicht hervor, ob es sich um integrative oder segregative Maßnahmen handelt (vgl. MOEC 2003, 70f.).

In Mwanza gibt es im Primarbereich zwei staatliche „special units“ für Kinder mit einer geistigen Behinderung (Mirongo Primary School und Kirumba Primary School). In jeder Unit arbeiten jeweils zwei Sonderschullehrer. Hörgeschädigte Kinder können eine „special unit“ mit zwei Klassen in der Bugando Primary School besuchen, wo in jeder Klasse jeweils ein Sonderschullehrer unterrichtet. Für sehgeschädigte Kinder bieten die Nyanza Primary School und Mahina Primary School eine „special unit“ an. Viele sehgeschädigte Kinder in Mwanza besuchen jedoch die wohnortnahe Grundschule und werden von „fahrenden“ Sonderschullehrern betreut. In jeder Unit arbeitet jeweils ein Lehrer, im „fahrenden“ Dienst sind drei Lehrer tätig. Für mehrfachbehinderte Kinder gibt es seit 2004 eine private „special unit“ im Stadtteil Pasiansi, die von einer Amerikanerin geleitet wird. Hier arbeiten ein Sonderschullehrer und verschiedene Hilfskräfte, teilweise mit Montessori-Ausbildung für den Kindergartenbereich.

³⁰ Vermutlich sind hier Taubblindheit sowie geistige und körperliche Behinderungen gemeint.

Im Sekundarbereich unterrichtet in Mwanza die Bwiru Boys' Technical Secondary School integrativ hörgeschädigte Jugendliche. In der Schule widmet sich ihnen ein Sonderschullehrer, der jedoch nicht ausschließlich im Unterricht mit den hörgeschädigten Schülern eingesetzt wird.

Insbesondere Kinder und Jugendliche mit einer körperlichen Behinderung werden häufig integrativ in den Grund- und Sekundarschulen unterrichtet, ohne dabei spezifische sonderpädagogische Unterstützung zu erhalten.

Heutzutage nimmt die tansanische Regierung die Belange von Menschen mit Behinderungen auch im Kampf gegen die Armut in den Blick. So ist es ein Ziel der „National Strategy of Growth and Reduction of Poverty“, alle Jungen und Mädchen, auch die mit Behinderungen, eine Grundschule besuchen zu lassen. Zielvorgabe ist dabei die Umsetzung einer „Inclusive Education“ wie sie z.B. in der Handreichung „Education for All“ vom britischen Verein „Save the Children“ gefordert wird. Um dieses Ziel zu erreichen, hält es die tansanische Regierung für erforderlich, neue Richtlinien für die Bildung und Erziehung behinderter Kinder und Jugendlicher zu entwickeln, Lehrer sonderpädagogisch weiterzubilden und ein Bussystem aufzubauen, damit der Schulweg für die betroffenen Kinder kein Hindernis bleibt. Gleiches wird auch für die Sekundarschulen angestrebt (vgl. Vice President's Office 2005, 14f.).

Inwieweit und wann diese Forderungen umgesetzt werden können, ist im Hinblick auf die schwerwiegenden Probleme im allgemeinen Bildungswesen eine ernsthafte Frage. Offen bleibt auch, inwieweit behinderungsspezifische Erfordernisse methodisch-didaktischer Art beachtet werden und Eingang in den Schulalltag finden, um eine qualitative Bildung und Erziehung von Kindern mit Behinderungen sicherzustellen.

Zusammenfassend wird für die sonderpädagogische Förderung deutlich, dass erst durch den Einfluss der Missionare die institutionalisierte Bildung für Menschen mit Behinderungen in Tansania initiiert wurde. Dabei handelte es sich zunächst um segregierende Angebote. Informationen, inwieweit Kinder mit bestimmten Behinderungsformen, z.B. körperlichen Behinderungen, Hörschädigungen, bis zu diesem Zeitpunkt in Grund- und

Sekundarschulen integrativ unterrichtet wurden, lagen mir leider nicht vor. Seit dem Beginn des Aufbaus eines staatlichen Sonderschulwesens ist die Regierung um integrative Unterrichtsformen bemüht. Dieses trifft auch für Mwanza zu, da es hier ausschließlich verschiedene Formen der integrativen Beschulung gibt.

4. Anlage der Untersuchung

In der sozialwissenschaftlichen Forschung wird zwischen quantitativen und qualitativen Verfahren unterschieden. Ihr Einsatz hängt ab von Forschungsziel, Beschaffenheit des Forschungsgegenstandes und den aktuellen Gegebenheiten (vgl. Atteslander 2000, 6). Zur Klärung werden deshalb in Abschnitt 4.1 zunächst kurz die Charakteristika der qualitativen und quantitativen Sozialforschung dargestellt und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für das eigene Forschungsprojekt abgeleitet. Daran anschließend wird die Auswahl der Methoden für die vorliegende Erhebung begründet, die ausgewählten Methoden charakterisiert und deren Einsatz aufgezeigt (4.2). In Abschnitt 4.3 werden kurz die Ziele des Pretest und dessen Durchführung beschrieben. Danach wird die Anlage der Hauptuntersuchung (4.4) ausführlich dargestellt. Ausgehend von den gezogenen Konsequenzen aus dem Pretest werden die Stichprobenauswahl und Durchführung der Untersuchung sowie die angewendeten Auswertungsverfahren beschrieben.

4.1 Charakteristika qualitativer und quantitativer Sozialforschung

Soziale Wirklichkeit spiegelt sich wider im menschlichen Verhalten und in den Produkten menschlicher Tätigkeit. Diese gelten in der empirischen Sozialforschung als Ansatzpunkte, um soziale Tatbestände zu erfassen. Zum menschlichen Verhalten zählen sowohl Handlungen als auch Worte, jedoch nicht Gedanken, denn diese sind nicht greifbar (vgl. Atteslander 2000, 54f.). Zur systematischen Analyse der sozialen Wirklichkeit können vier Methoden eingesetzt werden: Beobachtung, Befragung, Experiment und Inhaltsanalyse (vgl. a.a.O., 59).

Der Erfolg empirischer Sozialforschung ist abhängig von:

- der wissenschaftlichen Qualität der theoretischen Annahmen,
- der Angemessenheit der Forschungsmethoden,
- dem Zugang zum Objekt,

- den materiellen Bedingungen,
- der systematischen Kontrolle des Forschungsablaufs und der Berücksichtigung seiner reaktiven Elemente (vgl. Atteslander 2000, 69).

Grundsätzlich wird im Allgemeinen unterschieden zwischen qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden.

Folgende grundlegende Prinzipien charakterisieren die qualitative Forschung:

- Offenheit: Der Untersuchungsgegenstand bestimmt die Forschung; daraus ergeben sich Forschungsablauf, Methoden, Auswahl der Untersuchungspersonen und -situationen.
- Prozesscharakter von Gegenstand und Forschung: Ziel ist die Erfassung des Konstitutionsprozesses von sozialer Realität.
- Reflexivität: Begriffe und Hypothesen werden im laufenden Forschungsprozess generiert, modifiziert und verallgemeinert, Forschungsphasen werden nicht getrennt, sondern gehen ineinander über, so wird keine Trennung von Entdeckungs- und Begründungszusammenhang vorgenommen.
- Explikation: Das theoretische Vorwissen, Forschungsschritte sowie Forschungsentscheidungen werden beschrieben und offen gelegt, so dass die Interpretationen nachvollziehbar werden. Dies dient der methodischen Kontrolle.
- Kommunikation: Deshalb finden alltagsweltliche Regeln der Kommunikation auch in der Forschung Anwendung.
- Problemorientierung: Kritisches und praktisches Erkenntnisziel, Forschungsfrage und -feld ergeben sich aus einem vom Forscher wahrgenommenen gesellschaftlichen Problem (vgl. Atteslander 2000, 78f.).

Als Verfahren der Datenerhebung kommen vor allem in Frage: Beobachtung, Gruppendiskussion, narratives Interview und Leitfadengespräche (vgl. Kromrey 2000, 521)³¹.

Praktische Anwendung finden qualitative Verfahren u.a. bei der Untersuchung unbekannter komplexer Kulturen und Lebenswelten, deren Sprachen dem Forscher ggf. nicht bekannt sind, wie es im vorliegenden Projekt der Fall war (vgl. Atteslander 2000, 80).

Grundlage der quantitativen Sozialforschung dagegen ist das analytisch-nomologische Paradigma. Ausgangspunkt für die Forschung sind Hypothesen über die Eigenschaften der tatsächlichen sozialen Wirklichkeit. Durch eine systematische und kontrollierte Datenerhebung und -auswertung sollen diese empirisch belegt oder widerlegt werden. Die Forschung verläuft theoriegeleitet und nach offen gelegten und nachvollziehbaren Regeln, die die intersubjektive Nachprüfbarkeit und Objektivität ermöglichen sollen (vgl. Kromrey 2000, 29).

Beide Forschungsansätze, der qualitative wie der quantitative, sind in vielen sozialwissenschaftlichen und ethnologischen Untersuchungen erprobt worden, jedoch gibt es bezogen auf den vorliegenden Forschungsgegenstand kaum erprobte und systematisch entwickelte Methoden (vgl. dazu auch Geiser 1998, 94f.). Da die Datenerhebung, wie in der Einleitung ausgeführt, in einem fremden Kulturkreis erfolgte, war auf Offenheit und Flexibilität der Methoden zu achten. Sie mussten an die Bedingungen vor Ort angepasst und zum Teil während des Forschungsprozesses modifiziert werden. Weil im Vorfeld auch nur begrenzte Kenntnisse über die Bedingungen vor Ort vorlagen, musste zunächst exploriert werden, welche Kommunikationsstrukturen die Kultur beherrschen, welche infrastrukturellen Voraussetzungen vorhanden waren und welche Daten bereits vorlagen. Um sowohl über die fremde Kultur als auch über die Gruppe der Menschen mit Behinderungen authentische Informationen zu erhalten, war eine enge Kooperation mit einheimischen Fachleuten vor Ort erforderlich. Statistische Daten lagen nur aus der Volkszählung 2002 vor, in der erfasst wurde, wie viele Menschen mit Behinderung in Mwanza leben, ohne jedoch näher auf deren Lebenssituation einzugehen. So konnten im Sinne der quantitativen Sozialforschung keine Hypothesen zur Lebenssituation entwickelt werden. Vielmehr war der Einsatz qualitativer Verfahren angezeigt (vgl.

³¹ Zur ausführlicheren Darstellung von qualitativen Methoden sei auf Lamnek, S. (1995). Qualitative Sozialforschung, Bd.2: Methoden und Techniken verwiesen.

Atteslander 2000, 92f.). Erst im Forschungsprozess konnte endgültig entschieden werden, dass und wie sich qualitative und quantitative Verfahren ergänzen sollten. Damit steht die vorliegende Arbeit für den Versuch, qualitative und quantitative Methoden nicht als getrennte, sondern als kombinierbare zu verstehen (vgl. Kromrey 2000, 32).

Es bleibt festzuhalten, dass der vorliegenden Arbeit das interpretative Paradigma zu Grunde liegt, da im Vorfeld keine Hypothesen aufgestellt wurden und die fremde kulturelle Realität möglichst detailliert beschrieben und gedeutet werden sollte. Ansatz und Methoden der quantitativen Sozialforschung fließen allerdings in die Arbeit ein. Da ein neuer Sachverhalt (Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen) in einer der Forscherin fremden Kultur erforscht wurde, handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine explorative Studie mit deskriptivem Charakter.

4.2 Auswahl der Methoden

Sowohl in der qualitativen als auch in der quantitativen Sozialforschung kennt und benutzt man die Methoden Beobachtung, Befragung und Inhaltsanalyse, jedoch werden sie unterschiedlich angewendet und eingesetzt; in der quantitativen Sozialforschung benutzt man daneben auch die Methode des Experiments (vgl. Atteslander 2000, 80).

Da es in der vorliegenden Arbeit um das Erfassen und Beschreiben realer sozialer Situationen ging, wurden als Methoden die Beobachtung und Befragung eingesetzt. Die Methode der Beobachtung wird u.a. besonders bei der Untersuchung unbekannter komplexer Kulturen und Lebenswelten, deren Sprachen ggf. dem Forscher nicht geläufig sind, angewendet (vgl. a.a.O. und Lamnek 1995, 240). Die Situation der Befragung wird durch bestimmte kulturelle Muster geprägt und ist eine Kommunikationssituation zwischen mindestens zwei Personen (vgl. Atteslander 2000, 114; 116). Sie erfordert demnach Kenntnisse über die kulturellen Strukturen sowie die

Möglichkeit, sich gegenseitig sprachlich zu verstehen. Da die Untersuchung in einer der Forscherin unbekanntem Kultur stattfand, deren Sprache sie zu Beginn nur rudimentär beherrschte, stand am Anfang der Untersuchung zunächst die Beobachtung.

4.2.1 Die Beobachtung

In der quantitativen Sozialforschung erfolgt die Beobachtung systematisiert und erfasst den Ablauf und die Bedeutung einzelner Handlungen und Handlungszusammenhänge. Zur Systematisierung werden eindeutige und präzise Beobachtungskategorien definiert, die die Situation so strukturieren, dass alle Beobachtungselemente leicht zu identifizieren sind und der Sinnzusammenhang einer Handlung erhalten bleibt (vgl. Kromrey 2000, 325). Dies erfordert umfassende Kenntnisse über das Beobachtungsfeld und bedarf der Formulierung von Forschungshypothesen, um daraus abgeleitete Beobachtungskategorien bilden zu können. Hierdurch sollen Quantifizierbarkeit, Kontrollierbarkeit und Vergleichbarkeit der Daten gewährleistet werden. Allerdings fallen Verhaltensweisen, die im Verlauf der Beobachtung auftreten, möglicherweise durch das Kategoriensystem und werden so nicht erfasst (vgl. Attslander 2000, 89ff.).

Während der Beobachtung muss der Beobachter unterscheiden können zwischen der Aktivität des Handelnden und der Bedeutung, die der Beobachter dieser Handlung beimisst. Dabei soll sich der Beobachter an der allgemein üblichen Bedeutung, die Handlungen, Gesten oder Verhaltenssequenzen haben, orientieren. Was jedoch üblich ist, ist kulturell sehr unterschiedlich. Kommt der Beobachter aus einer anderen Kultur als der Handelnde, kann es schnell zu Fehlinterpretationen kommen (vgl. Kromrey 2000, 323f.).

Es gibt unterschiedliche Beobachtungsformen, wobei vor allem nach dem Maß an Strukturiertheit, Offenheit, Teilnahme des Forschers und Lokalität unterschieden wird. Damit entsprechen die Beobachtungsformen jeweils eher den Anforderungen der quantitativen oder der qualitativen Sozialforschung. Die folgende Tabelle soll dies

systematisch verdeutlichen (in Anlehnung an Atteslander 2000, 89 ff. und Lamnek 1995, 254); die Formen der Beobachtung erscheinen hier idealtypisch, sind aber in der Praxis nicht immer so klar zu trennen. 77

Tabelle 2: Formen der Beobachtung

	Quantitative Sozialforschung	Qualitative Sozialforschung
Strukturiertheit	standardisiert	unstrukturiert
Offenheit für diejenigen, die beobachtet werden	verdeckt	offen
Teilnahme	nicht-teilnehmende Beobachtung	teilnehmende Beobachtung
Lokalität	Laborbeobachtung	Alltagssituation

Die prototypische qualitative Beobachtung ist demnach unstrukturiert, offen, teilnehmend und findet direkt in der Alltagssituation statt. Dabei meint unstrukturiert, dass vorab keine Hypothesen aufgestellt und Beobachtungskategorien festgelegt werden. Dies geschieht erst im Prozess der Datenerhebung oder bei der Auswertung und Interpretation der Daten (vgl. Lamnek 1995, 255). Diese Vorgehensweise war im Fall der vorliegenden Arbeit sinnvoll: Zu Beginn meines Aufenthalts in Mwanza begab ich mich in das Feld, mit einem Basiswissen zur Problematik, jedoch nicht mit vorgefassten Hypothesen oder Beobachtungskategorien. Es sollte bewusst eine ethnozentrische und damit westliche Sichtweise vermieden und stattdessen versucht werden, durch die Beobachtung eine Annäherung an das zweifach Fremde, Behinderung und Kultur, zu erreichen.

Durch die teilnehmende Beobachtung erfolgte eine erste Datensammlung. In diesem Prozess konnte ich mir das Sinnverständnis des zu beobachtenden Feldes aneignen, mein eigenes Sinnverständnis permanent reflektieren und methodisch kontrollieren (vgl. a.a.O., 242f.). Dies erforderte eine große Offenheit während des Beobachtungsprozesses, um unvorhergesehene Ereignisse bei Verhaltensweisen, Meinungsäußerungen etc. erfassen zu können (vgl. a.a.O., 259). Zur methodischen Kontrolle erfolgte

allerdings eine gedankliche Vorstrukturierung und die Erarbeitung eines Beobachtungsleitfadens, der der aktuellen Situation immer wieder angepasst wurde.

Da die Beobachtungen im Alltag, sprich im natürlichen sozialen Feld, stattfinden sollten (vgl. Lamnek 1995, 262), besuchte ich während meines gesamten Aufenthaltes regelmäßig einmal wöchentlich je zwei „special units“ für geistig behinderte Kinder und Jugendliche an allgemeinen Grundschulen und nahm am gesamten Unterricht teil. Unterstützt wurde dieses Vorgehen noch dadurch, dass ich nach ca. 3 Monaten den Mathematikunterricht übernahm. So sollte die Künstlichkeit des Beobachtens reduziert werden. Nach dem Unterricht fand ein regelmäßiger Austausch mit den Kollegen der „special units“ statt. Während meiner Zeit wechselte ich also meine Rolle von der zunächst teilnehmenden Beobachterin hin zur beobachtenden Teilnehmerin (vgl. Lamnek 1995, 266), um eine möglichst hohe Identifikation mit dem sozialen Feld zu gewährleisten und die Fremdheit, die schon durch Aussehen und Sprache sehr groß war, möglichst gering zu halten und möglichst authentische Informationen zu bekommen. So erhielt ich ein gewisses Maß an Akzeptanz und Vertrauen; meine Anwesenheit als Forscherin zog keine größere Aufmerksamkeit auf sich (vgl. Michel-Biegel 2002, 61).

Neben diesen beiden Formen der Teilnahme unterscheidet man noch zwischen vollständiger Teilnahme und vollständiger Beobachtung. Bei der vollständigen Teilnahme sind den Beobachteten wahre Identität und Zweck des Beobachters nicht bekannt, weil dieser als gleichberechtigtes Mitglied am Gruppen- und Gemeinschaftsleben teilnimmt. Das bedeutet zwar, dass eine völlige Identifikation mit dem Feld möglich ist, die Beobachtung aber verdeckt geschieht. In fremden Kulturen und ethnischen Gemeinschaften ist dies aber nur schwer zu erreichen (vgl. Lamnek 1995, 263f.). Insofern konnte diese Form der Beobachtung in der vorliegenden Arbeit nicht angewendet werden. Bei der vollständigen Beobachtung dagegen ist keinerlei Interaktion mit den Beobachteten erlaubt, aber den Beobachteten ist bewusst, dass sie beobachtet werden. Dieses Vorgehen würde die Gefahr des Ethnozentrismus erheblich erhöhen (vgl. a.a.O., 265), weshalb auch in der vorliegenden Arbeit darauf verzichtet wurde.

Bei der teilnehmenden Beobachtung ist besonders die Zugangsphase mit Schwierigkeiten verbunden und erfordert vom Forscher Offenheit, Einfühlungsvermögen und Achtung sowie die Offenlegung der Forschungsabsicht. Vor allem in einem fremden kulturellen Umfeld kann eine Kontaktperson hilfreich sein, die den Forscher bekannt macht und mögliches Misstrauen verringert (vgl. Lamnek 1995, 287f.). In diesem Sinne wurde ich in den ersten beiden Wochen von einer Mitarbeiterin des Schulamtes begleitet, die mich in den vier städtischen „special units“ vorstellte und teilweise für mich die Sprache übersetzte. So konnte ich leicht erste Kontakte knüpfen und mein Forschungsanliegen darlegen. Da es in Tansania nicht üblich ist zu hospitieren, fanden Gespräche mit den Lehrern lediglich außerhalb des Unterrichts statt. Diese waren noch sehr formell, da Mitarbeiter des Schulamtes als Autoritätspersonen angesehen werden und die Lehrer ihnen gegenüber eine unterlegene Position einnehmen, so dass sie sich in der Kommunikation nicht frei verhalten. Dies änderte sich jedoch sehr schnell, als ich die Institutionen selbstständig aufsuchte. So konnte ich Informationen über das Feld sammeln und mich darin einleben. Aber nur zwei „special units“ waren bereit, mir die Möglichkeit zu geben, regelmäßig in ihren Unterricht zu kommen, um zu beobachten. Die anderen Einheiten besuchte ich sporadisch und unangemeldet. Das beobachtete Verhalten wurde von mir protokolliert, und zwar, wie in der Fachliteratur vorgeschlagen (vgl. a.a.O., 295f.), möglichst zeitnah, also am selben Tag.

Die teilnehmende Beobachtung stand wie gesagt in der vorliegenden Arbeit am Anfang der Untersuchung und diente vor allem dem Fremdverstehen der mir neuen Kultur. Durch die Beobachtung sollten Kommunikations- und Verhaltensstrukturen in bestimmten Situationen und Positionen, z.B. im Unterricht als Lehrerin, deutlicher werden. Durch die Beobachtung und den Austausch mit den Lehrern gewann ich wertvolle Informationen zum Bereich der schulischen Förderung von Menschen mit Behinderung in Mwanza. Durch die persönlichen Kontakte mit den Lehrern wurden wiederum Kontakte zu anderen Institutionen und Personen hergestellt, so dass mir am Ende der Beobachtungszeit Kontaktpersonen in den Bereichen Schule, Therapie, Beratung und Berufsausbildung zur Verfügung standen. Diese Kontakte waren notwendig, um die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung genauer erfassen zu können, denn dafür diente die Beobachtung nur als Vorarbeit.

4.2.2 Die Befragung

Die Befragung, auch Interview genannt, ist das am weitesten entwickelte und am häufigsten verwendete Instrument zur Datenerhebung in der Sozialforschung. Während das ermittelnde Interview den Befragten als Träger abrufbarer Informationen sieht, ist der Befragte im vermittelnden Interview Ziel einer informatorischen oder beeinflussenden Kommunikation (vgl. Lamnek 1995, 38). Ermittelnde Interviews können unterteilt werden in informatorische, analytische und diagnostische. Im informatorischen Interview ist der Befragte Experte, und es werden deskriptiv Tatsachen aus seinem Wissensbestand erfasst. Im analytischen Interview werden soziale Sachverhalte erfasst. Die Äußerungen werden anschließend auf der Basis theoretisch-hypothetischer Gedanken analysiert. Im diagnostischen Interview werden Individualdiagnosen als Basis für konkrete Entscheidungen erstellt (vgl. a.a.O., 38f.). Da die im Vorfeld der Befragung gemachten Beobachtungen nicht ausreichten, um Hypothesen aufzustellen, konnte das analytische Interview in der vorliegenden Arbeit nicht angewendet werden. Auch sollten keine Individualdiagnosen erstellt werden. Für die vorliegende Arbeit wurde bewusst die Form des informatorischen Interviews gewählt. Lamnek (vgl. a.a.O., 39) verweist darauf, dass diese Interviewform eher quantitativ ausgerichtet sei, jedoch auch in der qualitativen Sozialforschung eingesetzt werden könne. Ob solch ein Interview eher als quantitativ oder qualitativ zu bezeichnen ist, hängt in erster Linie vom Grad der Strukturierung ab.

4.2.2.1 Zur Befragungssituation

Eine Befragungssituation ist immer eine soziale Situation, in der zwei oder mehrere Personen miteinander kommunizieren und die durch bestimmte kulturelle Muster geprägt ist (vgl. Atteslander 2000, 114ff.). Eine Befragung ist also kein neutrales Erhebungsinstrument, sondern wird durch verschiedene Faktoren, darunter auch technische und nicht-technische Kommunikationshemmnisse, beeinflusst. In der vorliegenden Arbeit spielte aber v.a. der Einfluss eine Rolle, dass die Interviewerin und die befragten Personen unterschiedlichen Kulturen entstammten und sich als Fremde begegneten (vgl. Kromrey 2000, 343f.).

Ebenfalls zu bedenken ist eine gewisse asymmetrische soziale Beziehung zwischen Interviewerin als fragender Person und den Befragten als antwortenden, reagierenden Personen (vgl. Kromrey 2000, 338). Um diese Asymmetrie zu mindern, werden im qualitativen Interview die Situationen offen gestaltet, der Interviewer zeigt Empathie, geht auf das Gesagte ein und versucht, die Situation einem Alltagsgespräch anzunähern. Statt standardisierte Fragen zu stellen, gibt es nur ein Rahmenthema, über das sich Interviewer und Befragter frei unterhalten und bei dem der Interviewer durch Zwischenfragen zur weiteren Ausführung und Präzisierung auffordert. Die gesamte Situation des qualitativen Interviews ist also eher unstrukturiert (vgl. Lamnek 1995, 40ff.).

Offene Fragen zu stellen, kann allerdings auch Schwierigkeiten mit sich bringen: Vom Befragten wird verlangt, dass er sich als Individuum sieht, dessen eigene Meinungen und Kenntnisse mitteilenswert sind. Er muss in der Lage sein, diese in der Interviewsituation zu äußern, frei zu erzählen etc. (vgl. Kromrey 2000, 338f.). Besonders weniger gebildeten Befragten fällt dies eventuell schwer. Offene Fragen können sie überfordern und daran hindern, Probleme differenziert darzustellen. In solchen Fällen können vorbereitete Antwortkategorien behilflich sein und Orientierung bieten (vgl. Atteslander 2000, 162). Im Falle meiner Untersuchung war anzunehmen, dass viele Menschen mit Behinderungen nur über eine geringe Schulbildung verfügen und die Interviewsituation eine völlig neue für sie ist. Außerdem sieht ein Tansanier sich weniger als Individuum, sondern als Teil der Gemeinschaft (vgl. 2.4), in deren Rahmen er seine Rolle ggf. anders definiert, als ein westlicher Interviewer es erwartet. Hinzu kommt, dass er seine Gedanken und Gefühle üblicherweise nur in einem bestimmten Rahmen und bestimmten Personen anvertraut. Die dazu notwendige Intimität kann in einer Interviewsituation kaum hergestellt werden. Vor diesem Hintergrund ist es vorstellbar, dass ein detaillierter und ausgearbeiteter Fragebogen dem Befragten eher eine gewisse Sicherheit und Struktur vermittelt als das relativ offene Gespräch. Auch kann dies hilfreich sein, wenn die beiden Kommunikationspartner aus verschiedenen Kulturen kommen und der Interviewer die Sprache des Befragten nicht fließend beherrscht. Der Befragte sieht dann genau, was der Interviewer wissen will, der Interviewer kann

sich an den Fragen orientieren und muss nicht spontan auf Äußerungen des Befragten eingehen, die ihm sprachlich nicht vollständig verständlich sind. So verringert sich die Gefahr, dass Äußerungen des Befragten falsch verstanden und interpretiert werden (vgl. Lamnek 1995, 56). Zwar erreicht ein strukturiertes Interview nicht die Breite und Tiefe eines unstrukturierten qualitativen Interviews, doch ist dies im Rahmen der Erhebung eventuell auch nicht erforderlich, wenn es zunächst um die deskriptive Erfassung von Daten geht.

Bei Befragungen kann grundsätzlich unterschieden werden zwischen mündlichen und schriftlichen Befragungen (vgl. Kromrey 2000, 363). Für die vorliegende Arbeit wurde für den Pretest die Form der schriftlichen Befragung in einer Gruppensituation gewählt. Die schriftliche Befragung in einer Gruppensituation hat für die tansanische Situation den Vorteil, dass sie dem Gemeinschaftsleben entspricht und dass sie einen geringeren zeitlichen Rahmen umfasst als Einzelinterviews, die ich selbst hätte durchführen müssen, da keine finanziellen Ressourcen zur Verfügung standen, um Interviewer einzustellen und zu schulen. Im Pretest sollte diese Form des Interviews durchgeführt werden mit der Möglichkeit, dass ich bei Personen, die nicht in der Lage wären, den Fragebogen selbstständig auszufüllen, das Interview mündlich durchführte.

Die Form der postalischen Befragung wurde ausgeschlossen, da die Post in Tansania sehr unzuverlässig ist und nicht alle Haushalte über eine Postadresse verfügen (vgl. 2.3). Ein mündliches Interview am Telefon wurde ebenfalls ausgeschlossen, da nur wenige Leute in Mwanza über einen Telefonanschluss verfügen (vgl. 2.4) und der Fragebogen zu umfassend war.

Erst nach den Erfahrungen im Pretest sollte abschließend die Befragungsform für die Haupterhebung festgelegt werden.

Bei den Auskünften interviewter Personen handelt es sich entweder um Selbstauskünfte oder Fremdauskünfte (vgl. Diekmann 2005, 406). In meiner Untersuchung wurden besonders bei der Datenerhebung über die Lebensbedingungen von Kindern Fremdauskünfte – nämlich von Eltern – eingeholt, während erwachsene behinderte Personen

überwiegend selbst Auskunft gaben. Ausnahmen bildeten gehörlose oder nicht sprechende Erwachsene. Hier wurden nahe Angehörige in Anwesenheit des Betroffenen interviewt.

4.2.2.2 Zur Frageform

Bei den Fragestellungen wird unterschieden zwischen geschlossenen, offenen und halb-offenen Fragen sowie zwischen Filterfragen und Fragetrichern (vgl. Diekmann 2005, 408). Während bei offenen Fragen der Befragte die Antwort selbst formulieren und damit selbst die Antwortkategorien bestimmen kann, sind die Antwortkategorien bei geschlossenen Fragen vorgegeben.

Offene Fragen haben den Vorteil, dass vorab keine Antwortkategorien erarbeitet werden müssen. Deshalb eignen sie sich besonders gut für Problemstellungen, bei denen noch keine umfassenden Kenntnisse über mögliche Antworten vorliegen. Offene Fragen setzen beim Befragten voraus, dass er sich in der ad-hoc-Situation des Interviews gut und spontan artikulieren kann, dass er motiviert und informiert ist. Solche offenen Fragen zu den Bereichen, über die mir zu Beginn meiner Untersuchung noch keine umfassenden Kenntnisse vorlagen, dienten im Pretest dazu, mögliche Antwortkategorien für die Haupterhebung zu ermitteln.

Geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien sind in strukturierten Interviews der dominierende Fragetyp. Zur Erstellung der Antwortkategorien muss vorab das Spektrum der möglichen Antworten bedacht werden. Hierbei besteht die Gefahr, dass dies nicht vollständig erfolgt oder dass die gewählten Kategorien nicht dem Bezugsrahmen der Befragten, sondern eher dem des Forschers entsprechen. Bedeutsame Aspekte für den Befragten würden in diesem Falle nicht erfasst. Des Weiteren müssen die Antwortkategorien präzise formuliert werden und dürfen sich nicht überlappen (vgl. Kromrey 2000, 353; Diekmann 2005, 408). Die Vorteile von geschlossenen Fragen liegen in der Vergleichbarkeit der Antworten, einer höheren Durchführungs- und Auswertungsobjektivität, dem geringeren Zeitaufwand, einer leichteren Beantwortbarkeit und dem geringeren Aufwand bei der Auswertung (vgl. Diekmann 2005, 408). Mit vermehrt geschlossenen Fragen wird der gesamte Vorgang kontrollierbarer. Im

Fälle meiner Untersuchung in Tansania sollte auf diese Weise vorgegangen werden, d.h. die Erkenntnisse sollten sich vorwiegend auf einen standardisierten Fragebogen stützen. Um nun aber die Gefahr zu verringern, dass der Fragebogen sich zu sehr an der Sichtweise des Forschers orientiert und die Antwortkategorien zu wenig denen der Befragten entsprechen, wurde der eigentlichen Befragung eine intensive Beobachtungsphase vorangestellt und der Fragebogen immer wieder mit tansanischen Experten besprochen und überarbeitet. Zur weiteren Absicherung wurde ein Pretest durchgeführt, in dem noch mit vielen offenen Fragen gearbeitet wurde, um daraus geeignete Antwortkategorien ableiten zu können.

Halboffene Fragen sind der Kompromiss zwischen offenen und geschlossenen Antworten. Es werden geschlossene Antwortkategorien vorgegeben und zusätzliche freie Antwortmöglichkeiten (vgl. Diekmann 2005, 409). Ein Fragebogen mit dieser Frageform wird als halb-standardisiert bezeichnet (vgl. Atteslander 2000, 158). Vor allem im Pretest können halb-offene Fragen zur Kontrolle in den Bereichen dienen, in denen bereits mit Antwortkategorien gearbeitet wurde. So erhält man Antwort auf die Frage: Decken die Antwortkategorien bereits alle möglichen Antworten ab oder wurden bestimmte Antwortkategorien noch nicht berücksichtigt? Im vorliegenden Projekt konnte damit gleichzeitig der Gefahr des Ethnozentrismus begegnet werden.

Bei Verwendung aller drei oben beschriebenen Fragetypen tritt dennoch das Problem auf, dass man möglicherweise keine wahren Informationen erhält, weil der Befragte über gewisse Probleme nicht reden will oder kann (vgl. a.a.O., 162). Besonders bei Fragen zur ökonomischen Situation würde man Tansanier unter großen sozialen und psychischen Druck setzen, wenn man direkt nach ihrem Einkommen fragen würde. Deshalb sind auf dieser Ebene eher indirekte Fragen zu stellen. Zwar verweisen sowohl Atteslander (2000, 162) als auch Diekmann (2005, 408) auf die Gefahr, dass bei Anwendung ungeprüfter indirekter Fragen die Gefahr der Produktion von Artefakten besteht; dies gilt jedoch eher, wenn nach Einstellungen gefragt wird. In der vorliegenden Erhebung wurden jedoch hauptsächlich Sachverhalte erfragt, aus denen auf die ökonomische Situation der Familie geschlossen werden konnte, ohne die Befragten zu diffamieren.

Im Fragebogen wurden schließlich mehrere *Filterfragen* verwendet; z.B. sollten Fragen zur schulischen Förderung sinnvoller Weise nur die Personen beantworten, die eine Schule besucht haben. Die Frageform dient dazu, nur bestimmte Personen zu speziellen Gebieten zu befragen (vgl. Atteslander 2000, 158).

Zusammenfassend sei hier festgehalten, dass aufgrund der tansanischen Kultur, der infrastrukturellen Begebenheiten sowie der Forschungsdispositionen die Befragungssituation strukturiert angelegt ist und die Befragung zunächst schriftlich in Gruppen erfolgte. Dabei handelt es sich überwiegend um geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien. Damit wird das Messinstrument Fragebogen nahezu vollstandardisiert. Der Gefahr des Ethnozentrismus wurde mit einem Pretest begegnet.

4.2.2.3 *Der Fragebogen*

Bei der Konstruktion eines Fragebogens werden zunächst Themenkomplexe festgelegt und zu jedem Themenkomplex Fragen formuliert. Dabei sollte Folgendes bedacht werden: Um das Interview in Gang zu bringen und das Interesse des Interviewten zu erlangen, sollten zu Beginn eines Interviews einfache und möglichst neutrale Fragen gestellt werden. Da die Aufmerksamkeitsdauer zunächst steigt und mit zunehmender Fragedauer wieder sinkt, sollten die wichtigsten Fragen im zweiten Drittel des Interviews gestellt werden. Das Interview sollte nicht länger als 60 Minuten dauern, weil danach die Antwortqualität gemindert wird und Teilfälschungen häufiger auftreten (vgl. Diekmann 2005, 414).

Die Fragen für die vorliegende Arbeit wurden in Anlehnung an die genannten Lebensbereiche der ICF der WHO (2002, vgl. Kapitel 1) sowie der Wünsche seitens der Städte Würzburg und Mwanza formuliert. Als Themenkomplexe ergaben sich Fragen zur eigenen Person, Familiensituation, Gesundheit, sozio-ökonomischen Lage, Bildung (vor-, schulisch und nachschulisch) und ggf. zur Berufssituation sowie zu Wünschen für die Zukunft. Dabei war zu berücksichtigen, dass bei Erwachsenen z.T. andere Fragen in den einzelnen Themenkomplexen relevant sein würden als bei Kindern. Aus diesem Grund wurde je ein Fragebogen für Kinder und Jugendliche bis 15 Jahre und für Erwachsene ab 16 Jahre erstellt.

Besonders bei den Erwachsenen ist zu berücksichtigen, dass bei Fragen nach der Schulzeit das Erfragte u.U. schon sehr lange zurück liegt. Kromrey (vgl. 2000, 336f.) weist darauf hin, dass die Kenntnisse und Erinnerungen des Befragten umso ungenauer und fehlerhafter werden, je länger das erfragte Ereignis zurückliegt, je komplizierter der erfragte Sachverhalt ist und je geringer die persönlichen Erfahrungen mit dem Sachverhalt sind. Die vorgegebenen Antwortkategorien können behilflich sein, sich zu erinnern.

Dem Fragebogen vorangestellt wird ein anonymisierter Personalteil, der im Wesentlichen statistische demographische Angaben zu Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Religionszugehörigkeit, Familienstand, Wohnort und Wohnverhältnissen enthält.

Erst gegen Ende der Befragung wurde der Themenkomplex Familie abgehandelt. Da die Familie für jeden Tansanier als Lebensmittelpunkt gilt (vgl. 2.4), kann davon ausgegangen werden, dass auch bei nachlassender Konzentration diese Fragen noch gewissenhaft beantwortet werden. Am Schluss stand eine Frage, die auf die Zukunft gerichtet ist und sich auf Wünsche der Befragten, vor allem auf dem Gebiet von rehabilitativen Angeboten und Unterstützungsmaßnahmen konzentriert.

Innerhalb jedes Themenkomplexes sind die Fragen trichterförmig angeordnet, d.h., sie sind zunächst allgemein und erst zunehmend spezieller formuliert. Möchte man die Verlässlichkeit einer Antwort ermitteln, kann man Kontrollfragen stellen. Solche Fragen sollten in einem anderen Themenkomplex auftauchen, ohne dass der Interviewte dies bemerkt (vgl. Kromrey 2000, 359ff.). In der vorliegenden Untersuchung wurden Kontrollfragen besonders zur Erfassung der sozio-ökonomischen Situation gestellt: In den verschiedenen Themenkomplexen tauchten immer wieder Fragen auf, die die ökonomische Situation der Familie indirekt erfassen sollten, dies war z.B. im Themenbereich Gesundheit die Frage nach dem Grundnahrungsmittel oder im Themenbereich Familiensituation die Frage nach dem Besitz von Tieren.

Bei der Formulierung der Fragen wurde darauf geachtet, dass die Fragen kurz, verständlich und präzise waren und keine doppelte Verneinung enthielten. Es wurden keine stark wertbesetzten Begriffe, mehrdimensionale und suggestive Fragen verwendet

(vgl. Diekmann 2005, 410ff.). Indirekte Fragen wurden lediglich gestellt, um die sozio-ökonomische Situation zu erfassen, da die direkte Frage nach dem Einkommen sehr unhöflich ist (s.o.). Um die Befragten nicht zu überfordern, wurden die Antwortkategorien so gewählt, dass überwiegend nur zwischen ja und nein gewählt werden konnte.

Der Fragebogen wurde von mir zunächst in Deutsch verfasst und dann ins Suaheli übersetzt. Bereits hierbei musste beachtet werden, dass die theoretisch definierten Begriffe in eine verständliche Alltagssprache übersetzt wurden, ohne den Bezug zu ihrem theoretischen Referenzrahmen zu verlieren. Die Suaheli-Fassung wurde dem Schulrat von Mwanza, Mr. Rashid, vorgelegt und von ihm – nach ausgiebiger Debatte – als inhaltlich und sprachlich angemessen zum Einsatz empfohlen.

4.3 Der Pretest

Im vorliegenden Projekt sollte durch den Pretest nicht nur ermittelt werden, wie lange die durchschnittliche Befragungszeit wäre und ob die Fragen für die Befragten verständlich seien (vgl. Diekmann 2005, 415), sondern auch, ob die Stichprobenauswahl adäquat und die Durchführung der Interviews als schriftliche Befragung in der Gruppe möglich wäre, denn so sollte das tansanische Gemeinschaftsgefühl aufgegriffen und für die Befragten ein vertrauter Rahmen geschaffen werden. Nur mit Personen, die nicht in der Lage wären, den Fragebogen selbstständig auszufüllen, sollte eine mündliche Befragung stattfinden. Die offenen Fragen sollten weitere Kategorien aufzeigen und die Häufung bei den Antwortkategorien sollte Hinweise geben, wo Antwortkategorien sinnvoll zusammengefasst werden könnten. Auch wurden die Teilnehmer gebeten, mir eine kurze Rückmeldung über ihre Eindrücke vom Fragebogen zu geben.

Für den Pretest wurde ein städtisch geprägter Stadtteil ausgewählt, in dem schon häufiger Befragungen stattgefunden haben. Der Schulrat schlug vor, den Stadtteilvorsteher (Mwenyekiti mtaa) in das Vorhaben einzubeziehen: Alle nach seiner Auffassung in Frage kommenden Personen sollten sich dann an einem bestimmten Tag zu einer

bestimmten Uhrzeit in einer Grundschule einfinden, wo dann die Befragung stattfinden sollte. Obwohl ich selbst dieser Methode der Stichprobenauswahl sehr kritisch gegenüber stand, da sie nicht den wissenschaftlich üblichen Auswahlverfahren (vgl. 4.4.2) entspricht, erwies sich das Auswahlverfahren als sinnvoll, weil viele Menschen erreicht wurden und kamen.

4.4 Die Haupterhebung

Grundlage für die Anlage der Hauptuntersuchung waren die Erfahrungen bei der Durchführung des Pretests. Deshalb werden im Folgenden zunächst die gezogenen Konsequenzen aus diesem dargestellt (4.4.1), bevor daran anschließend die Stichprobenauswahl und Durchführung der Hauptuntersuchung (4.4.2) beschrieben werden. Abschließend werden die angewendeten Auswertungsverfahren genannt (4.4.3).

4.4.1 Konsequenzen aus dem Pretest

Die Auswertung des Pretest führte zu Veränderungen bei der Fragebogenkonstruktion und der Befragungssituation.

Bei der Durchführung des Pretests wurde festgestellt, dass es den Tansaniern leichter fällt, auf geschlossene Fragen zu antworten. Bei offenen Fragen fragten sie verunsichert nach und wussten oftmals nicht, was sie antworten sollten, so dass viele die Fragen überhaupt nicht beantworteten. Aus diesem Grund wurde der Fragebogen für die Haupterhebung voll-standardisiert³². Lediglich bei Fragen nach Fakten oder Gründen, z.B. Frage 2.1. (bei Kindern): ‚Welche Arbeit übt dein Vater aus?‘ oder Frage 4.1.1 (für Erwachsene): ‚Der Betroffene hat die Grundschule nicht besucht, weil...‘, wurden offene Fragen formuliert.

³² Teil-standardisierte Fragebögen enthalten ein Fragengerüst mit überwiegend offenen Fragen, nicht-standardisierte Interviews verzichten vollständig auf einen Fragebogen. Beide Formen werden als mündliche Befragung durchgeführt und finden sich in der qualitativen Forschung (vgl. Kromrey 1998, 364).

Besonders häufig führten Filterfragen zu Verwirrung; denn den Befragten war nicht klar, ob sie diese beantworten mussten oder nicht. Aus diesem Grund wurden Filterfragen aus dem Fragebogen gestrichen.

Die Anordnung der Themenkomplexe im Pretest erwies sich im Allgemeinen als gut, dennoch wurden geringfügige Änderungen vorgenommen. Der Themenkomplex Familie wurde im Fragebogen an den Anfang verschoben, gleich hinter die Fragen zur eigenen Person. Da für alle Tansanier die Familie Lebensmittelpunkt ist (vgl. 2.4), musste dies im Fragebogen stärker berücksichtigt werden, um den Befragten Nähe und Vertrautheit zu vermitteln. So sollte die Künstlichkeit minimiert und der Befragte sich angenommen und motiviert fühlen. Auch der Themenkomplex Gesundheit wurde verschoben, und zwar vor den der schulischen Bildung, da Fragen nach der schulischen Bildung und der Berufsausbildung und -ausübung sich thematisch näher stehen.

Auch wurden aus dem Pretest wichtige inhaltliche Aspekte für die Kategorienbildung abgeleitet, so dass es hier zu folgenden Veränderungen im endgültigen Fragebogen kam: Der Pretest bestätigte, dass im tansanischen Alltag körperlich Behinderte, Gehörlose, Blinde, Albinos und geistig Behinderte unterschieden werden. Während es sich als angemessen erwies, nicht zwischen Hörschädigungen und Gehörlosigkeit und Sehschädigung und Blindheit zu differenzieren, stellte es sich für die vorliegende Untersuchung als sinnvoll heraus, bei den körperlichen Beeinträchtigungen zwischen gehfähig und nicht gehfähig zu unterscheiden (vgl. Hensle/Vernooij 2002, 10)³³, und zwar vor allem wegen der oftmals fehlenden Versorgung mit Hilfsmitteln, z.B. mit Prothesen oder Rollstühlen, die in einem Land wie Deutschland selbstverständlich sind, in Tansania dagegen nicht.

Auch wurde deutlich, dass Menschen mit Epilepsie einbezogen werden sollten. Epilepsie ist in Tansania ein tabuisiertes Thema, das in der Literatur kaum erwähnt und oft noch mit Hexerei in Verbindung gebracht wird. Der Pretest hat jedoch gezeigt, dass

³³ In der überarbeiteten Fassung von Vernooij (2006) unterscheidet sie zwischen ‚mit/ohne Möglichkeit selbstständiger Fortbewegung‘. Die Unterscheidung von 2002 ist für die vorliegende Arbeit jedoch sinnvoller, da sich auch nicht-gehfähige Personen in Tansania durchaus selbstständig fortbewegen können, indem sie z.B. auf den Händen laufen.

Epilepsie von den Betroffenen als Behinderung wahrgenommen wird. In der Erhebung wurde sie deshalb als eigene Kategorie aufgeführt, um auch die Lebenssituation von Menschen mit Epilepsie zu erheben.

Ebenfalls wurden Albinos in einer eigenen Kategorie erfasst. Wie erwähnt, ist diese Stoffwechselerkrankung auf Grund der starken Stimulusqualität in Tansania als Behinderung anzusehen. Der Pretest hat dies bestätigt.

Eine weitere eigene Kategorie ist „Stummheit/Sprachauffälligkeit“. In Tansania wird insbesondere oftmals davon ausgegangen, dass Menschen, die gehörlos sind, auch stumm sind. Während der Beobachtungsphase fiel mir auf, dass auch einige Menschen mit einer geistigen Behinderung stumm sind und einige andere aus anderen als den hier genannten Gründen. Ebenfalls interessant ist – der Pretest hat dies bestätigt –, dass Sprachauffälligkeiten nicht als eigene Behinderungskategorie gesehen werden, sondern anderen Behinderungen zugeordnet werden, z.B. einer geistigen oder körperlichen Behinderung. Ist die Sprachauffälligkeit so groß, dass der Mensch nicht mehr zu verstehen ist, gilt er als stumm und wird als behindert angesehen, weil hier die ausgehende Stimulusqualität für eine Gesellschaft, in der das Kommunizieren miteinander eine große Bedeutung hat, sehr hoch ist. Stummheit und Sprachauffälligkeit wurden im Fragebogen der Haupterhebung als eine Kategorie zusammengefasst, um erheben zu können, inwieweit diese Behinderungsformen unabhängig von einer Hörschädigung oder geistigen Behinderung auftreten.

Auch die Kategorien Lernschwierigkeiten und Verhaltensprobleme werden nicht als eigene Behinderungskategorie gesehen. Diese Probleme ordneten die Befragten im Pretest in der Mehrzahl anderen Behinderungen, wie etwa geistiger Behinderung oder Blindheit, zu. Aus diesem Grund wurden beide Kategorien in der Haupterhebung nicht mehr aufgegriffen.

Sowohl im Pretest als auch in der Haupterhebung konnten bei der Frage nach Behinderungen mehrere Vorgaben mit ‚Ja‘ beantwortet werden. Auf diese Weise wurden Mehrfachbehinderungen erfasst.

Im Themenkomplex „schulische Bildung“ wurde zwischen Erwachsenen und Kindern differenziert, v.a. wurde Erwachsenen die Frage nach dem Besuch eines Kindergartens nicht gestellt, da hier im Pretest oft mit „ich weiß nicht“ geantwortet worden war. Die Fragen zum Besuch der Grundschule und Sekundarschule wurden beibehalten.

Besonders im Themenkomplex „Gesundheit“ wurden die sehr ausführlichen Kategorien des Pretests zusammengefasst. Die offenen Fragen wurden zu Kategorien verdichtet oder weggelassen, wenn sie für die Fragestellung keine Relevanz besaßen. Dadurch wurde der Fragebogen erheblich verkürzt, so dass er schließlich in 20 bis 30 Minuten ausgefüllt werden konnte. Zwar wäre es gut gewesen, den überarbeiteten Fragebogen erneut einem Pretest zu unterziehen, hierzu jedoch reichte die Zeit des Forscherteams nicht aus. Die überarbeitete Fassung wurde ausführlich mit dem Schulrat abgestimmt und einer professionellen sprachlichen Endprüfung unterzogen.

Auch die Durchführung der Befragung als schriftliche Befragung in der Gruppe erwies sich als unpraktikabel. Im Pretest zeigte sich, dass die selbstständige Bearbeitung des Fragebogens selbst für Personen, die des Lesens und Schreibens mächtig waren, oftmals nicht möglich war. Dies lag daran, dass Fragen teilweise nicht verstanden wurden, die Form des Fragebogens ungewohnt war und einige Personen nicht motiviert waren, so viele Fragen schriftlich zu beantworten. Wie bereits dargelegt, ist in der tansanischen Gesellschaft das Erzählen und Unterhalten sehr wichtig. Fragen schriftlich zu beantworten, ohne Höflichkeiten oder Persönliches auszutauschen, ist dagegen ungewohnt und für viele Menschen deshalb nicht möglich. Hinzu kommt, dass die Menschen zwar in der Schule lesen und schreiben gelernt haben, dies in ihrem Alltag jedoch kaum anwenden und somit nicht darin geübt sind. Aus diesen Gründen wurde für die Erhebung schließlich die Form des mündlichen Interviews gewählt. Das persönliche Interview bot den Befragten die Möglichkeit, bei Unverständlichkeiten nachzufragen³⁴.

Durch die offenen Fragen und die vielen Verständnisfragen, die nur durch mich als Interviewerin beantwortet werden konnten, nahm die Beantwortung des vollständigen Fragebogens im Rahmen des Pretests sehr viel Zeit in Anspruch. Um dem entgegen zu

³⁴ Selbst in Deutschland werden Fragestellungen von verschiedenen Personen unterschiedlich verstanden und gedeutet (vgl. Kromrey 1998, 335). Dies ist noch eher gegeben, wenn der Fragensteller aus einem anderen Kulturkreis kommt. Aus diesem Grund ist das ‚Nachfragen-Dürfen‘ äußerst wichtig.

wirken, wurde in der Haupterhebung nur noch mit geschlossenen Antwortkategorien gearbeitet und die Interviews sowohl von mir als auch von einem weiteren Interviewer durchgeführt. Die Fragen wurden so gestellt, dass die Antworten nur angekreuzt werden mussten, wenn die Antwort ‚Ja‘ lautete. Wurde kein Kreuz gemacht, galt dies als ‚Nein‘.

Durch die Erkenntnisse des Pretests wurde der Fragebogen also voll-standardisiert, dadurch verkürzt und das Layout überarbeitet. Die Methode zur Stichprobenauswahl blieb erhalten. Die Stichprobe für Kinder und Jugendliche wurde bei der Haupterhebung in der Altersgruppe 0 bis 17 Jahre und bei Erwachsenen ab 18 Jahre und älter gezogen. Diese veränderte Alterseinteilung erwies sich nach Auswertung des Pretests als sinnvoll. Verändert wurde auch die Befragungssituation weg von der schriftlichen Befragung in der Gruppe hin zu mündlichen Einzelinterviews. Als zweiter Interviewer wurde ein Student angeworben, der vorab eine intensive Einweisung erhielt. Für die Stichprobenauswahl standen nicht nur die Stadtteilversteher, sondern weitere Kontakte wie Pfarrer, Vorsitzende der Selbsthilfegruppen für Menschen mit Behinderungen und Lehrer in den „special units“ zur Verfügung. Die Interviews wurden stets an zentralen Orten wie Schulen, Gemeindesäle etc. durchgeführt: in einem ruhig gelegenen Raum parallel von beiden Interviewern. So wurde für die Befragten eine vertraute Situation geschaffen, in der sie nicht in eine Einzelsituation mit dem Interviewer gerieten, denn für eine muslimische Frau z.B. wäre es nicht möglich gewesen, alleine mit dem Interviewer in einen Raum zu gehen.

4.4.2 Stichprobenauswahl und Durchführung der Untersuchung

Unter den in Mwanza insgesamt 3.712 als behindert erfassten Menschen (vgl. The United Republic of Tanzania (2002), Tab. B1.1 und B2.1) wurde für die vorliegende Untersuchung eine Teilerhebung vorgenommen, d.h. eine Stichprobe gezogen (vgl. Bortz/Döring 2002, 398).

Der Wert einer Stichprobenuntersuchung leitet sich daraus ab, wie gut die zu einer Stichprobe zusammengefassten Untersuchungsobjekte die Population, die es zu beschreiben gilt, repräsentieren (vgl. Bortz/Döring 2002, 398). Zu Grunde gelegt wurden die Daten der Volkszählung von 2002³⁵, in der jedoch die abgefragten Behinderungskategorien nicht operationalisiert worden waren, so dass die Repräsentativität im Detail nicht abschließend geklärt werden konnte. Aus den Beobachtungen und Gesprächen mit tansanischen Experten sowie dem Pretest wurde jedoch deutlich, dass die zu erfassenden Merkmale (hier: Behinderungskategorien) der Gesamtpopulation entsprachen (vgl. a.a.O., 401f.). Dennoch ist an dieser Stelle festzuhalten, dass eine repräsentative Zufallsstichprobe nicht systematisch zu ermitteln war, da Tansania nur über die erwähnten Daten der Volkszählung und keine anderen Statistiken, in denen Menschen mit Behinderungen erfasst werden, verfügt. Bortz/Döring (a.a.O., 404) weisen darauf hin, dass die meisten empirischen Untersuchungen die strengen Bedingungen der Zufallsstichprobe nicht erfüllen und dass es deshalb wichtig sei, sich als Forscher inhaltliche Gedanken zur Auswahl der Stichprobe zu machen und Klarheit darüber zu verschaffen, über welche Population gesicherte Aussagen formuliert werden können. Dies ist in den vorangegangenen Kapiteln bereits ausführlich geschehen.

Sinnvoll für die vorliegende Arbeit erschien mir eher eine Modifikation der Gebietsauswahl in Kombination mit dem Schneeballverfahren. Bei der Gebietsauswahl werden definierte und abgegrenzte Gebiete bestimmt, in denen Personen oder Haushalte wohnen, in diesem Fall Stadtteile. Diese bilden die Auswahlseinheiten (vgl. Kromrey 2000, 281f.). Die konkrete Auswahl der Erhebungseinheit (behinderte Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene) sollte mit Hilfe der Schneeballtechnik erfolgen. Dabei werden meistens Fragebögen an Freunde und Bekannte gegeben, die diese weiter verteilen (vgl. Diekmann 2005, 346). In der vorliegenden Untersuchung wurden jedoch noch nicht die Fragebögen selbst verteilt, sondern nur die Information gegeben, dass eine Erhebung an einem bestimmten Ort zu einer bestimmten Zeit stattfinden sollte. Diese wurde durch

³⁵ Bei der Volkszählung 2002 wurde nach folgenden Behinderungskategorien auf Suaheli gefragt: „Keine Behinderung“, „Lepra / Körperbehinderung“, „Blind“, „Stumm“, „Gehörlos“, „Albino“, „Geistige Behinderung“, „Gemischte Behinderung“ (Übersetzung durch die Verfasserin). In der Auswertung fanden sich folgende Behinderungskategorien wieder: no disability, Lepra/Physically Handicapped, Visually impaired, Dumb/Hearing impaired, Albino, Mentally Handicapped, Multiple handicapped (vgl. United Republic of Tanzania (Hrsg.) (2003)).

die Stadtteilversteher und andere Kontaktpersonen an Menschen mit Behinderungen im jeweiligen Stadtteil übermittelt.

Für die vorliegende Arbeit wurden bei der Gebietsauswahl anteilmäßig repräsentative städtisch und ländlich geprägte Stadtteile ausgewählt, was von mir bewusst gesteuert werden konnte. Ebenso sollte der Anteil von Frauen und Männern ungefähr gleich sein, was jedoch nicht kontrolliert und gesteuert werden konnte, da, wie gesagt, bei der Auswahl der Erhebungseinheit die Schneeballtechnik zum Einsatz kam. Auch konnte kein Einfluss darauf genommen werden, dass die Behinderungskategorien, orientiert an den Daten der Volkszählung, angemessen repräsentiert sein würden. Für die Gebietsauswahl wurde zunächst überlegt, in welchen Stadtteilen die Befragung durchgeführt werden sollte und wie die Menschen mit Behinderung zu informieren wären. Alle hierzu erforderlichen Absprachen wurden mit dem Schulrat getroffen.

In Mwanza gibt es insgesamt 20 Stadtteile, von denen 13 städtisch, fünf ländlich und zwei gemischt geprägt sind. Diese 20 Stadtteile verteilen sich gleichmäßig auf die beiden Distrikte Nyamagana und Ilemela³⁶. Beide Distrikte sollten in der Untersuchung berücksichtigt werden. Für die Untersuchung wurden sechs Stadtteile ausgewählt, die städtisch geprägt sind, davon vier in Nyamagana und zwei in Ilemela. Die beiden ländlich geprägten Stadtteile sowie ein gemischter liegen in Ilemela. Aus der Volkszählung 2002 liegen Daten für beide Distrikte vor, aus denen deutlich wird, dass in Ilemela bei nur geringfügig höherer Einwohnerzahl, mehr als doppelt so viele Menschen mit Behinderungen leben als in Nyamagana. Für die Erhebung war es demnach sinnvoll, deutlich mehr Befragungen in Ilemela durchzuführen, um die Repräsentativität zu erhöhen.

³⁶ Während alle Stadtteile in Nyamagana städtisch geprägt sind, sind in Ilemela drei Stadtteile städtisch geprägt, zwei gemischt und fünf ländlich.

Tabelle 3: Einwohner und Menschen mit Behinderungen in Nyamagana und Ilemela

	Nyamagana	Ilemela	Insgesamt
Anzahl der Einwohner	209.806	264.873	474.679
Anzahl der Menschen mit Behinderungen laut Volkszählung 2002	1.071	2.641	3.712
Anzahl der Menschen mit Behinderungen, die in der vorliegenden Erhebung befragt wurden	Erwachsene: 65 Kinder: 93 Insgesamt: 158	Erwachsene: 125 Kinder: 83 Insgesamt: 208	Erwachsene: 190 Kinder: 176 Insgesamt: 366

Quelle: The United Republic of Tanzania 2004, Tab. B1.1 und Tab. B2.1

Die Tabelle zeigt, dass in der Stichprobe knapp 10% der Menschen mit Behinderungen in Mwanza erfasst werden konnten. In der Gruppe der Erwachsenen gibt die Verteilung der Befragten auf die Stadtbezirke Nyamagana und Ilemela die reale Verteilung wieder, bei den Kindern ist dies nicht ganz der Fall.

Für den Einsatz der Schneeballtechnik erstellte der Schulrat ein Schreiben, in dem er auf die Untersuchung hinwies und die jeweiligen Stadtteilvorsteher bzw. andere Kontaktpersonen bat, meine Befragung zu unterstützen, indem sie die Menschen mit Behinderungen informierten. In Absprache mit den Kontaktpersonen wurden Termine vereinbart, an denen die Betroffenen zum zentralen Befragungsort kommen konnten. Um möglichst vielen Betroffenen das Kommen zu ermöglichen, wurden pro Ort jeweils zwei Tage eingeplant jeweils in der Zeit von 10.00 bis 17.00 Uhr. Es sollte so ermöglicht werden, dass auch Berufstätige oder Frauen mit Kindern die Möglichkeit hatten zu kommen. Obwohl dabei angestrebt wurde, ein etwa ausgeglichenes Zahlenverhältnis zwischen Männern und Frauen sowie zwischen Befragten aus ländlich bzw. städtisch geprägten Stadtteilen und auch zwischen Kindern und Erwachsenen zu erhalten, konnten diese Bestrebungen nur bedingt erfüllt werden, wie aus den Tabellen ersichtlich wird.

Tabelle 4 a: Geschlecht und Art des Wohnortes für Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre

Geschlecht	Art des Wohnortes						Gesamt	
	ländlich		städtisch		gemischt			
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
weiblich	17	23,3	52	71,2	4	5,5	73	41,5
männlich	22	21,4	80	77,7	1	1,0	103	58,5
Gesamt	39	22,2	132	75,0	5	2,8	190	100

Tabelle 4 b: Geschlecht und Art des Wohnortes für Erwachsene (18 Jahre und älter)

Geschlecht	Art des Wohnortes						Gesamt	
	ländlich		städtisch		gemischt			
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
weiblich	32	47,8	35	52,2	0	0	67	35,3
männlich	46	37,4	75	61,0	2	1,6	123	64,7
Gesamt	78	41,1	110	57,9	2	1,1	190	100

Es wird deutlich, dass in der Gruppe der Kinder mehr Jungen als Mädchen erfasst wurden. Deutlich mehr befragte Kinder wohnen in einem städtisch als ländlich geprägten Stadtteil (75,0%).

Unter den insgesamt 190 befragten Erwachsenen befanden sich fast doppelt so viele Männer wie Frauen. Das Verhältnis zwischen Befragten aus ländlich und städtisch geprägten Stadtbezirken war fast ausgeglichen, obwohl entsprechend der Volkszählung fast doppelt so viele Menschen mit Behinderungen im eher ländlich geprägten Stadtbezirk Ilemela wohnen.

Bei den jeweils vereinbarten Treffen war es häufig so, dass bereits viele Menschen mit Behinderungen auf uns warteten. Zunächst sprach die Kontaktperson einleitende Worte. Eine Einführung in die Erhebung und das Messinstrument folgte. Durchgängige Sprache war Suaheli. Dann gab es die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Diese konnten

ggf. auch noch zu Beginn der persönlichen Befragung vorgebracht werden. Das Messinstrument „Fragebogen“ wurde in dem Bewusstsein erläutert, dass es für die meisten ein kulturfremdes Instrument sei. Ich begründete die Wahl des Erhebungsinstrumentes. Für die meisten Befragten führten die vorgebrachten Argumente zur Akzeptanz des Fragebogens, so dass sie sehr motiviert waren, an der Erhebung teilzunehmen und die Fragen zu beantworten. Da der Andrang teilweise sehr groß war, mussten manche Probanden Wartezeiten bis zu zwei Stunden hinnehmen, doch war dies für niemanden ein Grund, den Ort zu verlassen. Menschen, die in der Nähe wohnten, gingen zwischenzeitlich noch einmal nach Hause, um später wieder zu kommen.

Am Ende der Befragung wollten viele Betroffene wissen, was in Zukunft für Menschen mit Behinderungen getan würde und welche Vorteile sie durch die Befragung hätten. Hier konnte ich persönlich allerdings nur auf den langfristigen Nutzen dieser wissenschaftlichen Untersuchung verweisen.

4.4.3 Auswertungsverfahren

Da es sich bei der vorliegenden Befragung um eine deskriptive sozialwissenschaftliche Untersuchung handelt, sind die meisten erfassten Daten nur nominal skaliert, einige ordinal. In den folgenden Ausführungen wird deshalb lediglich auf Methoden der deskriptiven Statistik eingegangen, da für die vorliegende Arbeit³⁷ nur diese relevant sind.

Zu den einzelnen Themenkomplexen wurden sowohl univariate Auswertungen vorgenommen, um einzelne Variablen zu beschreiben, als auch bivariate Auswertungen, um Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen aufzeigen zu können (vgl. Kromrey 2000, 393).

Univariate Häufigkeitsverteilungen stellen Häufigkeiten innerhalb einer Variablen übersichtlich dar. Diese Übersichtlichkeit wird jedoch umso geringer, je mehr Ausprägungen die Variable hat. Viele Ausprägungen geben zwar viele Informationen wieder, erschweren jedoch eine klare Erkenntnis. Im Sinne der Übersichtlichkeit ist es

³⁷ Informationen zu anderen Methoden der Datenaufbereitung finden sich bei Kromrey, H. (2000). *Empirische Sozialforschung*. Augsburg; und bei Bortz, J./Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg, New York.

sinnvoll, benachbarte Werte oder Ausprägungen zu Gruppen bzw. Klassen zusammenzufassen. Es handelt sich dann um Häufigkeitsverteilungen mit gruppierten Werten (vgl. Kromrey 2000, 398f.). In der vorliegenden Arbeit erfolgte zur besseren Übersichtlichkeit eine Zusammenfassung der Werte bei den Kategorien Alter³⁸, Art der Behinderung, Alter bei Eintritt der Behinderung, Beruf des/der Betroffenen bzw. dessen/deren Eltern³⁹, Anzahl der Töchter und Söhne bzw. Geschwister, Familienform, Hauptnahrung, Besitz von Tieren, Geburtsstätte, Gründe für die Behinderung, Schulbesuch und erwünschte Unterstützung.

Bei der Frage nach der Art der Behinderung waren, wie schon angedeutet, Mehrfachnennungen erlaubt. Daraus ergab sich für die Auswertung, dass eine Kategorie der Mehrfachbehinderung gebildet wurde.

Der Begriff der Mehrfachbehinderung wird in der Literatur uneinheitlich gebraucht. Oftmals wird er synonym zu den Begriffen schwerstbehindert, schwermehrfachbehindert und schwerbehindert benutzt. Mehrfachbehinderung wird eher selten als eigene Kategorie genannt, sondern oftmals den Geistig- und/oder Körperbehinderten zugeordnet oder mit Schwerstbehinderung gleichgesetzt (vgl. Bürlü 1991, 112). Eine Mehrfachbehinderung ist grundsätzlich komplex. Es liegen Schädigungen in verschiedenen wesentlichen Bereichen des Erlebens und Verhaltens vor. Von einer Mehrfachbehinderung wird in der vorliegenden Arbeit gesprochen, wenn

„(...) extreme soziale Abhängigkeit besteht, d.h. eine selbstständige Lebensführung und insbesondere die Selbstversorgung (...) durchgängig hinsichtlich vieler Funktionen in vielen Bereichen und Situationen, längerfristig und schwerwiegend, d.h. extrem vom Regelbereich abweichend, eingeschränkt ist.“ (Fröhlich 1991, 8).

In Tansania wird schwerste Behinderung immer im Zusammenhang mit einer schweren geistigen Behinderung gesehen. Menschen mit einer geistigen Behinderung behalten ihr Leben lang den Kinderstatus. Ihnen wird eine relativ selbstständige Lebensführung nicht zugetraut. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit unter einer Mehrfachbehinderung eine schwere geistige Behinderung mit Schädigungen in mindestens einer weiteren Körperfunktion oder -struktur verstanden.

³⁸ Zur besseren Verständlichkeit wurde das Alter im Fragebogen als stetiges Merkmal erfasst und in der Auswertung in ein diskretes transformiert.

³⁹ Bei der Kategorisierung der Berufe wurde der genannte Beruf in das erwartete Einkommen transformiert.

Wegen fehlender technischer Hilfsmittel und pädagogischer Ausbildung leben in Tansania auch Menschen, die sowohl blind als auch gehörlos sind, in extremer sozialer Abhängigkeit. Aus diesem Grund zählt auch dies in der vorliegenden Arbeit als Mehrfachbehinderung. Gleiches gilt für Menschen, die nicht gehfähig sind mit einer Störung einer weiteren Körperfunktion oder -struktur.

In der vorliegenden Untersuchung wurden außerdem zwei chronische Erkrankungen – Epilepsie und Albinismus – unter „langfristige Erkrankungen“ zusammengefasst. Beide sind Krankheiten des Nervensystems bzw. des Stoffwechsels, die besonders in Tansania Merkmale einer Behinderung aufweisen (vgl. 3.3). Zusammengefasst wurden diese beiden im Fragebogen getrennt erfassten Kategorien bei der Auswertung, weil unter den Probanden nur wenige davon betroffen waren.

Gegenüber den univariaten Häufigkeitserfassungen ermöglicht die *bivariate Auswertung* Zusammenhänge zu erforschen und Beziehungen zwischen Merkmalen herauszuarbeiten. Zur Darstellung von Beziehungen zwischen zwei Variablen werden mögliche Ausprägungen der beiden Variablen in einer Kontingenztafel dargestellt und ermittelt, wie häufig welche Kombinationen beider Merkmale in der Stichprobe vertreten sind (vgl. Kromrey 2000, 443f.). Dies erfolgt für die vorliegende Arbeit mit Hilfe des Datenauswertungsprogramms SPSS. Bivariate Auswertungen finden sich in meiner Arbeit durchgängig in allen Themenkomplexen.

5. Darstellung der Daten

Im Rahmen der Erhebung wurden Daten zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen bis zum 17. Lebensjahr (Kinder und Jugendliche) und für Menschen über 18 Jahren (Erwachsene) erhoben. Da den Erhebungen unterschiedliche Fragebögen vorlagen (siehe Anhang), erfolgt die Darstellung der Ergebnisse ebenfalls in getrennten Abschnitten. Abschnitt 5.1 beschreibt die Population und Lebenssituation der befragten Kinder und Jugendlichen, Abschnitt 5.2 die der Erwachsenen.

5.1 Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen bis 17 Jahre mit Behinderungen

Alle Kinder und Jugendlichen wurden bei der Befragung von mindestens einem Elternteil oder einem anderen Verwandten begleitet, der insbesondere bei den jüngeren Kindern die Auskünfte gab, und bei den älteren Kindern und Jugendlichen Angaben z.B. zur Geburtsstätte, den erhaltenen Impfungen etc. machte. So kam es zu einer Kombination von Selbst- und Fremdauskünften (vgl. 4.2.2.1).

5.1.1 Die Stichprobenauswahl

Zunächst wird die Stichprobenauswahl der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen näher beschrieben. Zur Überprüfung der Repräsentativität werden die Daten der Tabellen 5 und 6 mit Mwanzas Daten zur Volkszählung 2002 verglichen.

In Tabelle 5 wird die befragte Population nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt. Die Zusammenfassung zu Altersgruppen erscheint sinnvoll, da sich rehabilitative und sonderpädagogische Angebote (vgl. 3.4 und 3.5.2) an unterschiedliche Altersgruppen richten, z.B. Frühförderung für Kinder bis zum Schuleintritt, sonderpädagogische Förderung für schulpflichtige Kinder und Jugendliche.

Tabelle 5: Anzahl der Befragten nach Altersgruppen und Geschlecht

Jahrgang		Geschlecht		Gesamt
		weiblich	männlich	
0 bis 6 Jahre	Anzahl	18	15	33
	Prozent	54,5%	45,5%	18,8%
7 bis 13 Jahre	Anzahl	47	62	109
	Prozent	43,1%	56,9%	61,9%
14 bis 17 Jahre	Anzahl	8	26	34
	Prozent	23,5%	76,5%	19,3%
Gesamt	Anzahl	73	103	176
	Prozent	41,5%	58,5%	100,0%

Die Tabelle zeigt, dass insgesamt 176 Kinder und Jugendliche mit Behinderungen befragt wurden, davon 73 (41,5%) Mädchen und 103 (58,5%) Jungen. Damit entspricht die Häufigkeitsverteilung der eigenen Erhebung in etwa der Volkszählung von 2002. Der Anteil an Mädchen lag dort bei 44,8%, der Anteil der Jungen bei 55,2% (vgl. United Republic of Tanzania 2004, Table B 2.1).

Weiterhin wird deutlich, dass in der eigenen Erhebung die Mehrzahl (61,9%) zwischen 7 und 13 Jahre alt und damit im schulpflichtigen Alter ist. In den anderen beiden Altersgruppen liegt der Anteil jeweils knapp unter 20% (18,8 % bzw. 19,3%). Damit ist die Repräsentativität der Altersgruppen nicht so hoch. In der Volkszählung von 2002 sieht die Verteilung so aus: 28,5% der Kinder war zwischen 0 und 6 Jahre alt; 44,9% zwischen 7 und 13 Jahren alt und 26,6% zwischen 14 und 17 Jahren alt (vgl. a.a.O., Table B1.1)

Die Art der Behinderung der befragten Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen kann ihre Lebenssituation entscheidend beeinflussen und wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 6: Art der Behinderung und Geschlecht

Art der Behinderung		Geschlecht		Gesamt
		weiblich	männlich	
langfristige Erkrankung	Anzahl	3	5	8
	Prozent	37,5%	62,5%	4,5%
geistige Behinderung	Anzahl	11	19	30
	Prozent	36,7%	63,3%	17,1%
körperliche Behinderung (gehfähig)	Anzahl	10	11	21
	Prozent	47,6%	52,4%	11,9%
körperliche Behinderung (nicht gehfähig)	Anzahl	2	4	6
	Prozent	33,3%	66,7%	3,4%
Seherschädigung	Anzahl	13	13	26
	Prozent	50,0%	50,0%	14,8%
Hörschädigung	Anzahl	15	29	44
	Prozent	34,1%	65,9%	25,0%
Stummheit/Sprachauf- fälligkeit	Anzahl	0	5	5
	Prozent	0,0%	100,0%	2,8%
Mehrfachbehinderung	Anzahl	19	17	36
	Prozent	52,8%	47,2%	20,5%
Gesamt	Anzahl	73	103	176
	Prozent	41,5%	58,5%	100,0%

Die Tabelle verdeutlicht, dass ein Viertel (25,0%) der befragten Kinder und Jugendlichen eine Hörschädigung hat und damit die größte Einzelgruppe in der eigenen Erhebung stellt. Es folgt die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit einer Mehrfachbehinderung (20,5%). Dagegen wurden nur sehr wenige Kinder und Jugendliche mit einer Sprachauffälligkeit (2,8%), einer körperlichen Behinderung (nicht gehfähig) (3,4%) und einer langfristigen Erkrankung (4,5%) erfasst.

Vergleicht man die Häufigkeitsverteilung der eigenen Erhebung mit der der Volkszählung 2002, so stellt man fest, dass die Gruppe der Kinder mit einer körperlichen Behinderung (15,3%) in der eigenen Erhebung deutlich unterrepräsentiert ist (43,6% in der Volkszählung 2002, vgl. United Republic of Tanzania 2004, Tab. B1.1). Der erfasste Anteil geistig behinderter Kinder und Jugendlicher (17,1%) repräsentiert sehr gut den Anteil an der Gesamtpopulation (17,4%). Alle anderen Gruppen sind in der eigenen Erhebung im Vergleich zur Volkszählung geringfügig überrepräsentiert. Bei der Volkszählung 2002 lag der jeweilige Anteil bei 19,2% (Hörgeschädigte), 13,8% (Mehrfachbehinderte), 4,0% (Sehgeschädigte) bzw. 2,0% (Albinos) (vgl. United Republic of Tanzania 2004, Tab. B1.1). Erstmals wurden in der eigenen Erhebung Kinder und Jugendliche erfasst, die ausschließlich stark sprachauffällig bzw. stumm sind. Ihr Anteil ist jedoch sehr gering (2,8%). Aufgrund der geringen Repräsentativität der Behinderungskategorien wird in den folgenden Abschnitten auf eine Differenzierung nach Art der Behinderung überwiegend verzichtet, um so Fehlinterpretationen und verzerrenden Aussagen entgegen zu wirken.

Während die Häufigkeitsverteilung bei den Geschlechtern in der Volkszählung 2002 nahezu ausgeglichen war, trifft dies in der vorliegenden Erhebung nur für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit einer körperlichen Behinderung (gehfähig), Sehschädigung und Mehrfachbehinderung zu. In allen anderen Gruppen wurden ca. ein Drittel Mädchen und zwei Drittel Jungen erfasst. Ausnahme sind die Kinder und Jugendlichen mit einer Sprachauffälligkeit bzw. Stummheit. Hier wurden ausschließlich Jungen erfasst. Insofern ist eine einfache Übertragung auf die allgemeine Situation nur mit Vorsicht möglich.

Die Art der Behinderung und das Alter beim Eintritt der Behinderung können Auswirkungen auf die Lebenssituation der betroffenen Kinder und Jugendlichen haben, z.B. Schulabbruch beim Auftreten einer Sehschädigung, und werden deshalb in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Art der Behinderung und Alter beim Eintritt der Behinderung

Art der Behinderung		Alter beim Eintritt der Behinderung				Gesamt
		Geburt	Im 1. LJ	2.-6. LJ	7.-17. LJ	
langfristige Erkrankung	Anzahl	7	0	1	0	8
	Prozent	87,5%	0,0%	12,5%	0,0%	4,5%
geistige Behinderung	Anzahl	11	5	11	3	30
	Prozent	36,7%	16,7%	36,7%	10,0%	17,1%
körperliche Behinderung (gehfähig)	Anzahl	13	3	4	1	21
	Prozent	61,9%	14,3%	19,0%	4,8%	11,9%
körperliche Behinderung (nicht gehfähig)	Anzahl	3	2	1	0	6
	Prozent	50,0%	33,3%	16,7%	0,0%	3,4%
Seherschädigung	Anzahl	9	4	9	4	26
	Prozent	34,6%	15,4%	34,6%	15,4%	14,8%
Hörschädigung	Anzahl	14	7	20	3	44
	Prozent	31,8%	15,9%	45,5%	6,8%	25,0%
Stummheit/ Sprachauffälligkeit	Anzahl	3	0	2	0	5
	Prozent	60,0%	0,0%	40,0%	0,0%	2,8%
Mehrfachbehinderung	Anzahl	21	7	5	3	36
	Prozent	58,3%	19,4%	13,9%	8,3%	20,5%
Gesamt	Anzahl	81	28	53	14	176
	Prozent	46,0%	15,9%	30,1%	8,0%	100,0%

Legende: LJ: Lebensjahr

Anhand der Tabelle wird deutlich, dass bei über 90% der Befragten die Behinderung bis zum 6. Lebensjahr aufgetreten ist und damit möglicherweise Auswirkungen auf das Wahrnehmen von Frühförderung sowie die schulische Ausbildung gehabt hat bzw. noch hat. Inwieweit das zutrifft, wird in Abschnitt 5.1.5 näher untersucht.

Bei etwa der Hälfte (54,0%) der Befragten trat die Behinderung zwischen dem ersten und 17. Lebensjahr auf, Ursachen hierfür können z.B. fehlende Impfungen oder Mangelernährung sein. Ursache für eine Schädigung von Geburt an – dies ist bei 46,0% der Befragten gegeben – ist möglicherweise die Art der Geburtsstätte, Geburtskomplikationen oder eine Mangelernährung während der Schwangerschaft. Ausführliche Überlegungen zu möglichen Ursachen aufgrund mangelnder medizinischer Versorgung werden in Abschnitt 5.1.4 analysiert.

Eine Schädigung von Geburt an hat die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen mit einer langfristigen Erkrankung (87,5%), jeweils mindestens die Hälfte derjenigen mit einer körperlichen Behinderung (gehfähig und nicht gehfähig) oder Sprachauffälligkeit und jeweils ca. ein Drittel derjenigen mit einer geistigen Behinderung, Hör- oder Sehschädigung. Es kann vermutet werden, dass geistige Behinderungen sowie Hör- oder Sehschädigungen erst im Verlauf der ersten Lebensjahre auffielen und diagnostiziert wurden, möglicherweise aber auf prä- oder perinatale Ursachen zurück zu führen sind.

Das Alter beim Auftreten der Behinderung und die Art der Behinderung kann nicht nur das Wahrnehmen von rehabilitativen und sonderpädagogischen Unterstützungen beeinflussen, sondern auch Auswirkungen auf die soziale Lebenssituation der betroffenen Familien haben. Diese wird im folgenden Abschnitt detaillierter beschrieben.

5.1.2 Die soziale Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen

Die soziale Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen wird in Tansania wesentlich durch die Familie und in Städten auch zunehmend durch Peergroups bestimmt. Im Rahmen der Erhebung wurden aus zeitlichen Gründen nur Daten zur Familiensituation erhoben. Zunächst interessierte, in welcher Familienform die Kinder leben. Die erhaltenen Antworten wurden zu den Kategorien „Kleinfamilie⁴⁰“, „Ein-Eltern-Familie⁴¹“, „Großfamilie⁴²“, „Verwandte⁴³“ und „Andere Personen“ zusammengefasst. Gründe, z.B.

⁴⁰ Das Kind lebt mit den Eltern und ggf. Geschwistern zusammen.

⁴¹ Das Kind lebt entweder nur mit der Mutter oder nur mit dem Vater zusammen.

⁴² Zur Kategorie Großfamilie zählen alle Familienformen, in denen verschiedene Verwandtschaftsgrade zusammen leben, z.B. Eltern und Großeltern oder Großeltern und Tante.

⁴³ Es kann nur eine Verwandte sein bei der das Kind lebt, z.B. die Tante, oder mehrere Verwandte gleichen Grades, z.B. Großmutter und Großvater.

Ein-Eltern-Familie durch Tod eines Elternteils, für die jeweilige Familienform wurden nicht erhoben. Die folgende Tabelle zeigt, wie viele der befragten Kinder und Jugendlichen in welcher Familienform leben.

Tabelle 8: Familienform der Kinder und Jugendlichen

Familienform	Anzahl	Prozent
Kleinfamilie	84	47,8%
Ein-Eltern-Familie	24	13,6%
Großfamilie	40	22,7%
Verwandte	27	15,3%
Andere Personen	1	0,6%
Gesamt	176	100,0%

Tabelle 8 verdeutlicht, dass fast die Hälfte (47,8%) der Befragten in einer Kleinfamilie lebt. Die Daten der eigenen Erhebung geben damit den tansanischen Trend wieder, dass in Städten zunehmend die Kleinfamilie lebt. Ein geringer Teil (13,6%) der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen lebt nur mit einem Elternteil und ggf. Geschwistern zusammen. Diese Familienform ist für Tansania noch sehr neu und nur in größeren Städten zu finden. Für diese Familien ergeben sich möglicherweise Probleme bei der Versorgung und Betreuung des behinderten Kindes oder Jugendlichen (vgl. 2.4).

Nur knapp ein Viertel (22,7%) der befragten Kinder und Jugendlichen lebt in der traditionellen Großfamilie. Wie bereits in Abschnitt 2.4 dargelegt, werden behinderte Menschen durch die Großfamilie versorgt und sind in das Gemeinschaftsleben sozial eingebunden.

Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, die bei Verwandten (15,3%) oder anderen Personen leben (0,6%) sind höchstwahrscheinlich zu einem Teil Vollwaisen. Ein anderer Teil wohnt möglicherweise bei Verwandten in der Stadt, weil hier die rehabilitative und/oder sonderpädagogische Förderung besser ist als am Wohnort der Eltern.

Für Kinder und Jugendliche sind neben den erwachsenen Familienmitgliedern insbesondere auch die Geschwister für das soziale Eingebundensein wichtig, da diese u.a. Spielpartner und Helfer bei der Bewältigung von Alltagssituationen sein können.

Aus diesem Grund werden die Familienform und die Anzahl der Geschwister der Befragten in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Familienform und Anzahl der Geschwister

Familienform		Anzahl der Geschwister				Gesamt
		keine	1	2	3 und mehr	
Kleinfamilie	Anzahl	6	10	25	43	84
	Prozent	7,1%	11,9%	29,8%	51,2%	47,8%
Ein-Eltern-Familie	Anzahl	6	4	5	9	24
	Prozent	25,0%	16,7%	20,8%	37,5%	13,6%
Großfamilie	Anzahl	5	5	8	22	40
	Prozent	12,5%	12,5%	20,0%	55,0%	22,7%
Verwandte	Anzahl	7	8	7	5	27
	Prozent	25,9%	29,6%	25,9%	18,5%	15,3%
Andere Personen	Anzahl	1	0	0	0	1
	Prozent	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%
Gesamt	Anzahl	25	27	45	79	176
	Prozent	14,2%	15,3%	25,6%	44,9%	100,0%

Es wird erkennbar, dass die Mehrzahl (75,8%) der Befragten Geschwister hat. In den Familienformen Klein- und Großfamilie hat je ca. die Hälfte (51,2% bzw. 55,0%) drei oder mehr Geschwister, in der Ein-Eltern-Familie sind dies über ein Drittel (37,5%). Vermutlich sind diese Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen gut in das soziale Familienleben eingebunden. Besonders für die Ein-Eltern-Familien bedeuten die Geschwister eine Entlastung des Elternteils bei der Versorgung und Betreuung des behinderten Kindes oder Jugendlichen.

Das Familienleben mit einem behinderten Kind oder Jugendlichen kann durch das Maß der erforderlichen Unterstützung bei der Pflege erschwert werden und den Umgang mit dem Betroffenen beeinflussen (vgl. 2.4). Die folgende Tabelle zeigt die erforderliche Hilfe bei der täglichen Pflege in den Familien.

Tabelle 10: Familienform und erforderliche Hilfe bei der alltäglichen Pflege

Familienform		Erforderliche Hilfe				Gesamt
		keine	1	2	3	
Kleinfamilie	Anzahl	53	9	10	12	84
	Prozent	63,1%	10,7%	11,9%	14,3%	47,8%
Ein-Eltern-Familie	Anzahl	21	0	3	0	24
	Prozent	87,5%	0,0%	12,5%	0,0%	13,6%
Großfamilie	Anzahl	25	2	9	4	40
	Prozent	62,5%	5,0%	22,5%	10,0%	22,7%
Verwandte	Anzahl	22	1	3	1	27
	Prozent	81,5%	3,7%	11,1%	3,7%	15,3%
Andere Personen	Anzahl	1	0	0	0	1
	Prozent	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%
Gesamt	Anzahl	122	12	25	17	176
	Prozent	69,3%	6,8%	14,2%	9,7%	100,0%

Legende: 1: braucht Hilfe beim Waschen oder beim Ankleiden oder nur gelegentlich; 2: braucht Hilfe beim Essen oder beim Waschen und Ankleiden; 3: braucht Hilfe beim Waschen, Ankleiden und Essen

Wie aus der Tabelle hervorgeht, benötigt die Mehrzahl (69,3%) der befragten Kinder und Jugendlichen keine Hilfe. Besonders für die Ein-Eltern-Familien bedeutet dies keine zusätzliche Belastung. Nur 9,7% der Befragten benötigen umfassende Hilfe, was von der Familie als Belastung empfunden werden könnte. Qualitative Aussagen hierzu liegen nicht vor. Inwiefern die erforderliche Hilfe mit der Art der Behinderung zusammenhängt, zeigt die folgende Tabelle.

Tabelle 11: Art der Behinderung und erforderliche Hilfe bei der alltäglichen Pflege

Art der Behinderung		Art der Hilfe				Gesamt
		keine	1	2	3	
langfristige Erkrankung	Anzahl	5	0	0	3	8
	Prozent	62,5%	0,0%	0,0%	37,5%	4,5%
geistige Behinderung	Anzahl	23	1	5	1	30
	Prozent	76,7%	3,3%	16,7%	3,3%	17,1%
körperliche Behinderung (gehfähig)	Anzahl	15	1	4	1	21
	Prozent	71,4%	4,8%	19,0%	4,8%	11,9%
körperliche Behinderung (nicht gehfähig)	Anzahl	0	3	1	2	6
	Prozent	0,0%	50,0%	16,7%	33,3%	3,4%
Sehschädigung	Anzahl	21	2	2	1	26
	Prozent	80,8%	7,7%	7,7%	3,8%	14,8%
Hörschädigung	Anzahl	38	4	2	0	44
	Prozent	86,4%	9,1%	4,5%	0,0%	25,0%
Stummheit/ Sprachauffälligkeit	Anzahl	5	0	0	0	5
	Prozent	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
Mehrfachbehinderung	Anzahl	15	1	11	9	36
	Prozent	41,7%	2,8%	30,6%	25,0%	20,5%
Gesamt	Anzahl	122	12	25	17	176
	Prozent	69,3%	6,8%	14,2%	9,7%	100,0%

Legende: 1: braucht Hilfe beim Waschen oder beim Ankleiden oder nur gelegentlich; 2: braucht Hilfe beim Essen oder beim Waschen und Ankleiden; 3: braucht Hilfe beim Waschen, Ankleiden und Essen

Die Tabelle zeigt, dass ein Zusammenhang zwischen der Art der Behinderung und der erforderlichen Hilfe besteht. Alle Kinder und Jugendlichen mit einer körperlichen Behinderung (nicht gehfähig) benötigen Hilfe, ein Drittel von ihnen umfassende Hilfe. Die Mehrzahl (58,3%) der Befragten mit einer Mehrfachbehinderung benötigt Hilfe, ein

Viertel von ihnen umfassende. Für die Familien kann durch das hohe Maß an erforderlicher Hilfe eine Belastung entstehen, die sich negativ auf den Umgang mit dem betroffenen Kind oder Jugendlichen auswirkt. Hierzu liegen jedoch keine Daten vor, so dass es sich nur um Vermutungen handelt.

Zusammenfassend ist die soziale Lebenssituation für die Mehrzahl der befragten Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen gekennzeichnet durch das Zusammenleben mit beiden Elternteilen und Geschwistern (vgl. Tabelle 8 und 9). Die Mehrzahl benötigt bei der alltäglichen Pflege keine Hilfe durch Familienmitglieder – Ausnahme sind Befragte mit einer körperlichen Behinderung (nicht gehfähig) bzw. einer Mehrfachbehinderung –, so dass hierdurch für die Familien keine zusätzlichen Belastungen entstehen.

Die Familiensituation lässt erste Vermutungen zur ökonomischen Lage der Familie zu, abhängig von der Zahl der erwerbstätigen Angehörigen. Im folgenden Abschnitt wird die ökonomische Lage anhand weiterer Indikatoren genauer analysiert.

5.1.3 Die ökonomische Lage

Die ökonomische Situation der Familien mit einem behinderten Kind oder Jugendlichen wird wesentlich durch die Erwerbstätigkeit der Eltern bestimmt. Da es in Tansania sehr unhöflich ist, nach dem Gehalt zu fragen, wurde lediglich nach der Berufstätigkeit gefragt und daraus auf die Einkommensklassen geschlossen. Neben ihrem Beruf bauen in Mwanza viele Menschen Grundnahrungsmittel zur Eigenbedarfsversorgung an. Deshalb geben Fragen zum Grundbesitz und Besitz von Tieren ebenfalls Hinweise auf die ökonomische Situation, da durch den Anbau von Grundnahrungsmitteln, wie z.B. Mais und Kassawa, sowie die Tierhaltung und damit die Versorgung mit Eiern, Milch und Fleisch eine Familie ernährt werden kann, auch wenn die finanzielle Situation aufgrund eines geringen Gehalts nicht gut ist. Die Wohnsituation gibt weitere Hinweise auf die ökonomische Situation, und zwar durch verwendete Baustoffe sowie die Versorgung mit Strom und Wasser. Gängige Baustoffe sind Lehm und Zement, wobei Lehm wesentlich billiger ist, Zement dagegen darauf hindeutet, dass man finanziell besser gestellt ist und in einem höherwertigen Haus wohnt.

Zunächst werden in der folgenden Tabelle die Familienform und die Einkommensgruppen der Familien dargestellt. Dabei wurden die Angaben des Vaters und der Mutter zu ihren Berufen zu den Kategorien „kein Einkommen“, „geringes Einkommen“ und „gutes Einkommen“ zusammengefasst. In der Gruppe „Kein Einkommen“ wurden Arbeitslose, Rentner oder Hausfrauen sowie Vater oder Mutter erfasst, wenn sie nicht bei der befragten Familie lebten. Über ein „geringes Einkommen“ verfügen Familien, in denen mindestens ein Elternteil ein unregelmäßiges oder geringes Einkommen hatte, z.B. als Tagelöhner oder Handwerker. Familien, in denen mindestens ein Elternteil ein ausreichendes Einkommen, z.B. als Beamter oder Pfarrer, hatte, werden der Gruppe „gutes Einkommen“ zugeordnet.

Tabelle 12: Familienform und Einkommen der Familien

Familienform		Einkommen			Gesamt
		kein Einkommen	geringes Einkommen	gutes Einkommen	
Kleinfamilie	Anzahl	9	43	32	84
	Prozent	10,7%	51,2%	38,1%	47,8%
Ein-Eltern-Familie	Anzahl	7	10	7	24
	Prozent	29,2%	41,6%	29,2%	13,6%
Großfamilie	Anzahl	8	24	8	40
	Prozent	20,0%	60,0%	20,0%	22,7%
Verwandte	Anzahl	13	13	1	27
	Prozent	48,1%	48,1%	3,8%	15,3%
Andere Personen	Anzahl	1	0	0	1
	Prozent	100,0%	0,0%	0,0%	0,6%
Gesamt	Anzahl	38	90	48	176
	Prozent	21,6%	51,2%	27,3%	100,0%

Anhand der Tabelle wird deutlich, dass die Hälfte (51,2%) der befragten Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen in Mwanza in Familien mit einem geringen Einkommen lebt. Fast ein Viertel (21,6%) lebt in Familien mit gar keinem Einkommen und etwas über ein Viertel (27,3%) in Familien mit einem guten Einkommen.

Ca. die Hälfte (48,1%) der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen, die bei Verwandten leben, gaben an, dass weder Vater noch Mutter einen Beruf ausübten, möglicherweise weil sie bereits verstorben waren. Das bedeutet, dass sie von ihren Verwandten finanziell abhängig sind. Die Eltern der anderen Hälfte hat mindestens ein geringes Einkommen und könnte damit das behinderte Kind geringfügig finanziell unterstützen. Die schlechte Einkommenslage der Familien kann aber auch ein Grund dafür sein, dass das behinderte Kind bei Verwandten lebt, weil dort die Versorgungslage besser ist. Hierzu liegen keine Daten vor.

Wie bereits oben erwähnt, kann die finanzielle Situation einer Familie durch den Besitz von Grund und Tieren verbessert werden. Besitzt die Familie keine Tiere, verfügt aber über eigenes Land, auf dem Grundnahrungsmittel angebaut werden können, verbessert dies die Situation geringfügig. In den vorliegenden Daten wurde nicht die Anzahl der vorhandenen Tiere erhoben, sondern die möglichen Arten der Tiere. Die Größe der Tiere und die Vielfalt des Tierbesitzes geben Hinweise auf die ökonomische Situation. Das bedeutet, dass diejenigen, die Geflügel, Ziegen und Kühe halten, eine bessere ökonomische Ausgangssituation haben als diejenigen, die nur Geflügel besitzen. Der Besitz von Land, Geflügel, Ziegen und Kühen ist demnach die bestmögliche Situation für die wirtschaftliche Lage der Familien mit keinem oder einem geringen Einkommen, weil die Eigenversorgung mit Grundnahrungsmitteln für sie eine Entlastung bedeutet. Die folgende Tabelle zeigt die Zusammenhänge

Tabelle 13: Besitz von Grund und Tieren bei Familien ohne oder mit geringem Einkommen

Besitz von Tieren		Grundbesitz			Gesamt
		nein	gemietet	ja	
keine	Anzahl	47	1	30	78
	Prozent*	36,7%	0,8%	23,4%	60,9%
Geflügel	Anzahl	15	1	24	40
	Prozent*	11,7%	0,8%	18,8%	31,3%
Ziegen	Anzahl	1	0	1	2
	Prozent*	0,8%	0,0%	0,8%	1,6%
Geflügel/Ziegen	Anzahl	1	0	1	2
	Prozent*	0,8%	0,0%	0,8%	1,6%
Kühe	Anzahl	0	0	2	2
	Prozent*	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%
Ziegen/Kühe	Anzahl	0	0	2	2
	Prozent*	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%
Geflügel/Ziegen/Kühe	Anzahl	0	0	2	2
	Prozent*	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%
Gesamt	Anzahl	64	2	62	128
	Prozent	50,0%	1,6%	48,4%	100,0%

Legende: * alle Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtanzahl, in dieser Tabelle auf 128 befragte Familien mit keinem oder einem geringen Einkommen.

Tabelle 13 verdeutlicht, dass fast die Hälfte (48,4%) der „Familien mit keinem oder geringem Einkommen“ Grund besitzt, auf dem sie Grundnahrungsmittel für den eigenen Verzehr anbauen und dadurch ihre ökonomische Lage verbessern könnten. Ein Viertel (25,0%) von ihnen besitzt zusätzlich Tiere, deren Produkte diese Familien zum Eigenverzehr oder Verkauf nutzen könnte. Die Mehrzahl (60,9%) aller betroffenen Familien besitzt allerdings keine Tiere.

Ca. ein Drittel (36,7%) besitzt weder Grund noch Tiere. Die ökonomische Lage für diese Familien ist besonders schwierig; sie sind abhängig von der Unterstützung durch – falls vorhanden – die Großfamilie.

Als weiterer Indikator für die ökonomische Lage kann die Wohnsituation herangezogen werden, die durch den verwendeten Baustoff beim Hausbau sowie die Strom- und

Wasserversorgung beschrieben wird. Die folgende Tabelle zeigt den Zusammenhang zwischen dem vorhandenen Familieneinkommen und dem verwendeten Baustoff beim Hausbau auf, da vermutet werden kann, dass sich mit einem besseren Einkommen auch die Wohnsituation verbessert.

Tabelle 14: Einkommen und verwendeter Baustoff beim Hausbau

Einkommen		Baustoff		Gesamt
		Lehm	Zement	
Kein Einkommen	Anzahl	27	11	38
	Prozent	71,1%	28,9%	21,6%
geringes Einkommen	Anzahl	76	14	90
	Prozent	84,4%	15,6%	51,1%
gutes Einkommen	Anzahl	14	34	48
	Prozent	29,2%	70,8%	27,3%
Gesamt	Anzahl	117	59	176
	Prozent	66,5%	33,5%	100,0%

Anhand der Tabelle wird sichtbar, dass zwei Drittel (66,5%) der befragten Kinder und Jugendlichen in Lehmhäusern wohnen. Während die Mehrzahl der Familien mit keinem (71,1%) oder geringem (84,4%) Einkommen in diesen wohnt, wohnt die Mehrheit (70,8%) der Familien mit einem guten Einkommen in Häusern aus Zement. Hier wird ein deutlicher Zusammenhang zwischen Einkommen und Wohnsituation sichtbar. Durch einen Strom- und/oder Wasseranschluss kann sich die Wohnsituation verbessern. Inwieweit dies für die Befragten zutrifft, zeigt die folgende Tabelle.

Tabelle 15: Strom- und Wasseranschluss nach verwendetem Baustoff beim Hausbau

Verwendeter Baustoff beim Hausbau	Stromanschluss vorhanden		Wasseranschluss vorhanden		Gesamt
			nein	ja	
Lehm	nein	Anzahl	111	2	113
		Prozent*	94,9%	1,7%	96,6%
	ja	Anzahl	2	2	4
		Prozent*	1,7%	1,7%	3,4%
	Gesamt	Anzahl	113	4	117
		Prozent*	96,6%	3,4%	100,0%
Zement	nein	Anzahl	24	7	31
		Prozent*	40,7%	11,9%	52,5%
	ja	Anzahl	1	27	28
		Prozent*	1,7%	45,8%	47,5%
	Gesamt	Anzahl	25	34	59
		Prozent*	42,4%	57,6%	100,0%

Legende: * alle Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtanzahl, in dieser Tabelle auf 117 Befragte, die beim Hausbau Lehm verwendet haben bzw. 59 Befragte, die beim Hausbau Zement verwendet haben.

Während über 90% der befragten Kinder und Jugendlichen, die in Häusern aus Lehm wohnen, weder einen Strom- noch Wasseranschluss haben, hat über die Hälfte (57,6%) der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen, die in Häusern aus Zement leben, entweder einen Strom- oder einen Wasseranschluss und 45,8% haben sogar einen Strom- und Wasseranschluss im Haus. Das bedeutet, dass die Wohnsituation für die Mehrzahl der Befragten schlecht ist.

Fasst man die ökonomische Lage der befragten Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen in Mwanza zusammen, ergibt sich, dass sie für die Mehrzahl sehr schlecht ist: Fast zwei Drittel (72,8%) leben in Familien mit keinem oder einem geringen Einkommen (vgl. Tabelle 12), bei der Hälfte verbessert sich die Situation geringfügig durch den Besitz von eigenem Grund zum Anbau von Grundnahrungsmitteln (vgl. Tabelle 13).

Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass der Ernteerfolg von der Bodenqualität und ausreichendem Regen abhängig ist und die Ernte für die Familie ausreichend sein muss.

Die Wohnsituation ist für fast zwei Drittel (63,1%) der befragten Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen in Mwanza sehr schlecht, da sie in Häusern aus Lehm ohne Strom- und Wasseranschluss leben. Hiervon sind besonders Familien mit keinem oder einem geringen Einkommen betroffen (vgl. Tabelle 14 – 15).

Aufgrund dieser Fakten kann abschließend geschlossen werden, dass die Mehrzahl der befragten Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen von Armut betroffen ist und deshalb durch eine Mangel- bzw. Unterernährung gesundheitlich besonders gefährdet ist. Die Ernährungssituation sowie die medizinische Vorsorge und Versorgung werden im folgenden Abschnitt genauer analysiert.

5.1.4 Die Ernährungssituation sowie die medizinische Vorsorge und Versorgung

In Tansania erleiden 44% der Kinder auf Grund einer Mangelernährung bleibende Schäden (vgl. 3.2). Ein Mangel an Jod kann z.B. zu einer geistigen Behinderung führen, Vitamin-A-Mangel kann Blindheit verursachen. Schmutziges Trinkwasser kann zu Darmerkrankungen führen, die das gesamte Immunsystem schwächen und damit den Menschen anfälliger werden lassen für Krankheiten, die Behinderungen auslösen können, z.B. Malaria. Schmutziges Wasser kann bei Berührung mit den Augen auch Onchozerkose auslösen und zur Blindheit führen (vgl. 2.2).

Im Folgenden wird zunächst die Ernährungssituation und Trinkwasserversorgung der befragten Kinder und Jugendlichen in Mwanza dargestellt und, soweit möglich, ein Zusammenhang zwischen Mangelernährung und möglichen Behinderungen aufgezeigt.

Daran anschließend erfolgen die Darstellung der medizinischen Vorsorge und Versorgung der Befragten sowie die Erläuterung möglicher Zusammenhänge zwischen fehlenden präventiven Maßnahmen, unzureichender medizinischer Versorgung und dem Auftreten einer Behinderung.

Die folgenden Tabellen geben zunächst grundlegende Informationen zur Ernährungssituation der befragten Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen wieder.

Tabelle 16: Alter der Kinder und Jugendlichen und Grundnahrungsmittel

Alter		Grundnahrungsmittel			Gesamt
		Muttermilch	Uji ⁴⁴	Ugali ⁴⁵ /Reis/ Kochbananen	
0 bis 6 Jahre	Anzahl	6	2	25	33
	Prozent	18,2%	6,0%	75,8%	18,8%
7 bis 13 Jahre	Anzahl	0	2	107	109
	Prozent	0,0%	1,8%	98,2%	61,9%
14 bis 17 Jahre	Anzahl	0	0	34	34
	Prozent	0,0%	0,0%	100,0%	19,3%
Gesamt	Anzahl	6	4	166	176
	Prozent	3,4%	2,3%	94,3%	100,0%

Aus Tabelle 16 geht hervor, dass für die Mehrzahl (94,3%) der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen Ugali, Reis oder Kochbananen Hauptnahrungsmittel ist. Ca. ein Viertel (24,3%) der jüngeren Kinder (0 bis 6 Jahre) wird hauptsächlich durch Muttermilch oder Uji ernährt. Aus den eigenen Beobachtungen kann ergänzt werden, dass es als Beilage häufig rote Bohnen gibt, die ebenfalls sehr viele Kohlehydrate enthalten. Fisch, Fleisch oder Gemüse sind kleine Beilagen, die es maximal einmal am Tag gibt. Auf Grund der Lage am Viktoriasee essen die Menschen häufig Fisch, da der See aber ein Süßwassersee ist, wird durch den Fischverzehr der Jodbedarf kaum gedeckt. Salz wird allgemein wenig verwendet, da es teuer ist. Es wird deutlich, dass die Ernährung sehr ballaststoffreich, jedoch vitamin-, protein-, jod- und fettarm ist, so dass von einer einseitigen und Mangelernährung ausgegangen werden kann, die möglicherweise Mitursache für die Behinderung ist bzw. zur Schwächung des allgemeinen Gesundheitszustandes führt.

⁴⁴ Uji ist ein sehr nährstoffreicher Brei aus roter Hirse, gemahlene Erdnüssen und Kassawa, der mit Kuhmilch oder Wasser zubereitet wird.

⁴⁵ Ugali ist ein dicker Brei aus Kassawa-, Mais- oder Hirsemehl und enthält sehr viele Kohlenhydrate, aber kaum Vitamine und Proteine.

Ein schlechter allgemeiner Gesundheitszustand begünstigt Krankheiten, z.B. Malaria, die wiederum Behinderungen verursachen können.

Durch die Nutzung verunreinigten Trinkwassers, das eine weitere Ursache für verschiedene Infektionskrankheiten ist, kann sich der allgemeine Gesundheitszustand weiter verschlechtern und das Auftreten von Behinderungen begünstigen.

Die Qualität des Trinkwassers kann bestimmt werden durch die Wasserquelle. Wasser, das aus dem Wasserhahn bezogen wird, stammt aus dem Viktoriasee und wurde einmal gereinigt. Das Brunnenwasser wird aus dem Grundwasser bezogen. Seewasser holen sich die Menschen direkt vom See, es enthält viele Bakterien und Schadstoffe (vgl. 2.1). Regenwasser fangen viele Menschen von ihren Dächern auf, so dass es mit dem dort liegenden Staub verschmutzt wird. Das Trinkwasser, das aus dem Wasserhahn oder dem Brunnen gefördert wird, ist am reinsten. Es sind jedoch immer noch so viele Bakterien enthalten, dass es vor dem Trinken abgekocht werden sollte. Tabelle 17 zeigt die Trinkwasserquelle und -qualität auf.

Tabelle 17: Bezugsquelle und Wasserqualität des Trinkwassers der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen

Bezugsquelle des Trinkwassers		Abgekochtes Wasser		Gesamt
		nein	ja	
Wasserhahn	Anzahl	34	90	124
	Prozent*	19,3%	51,1%	70,5%
Brunnen	Anzahl	29	15	44
	Prozent*	16,5%	8,5%	25,0%
See	Anzahl	2	4	6
	Prozent*	1,1%	2,3%	3,4%
Regenwasser	Anzahl	1	1	2
	Prozent*	0,6%	0,6%	1,1%
Gesamt	Anzahl	66	110	176
	Prozent*	37,5%	62,5%	100,0%

Legende: * alle Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtanzahl von 176 befragten Kindern und Jugendlichen.

Die Tabelle verdeutlicht, dass die Mehrzahl (95,5%) der Befragten ihr Trinkwasser aus dem Wasserhahn oder Brunnen bezieht und damit qualitativ relativ gute Trinkwasserquellen nutzt. Über die Hälfte (59,6%) von ihnen kocht das Wasser zusätzlich ab, womit ihnen qualitativ gutes Trinkwasser zur Verfügung steht. Nur 1,7% nutzen Regen- oder Seewasser und kochen dieses nicht ab, so dass ein erhöhtes Risiko besteht, sich mit Infektionskrankheiten zu infizieren.

Die Gesundheitssituation der befragten Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen wird weiter bestimmt durch die medizinische Vorsorge und Versorgung. Indikatoren für die medizinische Vorsorge sind die erhaltenen Impfungen und das Wahrnehmen der Vorsorgeuntersuchungen bis zum sechsten Lebensjahr. Zur medizinischen Versorgung zählen a) die Geburtsstätte, da zu Hause oder in einer Krankenstation die medizinischen Möglichkeiten geringer sind als im Krankenhaus, b) die Konsultation eines Arztes beim Auftreten und Erkennen einer Schädigung sowie c) das Angebot der Physiotherapie für Kinder und Jugendliche mit einer Körperbehinderung. Die Indikatoren sind nicht für alle Behinderungsformen relevant und abhängig vom Alter beim Auftreten der Behinderung. Dies wird bei der Darstellung der Daten berücksichtigt.

Der folgenden Tabelle (18) lag die Frage zugrunde: „Welche Impfungen hat das Kind erhalten?“. Da die meisten Probanden nur wussten, dass sie geimpft wurden und/oder die Anzahl der erhaltenen Impfungen nennen konnten, sind diese Angaben in der folgenden Tabelle zusammengestellt. Aus den Impfprogrammen der WHO kann man auf die erhaltenen Impfungen schließen. In Afrika wurden die ersten Impfprogramme der WHO gegen Pocken bereits zwischen 1967 und 1977 durchgeführt. Ende der 1980-er Jahre folgten Impfprogramme gegen Poliomyelitis und Masern und der Dreifachimpfstoff DPT-3 gegen Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus wurde eingeführt (vgl. URL: <http://www.netdokter.de/impfungen/who-impfprogramme.htm> [Stand: 22.07.2007]). Die Impfrate der DPT-3 Impfung lag in Tansania 2004 bei 95% (vgl. URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/6/06-031526-table-T6.html>[Stand:16.05.2008]) und die gegen Masern 2003 ebenfalls bei 95% (vgl. 3.2). Im Jahr 2002 wurde die Hepatitis-B-Impfung in Tansania eingeführt und erreichte bereits 2004 eine Impfrate von 95% (vgl. URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/6/06-031526-table-T6.html> [Stand: 16.05.2008]). Die Impfung gegen Hämophilus Influenza Typ B

(HIB) hatten bis Ende 2004 nur zehn afrikanische Länder eingeführt, darunter nicht Tansania (vgl. URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/6/06-031526-table7.html> [Stand: 16.05.2008]).

Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Befragten, die nach eigenen Angaben geimpft wurden, die DPT-3, Pocken-, Polio- und Masernimpfung erhalten haben. Besonders jüngere Kinder können auch gegen Hepatitis B geimpft sein. Gegen HIB ist höchstwahrscheinlich keiner der Befragten geimpft.

Tabelle 18: Alter und Anzahl der Impfungen

Alter		Anzahl der Impfungen			Gesamt
		keine	ja, Anzahl unbekannt	alle	
0 bis 6 Jahre	Anzahl	1	11	21	33
	Prozent	3,0%	33,3%	63,6%	18,8%
7 bis 13 Jahre	Anzahl	3	18	88	109
	Prozent	2,8%	16,5%	80,7%	61,9%
14 bis 17 Jahre	Anzahl	3	7	24	34
	Prozent	8,8%	20,6%	70,6%	19,3%
Gesamt	Anzahl	7	36	133	176
	Prozent	4,0%	20,5%	75,5%	100,0%

Wie aus der Tabelle hervorgeht, wurde die Mehrzahl (96,0%) geimpft. Drei Viertel (75,5%) haben einen umfassenden Impfschutz, da sie alle in Tansania erhältlichen Impfungen bekommen haben (s.o.).

Impfungen können dazu beitragen, dass Behinderungen reduziert werden, es können aber auch lebensbedrohliche Nebenwirkungen, wie z.B. hohes Fieber, allergische Schocks oder Enzephalitis, auftreten, die dann zu Behinderungen führen können. So können epileptische Anfälle, Muskelerkrankungen, Autismus sowie geistige Behinderungen Folgewirkungen von Impfungen sein (vgl. Hirte 2005, 24; 47). Diese Zusammenhänge wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit weder für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen noch für die der Erwachsenen untersucht.

Neben den erhaltenen Impfungen ist der regelmäßige Besuch der Vorsorgeuntersuchungen („clinic“) (vgl. 3.2) bis zum 6. Lebensjahr ein weiterer Indikator für die medizinische Vorsorge. Ein regelmäßiger Besuch ermöglicht das rechtzeitige Erkennen und Behandeln von Krankheiten und Schädigungen, die möglicherweise zu Behinderungen führen können, z.B. Malaria oder Masern. Bei Früherkennung einer Behinderung könnte eine Maßnahme der Frühförderung greifen. In welchem Umfang die Befragten die Vorsorgeuntersuchungen aufgesucht haben, zeigt die folgende Tabelle.

Tabelle 19: Alter und Besuch der Vorsorgeuntersuchungen bis zum 6. Lebensjahr bei den Befragten

Alter		Besuch der Vorsorgeuntersuchungen				Gesamt
		keine	ja, vollständig	ja, aber nicht vollständig	Unbekannt	
0 bis 6 Jahre	Anzahl	2	22	8	1	33
	Prozent	6,1%	66,7%	24,2%	3,0%	18,8%
7 bis 13 Jahre	Anzahl	6	91	6	6	109
	Prozent	5,5%	83,5%	5,5%	5,5%	61,9%
14 bis 17 Jahre	Anzahl	3	29	2	0	34
	Prozent	8,8%	85,3%	5,9%	0,0%	19,3%
Gesamt	Anzahl	11	142	16	7	176
	Prozent	6,3%	80,7%	9,1%	4,0%	100,0%

Tabelle 19 verdeutlicht, dass die Mehrzahl (80,7%) der befragten Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen alle Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen hat und nur ein sehr geringer Prozentsatz (6,3%) bisher gar keine Vorsorgeuntersuchung besucht hat bzw. keine Angabe machen konnte (4,0%).

In der Gruppe der bis 6-Jährigen ist im Vergleich zu den anderen Altersgruppen der Anteil derjenigen, die nicht alle Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen hat, höher (24,2%). Das ist höchstwahrscheinlich durch das Alter der Befragten bedingt, da die letzte Vorsorgeuntersuchung erst mit 6 Jahren stattfindet. In den anderen beiden Altersgruppen ist der Anteil derjenigen, die nicht alle Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben, sehr gering (5,5% bzw. 5,9%). Gründe können aus den vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden.

Die Geburtsstätte kann eine mögliche Ursache für Schädigungen sein, die von Geburt an bestehen, da z.B. die hygienischen Bedingungen bei Hausgeburten schlechter als in einem regionalen Krankenhaus sind und bei Komplikationen eine schnelle medizinische Versorgung nicht möglich ist. Die folgende Tabelle zeigt die Geburtsstätte für diejenigen, die ihre Behinderung von Geburt an haben (46,0%).

Tabelle 20: Geburtsstätte und Art der Behinderung bei denjenigen, die ihre Behinderung von Geburt an haben

Art der Geburtsstätte		Art der Behinderung								Gesamt
		LK	GB	KB (g)	KB (ng)	S	H	SP	M	
zu Hause	Anzahl	1	1	3	0	4	3	1	4	17
	Prozent	5,9%	5,9%	17,6%	0,0%	23,5%	17,6%	5,9%	23,5%	21,0%
Krankenhaus	Anzahl	4	6	8	2	4	4	2	14	44
	Prozent	9,1%	13,6%	18,2%	4,5%	9,1%	9,1%	4,5%	31,8%	54,3%
Krankenstation	Anzahl	2	2	1	0	1	7	0	3	16
	Prozent	12,5%	12,5%	6,3%	0,0%	6,3%	43,8%	0,0%	18,8%	19,8%
unbekannt	Anzahl	0	2	1	1	0	0	0	0	4
	Prozent	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,9%
Gesamt	Anzahl	7	11	13	3	9	14	3	21	81
	Prozent	8,6%	13,6%	16,0%	3,7%	11,1%	17,3%	3,7%	25,9%	100,0%

Legende: LK: langfristige Erkrankung; GB: geistige Behinderung; KB (g): körperliche Behinderung (gefähig); KB (ng): körperliche Behinderung (nicht gefähig); S: Sehschädigung; H: Hörschädigung; SP: Stummheit/Sprachauffälligkeit; M: Mehrfachbehinderung.

Aus der Tabelle wird erkennbar, dass im Krankenhaus ca. die Hälfte (54,3%) der befragten Kinder und Jugendlichen mit einer Behinderung von Geburt an geboren wurde, und noch nicht einmal ein Viertel (21,0%) zu Hause.

Von denjenigen, die in einem Krankenhaus geboren wurden, hat fast ein Drittel (31,8%) eine Mehrfachbehinderung. Hier kann vermutet werden, dass diese Kinder nur aufgrund der guten medizinischen Versorgung im Krankenhaus überlebt haben.

Je fast ein Viertel (23,5%) der Kinder mit Behinderungen, die zu Hause geboren wurden, haben eine Sehschädigung bzw. eine Mehrfachbehinderung. Diese können im Zusammenhang mit schlechten hygienischen Verhältnissen stehen. Besonders

Sehbehinderungen können durch Augenkontakt mit verunreinigtem Wasser (vgl. 2.2) verursacht werden. Die Mehrfachbehinderung ist möglicherweise aufgetreten, weil bei Komplikationen, z.B. Sauerstoffunterversorgung, eine sofortige medizinische Reaktion nicht möglich war. Genauere Informationen sind den Daten jedoch nicht zu entnehmen.

Bei den Kindern und Jugendlichen, bei denen die Schädigung erst nach der Geburt auftrat bzw. wahrgenommen wurde, kann die Konsultation eines Arztes eine Behinderung abwenden, z.B. bei Augenerkrankungen wie Onchozerkose, bzw. eine Verschlimmerung verhindert werden.

Die Konsultation eines Arztes bei denjenigen, bei denen die Schädigung erst später auftrat wird in der folgenden Tabelle sichtbar.

Tabelle 21: Konsultation eines Arztes beim Auftreten einer Schädigung bei denjenigen, die diese nicht von Geburt an haben

Konsultation eines Arztes	Anzahl	Prozent
nein	15	15,8%
ja, traditioneller Heiler	1	1,1%
ja, Arzt	79	83,2%
Gesamt	95	100,0%

Die Mehrzahl (83,2%) der befragten Kinder und Jugendlichen hat beim Auftreten einer Schädigung einen Arzt aufgesucht. Inwieweit dieser genaue Diagnosen, Therapien, Beratung etc. vermitteln konnte, geht aus den Daten jedoch nicht hervor.

Nur sehr wenige (1,1%) gaben an, einen traditionellen Heiler aufgesucht zu haben. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass die Befragten möglicherweise von der Interviewerin erwünschte Antworten gaben.

Regelmäßige Physiotherapie kann bei Kindern und Jugendlichen mit einer körperlichen Behinderung die Körperfunktionen verbessern oder eine Verschlechterung verhindern. Die folgende Tabelle zeigt, wie viele Kinder und Jugendliche mit einer Körperbehinderung Physiotherapie erhalten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass hierunter sowohl

Kinder und Jugendliche fallen, die regelmäßig einen Physiotherapeuten aufsuchen, als auch Kinder und Jugendliche, die von einem Physiotherapeuten angeleitet worden sind und nun die Übungen selbstständig oder mit Unterstützung der Eltern durchführen.

Tabelle 22: Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit einer körperlichen Behinderung, die Physiotherapie erhalten

Art der Behinderung		Physiotherapie		Gesamt
		nein	ja	
körperliche Behinderung (gehfähig)	Anzahl	14	7	21
	Prozent	66,7%	33,3%	33,4%
körperliche Behinderung (nicht gehfähig)	Anzahl	5	1	6
	Prozent	83,3%	16,7%	9,5%
Mehrfachbehinderung	Anzahl	30	6	36
	Prozent	83,3%	16,7%	57,1%
Gesamt	Anzahl	49	14	63
	Prozent	77,8%	22,2%	100,0%

Tabelle 22 zeigt, dass die Mehrzahl (77,8%) der Kinder und Jugendlichen mit einer körperlichen oder mehrfachen Behinderung keine Physiotherapie erhält. Gründe hierfür gehen aus den Daten nicht hervor.

Für diesen Abschnitt kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Ernährungssituation für die Mehrzahl der befragten Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen in Mwanza durch eine einseitige Mangelernährung gekennzeichnet ist (vgl. Tabelle 16), durch die Krankheiten und Behinderungen begünstigt werden können. Die Trinkwasserversorgung ist für die Mehrzahl gut (vgl. Tabelle 17), so dass kein erhöhtes Infektionsrisiko aufgrund schlechten Trinkwassers besteht.

Die Mehrzahl der befragten Kinder und Jugendlichen nimmt die Angebote der Prävention⁴⁶ wahr. Sie haben einen umfangreichen Impfschutz und besuchen regelmäßig die Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Tabelle 18-19). Dies gilt insbesondere für die Kinder bis

⁴⁶ Hierzu zählen Impfungen und die Vorsorgeuntersuchungen im ersten Lebensjahr.

6 Jahre, da dann die letzte Vorsorgeuntersuchung stattfindet. Die medizinische Vorsorge der älteren Kinder und Jugendlichen wird durch die erhobenen Daten nicht deutlich.

Im Bereich der medizinischen Versorgung werden die Angebote unterschiedlich genutzt. Über die Hälfte der Befragten wurde in einem Krankenhaus geboren, so dass hierdurch eine bestmögliche medizinische Versorgung während der Geburt gewährleistet war (vgl. Tabelle 20). Beim Auftreten einer Schädigung hat die Mehrzahl einen Arzt aufgesucht (vgl. Tabelle 21) und dadurch möglicherweise eine Verschlechterung verhindert und medizinischen Rat und Hilfe erhalten. Qualitative Aussagen hierzu liegen jedoch nicht vor. Das Angebot der Physiotherapie nutzen noch nicht einmal ein Viertel der Kinder und Jugendlichen mit einer körperlichen Behinderung. Mögliche Gründe gehen aus den Daten nicht hervor.

5.1.5 Sonderpädagogische und rehabilitative Angebote für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen

In der vorliegenden Arbeit bezieht sich sonderpädagogische Unterstützung auf Angebote im schulischen Bereich (vgl. Kapitel 1). Alle Kinder zwischen 7 und 13 Jahren sind in Tansania schulpflichtig (vgl. 3.1), allerdings haben Kinder mit Behinderungen keinen rechtlichen Anspruch auf qualifizierte sonderpädagogische Förderung. Aus den eigenen Beobachtungen kann ergänzt werden, dass es große Differenzen in der Qualität der sonderpädagogischen Angebote gibt. Zwar haben alle Sonderschullehrer eine ein- oder zweijährige Zusatzausbildung erlangt, doch werden während der Ausbildung überwiegend veraltete Lehrbücher aus den westlichen Industrieländern genutzt und das Wissen wird sehr unterschiedlich umgesetzt. Schwerpunkte der Ausbildung sind entweder Hörgeschädigtenpädagogik, Sehgeschädigtenpädagogik oder Pädagogik bei geistiger Behinderung. Für andere Schädigungsformen gab es bislang keine Ausbildungsmöglichkeiten. Die Qualität ist deshalb vorwiegend abhängig von Motivation und Engagement der jeweiligen Lehrer.

Angebote der Früherkennung und -förderung, der medizinischen Versorgung, soziale, psychologische und sonstige Beratung, Hilfsmittelversorgung, spezielle Berufsförderprogramme und Evaluation fallen in den Bereich der Rehabilitation (vgl. Kapitel 1).

Rechtliche Ansprüche auf jegliche Rehabilitation bestehen in Tansania nicht. Angebote der Früherkennung und medizinischen Versorgung (z.B. Therapien) wurden im Abschnitt 5.1.4 bereits dargestellt. Aus den eigenen Beobachtungen und dem Pretest wurde deutlich, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln für viele Betroffene unbekannt bzw. nicht finanzierbar ist. Aus diesem Grund wurden Fragen zur Hilfsmittelversorgung in der Haupterhebung nicht gestellt. Gleiches gilt für den Bereich der Evaluation, da die bestehenden Angebote bisher nicht regelmäßig evaluiert werden.

Im Folgenden werden zuerst die sonderpädagogischen Angebote (vgl. 3.5.2) für schulpflichtige Kinder und Jugendliche mit Behinderungen dargestellt. Tabelle 23 zeigt die besuchte Bildungseinrichtung der schulpflichtigen Kinder mit Behinderungen auf.

Tabelle 23: Art der Behinderung und besuchte Bildungseinrichtung der 7- bis 13-Jährigen

Art der Behinderung		Besuchte Bildungseinrichtung					Gesamt
		keine	SpU	GS	H	SecS	
langfristige Erkrankung	Anzahl	2	0	2	0	0	4
	Prozent	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	3,7%
geistige Behinderung	Anzahl	7	7	6	0	0	20
	Prozent	35,0%	35,0%	30,0%	0,0%	0,0%	18,5%
körperliche Behinderung (gehfähig)	Anzahl	3	0	9	0	0	12
	Prozent	25,0%	0,0%	75,0%	0,0%	0,0%	11,2%
körperliche Behinderung (nicht gehfähig)	Anzahl	0	3	0	1	0	4
	Prozent	0,0%	60,0%	0,0%	20,0%	0,0%	3,7%
Sehschädigung	Anzahl	1	5	9	0	1	16
	Prozent	6,3%	31,3%	56,3%	0,0%	6,3%	14,8%
Hörschädigung	Anzahl	3	20	8	1	0	32
	Prozent	9,4%	62,5%	25,0%	3,1%	0,0%	29,6%
Stummheit/Sprachauffälligkeit	Anzahl	4	0	0	0	0	4
	Prozent	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%
Mehrfachbehinderung	Anzahl	7	6	3	0	0	16
	Prozent	43,8%	37,5%	18,8%	0,0%	0,0%	14,8%
Gesamt	Anzahl	27	41	37	2	1	108
	Prozent	24,8%	37,6%	33,9%	1,8%	0,9%	100,0%

Legende: SpU: Special Unit; GS: wohnortnahe Grundschule; H: Hausunterricht durch die Eltern; SecS: Secondary School.

Es wird deutlich, dass fast ein Viertel (24,8%) der befragten schulpflichtigen Kinder mit Behinderungen in Mwanza keine Bildungseinrichtung besucht, ca. die Hälfte (12,8%) von ihnen gab die Behinderung als Grund an. Auffällig ist, dass keines der befragten Kinder mit einer Sprachauffälligkeit eine Schule besucht. Besonders hoch ist auch der Anteil bei Kindern mit einer langfristigen Erkrankung (50,0%) oder einer Mehrfachbehinderung (43,8%).

Je ca. ein Drittel der befragten Kinder mit Behinderungen besucht eine „special unit“ (37,6%) oder die wohnortnahe Grundschule (33,9%). Eine „special unit“, in der sonderpädagogisch qualifizierte Lehrer arbeiten, besucht über die Hälfte der Kinder mit einer körperlichen Behinderung (nicht gehfähig) (60,0%) und einer Hörschädigung (62,5%). Drei Viertel (75,0%) der Kinder mit einer körperlichen Behinderung (gehfähig) und über die Hälfte (56,3%) der sehgeschädigten Kinder besuchen die wohnortnahe Grundschule. Da in Mwanza insbesondere Kinder mit Sehschädigungen in der wohnortnahen Grundschule durch qualifizierte Sonderpädagogen betreut werden (vgl. 3.5.1), kann davon ausgegangen werden, dass mindestens ein Teil der sehgeschädigten Schüler qualifizierte sonderpädagogische Unterstützung erhält.

Mit 13 Jahren endet in Tansania die Schulpflicht in der Regel mit dem Abschluss der Grundschule. Daran anschließend kann freiwillig die kostenpflichtige Sekundarschule besucht werden (vgl. 3.5). Die besuchten Bildungseinrichtungen der befragten 14-bis 17-Jährigen werden in der folgenden Tabelle dargestellt. Sie sind nicht mehr schulpflichtig, deshalb entscheiden sie bzw. ihre Eltern, ob sie weiterhin eine Schule besuchen.

Tabelle 24: Art der Behinderung und besuchte Bildungseinrichtung der 14- bis 17-Jährigen mit Behinderung

Art der Behinderung ⁴⁷		Besuchte Bildungseinrichtung					Gesamt
		keine	SpU	GS	IS	SecS	
geistige Behinderung	Anzahl	4	4	1	0	0	9
	Prozent	44,4%	44,4%	11,1%	0,0%	0,0%	100,0%
körperliche Behinderung (gehfähig)	Anzahl	1	0	2	0	1	4
	Prozent	25,0%	0,0%	50,0%	0,0%	25,0%	100,0%
Sehschädigung	Anzahl	1	0	3	0	1	5
	Prozent	20,0%	0,0%	60,0%	0,0%	20,0%	100,0%
Hörschädigung	Anzahl	1	1	2	4	1	9
	Prozent	11,1%	11,1%	22,2%	44,4%	11,1%	100,0%
Mehrfachbehinderung	Anzahl	3	3	1	0	0	7
	Prozent	42,9%	42,9%	14,3%	0,0%	0,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	10	8	9	4	3	34
	Prozent	29,4%	23,5%	26,5%	11,8%	8,8%	100,0%

Legende: Spu: special unit; GS: wohnortnahe Grundschule; IS: Internatssonderschule; SecS: wohnortnahe Secondary School.

Anhand der Tabelle wird deutlich, dass je ca. ein Viertel der befragten Jugendlichen mit Behinderungen keine (29,4%), eine „special unit“ (23,5%), die wohnortnahe Grundschule (26,5%) oder eine „Secondary School“ (20,6%) besucht.

Ausschließlich Jugendliche mit einer Hörschädigung gaben an, eine Internatsschule zu besuchen. Dies erklärt sich dadurch, dass es in Mwanza im Sekundarbereich eine Internatsschule gibt, die integrativ mit hörgeschädigten Schülern arbeitet (vgl. 3.5.2).

Fast die Hälfte (44,0%) der befragten Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung oder einer Mehrfachbehinderung (42,9%) besuchen weiterhin die „special unit“ und erhalten hier sonderpädagogisch qualifizierten Unterricht. Möglicherweise empfinden die Familien den Besuch der „special unit“ als Entlastung, weil sie kostenfrei ist, ihre

⁴⁷ In der Altersgruppe 14 bis 17 Jahre wurde in der Erhebung niemand mit einer langfristigen Erkrankung, körperlichen Behinderung (nicht gehfähig) oder Sprachauffälligkeit befragt.

behinderten Kinder in dieser Zeit beaufsichtigt sind und sie somit Erwerbs-, Haus- oder Feldarbeit nachgehen können. Hierzu liegen keine genaueren Daten vor.

Die Hälfte (50,0%) der befragten Jugendlichen mit einer körperlichen Behinderung (gehfähig) und 60,0% der Jugendlichen mit einer Sehschädigung besuchen noch die wohnortnahe Grundschule. Hier kann vermutet werden, dass sie aufgrund der geringen sonderpädagogischen Unterstützung mehr Zeit benötigen, um die Grundschule abzuschließen.

Sowohl im Grundschul- als auch im Sekundarbereich können der Schulbesuch und die gewählte Schulform mit dem Wohnort der Betroffenen zusammenhängen. In Mwanza liegen alle „special units“ in der Nähe des Stadtzentrums. Da es keinen Busspezialverkehr für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen gibt, muss der Schulweg in der Regel zu Fuß zurückgelegt werden. Das bedeutet, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, die in weit entfernten ländlich geprägten Stadtteilen wohnen den langen Schulweg bis zur „special unit“ kaum bewältigen können und deshalb entweder die wohnortnahe Grundschule bzw. gar keine Schule besuchen. Die folgende Tabelle zeigt den Zusammenhang zwischen Prägung des Stadtteils und dem Schulbesuch für die 6- bis 17-Jährigen.

Tabelle 25: Prägung des Stadtteils und besuchte Bildungseinrichtung der 6- bis 17-Jährigen

Prägung des Stadtteils		Besuchte Bildungseinrichtung							Gesamt
		keine	KG	SpU	GS	H	IS	SecS	
ländlich	Anzahl	15	0	1	13	0	0	0	29
	Prozent	51,7%	0,0%	3,4%	44,8%	0,0%	0,0%	0,0%	20,3%
städtisch	Anzahl	21	1	48	32	2	4	4	112
	Prozent	18,5%	0,9%	42,9%	28,6%	1,8%	3,6%	3,6%	78,3%
städtisch und ländlich	Anzahl	1	0	0	1	0	0	0	2
	Prozent	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%
Gesamt	Anzahl	37	1	49	46	2	4	4	143
	Prozent	25,8%	0,7%	34,3%	32,2%	1,4%	2,8%	2,8%	100,0%

Legende: KG: Kindergarten; SpU: special unit; GS: wohnortnahe Grundschule; H: Hausunterricht durch die Eltern; IS: Internatsschule; SecS: wohnortnahe Sekundarschule.

Aus Tabelle 25 wird erkennbar, dass es große Unterschiede zwischen den ländlichen und städtischen Stadtteilen Mwanzas gibt. Während die Hälfte (51,7%) der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen in den ländlichen Stadtteilen Mwanzas, keine Schule besucht, liegt dieser Anteil bei Kindern und Jugendlichen, die in städtisch geprägten Stadtteilen wohnen nur bei 18,5%.

Die Befragten in den ländlichen Stadtteilen besuchen wesentlich häufiger die wohnortnahe Grundschule (44,8%) als eine „special unit“ (3,4%). Dieses Verhältnis ist in den städtisch geprägten Stadtteilen ausgeglichener. Hier besuchen 42,9% eine „special unit“ und 28,6% die wohnortnahe Grundschule.

Eine Sekundarschule besuchen ausschließlich Jugendliche, die in einem städtisch geprägten Stadtteil wohnen.

Ein weiterer Grund für den Schulbesuch bzw. die Schulform kann die angebotene Unterstützung sein. Die Art der (sonder-)pädagogischen Unterstützung wird in der folgenden Tabelle für die 7- bis 17-Jährigen nach Schulform dargestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in Tansania in „special units“ ausschließlich Lehrer mit einer sonderpädagogischen Zusatzqualifikation arbeiten. In Grundschulen und Sekundarschulen arbeiten aufgrund des hohen Bedarfs auch häufig Lehrer mit einer sonderpädagogischen Zusatzqualifikation, die jedoch nicht explizit zur Förderung der Schüler mit Behinderungen eingesetzt werden, sondern als Grundschullehrer bzw. Sekundarschullehrer arbeiten. Ob sie ihre Zusatzqualifikation nutzen, um Schüler mit Behinderungen besonders zu unterstützen, hängt von ihrem persönlichen Engagement ab. Für einige sehgeschädigte Schüler gibt es in Mwanza die „fahrenden“ Sonderpädagogen, die sie regelmäßig in der wohnortnahen Grundschule besuchen, ihnen spezielle Materialien bereitstellen und die Grundschullehrkräfte beraten.

Während der Beobachtungsphase wurde deutlich, dass Schüler mit Behinderungen in allen Schulformen häufig durch ihre Mitschüler unterstützt werden, z.B. bei der Orientierung im Schulgebäude oder dem Abschreiben eines Tafelbildes. Teilweise erhalten sie auch Unterstützung durch die Grund- oder Sekundarschullehrer, indem z.B.

sehgeschädigte Schüler in die erste Reihe gesetzt werden oder für hörgeschädigte Schüler besonders viel an die Tafel geschrieben wird bzw. sie das Lehrerbuch zum Mitlesen erhalten. Hierbei handelt es sich weniger um sonderpädagogisch qualifizierte Unterstützung als um soziale Unterstützungen. In den vorliegenden Daten wurden diese beiden Formen der Unterstützung zusammengefasst, da die Befragten nicht zwischen diesen Formen unterschieden haben. Ausschließlich bei der Unterstützung durch Lehrer in der „special unit“ kann von einer sonderpädagogisch qualifizierten Unterstützung ausgegangen werden.

Bei der Bereitstellung von Materialien kann es sich neben unterrichtsbezogenen Materialien, z.B. Bücher in Brailleschrift, auch um behinderungsbezogene Materialien handeln, z.B. Krücken für körperlich beeinträchtigte Schüler.

Tabelle 26: Besuchte Bildungseinrichtung und Art der Unterstützung der 7- bis 17-Jährigen

Besuchte Bildungseinrichtung		(sonder-)pädagogische Unterstützung						Gesamt
		keine	L	S	LS	LSM	LM	
Special Unit	Anzahl	1	15	1	28	2	2	49
	Prozent	2,0%	30,6%	2,0%	57,1%	4,1%	4,1%	47,6%
wohnnortnahe Grundschule	Anzahl	6	10	4	20	6	0	46
	Prozent	13,0%	21,7%	8,7%	43,5%	13,0%	0,0%	44,6%
Internatsschule	Anzahl	0	2	0	0	1	1	4
	Prozent	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	25,0%	25,0%	3,9%
wohnnortnahe Sekundarschule	Anzahl	2	1	0	1	0	0	4
	Prozent	50,0%	25,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	3,9%
Gesamt	Anzahl	9	28	5	49	9	3	103
	Prozent	8,7%	27,2%	4,9%	47,6%	8,7%	2,9%	100,0%

Legende: L: Unterstützung durch Lehrer; S: Unterstützung durch Mitschüler; LS: Unterstützung durch Lehrer und Mitschüler; LSM: Unterstützung durch Lehrer, Mitschüler und Material; LM: Unterstützung durch Lehrer und Material.

Aus Tabelle 26 geht hervor, dass die Mehrzahl (91,3%) der Schüler mit Behinderungen in der Schule Unterstützungen erhält. Die größte Einzelgruppe (47,6%) bilden diejenigen, die durch Lehrer und Mitschüler unterstützt werden, nur sehr wenige (4,9%) werden ausschließlich durch Mitschüler unterstützt.

Von den Schülern, die eine „special unit“ besuchen, erhält die Mehrzahl (95,9%) Unterstützung durch sonderpädagogisch qualifizierte Lehrer. Unterstützung durch Materialien erhalten nur sehr wenige Schüler (8,2%).

In der wohnortnahen Grundschule gaben deutlich weniger Schüler (69,2%) an, durch ihre Lehrer unterstützt zu werden. Der Anteil der Schüler, die durch spezielle Materialien unterstützt werden, liegt mit 13,0% aber höher als in den „special units“. Höchstwahrscheinlich sind dies Schüler mit Sehschädigungen, denen Braillebücher zur Verfügung gestellt werden (s.o.).

Alle Schüler, die eine Internatssonderschule besuchen, gaben an, Unterstützung durch den Lehrer zu erhalten. Da alle solche Schüler eine Hörschädigung haben, besuchen sie höchstwahrscheinlich die Bwiru Boy's Technical Secondary School (vgl. 3.5.2), in der sie von einem sonderpädagogisch qualifizierten Lehrer unterstützt werden. Die Hälfte (50,0%) von ihnen erhält zusätzlich soziale Unterstützung durch Mitschüler sowie Materialien. Hier handelt es sich möglicherweise um Hörhilfen oder Bücher, genauere Angaben sind den Daten nicht zu entnehmen.

Die wenigen Befragten, die die wohnortnahe Sekundarschule besuchen, gaben zur Hälfte (50,0%) an, keine Unterstützung zu erhalten, die andere Hälfte gab an, mindestens Unterstützung durch Lehrer zu erhalten. Hier kann aufgrund der Beobachtungen vermutet werden, dass es sich nicht um sonderpädagogisch qualifizierte Unterstützung handelt.

Die Angebote im Bereich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sind in Tansania, so auch in Mwanza, sehr begrenzt (vgl. 3.4). Angaben zur Früherkennung, der medizinischen Versorgung und Wiederherstellung – in der Erhebung abgebildet durch Physiotherapie – wurden bereits in Abschnitt 5.1.3 erläutert.

Im Bereich der Rehabilitation wurden für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen keine quantitativen Daten zu Angeboten der Hilfsmittelversorgung, speziellen Berufsausbildungsprogrammen und der Evaluation der vorhandenen Angebote erhoben. Angaben hierzu basieren auf eigenen Beobachtungen. Die quantitativen Daten zu Frühförderung und Beratung werden durch qualitative Aussagen ergänzt, um ein umfassenderes Bild zu erhalten. Im Folgenden wird zunächst auf die Versorgung mit Hilfsmitteln eingegangen.

Die Hilfsmittelversorgung für Kinder und Jugendliche und das Wissen über mögliche Hilfsmittel sind in Tansania sehr begrenzt. Kinder und Jugendliche mit einer körperlichen Behinderung oder einer Sehschädigung erhalten in der Regel frühestens bei Schuleintritt Hilfsmittel. Häufig initiieren die Lehrer umfangreiche diagnostische Untersuchungen und verweisen die Eltern an Organisationen, die die Hilfsmittelversorgung finanziell unterstützen. Dennoch sind insbesondere bei leichteren Schädigungsformen, z.B. leichter Sehschwäche, für viele Familien die Hilfsmittel nicht finanzierbar und die positiven Auswirkungen werden nicht erkannt. Orthopädische Hilfsmittel wie Orthesen oder Prothesen für leichtere körperliche Behinderungen sind in Mwanza nicht erhältlich. Blinde oder stark körperbehinderte Kinder erhalten Unterstützung durch ihre Mitmenschen, indem sie geführt oder getragen werden. Einige stark körperbehinderte Kinder und Jugendliche bewegen sich krabbelnd oder auf den Händen laufend vorwärts. Nur wenige können mit einem Rollstuhl versorgt werden (vgl. 3.4). Teilweise erhalten Kinder und Jugendliche Krücken, Rollstühle oder Tricycles, die vom Rotary oder Lion's Club gesponsort werden. Blindenstöcke, -binden oder -hunde sind in Mwanza unbekannt. Die Versorgung mit Hörgeräten ist in Mwanza kaum möglich. Besteht die finanzielle Möglichkeit, z.B. durch Spenden, fahren die Lehrer der „special unit“ für Kinder und Jugendliche mit Hörschädigungen mit einigen zur audiologischen Diagnostik ins ca. 150 km entfernte Tabora. Anschließend werden die Kinder und Jugendlichen gelegentlich mit alten Hörgeräten aus Industrieländern versorgt, wobei eine individuelle audiologische Anpassung nicht möglich ist. Es fehlt an entsprechenden Geräten und Fachleuten. Hinzu kommt, dass es keine Reparaturmöglichkeiten sowie Ersatzbatterien gibt. Es wird deutlich, dass die Hilfsmittelversorgung für Kinder und Jugendliche sehr rudimentär und nur für wenige möglich ist.

Im Bereich der Frühförderung wird in Mwanza nichts speziell Rehabilitatives angeboten. Im Bereich der medizinischen Frühförderung gibt es aber für Kinder mit einer körperlichen Behinderung das Angebot der Physiotherapie im Bugando Medical Centre (vgl. 3.2 sowie Tabelle 22). Weitere behinderungsspezifische Angebote im Bereich der Frühförderung, z.B. Restsehschulung für sehgeschädigte Kinder, Ergo- oder Sprachtherapie, bietet Mwanza nicht. Einige Kindergärten und Vorschulen nehmen freiwillig Kinder mit Behinderungen auf. Je nach Ausbildung der Erzieherinnen⁴⁸ erfolgt ggf. eine behinderungsspezifische Förderung. Hierbei handelt es sich um Angebote der (sonder-)pädagogischen Rehabilitation. Inwiefern dieses Angebot von den befragten Familien angenommen wird, zeigt die folgende Tabelle.

Tabelle 27: Besuchte Einrichtung der 0- bis 6-Jährigen

Besuchte Einrichtung	Anzahl	Prozent
keine	26	78,8%
Kindergarten bzw. Vorschule	4	12,1%
Special Unit	2	6,1%
wohnnortnahe Grundschule	1	3,0%
Gesamt	33	100,0%

Hier wird deutlich, dass über drei Viertel der befragten Kinder (78,8%) keine Einrichtung besuchen. Aus den eigenen Beobachtungen und Gesprächen mit Eltern ist ein Hauptgrund, dass überwiegend private Einrichtungen bereit sind, Kinder mit Behinderungen aufzunehmen. Diese fordern jedoch eine monatliche Gebühr, die für die meisten Eltern nicht bezahlbar ist. Die Systematisierung der staatlichen vorschulischen Erziehung hat erst begonnen, der Besuch erfolgt weiterhin freiwillig (vgl. 3.5.1). Die

⁴⁸ In einigen Kindergärten und Vorschulen arbeiten Erzieherinnen mit Montessori-Diplom. Montessori hat in ihrer praktischen Arbeit Kinder mit Behinderungen integriert. Ihr Wissen und ihre Erfahrungen werden in der tansanischen Montessori-Ausbildung weiter vermittelt.

Aufnahme von Kindern mit Behinderungen erfolgt auf freiwilliger Basis. Bei einer steigenden allgemeinen Nachfrage erhöht sich die Gruppengröße auf 20 bis 40 Kinder bei einer Erzieherin bzw. Lehrerin. Werden Kinder mit Behinderungen aufgenommen, ergeben sich zusätzliche Probleme, mit denen die Erzieherinnen häufig überfordert sind, so dass Kinder mit Behinderungen oft nach einer kurzen Zeit die Einrichtung wieder verlassen müssen (eigene Beobachtungen).

In der vorliegenden Erhebung wurden soziale, psychologische und andere Beratungsangebote durch Fragen nach der Mitgliedschaft in einer der Selbsthilfegruppen für Menschen mit Behinderungen (vgl. Kapitel 1 und Abschnitt 3.4) und nach weiteren Beratungsangeboten erfasst. In der folgenden Tabelle wird zunächst die Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe dargestellt. Insbesondere in der Altersgruppe der 0- bis 6-Jährigen und der 7-bis 13-Jährigen geht es dabei eher um die Mitgliedschaft eines Familienmitglieds als die der Kinder. In der Gruppe der Jugendlichen (14 bis 17 Jahre) zählt die Mitgliedschaft eines Familienmitglieds oder des Betroffenen selbst.

Tabelle 28: Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe

Mitglied in einer Selbsthilfegruppe	Anzahl	Prozent
nein	157	89,2%
ja	19	10,8%
Gesamt	176	100,0%

Aus Tabelle 28 wird offensichtlich, dass bei der großen Mehrzahl (89,2%) der befragten Familien mit behinderten Kindern oder Jugendlichen keiner der Angehörigen Mitglied in einer Selbsthilfegruppe ist. Gründe hierfür gehen aus den Daten nicht hervor. Vermutlich fehlt es den Familien an Informationen zu den verschiedenen Gruppen und/oder am Geld für den Monatsbeitrag. Möglicherweise erhalten sie auch andere Beratung, z.B. in den Schulen, und halten eine Beratung durch die Selbsthilfegruppen deshalb nicht für

erforderlich. Inwiefern weitere Beratungsangebote genutzt werden, zeigt die folgende Tabelle. Dabei wird nicht zwischen professioneller Beratung, z.B. durch Ärzte, Lehrer, und privater Beratung, z.B. durch Nachbarn, andere betroffene Familien, differenziert.

Tabelle 29: Wahrnehmung anderer Beratungsangebote

Wahrnehmung anderer Beratungsangebote	Anzahl	Prozent
nein	128	72,7%
ja	48	27,3%
Gesamt	176	100,0%

Es wird deutlich, dass über ein Viertel (27,3%) der befragten Familien andere Beratungsangebote nutzt. Das sind geringfügig mehr als diejenigen, die Beratung durch die Selbsthilfegruppen erhalten, allerdings nutzen Familien, die Mitglieder in einer Selbsthilfegruppe sind, auch eher andere Beratungsangebote (73,7%). Möglicherweise werden sie in der Beratung der Selbsthilfegruppe auf andere Beratungsangebote hingewiesen. Die Gründe können vielfältig sein und sind aus den vorhandenen Daten nicht zu entnehmen.

Wie bereits in Abschnitt 3.4 beschrieben, gibt es in Mwanza ein Rehabilitations-Ausbildungszentrum, in dem Menschen mit einer körperlichen Behinderung und teilweise auch mit Sinnesschädigungen eine handwerkliche Ausbildung absolvieren können. Voraussetzung für die Aufnahme ist der Grundschulabschluss. Die Nachfrage ist groß und daher erhöht sich die Chance auf einen Ausbildungsplatz mit höherem Schulabschluss oder Alter. Von den Befragten zwischen 14 und 17 Jahren besucht in der eigenen Erhebung niemand ein Rehabilitations-Ausbildungszentrum oder ein VETA-Zentrum (vgl. 3.4). Ca. 30% der Befragten in dieser Altersgruppe besucht keine Einrichtung, ca. 20% besuchen die Sekundarschule und je ca. ein Viertel besuchen noch eine „special unit“ oder die wohnortnahe Grundschule. Anhand dieser Zahlen wird

deutlich, dass ein Bedarf zur beruflichen Ausbildung für Jugendliche mit Behinderungen besteht. Allerdings muss auch sichergestellt werden, dass die jungen Menschen nach ihrer Berufsausbildung in den Arbeitsmarkt integriert werden (vgl. dazu auch 2.2). Dies ist bisher sehr schwierig, weil es keine rechtlichen, politischen oder praktischen Bestrebungen zur Verbesserung der Situation gibt.

Während meines Aufenthalts in Mwanza habe ich nicht beobachtet oder erfahren, dass die vorhandenen Angebote der Rehabilitation regelmäßig evaluiert werden. Dies entspricht den langjährigen Erfahrungen Vannestes (vgl. 2005, 5) in Tansania und seiner Kritik.

Abschließend können die sonderpädagogisch-rehabilitativen Angebote für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in Mwanza wie folgt zusammengefasst werden: Die Mehrzahl der schulpflichtigen befragten Kinder und Jugendlichen in Mwanza besucht eine Schule. Bei der Schulform sind deutliche Unterschiede zwischen den Stadtteilen zu erkennen. Eine sonderpädagogische Unterstützung ist nur in den zentrumsnahen „special units“ und der integrativ arbeitenden Sekundarschule gewährleistet. In den anderen Bildungseinrichtungen erfahren Kinder mit Behinderungen soziale Unterstützung durch Lehrer und Mitschüler, die möglicherweise teilweise sonderpädagogisch qualifiziert ist (s.o.). Insbesondere in den ländlichen Stadtteilen fehlt es an sonderpädagogischen Angeboten. Die Versorgung mit behinderungsspezifischen (Unterrichts-)materialien ist nur für wenige Schüler gewährleistet. In Mwanza gibt es nur sehr wenige Angebote der Rehabilitation, die von den Befragten kaum genutzt werden (vgl. Tabelle 26 – 28). Aussagen zur Qualität der Angebote können anhand der Daten nicht gemacht werden, aus den Beobachtungen wird jedoch deutlich, dass die Qualität nicht mit westlichem Standard gleich zu setzen ist.

Nach der ausführlichen Darstellung der erhobenen Daten kann die Lebenssituation der befragten Kinder und Jugendlichen in Mwanza wie folgt zusammengefasst werden:

Die Mehrzahl der Befragten lebt in einer Kleinfamilie, viele auch in Ein-Eltern-Familien. Dieses spiegelt den allgemeinen tansanischen Trend wieder, dass insbesondere in Großstädten die traditionelle Großfamilie auseinander bricht. Die ökonomische Lage der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen ist durch Armut gekennzeichnet, die an einem niedrigen Einkommen der Familie und schlechten Wohnverhältnissen deutlich wird und sich auf die Ernährungssituation der Betroffenen auswirkt. Die Mehrzahl der Befragten leidet an einer einseitigen Mangelernährung, durch die sich der allgemeine Gesundheitszustand verschlechtert, was wiederum die Anfälligkeit für Infektionskrankheiten erhöht.

Trotz der Armut werden die Angebote der medizinischen Vorsorge und Versorgung von den befragten Familien gut angenommen. So ist die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen geimpft und hat alle Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen. Dies liegt möglicherweise an der kostengünstigen Versorgung in den „clinics“ (vgl. 3.2).

Die Mehrzahl der befragten schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen besucht zwar eine Schule, erhält hier jedoch kaum sonderpädagogisch qualifizierte Unterstützung. Das bedeutet, dass ein Ziel des PEDP, die Erhöhung der Einschulungsrate für **alle** Kinder, zwar erreicht wird, dass die Qualität der schulischen Förderung für behinderte Kinder und Jugendliche jedoch nicht angemessen ist (vgl. Tabelle 25 sowie die Ausführungen in 3.5 und 3.5.2).

Besonders schlecht ist die Situation im Bereich der Rehabilitation. Es gibt in Mwanza kaum Angebote zur Früherkennung und -förderung und die vorhandenen Angebote werden von den Befragten kaum genutzt. Die Versorgung mit angemessenen Hilfsmitteln ist schwierig, da diese in Tansania teilweise nicht erhältlich bzw. sehr teuer sind. Wie bereits geschildert, leben die meisten befragten Kinder und Jugendlichen in armen Familien, die nicht in der Lage sind, ihren behinderten Kindern teure Hilfsmittel zu kaufen. Die Möglichkeit zu einer (sonder-)pädagogisch qualifizierten Berufsausbildung besteht zwar für Jugendliche mit einer Körperbehinderung oder Sinnesschädigung, von den Befragten besucht jedoch niemand ein Ausbildungszentrum. Die wenigen Beratungsangebote für Menschen mit Behinderungen werden häufig von anderen Betroffenen durchgeführt und nur von wenigen Befragten genutzt. Angaben zu Gründen könnten hier weiterhelfen, um das Angebot zu verbessern.

Nachdem die Lebenssituation der befragten Kinder und Jugendlichen bis 17 Jahre erläutert worden ist, wird nun die Lebenssituation der Erwachsenen mit Behinderungen dargestellt.

5.2 Die Gruppe der Erwachsenen über 18 Jahren mit Behinderungen

Bei den befragten Erwachsenen mit Behinderungen handelt es sich überwiegend um Selbstauskünfte. Ausnahme sind gehörlose Erwachsene, bei denen es zu Verständigungsschwierigkeiten kam. Hier wurden nahe Angehörige oder Freunde in Anwesenheit des Betroffenen interviewt.

5.2.1 Die Stichprobenauswahl

Bevor die Lebenssituationen von Erwachsenen mit Behinderungen dargestellt werden, soll die Stichprobenauswahl näher beschrieben werden. Um die Repräsentativität der Stichprobenauswahl zu überprüfen, werden die Daten der Tabellen 29 und 30 mit den Daten Mwanzas bei der Volkszählung von 2002 verglichen.

Zunächst wird in Tabelle 30 die befragte Population nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt. Die Zusammenfassung in Altersgruppen erscheint sinnvoll, da besonders bei den Menschen über 58 Jahren möglicherweise eine Spätbehinderung oder eine altersbedingte Behinderung vorliegt. Bei den Menschen zwischen 18 und 27 Jahren ergeben sich möglicherweise andere Lebensbedingungen, da sie noch in der schulischen oder beruflichen Ausbildung sind, während die Menschen zwischen 28 und 57 Jahren im berufstätigen Alter sind und meist Familie haben.

Tabelle 30: Anzahl der Befragten nach Altersgruppen und Geschlecht

Alter		Geschlecht		Gesamt
		weiblich	männlich	
18-27 Jahre	Anzahl	21	43	64
	Prozent	32,8%	67,2%	33,7%
28-57 Jahre	Anzahl	26	58	84
	Prozent	31,0%	69,0%	44,2%
58 und älter	Anzahl	20	22	42
	Prozent	47,6%	52,4%	22,1%
Gesamt	Anzahl	67	123	190
	Prozent	35,3%	64,7%	100,0%

Die Tabelle zeigt, dass insgesamt 190 Erwachsene befragt wurden, davon 67 Frauen und 123 Männer. Das entspricht einem prozentualen Anteil von 35,3% Frauen und 64,7% Männern. Damit sind knapp zwei Drittel der Befragten Männer. Diese Verteilung deckt sich nicht ganz mit den Daten zur realen Population, wie sie in der Volkszählung von 2002 erhoben wurden. Laut Volkszählung sind 43,0% der Menschen mit Behinderungen in Mwanza Frauen und 57,0% Männer (vgl. The United Republic of Tanzania (2004), Tab. B1.1). In allen Altersgruppen der eigenen Erhebung wurden mehrheitlich Männer befragt. Dies entspricht auch den Angaben der Volkszählung (vgl. United Republic of Tanzania 2004, Tab. B.1).

Weiterhin ist erkennbar, dass in der eigenen Erhebung 44,2% zwischen 28 und 57 Jahren alt sind und damit die größte Einzelgruppe stellen. Damit wird die mittlere Altersgruppe fast realistisch abgebildet, in der Volkszählung betrug ihr Anteil 49,2%. Die kleinste Gruppe bilden die über 58-Jährigen mit 22,1%. Diese sind deutlich überrepräsentiert, denn in der Realität beträgt ihr Anteil an den erwachsenen Menschen mit Behinderung nur 8,4%. Die 18- bis 27- Jährigen sind geringfügig unterrepräsentiert, ihr Anteil lag bei der Volkszählung bei 42,4% (vgl. a.a.O.).

Es wird deutlich, dass die eigene Erhebung insbesondere bei der Verteilung auf die verschiedenen Altersgruppen keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben kann, sondern nur einen Ausschnitt der Realität wiedergibt.

Besonders wichtig ist auch die Frage nach den unterschiedlichen Behinderungen. Hierauf gibt Tabelle 31 eine Antwort.

Tabelle 31: Anzahl der befragten Menschen nach Art der Behinderung und Geschlecht

Art der Behinderung		Geschlecht		Gesamt
		weiblich	männlich	
langfristige Erkrankung	Anzahl	4	6	10
	Prozent	40,0%	60,0%	5,3%
geistige Behinderung	Anzahl	1	1	2
	Prozent	50,0%	50,0%	1,1%
körperliche Behinderung (gehfähig)	Anzahl	35	51	86
	Prozent	40,7%	59,3%	45,3%
körperliche Behinderung (nicht gehfähig)	Anzahl	13	22	35
	Prozent	37,1%	62,9%	18,4%
Seherschädigung	Anzahl	7	24	31
	Prozent	22,6%	77,4%	16,3%
Hörschädigung	Anzahl	4	14	18
	Prozent	22,2%	77,8%	9,5%
Mehrfachbehinderung	Anzahl	3	5	8
	Prozent	37,5%	62,5%	4,2%
Gesamt	Anzahl	67	123	190
	Prozent	35,3%	64,7%	100,0%

Anhand der Tabelle 31 wird offensichtlich, dass fast zwei Drittel der Befragten eine körperliche Behinderung haben (63,7%), von diesen sind 60,3% Männer. Dies bildet die Realität in Mwanza ab. Laut Volkszählung von 2002 hatten damals 65,0% der Befragten über 18 Jahre eine Körperbehinderung, 62,3% von ihnen waren Männer (vgl. The United Republic of Tanzania (2004), Tab. B1.1).

In der eigenen Erhebung wurden nur sehr wenige Menschen mit einer geistigen Behinderung (1,1%) befragt, dies liegt möglicherweise an der Form der Stichprobenauswahl (vgl. 4.4.2). Für die Population in Mwanza ist dieser Anteil nicht repräsentativ. Bei der Volkszählung 2002 betrug der Anteil der Menschen mit einer geistigen Behinderung 14,7% (vgl. The United Republic of Tanzania (2004), Tab. B1.1.).

Während in der eigenen Erhebung mehr Menschen mit einer Sehschädigung (16,3%) als mit einer Hörschädigung (9,5%) befragt wurden, ist diese Verteilung in der Realität genau entgegengesetzt. Im Jahr 2002 lebten in Mwanza fast doppelt so viele Erwachsene mit einer Hörschädigung (11,2%) als mit einer Sehschädigung (6,2%) (vgl. a.a.O.). Möglicherweise liegt dieses an der Methode der Stichprobenauswahl, da die Informationen nur mündlich weitergegeben wurden, so dass hörgeschädigte Menschen diese seltener erhalten haben (vgl. 4.4.2). Der sehr hohe Anteil der befragten Männer mit einer Sehschädigung bzw. Hörschädigung (jeweils über drei Viertel) in der eigenen Erhebung spiegelt ebenfalls nicht die Realität wider. Es lebten 2002 weniger Männer mit Seh- bzw. Hörschädigungen (45,7% bzw. 45,0%) in Mwanza als Frauen (vgl. a.a.O., Tab. B 1.2).

In der Gruppe der Erwachsenen mit Behinderungen wurde niemand mit einer Sprachauffälligkeit befragt. Möglicherweise ist dies eine Schädigung, die erst bei jüngeren Kindern und durch westliche Einflüsse als Behinderung angesehen wird (vgl. dazu 3.3).

Das Alter bei Eintritt der Behinderung kann Auswirkungen auf die schulische und berufliche Ausbildung sowie die aktuelle Berufstätigkeit haben, aber auch auf die Familiensituation. Es kann Rückschlüsse geben auf Ursachen für die Behinderung, z.B. fehlende Impfungen, und besonders vulnerable Altersgruppen aufzeigen. Die Art der Behinderung und das Alter bei deren Eintritt werden in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 32: Art der Behinderung und Alter bei Eintritt der Behinderung

Art der Behinderung		Eintrittsalter der Behinderung						Gesamt
		Geburt	0-1 Jahr	2-6 Jahre	7-18 Jahre	19-49 Jahre	über 50 Jahre	
langfristige Erkrankung	Anzahl	2	0	1	3	4	0	10
	Prozent	20,0%	0,0%	10,0%	30,0%	40,0%	0,0%	5,3%
geistige Behinderung	Anzahl	2	0	0	0	0	0	2
	Prozent	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%
körperliche Behinderung (nicht gehfähig)	Anzahl	7	8	24	14	13	20	86
	Prozent	8,1%	9,3%	27,9%	16,3%	15,1%	23,3%	45,3%
körperliche Behinderung (gehfähig)	Anzahl	4	3	11	7	1	9	35
	Prozent	11,4%	8,6%	31,4%	20,0%	2,9%	25,7%	18,4%
Sehschädigung	Anzahl	1	1	6	2	2	19	31
	Prozent	3,2%	3,2%	19,4%	6,5%	6,5%	61,3%	16,3%
Hörschädigung	Anzahl	3	0	8	6	0	1	18
	Prozent	16,7%	0,0%	44,4%	33,3%	0,0%	5,6%	9,5%
Mehrfachbehinderung	Anzahl	4	1	1	1	1	0	8
	Prozent	50,0%	12,5%	12,5%	12,5%	12,5%	0,0%	4,2%
Gesamt	Anzahl	23	13	51	33	21	49	190
	Prozent	12,1%	6,8%	26,8%	17,4%	11,1%	25,8%	100,0%

Tabelle 32 verdeutlicht, dass die Verteilung auf das Eintrittsalter der Behinderung bei den Befragten relativ ausgeglichen ist. Nur bei wenigen der Befragten (6,8%) trat die Behinderung bereits im ersten Lebensjahr ein. Möglicherweise ist die Anzahl so gering, da auf Grund mangelnder medizinischer Versorgung viele Kinder im ersten Lebensjahr sterben, die, würden sie überleben, eine Behinderung hätten⁴⁹.

Diejenigen, bei denen die Behinderung zwischen dem zweiten und sechsten Lebensjahr eintrat, bilden die größte Einzelgruppe (26,8%). Die Behinderung hatte bei diesen

⁴⁹ Die Kindersterblichkeit bei Kindern unter 5 Jahren lag auch 2003 noch bei 165 von 1.000 und hat sich kaum verändert (vgl. URL: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES-/AFRICAEXT/TANZANIAEXTN/0,,menuPK:287345~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:258799,00.html> [Stand: 15.11.05]).

Befragten möglicherweise Auswirkungen auf die schulische Ausbildung und wurde evtl. durch fehlende Impfungen oder Infektionskrankheiten ausgelöst (vgl. 5.2.4). Besonders körperliche Behinderungen und Hörschädigungen traten in diesem Alter auf.

Bei ca. einem Viertel (25,8%) der Befragten trat die Behinderung erst mit über 50 Jahren ein, womit sich ein Zusammenhang zwischen Alter und Behinderung andeutet. Die Behinderung hatte demnach keine Auswirkungen auf die schulische und berufliche Ausbildung, nur möglicherweise auf die aktuelle Berufstätigkeit und das Familienleben. Die Mehrzahl der befragten Personen in dieser Altersgruppe hat eine Sehschädigung (61,3%).

Wie in Abschnitt 2.4 beschrieben wurde, hat die Familie eine zentrale Bedeutung für den tansanischen Alltag. Aus diesem Grund wurde der Familienstand erhoben, der erste Hinweis auf die soziale Lebenssituation gibt.

Tabelle 33: Familienstand und Geschlecht der Befragten

Familienstand		Geschlecht		Gesamt
		weiblich	männlich	
ledig	Anzahl	28	55	83
	Prozent	33,7%	66,3%	43,7%
verheiratet	Anzahl	20	55	75
	Prozent	26,7%	73,3%	39,5%
geschieden	Anzahl	10	7	17
	Prozent	58,8%	41,2%	8,9%
verwitwet	Anzahl	9	6	15
	Prozent	60,0%	40,0%	7,9%
Gesamt	Anzahl	67	123	190
	Prozent	35,3%	64,7%	100,0%

Die Tabelle zeigt, dass über ein Drittel (39,5%) der Befragten verheiratet ist, hiervon sind fast drei Viertel (73,3%) Männer. Die Mehrzahl der Befragten ist demnach nicht verheiratet (60,5%), also „allein stehend“. Besonders betroffen sind Frauen (70,1%). Das bedeutet, dass noch nicht einmal ein Drittel (29,9%) der Frauen durch die Ehe ökonomisch abgesichert ist und soziales Ansehen genießt (vgl. 2.4).

Im folgenden Abschnitt wird die soziale Lebenssituation detaillierter beschrieben.

5.2.2 Die soziale Lebenssituation der Erwachsenen mit Behinderungen

Wie in Abschnitt 2.4 beschrieben wurde, wird die soziale Lebenssituation in Tansania wesentlich durch das Leben in der Großfamilie bestimmt. In Städten, so auch in Mwanza findet man jedoch immer häufiger die Kleinfamilie vor. Über die eigene (Klein-)Familienstruktur erhält man Anerkennung durch die anderen (Groß-) Familienmitglieder, diese wiederum fungieren für den Einzelnen als soziale Absicherung bei Krankheit, Hilfsbedürftigkeit und Tod. Die Familiensituation hat demnach erhebliche Auswirkungen auf die ökonomische Situation. Wichtige Indikatoren für die soziale Anerkennung, aber auch für die finanzielle Absicherung sind der Familienstand, die Anzahl der Kinder – insbesondere der Söhne – und die Anzahl der Brüder. Hierzu werden im Folgenden Daten aus der Erhebung in Mwanza dargestellt und analysiert.

Die Mehrzahl der Befragten ist allein Stehend (vgl. Tabelle 33). Möglicherweise besteht hier ein Zusammenhang zwischen Familienstand und Alter. Das durchschnittliche Heiratsalter in Tansania lag 1994 bei 24 Jahren für Männer und bei 18 Jahren für Frauen. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass dieses auf dem Land noch einmal niedriger ist als in der Stadt (vgl. Bureau of Statistics Planning Commission 1994, 53). Allerdings sind diese Daten bereits über 10 Jahre alt und das durchschnittliche Heiratsalter könnte sich inzwischen verändert haben. Für die vorliegende Erhebung kann aus diesen Angaben vermutet werden, dass die Mehrzahl der Ledigen zwischen 18 und 27 Jahre alt ist.

Die durchschnittliche Lebenserwartung lag 2003 bei 43 Jahren (vgl. URL: <http://devdata.worldbank.org/hnpstats/HnpAtaGlance.asp?sCtry=TZA,Tanzania> [Stand: 15.05.2005]), daraus kann vermutet werden, dass ein großer Teil der Verwitweten über 44 Jahre alt ist, weil der Ehepartner bereits verstorben ist. Zur Überprüfung der Vermutung, dass die Mehrzahl der 18- bis 27-Jährigen bzw. der über 58-Jährigen allein Stehend ist, dient die folgende Tabelle.

Tabelle 34: Familienstand und Alter

Familienstand		Alter			Gesamt
		18-27 Jahre	28-57 Jahre	58 Jahre und älter	
ledig	Anzahl	57	21	5	83
	Prozent	68,7%	25,3%	6,0%	43,7%
verheiratet	Anzahl	6	50	19	75
	Prozent	8,0%	66,7%	25,3%	39,5%
geschieden	Anzahl	1	8	8	17
	Prozent	5,9%	47,1%	47,1%	8,9%
verwitwet	Anzahl	0	5	10	15
	Prozent	0,0%	33,3%	66,7%	7,9%
Gesamt	Anzahl	64	84	42	190
	Prozent	33,7%	44,2%	22,1%	100,0%

Die Tabelle bestätigt die Vermutung, denn die Mehrheit der Ledigen (68,7%) ist zwischen 18 und 27 Jahren alt, die Mehrheit der Verwitweten (66,7%) ist über 58 Jahren alt. Die Mehrzahl der Verheirateten (66,7%) ist zwischen 28 und 57 Jahren alt. Das bedeutet, dass der Familienstand der meisten Menschen mit Behinderungen dem Altersdurchschnitt der tansanischen Bevölkerung entspricht.

Wie bereits erwähnt, sind Kinder für die soziale Anerkennung wichtig, sie können die Person mit Behinderung mitversorgen, aber auch eine zusätzliche finanzielle Belastung darstellen, da insbesondere junge Kinder der Versorgung bedürfen. Die folgende Tabelle zeigt Geschlecht, Familienstand und Kinder der Befragten.

Tabelle 35: Geschlecht, Familienstand und Kinder

Geschlecht	Familienstand		Kind		Gesamt
			kein Kind	Kind(er) vorhanden	
weiblich	ledig	Anzahl	13	15	28
		Prozent	46,4%	53,6%	41,8%
	verheiratet	Anzahl	5	15	20
		Prozent	25,0%	75,0%	29,9%
	geschieden	Anzahl	0	10	10
		Prozent	0,0%	100,0%	14,9%
	verwitwet	Anzahl	4	5	9
		Prozent	44,4%	55,6%	13,4%
	Gesamt	Anzahl	22	45	67
		Prozent	32,8%	67,2%	100,0%
männlich	ledig	Anzahl	45	10	55
		Prozent	81,8%	18,2%	44,7%
	verheiratet	Anzahl	7	48	55
		Prozent	12,7%	87,3%	44,7%
	geschieden	Anzahl	0	7	7
		Prozent	0,0%	100,0%	5,8%
	verwitwet	Anzahl	2	4	6
		Prozent	33,3%	66,7%	4,9%
	Gesamt	Anzahl	54	69	123
		Prozent	43,9%	56,1%	100,0%

Aus Tabelle 35 wird erkennbar, dass über zwei Drittel der befragten Frauen (67,2%), aber nur gut die Hälfte (56,1%) der befragten Männer mindestens ein Kind hat, wodurch ihre soziale Anerkennung steigt und sie aktuell oder zu einem späteren Zeitpunkt durch das Kind versorgt werden können. In der Gruppe der Geschiedenen haben alle Befragten Kinder und bei den Verwitweteten haben sowohl Frauen als auch Männer mehrheitlich (55,6% bzw. 66,7%) mindestens ein Kind.

Während über ein Drittel (39,0%) der Männer, die mindestens ein Kind haben, verheiratet ist, sind dies noch nicht einmal ein Viertel der befragten Frauen (22,4%). Das bedeutet, dass die Mehrzahl der Frauen in einer schwierigen finanziellen Situation ist, insbesondere wenn die Kinder noch so jung sind, dass sie mitversorgt werden müssen.

Nicht erhoben wurde, in welchem Alter die Kinder sind und inwiefern sie zur finanziellen Unterstützung der Familie bereits beitragen können. Es wurde jedoch gefragt, wie viele Kinder der Befragten aktuell die Schule besuchten. Hieraus könnten gewisse Rückschlüsse auf das Alter, die finanzielle Belastung und die Unterstützung geschlossen werden. In drei Vierteln der Fälle (74,2%) ging jedoch kein Kind in die Schule. Das bedeutet, dass die Kinder entweder noch zu jung waren oder bereits die Schule verlassen hatten, es ist aber auch möglich, dass die Kinder zwar im schulpflichtigen Alter waren, sie aber die Schule nicht besuchten, weil die Eltern dazu z.B. nicht die finanziellen Mittel hatten oder sie im Haushalt oder auf dem Feld mithelfen mussten. Hierzu sind keine konkreten Aussagen möglich.

Für die Absicherung im Alter und bei Krankheit sind besonders Söhne wichtig, da die Töchter mit der Heirat in die Familie des Mannes übertreten. Söhne können auch zur Pflege und Unterstützung eines männlichen Familienmitglieds mit Behinderung herangezogen werden, während Töchter eher im Haushalt und bei der Versorgung weiblicher Familienmitglieder mit Behinderungen mithelfen. In der folgenden Tabelle werden das Geschlecht, der Familienstand und die Anzahl der Söhne dargestellt.

Tabelle 36: Geschlecht, Familienstand und Anzahl der Söhne

Geschlecht	Familienstand		Anzahl der Söhne				Gesamt
			keinen	1	2	3 und mehr	
weiblich	ledig	Anzahl	18	7	3	0	28
		Prozent	64,3%	25,0%	10,7%	0,0%	41,8%
	verheiratet	Anzahl	8	5	2	5	20
		Prozent	40,0%	25,0%	10,0%	25,0%	29,9%
	geschieden	Anzahl	2	2	3	3	10
		Prozent	20,0%	20,0%	30,0%	30,0%	14,9%
	verwitwet	Anzahl	6	1	2	0	9
		Prozent	66,7%	11,1%	22,2%	0,0%	13,4%
	Gesamt	Anzahl	34	15	10	8	67
		Prozent	50,8%	22,4%	14,9%	11,9%	100,0%
männlich	ledig	Anzahl	52	1	1	1	55
		Prozent	94,5%	1,8%	1,8%	1,8%	44,7%
	verheiratet	Anzahl	13	12	12	18	55
		Prozent	23,6%	21,8%	21,8%	32,7%	44,7%
	geschieden	Anzahl	5	2	0	0	7
		Prozent	71,4%	28,6%	,0%	,0%	5,8%
	verwitwet	Anzahl	2	1	3	0	6
		Prozent	33,3%	16,7%	50,0%	,0%	4,9%
	Gesamt	Anzahl	72	16	16	19	123
		Prozent	58,5%	13,0%	13,0%	15,5%	100,0%

Anhand der Tabelle wird deutlich, dass insgesamt sowohl die Hälfte der Frauen (50,8%) als auch der Männer (58,5%) keine Söhne hat. Die Mehrzahl der verheirateten Frauen (60,0%) und Männer (76,4%) hat mindestens einen Sohn. Das bedeutet für diese Familien soziale Anerkennung sowie finanzielle Absicherung in Notsituationen.

Während 44,7% der befragten allein stehenden Frauen mindestens einen Sohn haben, sind es bei den befragten allein stehenden Männern nur 13,2%. Das bedeutet, dass diese allein stehenden Frauen soziale Anerkennung erfahren und eine finanzielle Absicherung haben, wenn der Sohn im entsprechenden Alter ist.

Die Familiensituation wird nicht nur durch die Anzahl der eigenen Kinder bestimmt, sondern auch durch Schwestern und Brüder. Besonders den Brüdern kommt eine hohe Bedeutung zu, da, wie schon gesagt, die Schwestern durch Heirat in die Familie des Mannes eintreten. Eine besondere Bedeutung haben die Geschwister für die allein stehenden behinderten Menschen, da sie von ihnen Unterstützung bekommen können. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Brüder entsprechend dem Familienstand.

Tabelle 37: Geschlecht, Familienstand und Anzahl der Brüder

Geschlecht	Familienstand		Brüder				Gesamt
			keinen	1	2	3 und mehr	
weiblich	ledig	Anzahl	14	9	5	0	28
		Prozent	50,0%	32,1%	17,9%	0,0%	41,8%
	verheiratet	Anzahl	5	9	4	2	20
		Prozent	25,0%	45,0%	20,0%	10,0%	29,9%
	geschieden	Anzahl	5	4	1	0	10
		Prozent	50,0%	40,0%	10,0%	0,0%	14,9%
	Verwitwet	Anzahl	6	2	1	0	9
		Prozent	66,7%	22,2%	11,1%	0,0%	13,4%
		Anzahl	30	24	11	2	67
		Prozent	44,8%	35,8%	16,4%	3,0%	100,0%
männlich	ledig	Anzahl	26	21	7	1	55
		Prozent	47,3%	38,2%	12,7%	1,8%	44,7%
	verheiratet	Anzahl	35	12	7	1	55
		Prozent	63,6%	21,8%	12,7%	1,8%	44,7%
	geschieden	Anzahl	7	0	0	0	7
		Prozent	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,8%
	verwitwet	Anzahl	4	1	1	0	6
		Prozent	66,7%	16,7%	16,7%	0,0%	4,9%
		Anzahl	72	34	15	2	123
		Prozent	58,5%	27,6%	12,2%	1,6%	100,0%

Tabelle 37 zeigt, dass etwas über die Hälfte (54,2%) der befragten Frauen mindestens einen Bruder hat, während über die Hälfte der Männer (58,5%) ohne Bruder ist. Nur von den ledigen Männern hat die Hälfte (52,7%) mindestens einen Bruder. In der Gruppe der Frauen haben von den Verheirateten 75% mindestens einen Bruder, in der Gruppe der Ledigen und Geschiedenen sind dies nur je 50%, und in der Gruppe der Verwitweten hat nur ein Drittel (33,3%) mindestens einen Bruder. Das bedeutet, dass besonders die verwitweten Frauen in einer schwierigen finanziellen Situation sind, da die Mehrzahl von ihnen keinen Sohn (66,7%) (vgl. Tabelle 36) oder Bruder (66,7%) hat und damit vermutlich kaum familiäre finanzielle Unterstützung erhält.

Zusammenfassend entspricht also die soziale Lebenssituation der Menschen mit Behinderungen in Mwanza in Bezug auf den Familienstand und die vorhandenen Kinder dem allgemeinen Bevölkerungsdurchschnitt Tansanias sowie den tansanischen Idealvorstellungen vom Familienleben (vgl. 2.4).

Die ökonomische Absicherung durch die Familie ist für die meisten Menschen mit Behinderungen in Mwanza allerdings nicht gegeben. Über die Hälfte von ihnen (55,8%) hat keinen Sohn oder Bruder (53,7%). Besonders betroffen sind die allein Stehenden, von denen 73,9% keinen Sohn oder Bruder (60,8%) haben (vgl. Tabelle 36 – 37).

Die ökonomische Situation kann jedoch nicht ausschließlich durch die Familie bestimmt werden. Der folgende Abschnitt zieht weitere Indikatoren zur Beschreibung der ökonomischen Situation der Menschen mit Behinderungen heran.

5.2.3 Die ökonomische Lage

Die ökonomische Situation der Erwachsenen mit Behinderung wird wesentlich bestimmt durch ihre Erwerbstätigkeit. Da es in Tansania sehr unhöflich ist, nach dem Gehalt zu fragen, wurde lediglich nach der Berufstätigkeit gefragt und daraus auf die Einkommensklassen geschlossen. Als weitere Indikatoren dienten wie bei der Befragung der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen (vgl. 5.1.3) Fragen zum Grundbesitz und Besitz von Tieren sowie zur Wohnsituation.

Zunächst werden in der folgenden Tabelle die Einkommensgruppen unterteilt nach Frauen und Männern dargestellt. Dabei werden in der Gruppe „Kein Einkommen“ diejenigen erfasst, die noch die Schule besuchen, in der Ausbildung⁵⁰, arbeitslos, Rentner oder Hausfrauen sind.

Tabelle 38: Geschlecht und Einkommensgruppen

Geschlecht		Einkommensgruppen					Gesamt
		KE	UE	GE	AE	GuE	
weiblich	Anzahl	38	21	6	2	0	67
	Prozent	56,7%	31,3%	9,0%	3,0%	0,0%	35,3%
männlich	Anzahl	53	42	11	13	4	123
	Prozent	43,1%	34,1%	8,9%	10,6%	3,2%	67,7%
Gesamt	Anzahl	91	63	17	15	4	190
	Prozent	47,9%	33,2%	8,9%	7,9%	2,1%	100,0%

Legende: KE: Kein Einkommen; UE: Unregelmäßiges Einkommen, z.B. als Tagelöhner; GE: Geringes Einkommen, z.B. als Handwerker; AE: Ausreichendes Einkommen, z.B. als Arbeiter; GuE: Gutes Einkommen, z.B. als Beamter.

Anhand der Tabelle wird deutlich, dass die Hälfte (52,1%) der befragten Menschen mit Behinderungen in Mwanza ein Einkommen hat, wobei einem Drittel (33,2%) jedoch nur ein unregelmäßiges Einkommen zur Verfügung steht. Damit leben über 80% der Befragten ohne oder nur von einem unregelmäßigen Einkommen und sind damit finanziell vom Ehepartner – falls verheiratet – oder anderen Familienmitgliedern abhängig.

Hiervon sind Frauen geringfügig stärker betroffen als Männer. Über die Hälfte (56,7%) hat kein Einkommen und 31,3% haben ein unregelmäßiges Einkommen. Der tansanische Trend, dass insbesondere Frauen von Arbeitslosigkeit betroffen sind (vgl. 2.2), ist für die befragte Population nur bedingt zutreffend. Keine der befragten Frauen erhält ein gutes und nur 3,0% ein ausreichendes Einkommen. In der Gruppe der Männer erhalten 10,6% ein ausreichendes und 2,1% ein gutes Einkommen.

⁵⁰ In Tansania erhält man während der Ausbildung keinen Lohn.

Möglicherweise gibt es bestimmte Schädigungsformen, die die Chancen auf ein ausreichendes oder gutes Einkommen verringern bzw. erhöhen. Deshalb stellt die folgende Tabelle die Einkommensgruppen entsprechend der Behinderungen dar.

Tabelle 39: Art der Behinderung und Einkommensgruppen

Art der Behinderung		Einkommen					Gesamt
		KE	UE	GE	AE	GuE	
langfristige Erkrankung	Anzahl	4	4	0	2	0	10
	Prozent	40,0%	40,0%	0,0%	20,0%	0,0%	5,3%
geistige Behinderung	Anzahl	2	0	0	0	0	2
	Prozent	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%
körperliche Behinderung (gehfähig)	Anzahl	35	33	8	9	1	86
	Prozent	40,7%	38,4%	9,2%	10,5%	1,2%	45,3%
körperliche Behinderung (nicht gehfähig)	Anzahl	23	2	7	3	0	35
	Prozent	65,7%	5,7%	20,0%	8,6%	0,0%	18,4%
Seherschädigung	Anzahl	11	17	0	0	3	31
	Prozent	35,5%	54,8%	0,0%	0,0%	9,7%	16,3%
Hörschädigung	Anzahl	12	3	2	1	0	18
	Prozent	66,7%	16,7%	11,1%	5,5%	0,0%	9,5%
Mehrfachbehinderung	Anzahl	4	4	0	0	0	8
	Prozent	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%
Gesamt	Anzahl	91	63	17	15	4	190
	Prozent	47,9%	33,2%	8,9%	7,9%	2,1%	100,0%

Legende: KE: Kein Einkommen; UE: Unregelmäßiges Einkommen, z.B. als Tagelöhner; GE: Geringes Einkommen, z.B. als Handwerker; AE: Ausreichendes Einkommen, z.B. als Arbeiter; GuE: Gutes Einkommen, z.B. als Beamter.

Tabelle 39 zeigt, dass alle Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung (100,0%) und die Mehrzahl der Menschen mit einer körperlichen Behinderung (nicht gehfähig) (65,7%) oder einer Hörschädigung (66,7%) kein Einkommen haben und damit in erhöhtem Maße auf finanzielle Unterstützung durch andere Familienmitglieder

angewiesen sind. Ob die Behinderung der Grund für die Einkommenssituation ist, kann nur vermutet werden. Die Aussage der tansanischen Regierung, dass insbesondere Menschen mit Behinderungen von Arbeitslosigkeit betroffen sind (vgl. 2.2), deutet darauf hin. Andere Gründe könnten sein, dass über die Hälfte der Befragten (55,8%; vgl. Tabelle 5) zwischen 18 und 27 und über 58 Jahre alt ist und damit möglicherweise noch eine schulische oder berufliche Ausbildung absolviert oder bereits im Ruhestand ist.

Analysiert man die Daten der Gruppe der 18- bis 27-Jährigen genauer, so stellt man fest, dass von insgesamt 64 Befragten dieser Altersgruppe 78,1% kein Einkommen hatten, von diesen jedoch 70,0% noch in schulischer oder beruflicher Ausbildung und nur 30% arbeitssuchend sind. Den allgemeinen tansanischen Trend (vgl. 2.2), dass besonders viele junge Menschen von Arbeitslosigkeit betroffen sind, bestätigt die vorliegende Erhebung nicht, da der größte Teil der Erwachsenen unter 27 Jahren noch in schulischer oder beruflicher Ausbildung ist und sie damit eine gute Ausgangsposition für eine spätere Berufstätigkeit anstreben. Allerdings besagt der Trend auch, dass selbst junge Menschen mit einer guten schulischen Ausbildung vermehrt von Arbeitslosigkeit betroffen sind.

Tabelle 39 verdeutlicht auch, dass mindestens die Hälfte der Menschen mit einer langfristigen Erkrankung (60,0%), einer körperlichen Behinderung (gehfähig) (59,3%), einer Sehschädigung (64,5%) oder einer Mehrfachbehinderung (50,0%) ein Einkommen hat, die meisten davon jedoch ein unregelmäßiges. Besonders auffällig ist die Verteilung der Einkommen in der Gruppe der befragten Menschen mit einer Sehschädigung. Während über 90% der Sehgeschädigten kein oder nur ein unregelmäßiges Einkommen hatten, verfügen die anderen 10% über ein gutes Einkommen. In allen anderen Gruppen – mit Ausnahme der Gruppe der Erwachsenen mit einer körperlichen Behinderung (gehfähig) – hat niemand ein gutes Einkommen.

Wie bereits in 5.1.3 ausgeführt wurde, kann sich die ökonomische Situation durch den Besitz von Land und Tieren verbessern. Dies könnte besonders Menschen, die kein oder nur ein unregelmäßiges Einkommen haben, helfen, die tägliche Versorgung mit Nahrung zu sichern. Da die Mehrzahl der Befragten hiervon betroffen ist, wird für diese Gruppen in der folgenden Tabelle zusammenfassend der Tier- und Grundbesitz dargestellt.

Tabelle 40: Tier- und Grundbesitz bei Menschen, die kein oder ein unregelmäßiges Einkommen haben

Tierbesitz		Grundbesitz			Gesamt
		nein	gepachtet	ja	
Keine	Anzahl	49	2	41	92
	Prozent	53,3%	2,2%	44,6%	60,5%
Geflügel	Anzahl	11	0	30	41
	Prozent	26,8%	0,0%	73,2%	26,8%
Geflügel und Ziegen	Anzahl	2	0	4	6
	Prozent	33,3%	0,0%	66,7%	3,8%
Kühe	Anzahl	1	0	2	3
	Prozent	33,3%	0,0%	66,7%	1,9%
Ziegen und Kühe	Anzahl	0	0	3	3
	Prozent	0,0%	0,0%	100,0%	1,9%
Geflügel, Ziegen und Kühe	Anzahl	0	0	8	8
	Prozent	0,0%	0,0%	100,0%	5,1%
Gesamt	Anzahl	63	2	88	153
	Prozent	41,2%	1,3%	57,5%	100,0%

Hier wird deutlich, dass von den Betroffenen über die Hälfte (57,5%) mindestens Grund und über ein Drittel (39,9%) mindestens Tiere besitzen. Knapp ein Drittel (30,7%) besitzt sowohl Grund als auch Tiere. Nur knapp ein Drittel (32,0%) besitzt weder Tiere noch Land, so dass diese Menschen verstärkt auf Unterstützung durch Familienmitglieder angewiesen sind, da sie kein oder nur ein unregelmäßiges Einkommen haben und den täglichen Nahrungsbedarf auch nicht durch den Anbau von Grundnahrungsmitteln und/oder das Halten von Tieren unterstützen können. Die anderen zwei Drittel können ihre ökonomische Situation zumindest geringfügig verbessern, da sie einen Teil

der Grundnahrungsmittel selbst anbauen können und/oder Tiere halten, durch die sie mit tierischen Produkten, z.B. Eiern, versorgt werden. Es ist jedoch zu bedenken, dass der ökonomische Vorteil von der Familiengröße, der Fläche des Grundbesitzes und des jeweiligen Ernteertrages (abhängig von den Niederschlägen) sowie der Art und Anzahl der Tiere abhängt.

Nur für ca. 5% der Betroffenen verbessert sich die ökonomische Situation durch den Besitz von Geflügel, Ziegen und Kühe sowie Land deutlich. Auch wenn die Landwirtschaft u.a. vom Niederschlag/Regen abhängt, kann vermutet werden, dass diese Menschen durch den Anbau von Grundnahrungsmitteln und die Versorgung mit tierischen Produkten den größten Eigenbedarf decken können.

Die Wohnsituation lässt ebenfalls Rückschlüsse auf die allgemeine ökonomische Situation zu. Die Indikatoren entsprechen denen in der Erhebung der Kinder und Jugendlichen (vgl. 5.1.3). Tabelle 41 veranschaulicht den Zusammenhang zwischen den Einkommensgruppen und dem verwendeten Baustoff beim Hausbau.

Tabelle 41: Einkommensgruppen und verwendeter Baustoff beim Hausbau

Einkommensgruppe		Baustoff		Gesamt
		Lehm	Zement	
kein Einkommen	Anzahl	75	16	91
	Prozent	82,4%	17,6%	47,9%
unregelmäßiges Einkommen	Anzahl	59	4	63
	Prozent	93,7%	6,3%	33,2%
geringes Einkommen	Anzahl	15	2	17
	Prozent	88,2%	11,8%	8,9%
ausreichendes Einkommen	Anzahl	10	5	15
	Prozent	66,7%	33,3%	7,9%
gutes Einkommen	Anzahl	1	3	4
	Prozent	25,0%	75,0%	2,1%
Gesamt	Anzahl	160	30	190
	Prozent	84,2%	15,8%	100,0%

Aus dieser Tabelle geht zunächst hervor, dass die überwiegende Mehrzahl der Befragten (84,2%) in Häusern aus Lehm wohnt. Mit steigendem Einkommen wird der Anteil derjenigen, die in Häusern aus Zement wohnen, höher. Während jeweils über 80% derjenigen mit keinem, einem unregelmäßigen oder geringen Einkommen in Häusern aus Lehm wohnen, sind es bei denjenigen mit einem ausreichenden Einkommen nur noch zwei Drittel (66,7%) und bei denen mit einem guten Einkommen nur ein Viertel (25,0%).

Analysiert man den Zusammenhang zwischen dem verwendeten Baustoff beim Hausbau und der Art der Behinderung, wird deutlich, dass unabhängig von der Art der Behinderung jeweils die Mehrzahl in Häusern aus Lehm wohnt. Von denjenigen, die in Häusern aus Lehm wohnen, haben ca. zwei Drittel (67,5%) eine körperliche Behinderung. In Häusern aus Zement leben je ca. ein Viertel der Menschen mit einer körperlichen Behinderung (gehfähig) (26,7%) oder einer Sehschädigung (23,3%).

Die Strom- und Wasserversorgung beschreibt die Wohnsituation noch genauer. Von den Menschen mit Behinderungen, die in Häusern aus Lehm wohnen, hat die Mehrzahl (91,9%) zu dem weder einen Strom- noch Wasseranschluss und nur 1,3% haben sowohl einen Strom- als auch einen Wasseranschluss. Dagegen haben fast ein Viertel (23,3%) derjenigen, die in Häusern aus Zement leben, sowohl einen Strom- als auch einen Wasseranschluss. Zwei Drittel (63,3%) haben weder Strom- noch Wasseranschluss.

Zusammenfassend wird deutlich, dass die ökonomische Lage für die Mehrzahl der Befragten (über 80%) durch kein oder ein unregelmäßiges Einkommen und eine schlechte Wohnsituation gekennzeichnet ist, wobei sich diese mit steigendem Einkommen verbessert. Durch den Besitz von Grund und Tieren kann die Mehrzahl der Befragten ihre Situation mindestens geringfügig verbessern. Die Art der Behinderung hat in der Erhebung keinen Einfluss auf die wirtschaftliche Situation.

5.2.4 Die Ernährungssituation sowie die medizinische Vorsorge und Versorgung

Im Folgenden sollen zum einen die Ernährungssituation und Trinkwasserversorgung der Befragten dargestellt werden, zum anderen soll, soweit möglich, der Zusammenhang zwischen Mangelernährung und möglichen Behinderungen erläutert werden (vgl. auch Ausführungen in 2.2; 3.2 und 5.1.4).

Weiterhin sollen die medizinische Vorsorge und Versorgung der Befragten und Zusammenhänge zwischen fehlenden präventiven Maßnahmen und dem Auftreten einer Behinderung aufgezeigt werden. Da die Indikatoren in den jeweiligen Bereichen denen in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen (vgl. 5.1.4) entsprechen, werden diese hier nicht mehr erläutert.

Zunächst werden einige grundlegende Informationen zur Ernährungssituation gegeben.

Tabelle 42: Grundnahrungsmittel der Erwachsenen mit Behinderung

Grundnahrungsmittel	Anzahl	Prozent
Ugali	155	81,6%
Ugali und Reis	31	16,3%
Kochbananen	4	2,1%
Gesamt	190	100,0%

Die Tabelle verdeutlicht, dass für die Mehrzahl (81,6%) der Befragten Ugali Hauptnahrungsmittel ist. Auf Grund seines Nährstoffgehalts und des geringen Anteils von Gemüse, Fisch und Fleisch an der Ernährung (vgl. 5.1.4), leidet die Mehrzahl der Befragten demnach an einer Mangelernährung, die möglicherweise Mitursache für die Behinderung ist und zur Schwächung des allgemeinen Gesundheitszustandes führt, was wiederum anfälliger macht für Krankheiten.

Tabelle 43 stellt die Bezugsquelle und Wasserqualität des Trinkwassers dar, die ebenfalls Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben können (vgl. Erläuterung in 5.1.4).

Tabelle 43: Bezugsquelle und Wasserqualität des Trinkwassers der Erwachsenen mit Behinderung

Bezugsquelle des Trinkwassers		Wasserqualität		Gesamt
		nicht abgekocht	abgekocht	
Wasserhahn	Anzahl	29	84	113
	Prozent	15,2%	44,2%	59,5%
Brunnen	Anzahl	45	11	56
	Prozent	23,7%	5,8%	29,5%
See	Anzahl	10	5	15
	Prozent	5,3%	2,6%	7,9%
Regenwasser	Anzahl	4	2	6
	Prozent	2,1%	1,1%	3,2%
Gesamt	Anzahl	88	102	190
	Prozent	46,3%	53,7%	100,0%

Die Tabelle zeigt, dass über die Hälfte der Befragten (59,5%) ihr Trinkwasser aus dem Wasserhahn bezieht und nur ein sehr kleiner Teil (3,2%) Regenwasser als Trinkwasser nutzt. Das bedeutet, dass viele befragte Menschen mit Behinderungen ihr Trinkwasser aus Quellen beziehen, die zwar eine relativ gute Wasserqualität aufweisen. Entscheidender ist jedoch, ob das Wasser auch abgekocht wird, um alle Bakterien abzutöten.

Anhand der Tabelle wird zunächst offensichtlich, dass ca. die Hälfte der Befragten (53,7%) ihr Wasser abkocht. Fast die Hälfte (44,2%) bezieht ihr Wasser aus dem Wasserhahn und erhält nach ihren Aussagen gutes Trinkwasser⁵¹.

Weiterhin wird deutlich, dass nur ein kleiner Teil der Befragten (7,4%) mit qualitativ schlechtem Trinkwasser versorgt wird, da sie Regenwasser nutzen oder es aus dem See beziehen und sie es vor dem Gebrauch nicht abkochen. Für diese Personengruppe, steigt damit das Risiko, durch die vorhandenen Bakterien zu erkranken. Das schlechte Trinkwasser kommt folglich als eine Ursache für Behinderungen in Frage.

⁵¹ Möglicherweise haben viele der Befragten jedoch mit ‚Ja‘ geantwortet, weil sie wissen, dass man das Wasser abkochen sollte und die Interviewerin diese Antwort erwartet.

Auch bei Fragen zur Gesundheitssituation der Menschen mit Behinderungen wurden für die Gruppe der Erwachsenen dieselben Indikatoren wie für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen herangezogen (vgl. 5.1.4). Diese Indikatoren sind nicht für alle Behinderungsformen relevant und außerdem abhängig vom Alter beim Auftreten der Behinderung. Dies wird bei der Darstellung der Daten berücksichtigt. Unterschiede gab es bei den Kategorienbildungen sowie bei den Erklärungen zu den erhaltenen Impfungen. Dies wird in den entsprechenden Abschnitten näher erläutert.

Der folgenden Tabelle (44) lag die Frage zugrunde: „Welche Impfungen haben Sie erhalten?“. Da die meisten Probanden nur die Anzahl der erhaltenen Impfungen nennen konnten, sind in der Tabelle diese Angaben dargestellt. Unter Berücksichtigung der durchgeführten Impfkampagnen der WHO (vgl. 5.1.4) kann aus der genannten Anzahl auf die Art der Impfung geschlossen werden.

Bei einer erhaltenen Impfung der erwachsenen Population, wurde höchstwahrscheinlich gegen Pocken geimpft, da dieser Impfstoff als erster in Afrika eingesetzt wurde. Eine andere Möglichkeit ist, dass der Impfstoff DPT-3 geimpft wurde, was von den Befragten, insbesondere bei den 18- bis 27-Jährigen, möglicherweise als eine erhaltene Impfung empfunden wurde (vgl. 5.1.4).

Keine Rückschlüsse auf die Art der Impfung sind bei zwei erhaltenen Impfungen möglich. Es sind Kombinationen wie Pocken und Polio oder Pocken und DPT-3 oder DPT-3 und Polio u.a. denkbar.

Die Pocken-, Polio- und Dreifachimpfung (s.o.) erfolgte höchstwahrscheinlich bei drei erhaltenen Impfungen. Die Probanden könnten aber auch nur die Dreifachimpfung erhalten haben.

Wurden „alle“ Impfungen erhalten, können nur unter Einbeziehung des Alters sinnvolle Rückschlüsse auf die Art der Impfung gezogen werden. So haben Menschen in der Altersgruppe über 58 Jahren sicherlich nur die Pockenimpfung erhalten. Befragte zwischen 18 und 27 Jahren haben vermutlich die Pocken-, Polio- und Dreifachimpfung⁵² erhalten

⁵² In diesen Fällen sind die Antworten identisch mit einer Impfung bzw. drei Impfungen. Es waren jedoch keine Mehrfachantworten, die die Aussagen verzerren könnten, möglich. Die undifferenzierten Antworten zeigen jedoch, wie schwierig eine eindeutige Interpretation der Daten ist.

und eventuell die Masernimpfung. Es wird deutlich, dass aus der Anzahl nur sehr begrenzt auf die Art der Impfung geschlossen werden kann. Sicher ist jedoch: Je mehr Impfungen man erhält, umso größer ist der Schutz vor Infektionskrankheiten, die zu Behinderungen führen können.

Eine weitere Fehlerquelle bei dieser Frage ist die Tatsache, dass bei Erwachsenen der Zeitpunkt der Impfung bereits sehr lange zurück liegt und sie sich deshalb nicht mehr daran erinnern können bzw. auf den Bericht der Eltern angewiesen sind, um über ihre Impfungen informiert zu sein.

Tabelle 44: Anzahl der erhaltenen Impfungen

Anzahl der Impfungen	Anzahl	Prozent
keine	38	20,0%
eine	100	52,6%
zwei	1	0,5%
drei	4	2,1%
„alle“	47	24,8%
Gesamt	190	100,0%

Aus der Tabelle wird erkennbar, dass nur 20% der Befragten keine Impfung erhalten haben. Etwa die Hälfte der Befragten (52,6%) hat eine einzige Impfung erhalten bzw. kann sich nur an diese erinnern. Das bedeutet, dass die meisten der Befragten höchstwahrscheinlich nur einen Impfschutz gegen Pocken haben. Ihre Behinderungen könnten auf Infektionen mit Polio, Masern oder anderen Erkrankungen zurückgehen.

Ca. ein Viertel (24,8%) gab an „alle“ Impfungen erhalten zu haben, das bedeutet, dass sie voraussichtlich einen umfassenden Impfschutz haben. Rechnet man hier noch diejenigen hinzu, die drei Impfungen erhalten haben (2,1%) so kann angenommen werden, dass deren Behinderung nicht auf Polio, Diphtherie, Keuchhusten oder Masern zurück zu führen ist und diese Personen vor gefährlichen, u.U. tödlich verlaufenden, Krankheiten geschützt sind.

Inwieweit die Befragten bzw. deren Eltern die Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Ausführungen in 5.1.4) wahrgenommen haben, zeigt die folgende Tabelle.

Tabelle 45: Anzahl der besuchten Vorsorgeuntersuchungen nach Altersgruppen

Altersgruppen		Besuchte Vorsorgeuntersuchungen				Gesamt
		keine	ja, vollständig	ja, aber nicht vollständig	unbekannt	
18-27 Jahre	Anzahl	15	34	9	6	64
	Prozent	23,4%	53,1%	14,1%	9,4%	33,7%
28-57 Jahre	Anzahl	44	23	11	6	84
	Prozent	52,4%	27,4%	13,1%	7,1%	44,2%
58 und älter	Anzahl	36	2	2	2	42
	Prozent	85,7%	4,8%	4,8%	4,8%	22,1%
Gesamt	Anzahl	95	59	22	14	190
	Prozent	50,0%	31,1%	11,6%	7,4%	100,0%

Aus Tabelle 45 geht hervor, dass genau die Hälfte der Befragten sicher an keiner Vorsorgeuntersuchung teilgenommen hat, wohingegen knapp ein Drittel alle ihnen möglichen Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen hat. Während bei den 18- bis 27-Jährigen ca. die Hälfte (53,1%) alle ihnen möglichen Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben, waren dies bei den 28- bis 57-Jährigen nur noch 27,4% und bei den über 58-Jährigen nur 4,8%. Mit zunehmendem Alter wurden demnach die Vorsorgeuntersuchungen von weniger Menschen besucht. Ein Grund hierfür könnte sein, dass gerade die älteren Menschen hierzu noch nicht die Möglichkeit hatten, da es entsprechende Vorsorgemaßnahmen noch nicht gab⁵³.

Bei Behinderungen, die von Geburt an bestehen, kann die Geburtsstätte eine mögliche Ursache sein (vgl. 5.1.4). Diejenigen, bei denen die Behinderung von Geburt an besteht (12,1%), wurden in folgenden Geburtsstätten geboren:

⁵³ Das Angebot der „Clinic“ besteht seit den 1970-er Jahren in Tansania; wie schnell es sich flächendeckend ausgebreitet hat, ist jedoch unbekannt.

Tabelle 46: Geburtsstätte bei denjenigen, deren Behinderung von Geburt an besteht

Geburtsstätte	Anzahl	Prozent
zu Hause	13	56,5%
Krankenhaus	7	30,4%
Krankenstation	1	4,3%
unbekannt	2	8,7%
Gesamt	23	100,0%

Es wird deutlich, dass über die Hälfte (56,5%) der von Geburt an Behinderten zu Hause geboren wurde und somit keine medizinische Betreuung und Versorgung während oder unmittelbar nach der Geburt möglich war. Ob die Behinderung direkte Folge hiervon ist oder durch andere hygienische Bedingungen und eine medizinische Versorgung hätte verhindert werden können, geht aus den Daten nicht hervor.

Tritt die Behinderung erst im Verlauf des Lebens ein, ermöglicht die Konsultation eines Arztes beim Auftreten der Schädigung eine rechtzeitige Beratung und wenn möglich medizinische Versorgung, so dass eine Behinderung u.U. verhindert werden kann. Wie viele derjenigen, deren Behinderung erst im Verlauf ihres Lebens aufgetreten ist (87,9%) einen Arzt aufgesucht haben, wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 47: Konsultation eines Arztes beim Auftreten der Behinderung

Konsultation eines Arztes beim Auftreten der Behinderung	Anzahl	Prozent
nein	47	28,1%
ja, Arzt	118	70,7%
ja, traditioneller Heiler	2	1,2%
Gesamt	167	100,0%

Hieraus geht hervor, dass die Mehrzahl (70,7%) beim Auftreten der Behinderung einen Arzt aufgesucht hat. Nur ein sehr geringer Teil (1,1%) der Befragten gab an, einen traditionellen Heiler aufgesucht zu haben. Dies könnte, da der Anteil sehr gering ist, nicht zuletzt darauf zurückzuführen sein, dass sie der europäischen Forscherin vermeintlich erwünschte Antworten gegeben haben. Allerdings gaben immerhin knapp 30,0% an, zunächst keinen medizinischen Rat eingeholt zu haben.

Der Besuch eines Arztes nach Eintritt der Behinderung ist bei allen Arten der Behinderung ähnlich verteilt. Knapp ein Drittel hat keinen Arzt aufgesucht, über zwei Drittel haben einen Arzt aufgesucht. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der Menschen mit einer langfristigen Erkrankung, von denen 90% beim Auftreten ihrer Erkrankung einen Arzt aufgesucht haben. Dies ist eventuell darauf zurück zu führen, dass die Auswirkungen der langfristigen Erkrankungen durch die Einnahme von Medikamenten gelindert werden können. Aufgrund der finanziellen Situation der Betroffenen und die unregelmäßige Verfügbarkeit der Medikamente ist eine regelmäßige Einnahme für die Mehrzahl der Betroffenen jedoch nicht möglich.

Menschen mit einer körperlichen Behinderung können durch Physiotherapie ihre körperlichen Schädigungen mindern oder eine Verschlechterung verhindern, z.B. durch gezielten Muskelaufbau. Die folgende Tabelle zeigt, wie die Möglichkeit der Physiotherapie von Menschen mit einer körperlichen Behinderung genutzt wird.

Tabelle 48: Physiotherapie bei Menschen mit einer körperlichen Behinderung

Art der Behinderung		Physiotherapie		Gesamt
		nein	ja	
körperliche Behinderung (gehfähig)	Anzahl	14	72	86
	Prozent	16,3%	83,7%	66,7%
körperliche Behinderung (nicht gehfähig)	Anzahl	5	30	35
	Prozent	14,3%	85,7%	27,1%
Mehrfachbehinderung	Anzahl	0	8	8
	Prozent	0,0%	100%	6,2%
Gesamt	Anzahl	19	110	129
	Prozent	14,7%	85,3%	100%

Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass die Mehrzahl der Menschen mit einer körperlichen Behinderung physiotherapeutische Übungen durchführen (84,3%). Allerdings wird nicht deutlich, inwieweit sie dabei durch einen ausgebildeten Physiotherapeuten unterstützt werden (vgl. 5.1.4), d.h., dass die Qualität sehr unterschiedlich sein kann. Dennoch wird deutlich, dass die Mehrzahl die Durchführung von Übungen als wichtig ansieht, sonst würden sie dies nicht tun.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Ernährungssituation für alle Befragten einseitig und sehr vitamin-, protein- und jodarm ist (vgl. Tabelle 42). Das bedeutet, dass sie aufgrund der Mangelernährung anfälliger sind für Infektionskrankheiten, Malaria etc. Möglicherweise ist die schlechte Ernährungssituation ein Grund für die Behinderung oder hat diese begünstigt. Die Versorgung mit sauberem Trinkwasser ist für ca. die Hälfte der Befragten (53,7%) gut und nur für 7,4% (diejenigen, die ihr Wasser aus dem See beziehen oder Regenwasser trinken und es nicht abkochen) sehr schlecht (vgl. Tabelle 43).

Während nur ein kleiner Teil der Befragten die Angebote zur Prävention (vgl. Tabelle 44-46) genutzt hat, suchte die Mehrzahl beim Auftreten der Behinderung einen Arzt auf, um sich medizinisch versorgen zu lassen (vgl. Tabelle 47). Möglicherweise verbanden sie damit die Hoffnung, dass die Behinderung geheilt werden könnte, was aber in dieser quantitativen Erhebung nicht ermittelt werden konnte. Die Mehrzahl der Menschen mit einer Körperbehinderung führt physiotherapeutische Übungen durch (vgl. Tabelle 48). Höchstwahrscheinlich sind diese Menschen darüber informiert, durch was ihre Schädigung verbessert bzw. eine Verschlechterung verhindert werden kann.

Die Angebote zur Prävention wurden von den 18- bis 27-Jährigen wesentlich häufiger genutzt als von den über 58-Jährigen. Auch der Impfschutz ist in der Altersgruppe 18 bis 27 Jahre umfassender. Hieran wird deutlich, dass sich im Verlauf der Zeit die Angebote verbessert haben und sie häufiger genutzt werden. Daraus ergibt sich, dass sich für die jüngere Generation der Schutz vor Infektionskrankheiten und möglichen Behinderungen verbessert hat.

5.2.5 Sonderpädagogische und rehabilitative Angebote für Erwachsene mit Behinderungen

Wie bereits in Kapitel 1 erläutert wurde, bezieht sich sonderpädagogische Unterstützung auf Angebote im schulischen Bereich. Rehabilitative Unterstützungsangebote beziehen sich dagegen auf Früherkennung und -förderung, die medizinische Versorgung, soziale, psychologische und sonstige Beratung, Hilfsmittelversorgung, spezielle Berufsförderungsprogramme und Evaluation (vgl. Erläuterungen in 5.1.5). Die hierfür verwendeten Indikatoren entsprechen denen in der Befragung der Kinder und Jugendlichen und werden deshalb in diesem Abschnitt nicht erneut angeführt. Im Folgenden wird zunächst auf sonderpädagogische, anschließend auf rehabilitative Unterstützung eingegangen.

Die sonderpädagogische Unterstützung ist für die Befragten relevant, bei denen die Behinderung bis zum 18. Lebensjahr⁵⁴ eingetreten ist. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über den Schulbesuch der Befragten, bei denen die Behinderung bis zum 18. Lebensjahr eintrat.

Tabelle 49: Geschlecht und Schulbesuch

Geschlecht		Art des Schulbesuchs							Gesamt
		keine	GS a	GS f	OL a	OL f	AL f	SpU	
weiblich	Anzahl	20	2	18	0	2	0	1	43
	Prozent	46,5%	4,7%	41,9%	0,0%	4,7%	0,0%	2,3%	35,8%
männlich	Anzahl	15	8	36	11	4	2	1	77
	Prozent	19,5%	10,4%	46,8%	14,3%	5,2%	2,6%	1,3%	64,2%
Gesamt	Anzahl	35	10	54	11	6	2	2	120
	Prozent	29,2%	8,3%	45,0%	9,2%	5,0%	1,7%	1,7%	100,0%

Legende: GSa: Grundschule abgebrochen oder wird noch besucht; GSf: Grundschule abgeschlossen; OLa: O-Level abgebrochen oder wird noch besucht; OLf: O-Level abgeschlossen; AL : A-Level abgeschlossen; SpU: Special Unit

Die Tabelle verdeutlicht, dass die Mehrzahl der Befragten (70,8%) eine Schule besucht hat, fast die Hälfte (45,0%) mit einem Grundschulabschluss. Die befragten Frauen (46,5%) haben häufiger als Männer (19,5%) keine Schule besucht und gehen seltener

⁵⁴ Diese Altersbegrenzung erscheint sinnvoll, da die Mehrzahl derjenigen, die beim Auftreten der Behinderung über 18 Jahre alt waren die Schule bereits abgeschlossen hatte.

auf die Sekundarschule oder haben diese abgeschlossen (4,7%) als Männer (22,6%). Hier wird ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern sichtbar. Möglicherweise ist eine Ursache hierfür, dass bis zur Einführung des PEDP 2002 (vgl. 3.5) für den Besuch der Grundschule Schulgeld erhoben wurde. Arme Familien ermöglichten dann eher den Söhnen eine Schulbildung als den Töchtern, da diese für die Versorgung der Eltern im Alter verantwortlich sind (vgl. 2.4).

Zieht man die Art der Behinderung hinzu, so fällt auf, dass die große Mehrzahl der Menschen mit einer Mehrfachbehinderung (85,7%) keine Schule besucht hat. Denkbare Gründe sind, dass die Eltern die schulische Förderung nicht als sinnvoll erachteten, es kein entsprechendes (sonder-)pädagogisches Angebot für sie gab (vgl. 3.5.2) oder Probleme beim Zurücklegen des Schulwegs auftraten (vgl. 2.4). In den anderen Gruppen hat jeweils die Mehrzahl eine Schule besucht.

Nur ein sehr geringer Anteil der Befragten hat eine „special unit“ besucht (1,7%) – möglicherweise, weil es zum Zeitpunkt ihres Schulbesuchs nur wenige oder gar keine „special units“ gab (vgl. 3.5.2). Damit stand nur einer Minderheit sonderpädagogische Unterstützung durch qualifiziertes Personal zur Verfügung, wobei ausgehend von den eigenen Beobachtungen gesagt werden muss, dass die Qualität nicht westlichen Standards entspricht.

Wie bereits in 5.1.5 erläutert wurde, gibt es in den allgemeinen Schulen nur selten spezielle sonderpädagogische Unterstützung (vgl. 3.5.2). In der folgenden Tabelle wird die (sonder-)pädagogische Unterstützung, welche die Betroffenen in den von ihnen besuchten Schultypen erfahren hat, dargestellt. Wie in der Erhebung für Kinder und Jugendliche wird dabei unterschieden zwischen: „Unterstützung durch den Lehrer“, „Unterstützung durch Mitschüler“, „materielle Unterstützung“, „Unterstützung von Lehrern und Mitschülern“, „materielle Unterstützung und Unterstützung vom Lehrer“ und „materielle Unterstützung sowie Unterstützung von Lehrern und Mitschülern“ (vgl. 5.1.5).

Tabelle 50: Art des Schulbesuchs und (sonder-)pädagogische Unterstützung

Besuchte Bildungseinrichtung		(sonder-)pädagogische Unterstützung							Gesamt
		keine	L	S	M	LS	LMS	LM	
GS a	Anzahl	7	0	3	0	0	0	0	10
	Prozent	70,0%	0,0%	30,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,8%
GS f	Anzahl	10	8	4	1	26	4	1	54
	Prozent	18,5%	14,8%	7,4%	1,9%	48,1%	7,4%	1,9%	63,5%
OL a	Anzahl	0	2	1	0	4	1	3	11
	Prozent	0,0%	18,2%	9,1%	0,0%	36,4%	9,1%	27,3%	12,8%
OL f	Anzahl	1	0	2	0	1	1	1	6
	Prozent	16,7%	0,0%	33,3%	0,0%	16,7%	16,7%	16,7%	7,1%
AL f	Anzahl	0	0	0	0	0	2	0	2
	Prozent	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	2,4%
SpU	Anzahl	2	0	0	0	0	0	0	2
	Prozent	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%
Gesamt	Anzahl	20	10	10	1	31	8	5	85
	Prozent	23,5%	11,8%	11,8%	1,2%	36,5%	9,4%	5,8%	100,0%

Legende: GS a: Grundschule abgebrochen oder wird noch besucht; GS f: Grundschule abgeschlossen; OL a: O-Level abgebrochen oder wird noch besucht; OL f: O-Level abgeschlossen; AL f: A-Level abgeschlossen; SpU: Special Unit.
L: Lehrer; S: Mitschüler; LS: Lehrer und Mitschüler; M: Material; LMS: Lehrer, Material und Mitschüler; LM: Lehrer und Material.

Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass über drei Viertel (76,5%) (sonder-)pädagogische Unterstützung erhalten haben. Insgesamt wurde über ein Drittel der Befragten (36,5%) durch Lehrer und Mitschüler unterstützt. Von denjenigen, die die Grundschule abgeschlossen haben, hat sogar fast die Hälfte (48,1%) Unterstützung durch Lehrer und Mitschüler erhalten und von denjenigen, die die Sekundarschule mit möglichem O-Level-Abschluss noch besuchen bzw. abgebrochen haben, wurde über ein Drittel (36,4%) durch diese unterstützt. Inwiefern die Unterstützung durch die Lehrer sonderpädagogisch qualifiziert ist bzw. war, geht aus den Daten nicht hervor. Die Unterstützung durch Mitschüler besteht aus sozialen Hilfen, nicht aus sonderpädagogischen Unterstützungen.

Durch die Bereitstellung von Materialien wurden nur sehr wenige der Befragten unterstützt, jedoch alle, die einen A-Level-Abschluss haben. Sie wurden zusätzlich durch Lehrer und Mitschüler unterstützt und erhielten damit sehr umfassende Hilfen, die möglicherweise zu ihrem schulischen Erfolg beigetragen haben.

Keine Unterstützung haben besonders diejenigen erhalten (70%), die die Grundschule abgebrochen haben bzw. die sie zum Zeitpunkt der Befragung noch besuchten. Möglicherweise ist die fehlende Unterstützung der Grund für den Abbruch bzw. den noch andauernden Besuch der Grundschule. Auffällig ist auch, dass beiden, die eine „special unit“ besuchen bzw. besucht haben, dort keine Unterstützung erhalten haben, obwohl dort sonderpädagogisch ausgebildete Lehrer arbeiten.

Die Angebote im Bereich der Rehabilitation Erwachsener sind in Tansania, so auch in Mwanza, sehr begrenzt (vgl. 3.4). Angaben zur Früherkennung, der medizinischen Versorgung und Wiederherstellung – in der Erhebung abgebildet durch Physiotherapie – wurden bereits in Abschnitt 5.2.3 erläutert.

Im Bereich der Rehabilitation wurden für Erwachsene keine quantitativen Daten zu Angeboten der Frühförderung, Hilfsmittelversorgung und Evaluation erhoben. Fragen zur Frühförderung wurden nicht gestellt, weil sie für die erwachsenen Befragten zeitlich sehr weit zurück liegt. Die Hilfsmittelversorgung für Erwachsene sowie die Evaluation der vorhandenen Angebote stellt sich ähnlich dar wie für die befragten Kinder und Jugendliche (vgl. 5.1.5) und wird deshalb an dieser Stelle nicht mehr erläutert.

Die Möglichkeiten einer gezielten Diagnostik sind für Erwachsene je nach Eintrittsalter der Schädigung eingeschränkter als für die befragten Kinder und Jugendlichen. Für Sehstörungen besteht die Möglichkeit einer Diagnostik im Rahmen der „Eye Clinics“ (vgl. 3.4) (eigene Beobachtungen).

Im Folgenden werden Angebote im Bereich der sozialen, psychologischen und sonstigen Beratung durch Fragen zur „Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe“ und „weitere Beratungsangebote“ erfasst (vgl. 5.1.5).

Zunächst werden die Angebote im Bereich der Beratung dargestellt.

Tabelle 51: Art der Behinderung und Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe

Art der Behinderung		Mitglied in Selbsthilfegruppe		Gesamt
		ja	nein	
langfristige Erkrankung	Anzahl	3	7	10
	Prozent	30,0%	70,0%	5,3%
geistige Behinderung	Anzahl	1	1	2
	Prozent	50,0%	50,0%	1,1%
körperliche Behinderung (gehfähig)	Anzahl	20	66	86
	Prozent	23,3%	76,7%	45,3%
körperliche Behinderung (nicht gehfähig)	Anzahl	16	19	35
	Prozent	45,7%	54,3%	18,4%
Sehschädigung	Anzahl	3	28	31
	Prozent	9,7%	90,3%	16,3%
Hörschädigung	Anzahl	3	15	18
	Prozent	16,7%	83,3%	9,5%
Mehrfachbehinderung	Anzahl	1	7	8
	Prozent	12,5%	87,5%	4,2%
Gesamt	Anzahl	47	143	190
	Prozent	24,7%	75,3%	100,0%

Anhand der Tabelle wird offensichtlich, dass nur ca. ein Viertel (24,7%) der Befragten Informationen und Beratung durch eine Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe erhalten. Menschen mit einer Körperbehinderung (nicht gehfähig: 45,7%), (gehfähig: 23,3%) sind am ehesten Mitglied in einer Selbsthilfegruppe. Gründe hierfür könnten sein, dass die Selbsthilfegruppe besonders gute Öffentlichkeitsarbeit leistet, gute Informations- und Beratungsangebote zur Verfügung stellt oder Menschen mit einer Körperbehinderung eher Unterstützung suchen als Menschen mit anderen Behinderungen. Die quantitativen Daten geben hierauf keine Antworten.

Besonders hoch ist der Anteil derjenigen, die in keiner Selbsthilfegruppe sind, bei den Sehgeschädigten und den Mehrfachbehinderten (je ca. 90,0%). In der Gruppe der Menschen mit einer Sehschädigung könnte der Grund hierfür das späte Alter beim Auftreten der Behinderung sein. Bei der Mehrzahl (61,3%) liegt nämlich eine Spätbehinderung vor (vgl. Tabelle 32), möglicherweise erscheint es den Betroffenen nicht sinnvoll, dann noch Mitglied in einer Selbsthilfegruppe zu werden, bzw. sie haben kein Bedürfnis nach Beratung und Information. In Tansania gibt es keine Selbsthilfegruppe speziell für Menschen mit einer Mehrfachbehinderung. Vielleicht ist dies der Grund, warum die Mehrzahl der Befragten mit einer Mehrfachbehinderung nicht Mitglied in einer Selbsthilfegruppe ist, da es kein spezielles Beratungs- und Informationsangebot für ihre Behinderung gibt. Ob, in welcher Form und Qualität die Mitglieder in einer Selbsthilfegruppe Beratung erhalten, geht aus den quantitativen Daten nicht hervor.

Beratung kann offiziell, z.B. durch Ärzte, Lehrer, oder inoffiziell, z.B. durch Freunde, andere Betroffene, erfolgen. Die folgende Tabelle zeigt, ob die Betroffenen weitere offizielle oder inoffizielle Beratung erhalten.

Tabelle 52: Art der Behinderung und weitere Beratungsangebote

Art der Behinderung		Wahrnehmung weiterer Beratungsangebote		Gesamt
		ja	nein	
langfristige Erkrankung	Anzahl	5	5	10
	Prozent	50,0%	50,0%	5,3%
geistige Behinderung	Anzahl	0	2	2
	Prozent	0,0%	100%	1,1%
körperliche Behinderung (gehfähig)	Anzahl	23	63	86
	Prozent	26,7%	73,3%	45,3%
körperliche Behinderung (nicht gehfähig)	Anzahl	23	12	35
	Prozent	65,7%	34,3%	18,4%
Sehschädigung	Anzahl	3	28	31
	Prozent	9,7%	90,3%	16,3%
Hörschädigung	Anzahl	5	13	18
	Prozent	27,8%	72,2%	9,5%
Mehrfachbehinderung	Anzahl	0	8	8
	Prozent	0,0%	100,0%	4,2%
Gesamt	Anzahl	59	131	190
	Prozent	31,1%	68,9%	100,0%

Es wird deutlich, dass über zwei Drittel (68,9%) aller Befragten keine weiteren Beratungsangebote wahrnehmen. Während die Mehrzahl der Menschen mit einer körperlichen Behinderung (nicht gehfähig) zusätzliche Beratungsangebote annimmt, sind es in den anderen Gruppen nur maximal 50,0%. Gründe könnten sein, dass für Menschen mit einer körperlichen Behinderung mehr Beratungsangebote zur Verfügung stehen, z.B. durch Ärzte und Physiotherapeuten, als für die anderen Gruppen. Es könnte auch sein, dass in dieser Gruppe das Bewusstsein für Beratung besonders hoch ist, weil fast die Hälfte (vgl. Tabelle 51) Mitglied in einer Selbsthilfegruppe ist. Insgesamt gilt,

dass die Mitglieder von Selbsthilfegruppen sich häufiger zusätzlich beraten lassen. Bei den Nicht-Mitgliedern sinkt die Häufigkeit auf nur 21,7%.

Niemand mit einer geistigen Behinderung oder einer Mehrfachbehinderung und nur knapp 10% der Menschen mit einer Sehschädigung nehmen weitere Beratungsangebote wahr. Höchstwahrscheinlich gibt es für diese Zielgruppen keine oder nur wenige Beratungsangebote und möglicherweise ist die Form des Angebots nicht angemessen. Es kann vermutet werden, dass alle drei Gruppen in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Müssen die Betroffenen lange Wege zurücklegen, um Beratung zu erhalten, erschwert dies das Aufsuchen.

Im Bereich der beruflichen Rehabilitation gibt es in Tansania nur Rehabilitations-Ausbildungszentrum zur beruflichen Erstausbildung (vgl. 3.4). Maßnahmen zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung nach Unfällen oder Spätbehinderungen sowie einen Sonderarbeitsmarkt, z.B. Werkstätten für Menschen mit einer geistigen Behinderung, gibt es nicht.

Die folgende Tabelle stellt die Art der beruflichen Ausbildung dar. Für diejenigen, die eine abgeschlossene oder abgebrochene Berufsausbildung haben, werden anschließend Fragen der Unterstützung erörtert. Dabei wurden die gleichen Kategorien gebildet wie bei der (sonder-)pädagogischen Unterstützung.

Tabelle 53: Ort der Berufsausbildung der Befragten

Ort der Berufsausbildung	Anzahl	Prozent
keine	148	77,9%
VETA-Zentrum	11	5,8%
Rehabilitations- Ausbildungszentrum	29	15,3%
College	2	1,1%
Gesamt	190	100,0%

Tabelle 53 zeigt, dass über drei Viertel (77,9%) der Befragten die berufliche Ausbildung abgebrochen oder nicht abgeschlossen haben und z.Zt. auch keine berufliche Ausbildung absolvieren. 15,3% derer mit Berufsausbildung haben ein Rehabilitations-Ausbildungszentrum, 5,8% ein VETA-Zentrum (vgl. 3.4) und nur 1,1% ein College besucht.

Zieht man die Behinderung hinzu, ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 54: Ort der Berufsausbildung und Art der Behinderung

Ort der Berufsausbildung		Art der Behinderung				Gesamt
		KBg	KBng	S	H	
VETA-Zentrum	Anzahl	8	1	1	1	11
	Prozent	72,7%	9,1%	9,1%	9,1%	26,2%
Rehabilitations-Ausbildungszentrum	Anzahl	11	15	1	2	29
	Prozent	37,9%	51,7%	3,4%	6,9%	69,0%
College	Anzahl	0	0	2	0	2
	Prozent	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	4,8%
Gesamt	Anzahl	19	16	4	3	42
	Prozent	45,2%	38,1%	9,5%	7,1%	100,0%

Legende: KBg: körperliche Behinderung (gefhähig); KBng: körperliche Behinderung (nicht gefähig); S: Sehschädigung; H: Hörschädigung.

Anhand der Tabelle wird offensichtlich, dass keiner der Befragten mit einer langfristigen Erkrankung, einer geistigen Behinderung oder einer Mehrfachbehinderung auch nur eine Ausbildung begonnen hat. Möglicherweise erschien ihnen oder den Angehörigen die Aussicht auf Erfolg in den bestehenden Angeboten zu gering. Aus den eigenen Beobachtungen kann ergänzt werden, dass es in Mwanza keine speziellen beruflichen Ausbildungsprogramme für Menschen mit diesen Behinderungsformen gibt.

Die Mehrzahl (83,3%) derjenigen, die eine Ausbildung begonnen haben, haben eine körperliche Behinderung, wenige eine Seh- oder Hörschädigung (9,5% bzw. 7,1%).

Über zwei Drittel (69,0%) besuchten oder besuchen ein Rehabilitations-Ausbildungszentrum. Dieses Angebot der beruflichen Ausbildung nutzten bzw. nutzen insbesondere Menschen mit einer Körperbehinderung (89,6%). Die Daten lassen sich dadurch erklären, dass die Rehabilitations-Ausbildungszentren in erster Linie Menschen mit einer körperlichen Behinderung aufnehmen (vgl. 3.4).

Ausschließlich Menschen mit einer Sehschädigung besuchten oder besuchen ein College.

Die folgende Tabelle verdeutlicht, wie viele Personen sich zum Zeitpunkt der Befragung noch in der Ausbildung befunden haben und wo sie diese absolvieren bzw. wo sie ihre Berufsausbildung abgeschlossen oder abgebrochen haben.

Tabelle 55: Stand der Ausbildung und Ort der Berufsausbildung

Stand der Ausbildung		Ort der Berufsausbildung			Gesamt
		VETA-Zentrum	Reha.-Zentrum	College	
abgebrochen	Anzahl	0	1	0	1
	Prozent	0,0%	100,0%	0,0%	2,3%
in der Ausbildung	Anzahl	0	22	0	22
	Prozent	0,0%	100,0%	0,0%	52,4%
abgeschlossen	Anzahl	11	6	2	19
	Prozent	57,9%	31,6%	10,5%	45,2%
Gesamt	Anzahl	11	29	2	42
	Prozent	26,2%	69,0%	4,8%	100,0%

Legende: Reha.-Zentrum: Rehabilitations-Ausbildungszentrum.

Die Tabelle zeigt, dass über zwei Drittel (69,0%) eine Ausbildung im Rehabilitations-Ausbildungszentrum begonnen haben. Alle, die zum Zeitpunkt der Erhebung noch in der Ausbildung waren, absolvierten diese im Rehabilitations-Ausbildungszentrum. Diejenigen, die zum Zeitpunkt der Befragung ihre Ausbildung bereits abgeschlossen

hatten, haben zu fast einem Drittel (31,6%) ein Rehabilitations-Ausbildungszentrum besucht, über die Hälfte (57,9%) hat die Ausbildung bei VETA abgeschlossen. Nur sehr wenige haben ein College besucht.

Welche Unterstützung die Auszubildenden an welchem Ausbildungsort erhielten bzw. erhalten, geht aus der folgenden Tabelle hervor.

Tabelle 56: Ort der Berufsausbildung und Art der Unterstützung

Ort der Berufsausbildung		Art der Unterstützung						Gesamt
		keine	L	S	LS	LSM	LM	
VETA-Zentrum	Anzahl	7	0	1	1	2	0	11
	Prozent	63,6%	0,0%	9,1%	9,1%	18,2%	0,0%	26,2%
Reha.-Zentrum	Anzahl	4	3	3	16	2	1	29
	Prozent	13,8%	10,3%	10,3%	55,2%	6,9%	3,4%	69,0%
College	Anzahl	0	0	0	0	2	0	2
	Prozent	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	4,8%
Gesamt	Anzahl	11	3	4	17	6	1	42
	Prozent	26,2%	7,1%	9,5%	40,5%	14,3%	2,4%	100,0%

Legende: Reha.-Zentrum: Rehabilitations-Ausbildungszentrum; k: keine; L: Lehrer; S: Mitschüler; LS: Lehrer und Mitschüler; LSM: Lehrer, Mitschüler und Material; LM: Lehrer und Material.

Tabelle 56 verdeutlicht, dass ca. ein Viertel (26,2%) der Befragten während ihrer Ausbildung keine Unterstützung erhalten haben. Diejenigen, die eine Unterstützung erhielten, haben diese am häufigsten durch Lehrer und Mitschüler (40,5%) erhalten. Nur 16,5% wurden zusätzlich durch Materialien unterstützt. Eine mögliche Erklärung hierfür ergibt sich aus den eigenen Beobachtungen. Weder bei VETA noch in den Rehabilitations-Ausbildungszentren gibt es spezielle Maschinen oder Werkzeuge, die den (individuellen) Bedürfnissen der Menschen mit Behinderungen angepasst werden können, um ihnen die Arbeit zu erleichtern. Die Kosten hierfür sind zu hoch, insbesondere in der späteren Anschaffung für die Behinderten selbst. Aus diesem Grund lernen sie den Umgang mit den im Handel erhältlichen Werkzeugen und Materialien.

Während diejenigen, die bei VETA ausgebildet wurden, mehrheitlich (63,6%) nicht unterstützt wurden, hat über die Hälfte (55,2%) derer, die ihre Ausbildung in einem Rehabilitations-Ausbildungszentrum absolviert haben, Unterstützung durch ihre Lehrer und Mitschüler erhalten. Die wenigen mit einer College-Ausbildung wurden alle durch Lehrer, Mitschüler und Material unterstützt.

Abschließend und zusammenfassend kann man also sagen, dass die sonderpädagogisch-rehabilitative Unterstützung für Menschen mit Behinderungen über 18 Jahren in Mwanza sehr begrenzt ist. Zwar hat die Mehrzahl derjenigen, bei denen die Behinderung bis zum 18. Lebensjahr aufgetreten ist, mindestens die Grundschule besucht und wurde in den verschiedenen Schulformen überwiegend durch Lehrer und Mitschüler unterstützt, inwiefern diese Unterstützung jedoch sonderpädagogisch qualifiziert war, geht aus den erhobenen Daten nicht hervor. Insbesondere diejenigen, die die Grundschule noch besuchen oder sie abgebrochen haben, wurden nicht unterstützt (vgl. Tabellen 49 - 50). Dies ist höchstwahrscheinlich auf die schlechte Situation in den Grundschulen zurückzuführen; möglicherweise besteht auch ein Zusammenhang zwischen nicht erhaltener Unterstützung und Schulabbruch (vgl. 3.5.1).

Im Bereich der rehabilitativen Unterstützung ist die Situation in Mwanza besonders in der Hilfsmittelversorgung sehr schlecht, da es kaum Angebote gibt und den Betroffenen Informationen über mögliche Angebote und Hilfsmittel fehlen. Diese Unwissenheit ergibt sich möglicherweise aus dem ebenfalls schlechten Beratungsangebot. Die Mehrzahl der Befragten erhält keine Form der Beratung. Angebote durch die Selbsthilfegruppen, Ärzte, Physiotherapeuten o.a. nehmen am ehesten Menschen mit einer körperlichen Behinderung wahr (vgl. Tabelle 51 - 52). Inwiefern diese Beratung durch qualifiziertes Personal durchgeführt wird, wie häufig sie erfolgt etc. wurde nicht erhoben, bleibt also dahin gestellt.

Die berufliche Rehabilitation ist ebenfalls unzureichend. Die Mehrzahl der Befragten hat keine berufliche Ausbildung. Eine Berufsausbildung, angefangen oder abgeschlossen, genossen zum Zeitpunkt der Erhebung nur Menschen mit einer körperlichen Behinderung, einer Seh- oder Hörschädigung. Die Mehrzahl von ihnen hat

Unterstützung durch Lehrer und Mitschüler erhalten, insbesondere diejenigen, die ihre Ausbildung in einem Rehabilitations-Ausbildungszentrum absolviert haben.

Während von der geringen sonderpädagogischen Unterstützung die Befragten unabhängig von ihrer Behinderung betroffen sind, wird bei der rehabilitativen Unterstützung deutlich, dass die wenigen vorhandenen Angebote sich überwiegend an Menschen mit einer körperlichen Behinderung richten bzw. von diesen eher in Anspruch genommen werden als von Menschen mit anderen Behinderungsformen.

Über die Qualität der wenigen vorhandenen sonderpädagogisch-rehabilitativen Angebote können keine Aussagen getroffen werden, hier besteht dringender Forschungsbedarf.

Zusammenfassend kann die Lebenssituation von Erwachsenen mit Behinderungen in Mwanza wie folgt beschrieben werden:

Die meisten Erwachsenen mit Behinderungen leben in einer Familienform, die der von gleichaltrigen Nicht-Behinderten in Mwanza entspricht (vgl. 5.2.2). Die Mehrzahl der Befragten ist verheiratet und hat Kinder. Die ökonomische Lage der befragten Erwachsenen mit Behinderung ist von Armut gekennzeichnet: unregelmäßiges oder geringes Einkommen und eine schlechte Wohnsituation. Hieraus resultiert eine einseitige Mangelernährung, die sich auf den allgemeinen Gesundheitszustand auswirkt. Hiervon sind in der eigenen Erhebung die befragten Frauen mit Behinderung geringfügig häufiger betroffen als die befragten Männer.

Im Bereich der medizinischen Vorsorge und Versorgung sind Unterschiede in den Altersgruppen festzustellen. Angebote in diesen Bereichen wurden wesentlich häufiger von den 18- bis 27-Jährigen genutzt als von den über 58-Jährigen. Mögliche Gründe hierfür sind ein verbessertes Angebot in den vergangenen Jahren sowie mehr Informationen über die bestehenden Angebote.

Eine qualifizierte (sonder-)pädagogische Unterstützung während der Schulzeit hatte bzw. hat die Mehrzahl der befragten Erwachsenen nicht. Auch die Angebote im Bereich der Rehabilitation sind sehr begrenzt und von der finanziellen Situation der Familien abhängig. Im Bereich der Rehabilitation werden Unterschiede zwischen den Behinderungsformen deutlich. Sowohl Beratungsangebote als auch Angebote zur Berufsausbildung richten sich in erster Linie an Erwachsene mit einer körperlichen Behinderung und werden von diesen auch angenommen. Das größte Defizit besteht in der Beratung für Erwachsene mit einer Mehrfachbehinderung sowie in Berufsausbildungsprogrammen für Menschen mit einer geistigen Behinderung oder Mehrfachbehinderung.

6. Schluss

Das abschließende Kapitel meiner Dissertation fasst die wichtigsten Erkenntnisse der empirischen Untersuchung über „Leben mit Behinderung in einem afrikanischen Land am Beispiel Tansanias – eine empirische Studie in der Stadt Mwanza“ zusammen und verfolgt dabei, wie schon in der Einleitung verdeutlicht, zwei Perspektiven, eine praxisorientierte, d.h. in diesem Fall: entwicklungspolitische Perspektive (vgl. 6.1), und eine theoretisch orientierte, womit in diesem Falle die International Vergleichende Sonderpädagogik angesprochen ist (vgl. 6.2). Die praxisorientierte Perspektive folgt dem Anliegen des Vereins M.W.A.N.Z.A. e.V., die konkrete soziale Lage behinderter Menschen in Mwanza/Tansania zu erfassen und im Sinne entwicklungspolitischer Maßnahmen positiv zu beeinflussen. Die theoriebezogene Perspektive konzentriert sich auf die wissenschaftliche Reflexion der zentralen Aufgaben der Vergleichenden Sonderpädagogik (Erkenntnisgewinn, Politik- und Praxisberatung sowie internationale Verständigung) und fragt vor dem Hintergrund der vorgelegten Analyse, welchen Beitrag eine Landesstudie wie diese für die Theorieentwicklung des Fachgebietes leisten kann.

6.1 Entwicklungspolitische Perspektiven

Bereits bei der Datenerhebung in Mwanza wurde mir bewusst, dass meine Arbeit nicht mit der Analyse der sozialen Lage behinderter Menschen in Tansania beendet sein würde; denn für die befragten Personen war die Teilnahme an der empirischen Untersuchung mit der Hoffnung verknüpft, dass ihnen, zumindest mittel- bis langfristig, Unterstützung zugesagt und gewährt würde, um ihre prekäre Lebenssituation zu verbessern. Mir wurde schnell klar, dass ich Verantwortung übernommen hatte, die über die eigentliche Forschungsarbeit hinaus wies und vor allem die Eröffnung entwicklungspolitischer Perspektiven betreffen sollte.

Am Schluss meines Fragebogens hatte ich den Betroffenen die Frage gestellt, welche Wünsche sie hätten, um ihre Situation zu verbessern. Mehrfachnennungen waren

möglich; die Antworten wurden unter themenzentrierten Kategorien zusammengefasst. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Wünsche der Erwachsenen von ihnen selbst, die Wünsche der Kinder dagegen überwiegend von deren Eltern formuliert wurden. Die Eltern gaben also Fremdauskunft in Bezug auf ihr Kind, aber auch Selbstauskunft, weil auch sie, für ihr eigenes Leben, z.B. durch Beratungsangebote u.ä., auf eine Verbesserung ihrer sozialen Lage durch die Teilnahme an der Untersuchung hofften. Entsprechend breit gestreut waren die Antworten (durchschnittlich 2 bis 3 pro Person), die in den folgenden beiden Tabellen zu Kategorien zusammengefasst wurden.

Tabelle 57: Art der gewünschten Unterstützung der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen

Art der gewünschten Unterstützung	ja		nein		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
finanzielle Unterstützung	116	66,3%	60	33,7%	176	100,0%
Beratung	118	67,4%	58	32,6%	176	100,0%
Therapie	96	54,9%	80	45,1%	176	100,0%
sonderpädagogische bzw. berufspädagogische Unterstützung	140	80,0%	36	20,0%	176	100,0%
Hilfsmittel	72	41,1%	104	58,9%	176	100,0%

Tabelle 58: Art der gewünschten Unterstützung bei Erwachsenen mit Behinderungen

Art der gewünschten Unterstützung	ja		nein		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
finanzielle Unterstützung	106	56,1%	84	43,9%	190	100,0%
Beratung	72	38,1%	118	61,9%	190	100,0%
Therapie	66	34,9%	124	65,1%	190	100,0%
sonderpädagogische bzw. berufspädagogische Unterstützung	55	29,1%	135	70,9%	190	100,0%
Hilfsmittel	93	49,2%	97	50,8%	190	100,0%

Für die *Gruppe der Kinder* wird an oberster Stelle (80,0%) sonderpädagogische bzw. berufspädagogische Unterstützung gewünscht. Offensichtlich fehlen in diesen Bereichen angemessene Angebote, z.B. Plätze in Sonderschulklassen sowie spezielle Unterrichtsmaterialien. Aber auch Beratung wird von über zwei Dritteln der Befragten (67,4%) gewünscht. Zu denken ist hier an medizinische, pädagogische und lebenspraktische Unterstützung, um den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit zu geben, ihr Alltagsleben zu bewältigen und zu gestalten. Für fast zwei Drittel (66,4%) der Kinder wird finanzielle Unterstützung gewünscht, nicht zuletzt, um die Kinder zur Schule schicken und im Sekundarschulbereich das Schulgeld zahlen zu können. Auch Therapien wünschen sich über die Hälfte (54,9%) der Befragten, und Unterstützung mit Hilfsmitteln wird in der Gruppe der Kinder in 41,1% der Fälle gewünscht.

In der *Gruppe der Erwachsenen* wünscht sich über die Hälfte (56,1%) finanzielle Unterstützung. Da die Mehrheit der Befragten in Armut lebt, kann vermutet werden, dass die finanzielle Unterstützung für die Bewältigung des alltäglichen Lebens gebraucht wird (Lebensmittel, Kleidung, Wohnung). Erst wenn das Überleben gesichert ist, kann das

Geld für behinderungsspezifische Maßnahmen ausgegeben werden, z.B. zum Kauf von Hilfsmitteln, Medikamenten u.ä., die wiederum Voraussetzung für die Ausübung einer Erwerbs- oder Berufstätigkeit sein könnten. Fast die Hälfte (49,2%) der Erwachsenen wünscht sich Hilfsmittel, um die eigene Lebenssituation verbessern zu können. Beratung wünschen sich 38,1% der befragten Erwachsenen. Worin genau diese bestehen sollte, war den Antworten nicht zu entnehmen. Zu denken ist u.a. aber auch an finanzielle, sprich: Vermögensberatung. Die wenigen bestehenden Beratungsangebote auf diesem Gebiet sind bisher kostenpflichtig. Ebenfalls ein gutes Drittel der Erwachsenen (34,9%) wünscht sich Therapieangebote, v.a. Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie. Schließlich wünschen sich in dieser Gruppe immerhin noch 29,1% eine sonderpädagogische bzw. berufspädagogische Unterstützung, möglicherweise, um ihre Situation auf dem Arbeitsmarkt zu verbessern oder zu verändern. Die Daten selbst lassen keine genauere Auskunft darüber zu.

Selbst wenn diese Wunschlisten nur eine grobe Orientierung geben, wird doch deutlich, dass sich die Wünsche mehr oder weniger auf die jeweilige Lebenssituation beziehen und deshalb auch zwischen Erwachsenen und Kindern differieren. Deutlich geworden ist aber zweifellos der Zusammenhang zwischen Behinderung und Armut, der die betreffenden Menschen in problematische Lebenslagen bringt. Viele erwachsene Menschen mit Behinderungen sind arbeitslos bzw. Geringverdiener, und viele Kinder werden in Ein-Eltern-Familien groß. Entwicklungspolitisch gedacht, würden in dieser Situation reine Geldspenden keine nachhaltige Veränderung hervorbringen, da sie jegliche Kreativität und Initiative zur Selbsthilfe nähmen (vgl. Yunus 2007, Teil 2). Deshalb wird vor allem nach Möglichkeiten der „Hilfe zur Selbsthilfe“ gesucht, wofür Information, Versorgung mit Hilfsmitteln, schulische Bildung, berufliche Qualifikation u.ä. dringend erforderlich sind. Hier spielt die sonderpädagogisch-rehabilitative Intervention eine herausragend wichtige Rolle. Aber auch der Zugang zu Einrichtungen der medizinischen Versorgung kann durch sonderpädagogisch-rehabilitative Angebote verbessert werden.

Perspektiven zur Entwicklung sonderpädagogischer Angebote

Bezüglich der sonderpädagogischen Angebote hat meine Untersuchung vor allem folgende Ergebnisse hervorgebracht:

- a) Schüler mit Behinderungen erfahren in Mwanza wesentlich häufiger soziale Unterstützung als sonderpädagogisch qualifizierte, da
- b) sonderpädagogische Unterstützung nur in den wenigen zentrumsnahen „special units“ gewährleistet ist, wobei die Qualität sehr unterschiedlich ist und
- c) die Versorgung mit behinderungsspezifischen (Unterrichts-)Materialien nur für sehr wenige Schüler gegeben ist.

Auf diesen inhaltlichen Ebenen sehe ich folgende Möglichkeiten einer bildungspolitischen Intervention:

Wie aus der Erhebung hervorgeht, erhält die Mehrzahl der Schüler soziale Unterstützung durch Lehrer und Mitschüler (vgl. 5.1.5). Diese vorhandene Hilfsbereitschaft bietet einen guten Ansatzpunkt zur sozialen Integration der Schüler mit Behinderungen. Deshalb sollten die bestehenden integrativen Ansätze des tansanischen Schulsystems (vgl. 3.5.2) aufgegriffen und ausgebaut werden, um eine qualifizierte sonderpädagogische Förderung der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen sicherzustellen.

Zum Ausbau der integrativen sonderpädagogischen Förderung aller Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen sowie zur Qualitätsverbesserung und -sicherung wäre der Aufbau von sonderpädagogischen Zentren, ähnlich den CBR support units des CBR-Programms in Daressalaam (vgl. 3.4) oder den Special Need Resource Centres (vgl. The atlas alliance 2007, 47), an je einer Grundschule und Sekundarschule pro Stadtteil wünschenswert. Den sonderpädagogisch qualifizierten Mitarbeitern des Zentrums kämen dabei umfassende Aufgaben in den Bereichen: Unterricht, Angebote zur Differenzierung sowie Medienerstellung und -verwaltung, Weiterbildungen zu verschiedenen Themen und Beratung für Schüler, Lehrer und Eltern zu.

Die vielfältigen Aufgaben eines sonderpädagogischen Zentrums erfordern verschiedene berufliche Qualifikationen. Neben gut ausgebildeten Sonderschullehrern sollten auch Sozialarbeiter und Psychologen dort tätig werden. Sinnvoll wäre eine Kooperation der verschiedenen Zentren, um Kompetenzen zu bündeln. Ist ein Zentrum z.B. auf Kinder mit Hörschädigungen spezialisiert, könnte ein Mitarbeiter aus diesem Zentrum eine Weiterbildung zur „Förderung hörgeschädigter Kinder im Unterricht“ in einem anderen Zentrum durchführen. Des Weiteren sollten die Zentren mit anderen Institutionen aus dem sozialen und/oder Gesundheitsbereich (vgl. Save the Children 2002, 51) kooperieren. Spezialisten aus diesen Bereichen könnten das Zentrum regelmäßig besuchen, z.B. ein Physiotherapeut, der einmal in der Woche aus dem BMC kommt. An diesem Beispiel wird deutlich, dass hier nicht streng getrennt werden sollte zwischen sonderpädagogischen und rehabilitativen Angeboten.

Der Aufbau von sonderpädagogischen Zentren erscheint besonders in den ländlichen Stadtteilen Mwanzas sinnvoll. Die Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen wohnen häufig weit voneinander entfernt, so dass das Einrichten von „special units“ sehr kostenintensiv wäre. Ein Teil der befragten Kinder und Jugendlichen besucht bereits die Grundschule und würde dort dann angemessener unterrichtet. Die Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen, die bisher keine Schule besuchen, könnten möglicherweise durch spezielle sonderpädagogische Angebote in die Grundschulen eingeschult werden.

In den städtisch geprägten Stadtteilen könnten o.g. Zentren den bestehenden „special units“ angegliedert werden. Die Angebote des Zentrums könnten von Lehrern und Schülern der „special units“ sowie den Eltern genutzt werden. Damit könnte die Qualität des Unterrichts in diesen verbessert werden.

Zur Qualitätssicherung des Unterrichts sollte auch die Sonderschullehrerausbildung verändert werden. Die ein- und zweijährigen Fortbildungskurse für Lehrkräfte an allgemeinen Schulen am „Patandi College“ im Nordosten Tansanias sollten inhaltlich ergänzt und aktualisiert werden, da bisher nur Fortbildungen zum Unterricht von Kindern mit Hör- oder Sehschädigungen sowie geistiger Behinderung stattfinden und die Unterrichtsmaterialien veraltet sind.

Im Herbst 2007 wurde in der Nähe von Lushoto im Osten Tansanias mit Unterstützung der Vereinten Evangelischen Mission (VEM) die erste behindertengerechte Fakultät für Sonderpädagogik eröffnet. Sie bietet einen staatlich anerkannten dreijährigen Bachelor-Studiengang in Sonderpädagogik an (vgl. URL: <http://www.emw-d.de/de.root/de.meldungen/de.meldung.439/> [Stand: 29.05.2008]) mit den Fachbereichen Seh-, Hörschädigungen, Sprachstörungen, Lernschwierigkeiten, geistiger Behinderung und Autismus. Ein Fachbereich für körperliche Behinderungen fehlt, Gründe hierfür sind den mir vorliegenden Informationen nicht zu entnehmen. Neben theoretischen Kursen u.a. zu Braille, Diagnostik, Methodik des integrativen Unterrichts umfasst das Studium auch Praktika in Vor-, Grund- und Sekundarschulen (vgl. URL: <http://www.sekuco.org/faculties.html> und <http://www.sekuco.org/courses.html> [Stand: 29.05.2008]). Die Einrichtung eines Bachelor-Studiengangs mit den o.g. Fachbereichen bedeutet eine Erweiterung der sonderpädagogischen Qualifikation in der Lehrerausbildung und ist sicherlich ein erster Schritt in die richtige Richtung, um die Qualifikation der Sonderschullehrkräfte zu erhöhen und damit die sonderpädagogische Förderung der Schüler mit Behinderungen zu verbessern. Entscheidend ist dabei, dass die Absolventen in den Schulen entsprechend ihrer Ausbildung bezahlt und eingesetzt werden und nicht aufgrund des großen allgemeinen Lehrermangels in Tansania (vgl. 3.5.1) überwiegend oder ausschließlich in Schulen oder Klassen unterrichten, in denen keine Schüler mit Behinderungen sind.

Perspektiven zur Entwicklung rehabilitativer Angebote

Bezüglich der rehabilitativen Versorgung hat meine Untersuchung vor allem folgende Ergebnisse hervorgebracht:

a) Medizinische Rehabilitation:

Das Angebot an Hilfsmitteln beschränkt sich in Mwanza auf Brillen, Tricycles und Krücken. Der Bedarf ist jedoch vielfältiger und sehr hoch (vgl. 5.1.5 und 5.2.5 sowie Tabellen 57 und 58). Hinzu kommt, dass die wenigen vorhandenen Hilfsmittel teuer sind, so dass die meisten Bedürftigen bei der Anschaffung auf finanzielle Unterstützung angewiesen sind.

Einige körperliche Schädigungen, z.B. Klumpfuß, sowie Sehschädigungen, z.B. grauer Star, können durch Operationen gelindert oder geheilt werden. Diese Operationen sind in Mwanza bisher nicht durchführbar.

Das therapeutische Angebot beschränkt sich in Mwanza auf Physiotherapie im BMC. Der Bedarf kann damit nicht gedeckt werden.

In unregelmäßigen Abständen besteht für Sehgeschädigte im Rahmen der „Eye Clinics“ (vgl. 3.4), die von Lion's oder Rotary Club durchgeführt werden, die Möglichkeit zu einer Diagnostik.

b) Früherkennung und –förderung:

Früherkennung findet in Mwanza ausschließlich im Rahmen der „clinic“ (vgl. 3.2) statt. Angebote der Frühförderung beschränken sich bisher auf die Physiotherapie (s.o.).

c) Berufliche Rehabilitation:

Zur beruflichen Erstausbildung gibt es in Mwanza das Rehabilitations-Ausbildungszentrum, dessen Angebot sich speziell an Menschen mit einer körperlichen Behinderung richtet. Nach Abschluss der Ausbildung oder bei einer Spätbehinderung gibt es bisher keine Angebote, um Menschen mit Behinderungen in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Um sich selbstständig zu machen, fehlt ihnen häufig das Kapital zur Anschaffung von Werkzeugen und Maschinen. Von den bestehenden Mikrofinanzprojekten⁵⁵ werden sie in der Regel ausgeschlossen, da ihre Liquidität zu unsicher ist.

Insbesondere Menschen mit einer geistigen Behinderung oder Mehrfachbehinderung haben kaum Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Sie werden in der Regel nur von ihren Familien unterstützt. Projekte zur Förderung der Erwerbstätigkeit dieser Personengruppe gibt es bisher nicht.

⁵⁵ Möglicherweise handelt es sich hierbei um klassische Kreditprogramme der 1960-er und 1970-er Jahre. Diese sind durch hohe Subventionen und niedrige Rückzahlungsraten gekennzeichnet (vgl. Steinwand 2004, 2).

d) Beratung:

Bisher gibt es in Mwanza keine systematischen und organisierten Beratungsangebote für Menschen mit Behinderungen. Beratung wird von den Selbsthilfegruppen sowie von Ärzten, z.B. im Rahmen der „clinic“, Lehrern oder anderen Betroffenen angeboten. Qualifizierte psychologische oder sozialpädagogische Beratungsangebote gibt es noch nicht.

Auf diesen inhaltlichen Ebenen sehe ich folgende Möglichkeiten rehabilitationspolitischer Intervention:

Damit die erforderlichen Veränderungen wirksam werden, ist eine Vernetzung der Angebote untereinander sowie mit den bereits bestehenden medizinischen, (sonder-)pädagogischen, sozialen und kulturellen Instanzen oder Diensten (vgl. Albrecht 1995, 115) und ein gemeindenaher Aufbau im Sinne von CBR erforderlich (vgl. 3.4). Wünschenswert wäre für Mwanza der Aufbau eines flächendeckenden CBR-Programms mit o.g. inhaltlichen Schwerpunkten und unter Berücksichtigung der kritischen Anmerkungen an bisherigen CBR-Programmen (vgl. 3.4). Insbesondere im Stadtzentrum sollten Spezialisten, Hilfsmittel, Therapien und Medikamente bereitgestellt werden, die von den lokalen Basisdiensten in den Distrikten Nyamaganga und Ilemela, ggf. sogar in der Region Mwanza, genutzt werden könnten (vgl. 3.4).

Neben den bereits vorhandenen Ansätzen in Mwanza sollten beim Aufbau neuer Angebote auch die im Land erhältlichen fachlichen Ressourcen zur Kompetenzerweiterung genutzt werden, z.B. eine Kooperation mit TATCOT in Moshi oder dem CCBRT Disability Hospital in Daressalaam (vgl. 3.4). Besonders im Bereich der beruflichen Rehabilitation ist auch eine Kooperation mit Nachbarländern, z.B. Kenia und Sambia, denkbar, da es dort bereits verschiedene Projekte u.a. auch für Menschen mit geistiger Behinderung gibt und für die Mitarbeiter Möglichkeiten der Aus- und Fortbildung bestehen.

Wie aus den erhobenen Daten hervorgeht (vgl. 5.2.1 und 5.2.2), besteht ein enger Zusammenhang zwischen Armut und Behinderung. Eine Möglichkeit zur Verbesserung der finanziellen Situation von Menschen mit Behinderungen wäre der Aufbau von Mikrofinanzinstituten (MFI). Diese gibt es in unterschiedlicher Größe und Eigentumsform und finanzieren sich durch lokal mobilisierte Ersparnisse oder Kredite der internationalen Gebergemeinschaften. Dabei arbeiten alle MFI mit kostendeckenden Zinsen⁵⁶ und die Rückzahlungsraten liegen bei über 90 Prozent. Die Verwaltungskosten werden durch unbürokratische und flexible Abwicklungsprozeduren reduziert, Gruppenbürgschaften, Bonussysteme und andere Anreize bieten alternative Sicherheiten, die die Rückzahlungsquoten erhöhen (vgl. Steinwand 2004, 1f.). Durch Kleinstkredite können auch Menschen mit Behinderungen den Weg aus der Armut schaffen. Sowohl Menschen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung als auch anderen mit kreativen Ideen eröffnet sich so der Start in die Selbstständigkeit. Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, können durch Hausbesuche der Mitarbeiter in die Programme integriert werden. Wichtig ist die begleitende Unterstützung durch Gruppentreffen und Informationen zu Finanzstrategien etc., da in diesen Bereichen Wissen fehlt. Positiv sind auch zusätzliche Angebote in den Bereichen Gesundheit, Hygiene und Ernährung. Da Mikrofinanzinstitute immer auf lokaler Ebene arbeiten, bieten sie zudem die Möglichkeit, die Menschen mit Behinderungen innerhalb ihrer Nachbarschaft zu fördern und gemeinsam mit ihren nicht-behinderten Nachbarn Erfolge und Rückschläge zu teilen. So werden Neid und Missverständnisse umgangen⁵⁷.

Bisher gibt es kaum Initiativen durch die tansanische Regierung, die Situation für Menschen mit Behinderungen zu verbessern. Zwar gibt es verschiedene so genannte „policies“, diese verstehen sich jedoch lediglich als Empfehlungen und müssen nicht zwingend umgesetzt werden. Insbesondere für den Aufbau konkreter Projekte, so auch für CBR, sind Impulse und Gelder von außen erforderlich. Um eine bedarfs- und gemeindeorientierte Umsetzung der oben genannten Interventionsmöglichkeiten – sowohl der sonderpädagogischen als auch der rehabilitativen – zu erreichen, sollten

⁵⁶ Das bedeutet, dass die Zinsen zwischen 18 und 60 Prozent liegen. Das erscheint hoch, die Zinsen bei anderen Banken liegen jedoch zwischen 120 und 300 Prozent. Gemessen an den geringen Kreditbeträgen sind die Zinsen erträglich (vgl. URL: http://www.grameenfoundation.org/what_we_do/microfinance_in_action/faqs/ [Stand: 30.06.07]).

⁵⁷ Ausführliche Informationen zu MFIs finden sich u.a. auf der Homepage <http://www.grameenfoundation.org>.

Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit Behinderungen, nationale und internationale NGOs sowie die Stadtverwaltung Mwanzas in die Planungen einbezogen werden. Es sollten klare Ziele, Strategien und Tätigkeiten formuliert werden, die regelmäßig evaluiert werden. Nur so kann die Qualität verbessert und der Korruption entgegen gewirkt werden (vgl. Vanneste 2005, 5; WHO 2004, 7f.).

Perspektiven der finanziellen und fachlichen Unterstützung

Neben den oben genannten Veränderungen im sonderpädagogisch-rehabilitativen Bereich bedarf es in Tansania auch der Veränderungen im Bereich der Legislative und der Infrastruktur. Richtlinien und Gesetze müssten erlassen werden, um die langfristige Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu sichern. Straßen, Häuser, Transportmöglichkeiten und öffentliche Einrichtungen sollten barrierefrei gestaltet werden (vgl. URL: http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan2006to2011.pdf, 5 [Stand: 15.05.06]). Das bedeutet, dass die tansanische Regierung finanzielle, materielle und personelle Unterstützung braucht. Während in die materielle und personelle Unterstützung in erster Linie afrikanische Experten und in Afrika erhältliche Materialien einbezogen werden sollten, ist bei der finanziellen Unterstützung die internationale Gebergemeinschaft gefordert.

Im „Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006-2011“ sichert die WHO in Anlehnung an die UN „Standard Rules“⁵⁸ ihren Mitgliedsstaaten Unterstützung in folgenden Bereichen zu:

- medizinische Versorgung und Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen,
- Aufbau von CBR-Programmen,
- Entwicklung, Produktion und Verteilung von Hilfsmitteln,
- Entwicklung von nationalen Gesetzen und Richtlinien,

⁵⁸ Einen ersten Überblick über Inhalte und Ziele bietet die Homepage <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm> bis <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre-06.htm>.

- Aufbau von Netzwerken und Partnerschaften (vgl. URL: http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan2006to2011.pdf, 1 [Stand: 15.05.06]).

Diese Angebote sollten genutzt werden und durch international tätige NGOs, wie z.B. Handicap International, Christoffel Blindenmission⁵⁹, ergänzt bzw. konkretisiert werden. Die Aktivitäten der verschiedenen Organisationen und der Stadtverwaltung sollten zur Qualitäts- und Effektivitätserhöhung, miteinander vernetzt werden (vgl. a.a.O.). Dazu wäre es sinnvoll für Städte oder Regionen eine Datenbank aufzubauen, in der die Projekte beschrieben werden und Ansprechpartner genannt werden. Zusätzlich wären regelmäßige Treffen vor Ort wünschenswert, in denen ein Austausch stattfindet, Kompetenzen gebündelt werden und über zukünftige Vorhaben diskutiert wird. Bestehende Projekte könnten so durch andere Träger sinnvoll ergänzt werden, anstatt durch ein ähnliches Projekt Konkurrenz zu erhalten.

In einer zukunftsfähigen Entwicklungspolitik kommt auch der internationalen Kooperation der Kommunen eine immer höhere Bedeutung zu. Im Mittelpunkt kommunaler Partnerschaften steht weniger der Geldtransfer als vielmehr das gegenseitige Lernen auf Augenhöhe (vgl. InWent gGmbH 2004, 13). Dies ist das zentrale Anliegen der Städtepartnerschaft Mwanza – Würzburg, die wesentlich vom M.W.A.N.Z.A. e.V. gestaltet wird⁶⁰ (vgl. Kapitel 1).

Damit die Städtepartnerschaft einen nachhaltigen Beitrag zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Behinderung in Mwanza leisten kann, muss zunächst geklärt werden, in welchen Bereichen eine langfristige Unterstützung sinnvoll und möglich ist. In die Planung und Durchführung von neuen Projekten sollten grundsätzlich Menschen mit Behinderungen sowohl in Deutschland als auch in Mwanza einbezogen werden. Im Rahmen der Städtepartnerschaft sollten folgende Kriterien berücksichtigt werden:

- Ziele, Maßnahmen und Methoden der Planung, Durchführung und Evaluation sollten gemeinsam definiert und angewendet werden.

⁵⁹ Informationen zu den NGOs und ihren Projekten finden sich auf der jeweiligen Homepage: <http://www.handicap-international.de> und <http://www.cbm.de>.

⁶⁰ Informationen zur Vereinsarbeit und verschiedenen Projekten sind auf der Homepage <http://www.mwanza.de> zu finden.

- Bei der Verteilung der finanziellen Mittel tragen beide Partner gemeinsam die Verantwortung.
- Ökonomische und ökologische Aspekte sind zu berücksichtigen.
- Verschiedene gesellschaftliche Gruppen sind einzubinden und zur aktiven Mitarbeit zu motivieren (vgl. inWent gGmbH 2004, 51f.).

Hilfreich sind dabei der Koordinator der Städtepartnerschaften in Mwanza sowie der Verein M.W.A.N.Z.A. e.V. auf deutscher Seite. Neben Würzburg pflegt Mwanza noch eine Städtepartnerschaft zu Tampere in Finnland und baut gerade eine Städtepartnerschaft zu Aust-Agder in Norwegen auf. Die jeweiligen Aktivitäten sollten miteinander abgestimmt werden, damit es zu einer sinnvollen Zusammenarbeit kommt, von der alle Beteiligten profitieren können.

Gute Ansatzpunkte bieten die bisherigen Aktivitäten zur finanziellen und fachlichen Unterstützung von Einrichtungen und Projekten für Menschen mit Behinderungen in Mwanza. So wurde z.B. der Neubau von Klassenräumen für die städtischen „special units“ ermöglicht, der Einsatz deutscher Studenten der Sonderpädagogik in den „special units“ sowie eine Fortbildung für zwei Sonderschullehrer aus Mwanza am Würzburger Dr. Karl-Kroiß-Zentrum für Hörgeschädigte wurde organisiert.

Zukünftig könnte der Verein beim Auf- und Ausbau sonderpädagogischer Zentren und rehabilitativer Angebote finanzielle Unterstützung durch Sponsoren aus Wirtschaft und Würzburger Unternehmen sowie Stiftungen, Netzwerken und NGOs liefern (vgl. inWent gGmbH 2004, 56f.). Fachliche Unterstützung in verschiedenen Bereichen kann durch einen regelmäßigen Fachkräfteaustausch, wie er schon jetzt zwischen dem BMC und der Missionsärztlichen Klinik in Würzburg praktiziert wird (vgl. 3.2), erfolgen.

Anhand der obigen Ausführungen wird deutlich, wie auf verschiedenen entwicklungspolitischen Ebenen zusammengearbeitet werden sollte: Sowohl international, national wie lokal tätige Organisationen und Vereine können zur Verbesserung konkreter sonderpädagogisch-rehabilitativer Angebote für Menschen mit Behinderungen in Mwanza beitragen.

6.2 Theoriebezogene Perspektiven

Die vorliegende Arbeit soll aber nicht nur in eine entwicklungspolitische Perspektive einmünden, sondern ebenfalls als ein Beitrag zur International Vergleichenden Sonderpädagogik (vgl. Kapitel 1) verstanden werden, wobei die internationalen Beziehungen – hier zwischen Deutschland und Tansania, Würzburg und Mwanza – als Ausgangspunkt meiner Untersuchung anzusehen sind. Zu diesem Ausschnitt der Vergleichenden Sonderpädagogik schrieb der Dortmunder Hochschullehrer Anton Reinartz im Jahr 1977, also vor mehr als 30 Jahren: „Das Thema der internationalen Beziehungen ist gewiss kein Novum in der wissenschaftlichen, organisatorischen und auch nicht in der praxisbezogenen Diskussion im Bereich der Sonderpädagogik“ (Reinartz 1977, 195). Historisch also kein Novum, aber doch eine Fachperspektive, die bis heute noch keinen vorderen Platz in der Gesamtdisziplin der Sonderpädagogik erobern konnte. In Anbetracht der Globalisierung der Welt und der Internationalisierung sozialer Probleme erscheint es bemerkenswert, dass die internationalen Beziehungen und die Vergleichende Sonderpädagogik als Ganze noch relativ wenig entwickelt sind. Aus diesem Grund wird im Folgenden die Entwicklung der International Vergleichenden Sonderpädagogik (aus deutscher Perspektive) kurz skizziert und mein eigener Beitrag in die bestehenden wissenschaftlichen Ansätze auf diesem Feld eingeordnet.

Wichtige Ereignisse auf dem Weg zur Etablierung einer International Vergleichenden Sonderpädagogik im deutschsprachigen Raum waren sicherlich die 13. Arbeitstagung der Dozenten der Sonderpädagogik 1977 in Zürich, in deren Rahmen neben der „Sonderpädagogischen Theoriebildung“ die „Vergleichende Sonderpädagogik“ (erstmalig) thematisch fokussiert wurde (vgl. Bürli 1977), sowie – zehn Jahre später – die Publikation „Vergleichende Sonderpädagogik“, Handbuch der Sonderpädagogik, Band 11, hrsg. von Karl Josef Klauer und Wolfgang Mitter im Jahr 1987. Die theoretisch verfasste Grundlegung der beiden Herausgeber dieses Werkes enthielt – neben einer Beschäftigung mit dem Begriff Sonderpädagogik und einer sonderpädagogischen Länderkunde – vor allem die Definition von Gegenstand und Aufgaben der Vergleichenden Sonderpädagogik mit den drei Schwerpunkten:

Erkenntnisgewinn, Politik- und Praxisberatung, Internationale Verständigung (vgl. auch die Einleitung dieser Dissertation). Insbesondere wohl dem Erkenntnisgewinn dienten die Länderstudien, die mit etwa 650 Seiten über 80 Prozent des Werkes füllen. Die afrikanischen Länder finden darin folgende Berücksichtigung: Auf knapp 90 Seiten wurden „Vorderer Orient und Afrika“ unter einer Kategorie zusammengefasst: Gegliedert wurde dieser Teil des Handbuchs in: Türkei, Jordanien, Israel, Ägypten, Schwarzafrika und Südafrika. Tansania, das von mir beforschte Land, kommt in diesem Sammelwerk allerdings nicht vor. Mit meiner Arbeit fülle ich also – 20 Jahre später – diese Lücke. Ich habe versucht, eine spezifische Landesstudie vorzulegen, die Behinderung, Sonderpädagogik und Rehabilitation in Tansania grundlegend betrachtet und auf eine – regional exemplarische – empirische Datenbasis stellt. Damit ist vor allem die Hoffnung verbunden, eine wissenschaftlich fundierte Ausgangsbasis für gezielte entwicklungspolitische Projekte bereit zu stellen (vgl. 6.1 dieser Arbeit), aber, wie bereits bemerkt, auch einen Beitrag zum internationalen Vergleich der Sonderpädagogik zu leisten.

Profitiert habe ich bei meiner Analyse vor allem von den Ansätzen zur „Sonderpädagogik Dritte Welt“, die als wichtiges Teilgebiet der Vergleichenden Sonderpädagogik dieses Fachgebiet als Ganzes stark beeinflusst haben. Zu dieser Einschätzung kam Ulrike Schildmann (1998) in ihrem Beitrag „International vergleichende Behindertenpädagogik unter besonderer Berücksichtigung der Geschlechterdimension – Analyse von Beiträgen einer ausgewählten Fachzeitschrift (Behindertenpädagogik, 1987-1997)“. Die zugespitzten Problemlagen, mit denen sich die „Sonderpädagogik Dritte Welt“ befasste (Behinderung und Armut, Begegnung mit dem Fremden etc.), und die kritischen wissenschaftlichen Positionen, die hierzu formuliert wurden, können als Ansporn gewertet werden, der Vergleichenden Sonderpädagogik ein eigenes Profil zu geben. Verbunden war und ist die „Sonderpädagogik Dritte Welt“ mit einem politischen Engagement interessierter Fachvertreter in dem „Arbeitskreis Behinderung und Dritte Welt“ (1988-1997) bzw. „Bundesarbeitsgemeinschaft Behinderung und Dritte Welt“ (seit 1997). Die diversen Beiträge, die zur Ausdifferenzierung des Fachgebietes beitrugen (vgl. etwa Kemler 1988) wurden in der Folgezeit aber auch einer kritischen Reflexion unterzogen, für die

vielleicht insbesondere Hans-Peter Schmidtke (1997, 2001, 2006) steht. In einem Zeitschriftenbeitrag von 1997 kommt seine Kritik folgendermaßen zum Ausdruck:

„Das Thema ‚Menschen mit Behinderungen in Ländern der Dritten Welt‘ gehört nicht gerade zu den zentralen Problemen der Erziehungswissenschaften in Deutschland. Schon die Bereiche, die sich am ehesten damit befassen könnten, die Sonderpädagogik, die Bildungsforschung mit der Dritten Welt oder die Interkulturelle Pädagogik, führen nur ein Randdasein im Kanon der pädagogischen Disziplinen. Aber selbst hier wird das Thema kaum beachtet, auch wenn es aufgrund der Extremsituation menschlichen Seins sehr wohl etwas von Exotik in sich birgt. Daran hat auch noch nichts geändert, dass sich in den letzten Jahren ein ‚Arbeitskreis Behinderung und Dritte Welt‘ gebildet hat oder dass Sonderpädagogen wie Alfred Sander (1994) oder Wolfgang Jantzen (1994, 1995) die enge Verbindung zwischen Behindertenproblemen in den Industrieländern und den Ländern der Dritten Welt herausstellen. Verstärkt wird die Vorstellung der Exotik noch dadurch, dass die Aufmerksamkeit vieler Berichterstatter und -erstatte(r)innen über Behinderungen in den verschiedenen Ländern so sehr von der Fremdheit der Menschen, ihrer Umgebungen und ihren spezifischen Antworten über ihre Lebenssituation gebannt wurde, dass sie nicht den Schritt zur direkten Kommunikation wagten. Das Unverständene wird dann leicht zu Unverständlichem gemacht, und konkrete Antworten auf konkrete Lebenssituationen werden zu Merkmalen einer ethnischen Gruppe oder einer Kultur hochstilisiert. Auch Titel wie der von Kemler ‚Behinderung und Dritte Welt – Annäherung an das zweifach Fremde‘ haben zu einer solchen Exotisierung beigetragen“ (Schmidtke 1997, 300 f.).

Auch ich hatte, wie in der Einleitung beschrieben, zu Beginn meines Aufenthaltes in Tansania dieses – hier kritisierte – Gefühl der „Annäherung an das zweifach Fremde“ (s.o.) und stimme an dieser Stelle Schmidtkes kritischer Position auch am Schluss meiner Arbeit nur bedingt zu: Das Fremde, auch das zwei- und mehrfach Fremde, sollte, wenn es empfunden wird, Anlass zu einer kritischen Reflexion sein, nicht um dadurch einer Exotisierung Vorschub zu leisten, sondern umgekehrt: um Exotisierung möglichst bewusst werden zu lassen und dann zu überwinden. Auf einer anderen inhaltlichen Ebene seiner Ausführungen (Schmidtke 1997, 300; 303 f.) ist ihm dagegen zuzustimmen, wenn er feststellt, viele Beiträge – von denen er offenbar einzelne als reine Reiseberichte identifiziert – litten unter Theorielosigkeit! Er selbst eröffnet dagegen folgende Perspektive:

„Die Hemmungen, eine Situation zu analysieren und auch zu bewerten, können durch bessere theoretische Fundierung der eigenen Arbeiten verringert werden... Ein solches theoretisches Konzept bietet der Ansatz der Lebensqualität, der von Glatzer und Zapf (1984, S. 7) präzisiert wird ‚als individuelle Konstellation von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden‘“ (Schmidtke 1997, 304).

In meiner hier vorgelegten Dissertation konnte ich zwar dem Ansatz der Lebensqualität ganz allgemein folgen, ihn aber sicherlich als einzelne Forscherin – in einem fremden Land und mit einem eng umrissenen Zeitrahmen – nicht im wissenschaftlich adäquaten Umfang erfüllen. Die zum Lebensqualitätskonzept gehörige Erforschung der objektiven

Seite: „etwa angemessene Wohnung und Arbeit, Angstfreiheit, Relation mit anderen Menschen, Möglichkeiten der Partizipation an der Gestaltung des eigenen Lebens und des Lebens der Gemeinschaft“ (Schmidtke 1997, 304) stand in meiner Untersuchung im Mittelpunkt der Bemühungen (und des Auftrages im Rahmen der Städtepartnerschaft), während die subjektive Seite (persönliche Zufriedenheit und „Vorstellungen von der Umsetzung eigener Wünsche und Ideen“; Schmidtke 1997, 304) aus besagten Gründen zwar angesprochen werden konnte, aber vergleichsweise eher im Hintergrund bleiben musste.

Vor dem Hintergrund der drei großen Aufgaben der Vergleichenden Sonderpädagogik (Erkenntnisgewinn, Politik- und Praxisberatung sowie internationale Verständigung) fasse ich am Ende dieses Schlusskapitels noch einige Aspekte meiner wissenschaftlichen Erkenntnisse zusammen, die meines Erachtens – ähnlich wie die kritischen Ausführungen Hans-Peter Schmidtkes – das Fachgebiet der International Vergleichenden Sonderpädagogik bereichern könnten:

1.) Zukünftige Forschung sollte partizipatorische Forschung sein. Damit verbunden ist, dass sie die bestehenden Methoden – unter Berücksichtigung kulturspezifischer Einflüsse – evaluiert und weiterentwickelt. Hierbei sollte Forschung, die von außen (hier vor allem von westlichen Forschern) betrieben wird, in Kooperation mit Wissenschaftlern des jeweiligen Landes erfolgen. Zwar haben auch sie ihre Ausbildung häufig in westlichen Ländern erhalten und wenden die bestehenden Forschungsstrategien leicht kritiklos auf die Lebensbedingungen ihres eigenen Landes an, aber sie sollten ermutigt werden, eine landesverbundene Wissenschaft zu entwickeln, die eigenständig und partizipativ ist. Partizipation meint dabei das dialektische Verhältnis von Forschung und Tat (vgl. Albrecht 1995, 116). Gesellschaftliche Veränderungen und die regionale Entwicklung unter Einbeziehung aller Mitglieder einer Gemeinschaft sind Ziele dieses Forschungsansatzes. In der partizipatorischen Forschung ergeben sich Problemauswahl und -definition aus den jeweiligen gesellschaftlichen Bedürfnissen. Dies gelingt nur, wenn die Forscher kulturelle, sprachliche, ökologische und ökonomische Begebenheiten kennen und beachten. Diese Erkenntnis führt dazu, dass westliche Forscher oder auch internationale Organisationen in Kooperation mit einheimischen Forschern arbeiten

sollten. Eine Möglichkeit des wissenschaftlichen und kulturellen Austauschs bieten in diesem Sinne *Tandem-Forschungsprojekte*,⁶¹.

2.) *Die quantitativ orientierte empirische Erhebung objektiver Lebensdaten ist Voraussetzung für weitergehende, besonders auch für qualitative Forschung.* Aus den erhobenen Daten ergeben sich neue Fragestellungen im Hinblick auf bestimmte Lebenssituationen, auf die Verarbeitung von Behinderung sowie zu den verschiedenen Altersgruppen und geschlechterspezifischen Fragestellungen. Für die Möglichkeit der Beantragung von vertiefenden Forschungsprojekten und -geldern ist es erforderlich, Bedarfsanalysen – auf möglichst objektiver Basis – vorzulegen. Die subjektiven Perspektiven der Betroffenen erhalten so einen stabilen wissenschaftlichen Unterbau (vgl. Kromrey 2002, 30). Für die vorliegende Arbeit bedeutete dies etwa Folgendes: Während sie zwar die Anzahl der bestehenden und wünschenswerten sonderpädagogisch-rehabilitativen Angebote ermittelt hat, konnten Aussagen zur Qualität der bestehenden Angebote sowie zur Organisation der wünschenswerten Angebote noch nicht im notwendigen Ausmaß getroffen werden. Aussagekräftige Informationen könnten hier z.B. durch Netzwerkinterviews⁶² gegeben werden. In Schulklassen könnten beispielsweise sowohl Lehrer als auch Schüler und deren Eltern über die Qualität der Angebote befragt werden, aber auch zur gewünschten und tatsächlich vollzogenen sozialen Integration.

3.) *Alle drei gesellschaftlich zentralen Strukturkategorien: Alter, Geschlecht und Behinderung sollten in zukünftigen Forschungsprojekten gleichermaßen Beachtung finden.* Während in meiner Arbeit bezogen auf die Altersgruppen eine grobe Untergliederung in Kinder/Jugendliche und Erwachsene vorgenommen wurde (und auch hier weitere Differenzierungen nötig wären), wurde die Differenzierung zwischen den Geschlechtern weitgehend vernachlässigt (zur Begründung s. Einleitung) und nur sporadisch fokussiert. Gerade aber im Zusammenhang mit gesellschaftlicher Armut wäre empirisch nachzuweisen, dass Frauen eher von Armut betroffen sind als Männer und dass Menschen mit Behinderungen stärker von Armut betroffen sind als Menschen ohne

⁶¹ Vgl. z.B. Institut für Völkerkunde der Universität Freiburg. Nähere Informationen sind erhältlich Online: URL: http://www.ethno.uni-freiburg.de/anfang.html?lehrfor_ind.html [Stand: 02.07.07]

⁶² Hollstein, B./Straus, F. (Hrsg.) (2006): *Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen.* Gütersloh.

Behinderungen (vgl. URL: [http://www.aktionsprogramm2015.de/Ansatzpunkte-/Aktionsprogramm 2015 - Armut bekämpfen/ Ansatzpunkt8.htm](http://www.aktionsprogramm2015.de/Ansatzpunkte-/Aktionsprogramm%202015%20-%20Armut%20bek%C3%A4mpfen/Ansatzpunkt8.htm) [Stand: 04.02.05]). Daraus ergibt sich eine mehrdimensionale Diskriminierung behinderter Frauen, die nicht zuletzt vor dem Hintergrund zu untersuchen wäre, dass Frauen gesamtgesellschaftlich gesehen einen größeren Anteil an der gesellschaftlich notwendigen Arbeit erbringen als Männer (vgl. Schildmann 2008, 104 ff. in Anlehnung an Daten der UNO) und ebenfalls stärker als Männer dazu beitragen, ihre Familien aus Armutslagen zu befreien, womit nicht nur ihre eigene Lebenssituation, sondern auch die ihrer Familien bzw. Gemeinschaft in den Blick genommen wird. Neben einer bewussten Berücksichtigung der gesellschaftlichen Strukturkategorien Alter und Geschlecht ist für zukünftige Forschungsprojekte eine gezieltere vergleichende Differenzierung nach Behinderungsarten zu berücksichtigen. So hat die vorliegende Untersuchung exemplarisch erbracht, dass die Situation von Kindern mit Sprachauffälligkeiten genauer erforscht werden müsste. Eine mögliche Fragestellung wäre hier: Inwieweit hängt – in Tansania oder in einem anderen bestimmten Land – die Schulfähigkeit von der Sprachfähigkeit ab? Hinzu kommt auf dieser Ebene die Ausdifferenzierung des Forschungsbedarfs in die Bereiche der medizinischen, psychologischen und pädagogischen Diagnostik. Welche diagnostischen Instrumente sind vorhanden und wie werden sie angewendet? Entsprechen sie der Kultur des Landes, in dem sie verwendet werden, in diesem Falle der tansanischen Kultur? Oder wurden sie aus anderen – wissenschaftlich dominanten Kulturkreisen – adaptiert?

4.) Neben einer vergleichenden Differenzierung nach Behinderungsarten sollte auch das Konzept der Lebensqualität in zukünftigen Analysen ausdifferenziert werden. So wurde, wie in der Einleitung berichtet, in der vorliegenden Arbeit (aufgrund mehrheitlicher Entscheidung vor Ort) das Thema HIV/Aids – auch in Tansania weit verbreitet – nicht gezielt in den Blick genommen. Hiervon sind insbesondere auch Menschen mit Behinderungen direkt oder indirekt betroffen (vgl. URL: <http://www.africacampaign.org> [Stand: 02.07.07]). Wie aus den erhobenen Daten hervorgeht, leben bereits jetzt 15,9% der befragten Kinder bei ihren Großeltern oder anderen Personen und 13,6% in einer Ein-Eltern-Familie. Eine Ursache hierfür könnte der Tod eines oder beider Elternteile

durch Aids sein. Welche Auswirkungen dies für Kinder, aber auch für die anderen Familienangehörigen hat, konnte ich (noch) nicht differenziert untersuchen. Bei Erwachsenen würde auch interessieren, ob Frauen und Männer mit Behinderungen eine besondere Risikogruppe darstellen, und welche Beratungs- und (medizinischen) Hilfsangebote sowie medizinischen Angebote es für sie gibt oder geben müsste. Eine andere Perspektive eingeschränkter Lebensqualität, die in meiner Arbeit zum Vorschein kommt, ist die der Kinderarbeit, die es auch in Mwanza gibt (vgl. 2.2). Zu fragen wäre etwa: Inwieweit sind hiervon auch Kinder mit Behinderungen betroffen? Gibt es Zusammenhänge zwischen Kinderarbeit und der Entstehung von Behinderung? In engem Zusammenhang mit der Frage der Kinderarbeit steht die Frage, inwieweit Kinder mit Behinderungen betteln. Verhindern Kinderarbeit und Betteln den Schulbesuch? Auch hat die Zahl der Straßenkinder zugenommen und stellt einen ernst zu nehmenden sozialen Faktor dar. Inwieweit gehören auch Kinder mit Behinderungen zu dieser Gruppe? Welche Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen gibt es, welche sind erforderlich?⁶³ Antworten auf diese Frage könnten wesentlich dazu beitragen, die Strukturen der sonderpädagogisch-rehabilitativen Angebote für Kinder an den konkreten sozialen Problemlagen im Zusammenhang von Armut – Geschlecht – Behinderung auszurichten.

Diese hier abschließend angesprochenen Fragestellungen weisen zum Einen in Richtung Mwanza/Tansania, wo – nach grundlegender wissenschaftlicher Bedarfsanalyse im Rahmen der Partnerschaft zweier Städte – nun gezielte, wissenschaftlich konzipierte, soziale Projekte, gestartet werden könnten. Diese Fragestellungen weisen aber auch auf Problemlagen hin, die nicht nur für Tansania typisch sind, sondern für viele andere Länder der Dritten Welt, die im Sinne unserer EINEN WELT (denn wir haben nicht drei Welten) vor allem einer raschen konstruktiven Bearbeitung – bei gleichzeitiger wissenschaftlicher Evaluation – bedürfen.

⁶³ In Mwanza wurde bereits eine Studie zur Lebenswelt von Straßenkindern durchgeführt, die jedoch keine Antworten auf die skizzierten Fragen gibt (vgl. Wiencke, M. (2007): Straßenkinder in Tansania. Ihre Lebenswelt in der Stadt Mwanza. Frankfurt a.M., London.

7. Verzeichnisse

7.1 Literaturverzeichnis

Albrecht, F. (1995): Zwischen landverbundener und weißer Wissenschaft: zur Problematik der Sonderpädagogik in Ländern der Dritten Welt- dargelegt am Beispiel Ecuadors. Frankfurt a.M.

Albrecht, F./Bürli, A./Erdélyi, A. (Hrsg.) (2006): Internationale und vergleichende Heil- und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn.

Apedjinou, D. (2000): Frauen und Dritte Welt. In: Forkmann, S./Sehrbrock, P./AK „Frauen und Behinderung in der Dritten Welt“, Al Asiri, M. (Hrsg.): Frauen und Behinderung in der Einen Welt/in der Dritten Welt. Oldenburg. S. 17- 27.

Andersen, U. (2004): Entwicklungspolitik/-hilfe. In: Woyke, W. (Hrsg.): Handwörterbuch Internationale Politik. Bonn. S. 85-95.

Antor, G./Bleidick, U. (Hrsg.) (2001): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln.

Atteslander, P. (2000): Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin, New York.

Biewer, G. (2002): Ist die ICIDH-2 für die Heilpädagogik brauchbar? In: Bundschuh, K. (Hrsg.): Sonder- und Heilpädagogik in der modernen Leistungsgesellschaft. Krise oder Chance? Bad Heilbronn. S. 293-301.

Biewer, G. (2005): Armutsbegriffe und Armutstheorien in heilpädagogischen Kontexten. In: Behindertenpädagogik, 44. Jg., Heft 2/2005. S. 149-159.

Bleidick, U. (Hrsg.) (1995): Einführung in die Behindertenpädagogik I. Allgemeine Theorie der Behindertenpädagogik. Stuttgart, Berlin, Köln.

Bloemers, W. (2003): Grenzüberschreitungen. Europäisch orientierte Akzentuierungen von Heilpädagogik – eine Skizze. In: Fachbereichstag Heilpädagogik (Hrsg.): Das Europäische Jahr der Menschen mit Behinderung. Freiburg. S. 13-36.

Boness, Ch. (2002): Kritische Situationen in Begegnungen zwischen Tansaniern und Europäern. Frankfurt a.M., Berlin, Bern.

Bortz, J., Döring, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin, Heidelberg, New York.

Bruning, R./Sommer, B. (Hrsg.) (1993): Kinderarbeit. Osnabrück

Bürli, A. (Hrsg.) (1977): Sonderpädagogische Theoriebildung. Vergleichende Sonderpädagogik. Referate der 13. Arbeitstagung der Dozenten der Sonderpädagogik in deutschsprachigen Ländern in Zürich. Luzern (SZH).

Bürli, A. (1991): Zur Situation schwerstbehinderter Menschen aus internationaler Sicht. In: Fröhlich, A. (Hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogik. Band 12 Pädagogik bei schwerster Behinderung. Berlin. S. 111-125.

Bürli, A. (1997): Sonderpädagogik international: Vergleiche, Tendenzen, Perspektiven. Luzern.

Bürli, A. (2001): Vergleichende Sonderpädagogik. In: Antor, G./Bleidick, U. (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln. S.95-99.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hrsg.) (2003). Aktionsprogramm 2015. Armut bekämpfen. Gemeinsam Handeln. Der Beitrag der Bundesregierung zur weltweiten Halbierung extremer Armut. Bonn.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hrsg.) (2003 a): Tansania Länderbericht. Bonn. Online: URL: <http://www.tanzania-network.de/downloads-cat3.html/LänderberichtBMZ.pdf> [Datum der Recherche: 06.12.05].

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) Referat für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.) (2006): Medienhandbuch Entwicklungspolitik 2006/2007. Berlin.

Bureau of Statistics Planning Commission (Hrsg.) (1994): Tanzania Knowledge, Attitudes and Practices Survey 1994. Dar es Salaam. Online: URL: <http://www.measuredhs.com/pubs-/pdf/FR061/05chapter5.pdf> [Datum der Recherche: 14.12.06].

Buschmann, R./Gläser, U. (2000). Frauen und Behinderung in Tansania – Schicksal oder Strafe Gottes? In: Forkmann, S./Sehrbrock, P./AK "Frauen und Behinderung in der Dritten Welt", Al Asiri, M. (Hrsg.) (2000). Frauen und Behinderung in Einer Welt/in der Dritten Welt. Oldenburg.

CCBRT (Hrsg.) (2005): Introduction to the ART - CBR program at CCBRT, and Community Based Rehabilitation in general. Online: URL: <http://www.ccbt.or.tz/downloads/info%20ARTandCBRgeneral.doc> [Datum der Recherche: 15.05.2006].

Cloerkes, G.(2001): Soziologie der Behinderten. Heidelberg.

Cloerkes, G. (Hrsg.) (2003): Wie man behindert wird. Heidelberg.

Cloerkes, G./Neubert, D. (1997): Behinderung und Behinderte in verschiedenen Kulturen. Heidelberg.

Datta, A. (Hrsg.) (2001): Julius Nyerere Reden und Schriften aus drei Jahrzehnten. Bad Honnef.

Diekmann, A. (2005): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Hamburg.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf.

Ellger-Rüttgardt (2001): Rehabilitation. In: Antor, G./Bleidick, U. (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln. S. 88-91.

Fachbereichstag Heilpädagogik (Hrsg.) (2003): Das Europäische Jahr der Menschen mit Behinderung. Freiburg.

Forkmann, S./Sehrbrock, P./AK „Frauen und Behinderung in der Dritten Welt“, Al Asiri, M. (Hrsg.) (2000): Frauen und Behinderung in der Einen Welt/in der Dritten Welt. Oldenburg.

Freyhoff, G. (1993): Behinderte Menschen in der Entwicklungszusammenarbeit. Probleme – Ansätze – Perspektiven. In: Albrecht, F./Weigt, G. (Hrsg.): Behinderte Menschen am Rande der Gesellschaften: Problemstellungen und Lösungsstrategien von „Sonderpädagogik Dritte Welt“. Frankfurt a.M., S. 97-117.

Fröhlich, A. (1991): Vorwort des Herausgebers. In: Fröhlich, A. (Hrsg.): Pädagogik bei schwerster Behinderung. Berlin. S. V-VI.

Gabriel, J. (2003): Reise Know-How Tansania, Sansibar, Kilimanjaro. Bielefeld.

Geiser, A. (1998): „Aus Fehlern wird man klug. Wenn man sie erkennt!“ Aachen.

Government of the United Republic of Tanzania (Hrsg.) (2001): Education Sector Development Programme. Primary Education Development Plan (2002-2006). Dar es Salaam.

Hensle, U./Vernooij, M. A. (2002): Einführung in die Arbeit mit behinderten Menschen I. Psychologische, pädagogische und medizinische Aspekte. Wiebelsheim.

Hirschler, K./Hofmeier, R. (2003): Tanzania im Jahr 2003. Online: URL: <http://www.www.tanzania-network.de/downloads-cat3.html/Länderbeitrag2003.pdf> [Datum der Recherche: 06.12.05].

Hirte, M. (2005): Impfen – Pro/Contra. Das Handbuch für die individuelle Impfentscheidung. München.

Hofmeier, R. (1993): Tanzania. In: Nohlen, D./Nuscheler, F. (Hrsg.): Handbuch der Dritten Welt. Ostafrika und Südafrika. Bonn.

Hollenweger, J. (2003): Behindert, arm und ausgeschlossen. Bilder und Denkfiguren im internationalen Diskurs zur Lage behinderter Menschen. In: Cloerkes, G. (Hrsg.): Wie man behindert wird. Heidelberg. S. 141-164.

Hollstein, B./Straus, F. (Hrsg.) (2006): Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen. Gütersloh.

Holzer, B./Vreede, A./Weigt, G. (Hrsg.) (1999): Disability in Different Cultures. Reflections on Local Concepts. Bielefeld.

Institute of Education (Hrsg.) (1984): Development of Special Education in Tanzania. Dar es Salaam.

inWent gGmbH (Hrsg.) (2004): Partner in alle Richtungen – Gewinn und Nutzen kommunaler Partnerschaften in der Einen – Welt. Ein Praxisleitfaden. Bonn.

Jacobs, H. (1995): Armut. Zum Verhältnis von gesellschaftlicher Konstituierung und wissenschaftlicher Verwendung eines Begriffs. In: Soziale Welt, 46, S. 403-420.

Kemler, H. (1988): Begründung und Selbstverständnis einer Beschäftigung mit Sonderpädagogik und Dritter Welt. In: Kemler, H. (Hrsg.): Behinderung und dritte Welt – Annäherung an das zweifach Fremde. Frankfurt/Main, S. 15-37.

Kemler, H. (Hrsg.) (1988 a): Behinderung und dritte Welt – Annäherung an das zweifach Fremde. Frankfurt/Main.

Kisanji, J. (1979): Incidence of Handicapped Children In Ordinary Primary Schools. In: UNICEF (Hrsg.) (1979): Early Childhood Development and Education. Nairobi, S. 44-60.

Kisanji, J. (1995): Growing up Disabled. In: Zinkin, P./McConachie, H. (Hrsg.): Disabled Children/Developing Countries. London.S. 183-202.

Kisanji, J. (1995a): The March towards Inclusive Education in Developing Countries: Retracing the Steps. Manchester.

Klauer, K.J./Mitter, W. (1987): Grundfragen einer Vergleichenden Sonderpädagogik. In: Klauer, K.J./Mitter, W. (Hrsg.) (1987a): Handbuch der Sonderpädagogik. Band 11 Vergleichende Sonderpädagogik. Berlin. S. 3 – 22.

Klauer, K.J./Mitter, W. (Hrsg.) (1987a): Handbuch der Sonderpädagogik. Band 11 Vergleichende Sonderpädagogik. Berlin.

Kromrey, H. (2000): Empirische Sozialforschung. Augsburg.

Lamnek, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken. München, Weinheim.

Mboya, M.W., Possi, M.K. (1996): The Special Child in Tanzania Primary Schools. In: University of Dar es Salaam (Hrsg.): Papers in Education and Development. No. 17. Dar es Salaam. S. 52-63.

Meyer, A.-H. (2004). Kodieren mit der ICF: Klassifizieren oder Abklassifizieren? Heidelberg.

Michel-Biegel, C. (2002): Tanzanische Erziehungswirklichkeit untersucht am Beispiel der institutionellen Vorschulerziehung. Pädagogische Hochschule Freiburg. Diss.

Ministry of Education and Culture (Hrsg.) (1991): Muhtasari wa Stadi za Afya kwa Watoto Wenye Mtindo wa Ubongo na Akili Taahira. Dar es Salaam.

Ministry of Education and Culture (Hrsg.) (1995): Education And Training Policy. Dar es Salaam.

Ministry of Education and Culture (Hrsg.) (2003): Basic Statistics in Education. Dar es Salaam.

Ministry of Labour, Youth Development and Sports (Hrsg.) (2004): National Policy on Disability. Dar es Salaam.

Missionsärztliches Institut Würzburg (Hrsg.) (o.J.): Klinische Kooperation zwischen dem Bugando Hospital in Mwanza, Tansania (Partnerstadt von Würzburg) der Missionsärztlichen Klinik und dem Klinikum der Universität Würzburg. Würzburg.

Missionswerk Bayern – Afrika-Referat (Hrsg.) (2005). Tansania Informationen 05/2005. Erziehungswesen. S. 6-9. Neuendettelsau.

Missionswerk Bayern – Afrika-Referat (Hrsg.) (2005). Tansania Informationen 09/05. Mwanza, die zweitgrößte Stadt Tansanias. S. 6. Neuendettelsau.

Missionswerk Bayern – Afrika-Referat (Hrsg.) (2005). Tansania Informationen 12/05. Zum Schulsektor. S.5-7. Neuendettelsau.

Missionswerk Bayern – Afrika-Referat (Hrsg.) (2006). Tansania Informationen 01/2006. Ärztestreik, Hintergrund, Reaktionen, Reue. S.9-11. Neuendettelsau.

Mission Eine Welt – Referat Afrika (Hrsg.) (2007). Tansania Informationen 07/2007. Zum Haushalt 2007/08, Entwurf von Finanzministerin Meghji vorgelegt. S. 2-3. Neuendettelsau.

Mission Eine Welt – Referat Afrika (Hrsg.) (2008). Tansania Informationen 05/2008. Tötung von Albinos: Vorgänge, Ursachen, Aktivitäten. S. 10-11. Neuendettelsau.

Müller, A. (Hrsg.) (2001): Sonderpädagogik provokant. Luzern.

Nuscheler, F. (1996): Lern- und Arbeitsbuch Entwicklungspolitik. Bonn.

Nuscheler, F. (2004): Nord-Süd-Konflikt. In: Woyke, W. (Hrsg.): Handwörterbuch Internationale Politik. Bonn. S. 391-400.

Patandi College (Hrsg.) (1999): Psychology in Special Needs Education. Arusha.

Possi, M.K. (o.J.): Superstitious Behaviour on people with Disabilities: What do some Kiswahili superstitions tell us? Dar es Salaam.

Possi, M.K. (1988): Some Aspects of Education of Albino Children in Tanzania. In: The Tanzania Teacher. Journal of Tanzania Professional Teachers Association. Vol. 1 No.1. Dar es Salaam. S. 15-20.

Possi, M.K. (1994): The Place of Special Children in Educational Reforms in Tanzania: A Critique. In: Thorburn, M.J./ Marfo, K. (1994): Practical approaches to childhood disability in developing countries. Tampa. S. 1-17.

President's Office (Hrsg.) (2002): The 2002/03 Tanzania Participatory Poverty Assessment. Dar es Salaam.

Reinartz, A. (1977): Internationaler System- und Theorievergleich in der Sonderpädagogik. Notwendigkeit, Möglichkeit und Grenzen. In: Bürli, A. (Hrsg.): Sonderpädagogische Theoriebildung. Vergleichende Sonderpädagogik. Referate der 13. Arbeitstagung der Dozenten der Sonderpädagogik in deutschsprachigen Ländern in Zürich. Luzern (SZH), S. 195-206.

Rieger, T. (1988): Aspekte der Integration Behinderter in Südamerika. Ergebnisse einer Befragung. In: Kemler, H. (Hrsg.): Behinderung und dritte Welt – Annäherung an das zweifach Fremde. Frankfurt/Main. S. 127-140.

Ruto, S.J./Ogechi, N. O. (2001): Lakwa ko lakwa – Ein Kind ist ein Kind. Das Verständnis von Behinderung in der afrikanischen Kultur am Beispiel kenianischer Sprachen. In: Das Zeichen. Zeitschrift für Sprache und Kultur Gehörloser, Nr. 58, Jg.15, S. 560-568.

Rweyemamu, D.C./Wangwe, S.M. (2001): The State of Tanzania's Social Sector in the Development Context. Dar es Salaam.

Save the Children (Hrsg.) (2002): Schools for All. Including disabled children in education. London. Online: URL: http://www.eenet.org.uk/key_issues/teached/-Inclusion%20in%20Action%20MAIN%20REPORT.pdf [Datum der Recherche: 28.06.07].

Schildmann, U. (1998): International vergleichende Behindertenpädagogik unter besonderer Berücksichtigung der Geschlechterdimension - Analyse von Beiträgen einer ausgewählten Fachzeitschrift (Behindertenpädagogik, 1987-1997), in: Behindertenpädagogik, Jg. 37, Heft 4/1998, S. 322-241.

Schildmann, U. (2000): Die Geschlechterdimension in der International Vergleichenden Sonderpädagogik. In: Forkmann, S./Sehrbrock, P./AK „Frauen und Behinderung in der Dritten Welt“, Al Asiri, M. (Hrsg.): Frauen und Behinderung in der Einen Welt/in der Dritten Welt. Oldenburg. S. 29-56.

Schildmann, U. (2002): Zur Notwendigkeit und Bedeutung der wissenschaftlichen, d.h. praktischen Beschäftigung mit Sonderpädagogik Dritte Welt, in: Sehrbrock, P. (Hrsg.) (2004): Bericht über das Symposium „Zehn Jahre Praktikum Behinderung und Dritte Welt“. Am 25./26. Oktober 2002, Oldenburg. S. 17-35.

Schildmann, U. (2008): Armut, Geschlecht und Behinderung im internationalen Vergleich. In: Biewer, G./Luciak, M./Schwinge, M. (Hrsg.): Begegnung und Differenz: Menschen – Länder – Kulturen. Beiträge zur Heil- und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn. S. 99-112.

Schmidtke, H.-P.(1997): Lebensqualität – Reflexionen über (sonderpädagogische) Assistenzen für Menschen mit Behinderungen. In: Behindertenpädagogik, 36. Jahrgang, H. 3/1997, S. 300-309.

Schmidtke, H.-P. (2001): Behinderung und Dritte Welt. Was muss ich über ein Land wissen, um Behinderung in ihrem Kontext zu verstehen? In: Müller, A. (Hrsg.): Sonderpädagogik provokant. Luzern.

Schuntermann, M.F. (2007). Einführung in die ICF. Landsberg/Lech.

Sehrbrock, P. (Hrsg.) (2004): Bericht über das Symposium „Zehn Jahre Praktikum Behinderung und Dritte Welt“. Am 25./26. Oktober 2002, Oldenburg.

Sommer, B. (1993): Die Ausbeutung verschärft sich. In: Bruning, R. /Sommer, B. (Hrsg.): Kinderarbeit. Osnabrück. S. 8-21.

Sommer, B. (1993a): “Entwicklung durch Arbeitsbeschaffung.” Die ILO und der informelle Sektor. In: Bruning, R./Sommer, B. (Hrsg.): Kinderarbeit. Osnabrück. S. 41-46.

Steinwand, D. (2004): Revolution in der Mikrofinanz. Online: URL: http://www.2.gtz.de/dokumente/akz/deu/AKZ_2004_4/Expertenthema.pdf [Datum der Recherche: 28.06.07].

The atlas alliance (Hrsg.) (2007): Report of an inclusive education workshop Zanzibar 7-10 February 2006. Oslo. Online: URL: http://www.eenet.org.uk/key_issues/teached-/Inclusion%20in%20Action%20MAIN%20REPORT.pdf [Datum der Recherche: 28.06.07].

The Planning Commission Dar es Salaam and Regional Commissioner’s Office o.J., Mwanza Region Socio-Economic Profile. Online: URL:<http://www.tzonline.org/pdf-/mwanza.pdf> [Datum der Recherche: 19.12.05].

The United Republik of Tanzania (Hrsg.) (2003): 2002 Population and Housing Census General Report. Dar es Salaam.

Trommsdorff, G. (1987): Behinderte in der Sicht verschiedener Kulturen. In: Klauer, K.J./Mitter, W. (Hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogik. Band 11 Vergleichende Sonderpädagogik. S. 23-47.

Tüschbönner, H. (2001): Behinderung in Afrika. Zur Situation und Rehabilitation behinderter Menschen im östlichen und südlichen Afrika mit besonderem Schwerpunkt der Community Based Rehabilitation (CBR). Bonn.

UNICEF (Hrsg.) (1979): Early Childhood Development and Education. Nairobi.

Vanneste, G. (2005): CBR: A Critical Review. Online: URL: <http://www.ccbt.or.tz/downloads/cbr.doc> [Datum der Recherche: 15.05.06].

Vernooij, M.A. (2007): Einführung in die Heil- und Sonderpädagogik – theoretische und praktische Grundlagen der Arbeit mit beeinträchtigten Menschen. Wiebelsheim.

Vice President's Office (Hrsg.) (2005): National Strategy for Growth and Reduction of Poverty (NSGRP). Dar es Salaam.

Wiencke, M. (2007): Straßenkinder in Tansania. Ihre Lebenswelt in der Stadt Mwanza. Frankfurt a.M., London.

World Health Organisation (Hrsg.) (2001): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Entwurf der deutschsprachigen Fassung März 2001 (Konsensusentwurf).

World Health Organisation (Hrsg., 2004): CBR A Strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and Social Inclusion of People with Disabilities. Joint Position Paper 2004. Online: URL: <http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/download/jointpaper.pdf> [Datum der Recherche: 15.05.06].

Woyke, W. (Hrsg.): Handwörterbuch Internationale Politik. Bonn.

Wülser, G. (1993): Verstehen, Anerkennen und Handeln in der Zusammenarbeit mit behinderten Personen in verschiedenen Kulturen. In: Albrecht, F./Weigt, G. (Hrsg.): Behinderte Menschen am Rande der Gesellschaften: Problemstellungen und Lösungsstrategien von „Sonderpädagogik Dritte Welt“. Frankfurt a.M. S. 43-77.

Yunus, M. (2007): Menschen sind keine Geldmaschinen. 2. Teil: „Ziel ist nicht, jemanden reich zu machen.“ Online: URL: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/0,1518,481659-2,00.html> [Datum der Recherche: 30.06.07].

Zeppenfeld, W. (2004). Barsch-Saison am Viktoriasee. Online: URL: <http://www.br-online.de/politik/ausland/themen/2004/00054/daserste.shtml> [Datum der Recherche: 19.12.05].

7.2 Internetquellen

URL: <http://www.africacampaign.org> [Datum der Recherche: 02.07.07].

URL: <http://www.africa.upenn.edu/NEH/tgeography.htm>, [Datum der Recherche: 07.11.2005]

URL: <http://www.africa.upenn.edu/NEH/thealth.htm> [Datum der Recherche: 07.11.05]).

URL: <http://www.aktionsprogramm2015.de/Ansatzpunkte/Aktionsprogramm2015-Armutbekämpfen/Ansatzpunkt8.htm> [Datum der Recherche: 04.02.05].

URL: [http:// www.albinismus.info/grafikversion/](http://www.albinismus.info/grafikversion/) [Datum der Recherche: 29.07.05].

URL: <http://www.bugandomedicalcentre.go.tz> [Datum der Recherche: 28.06.07].

URL: <http://www.cbm.de> [Datum der Recherche: 27.11.2007].

URL: <http://devdata.worldbank.org/hnpstats/HnpAtaGlance.asp?sCtry=TZA,Tanzania> [Datum der Recherche: 15.11.05]).

URL: <http://www.emw-d.de/de.root/de.meldungen/de.meldung.439/> [Datum der Recherche: 29.05.2008]

URL: http://www.ethno.uni-freiburg.de/anfang.html?lehrfor_ind.html [Datum der Recherche: 02.07.07].

URL: [http://www.grameenfoundation.org/ what_we_do/ microfinance_in_action/faqs/](http://www.grameenfoundation.org/what_we_do/microfinance_in_action/faqs/) [Datum der Recherche: 30.6.07].

URL: <http://www.handicap-international.de> [Datum der Recherche: 27.11.2007].

URL: <http://www.abc-consulting.de/index.htm> [Datum der Recherche: 28.06.07].

URL: <http://www.inwent.org/ez/articles/055152/index.deshtml> [Datum der Recherche: 28.06.07].

URL: <http://www.mwanza.de> [Datum der Recherche: 28.06.07].

URL: <http://www.mwanzacommunity.org/agriculture.html> [Datum der Recherche: 19.12.05].

URL: <http://www.mwanzacommunity.org/communication.html> [Datum der Recherche: 19.12.05].

URL: <http://www.mwanzacommunity.org/manufacturing.html> [Datum der Recherche: 19.12.05]

URL: <http://www.mwanzacommunity.org/transportation.html> [Datum der Recherche: 19.12.05].

URL: <http://www.netdoktor.de/impfungen/who-impfprogramme.htm> [Datum der Recherche: 22.07.07].

URL: <http://www.sekuco.org/courses.html> [Datum der Recherche: 29.05.2008].

URL: <http://www.sekuco.org/faculties.html> [Datum der Recherche: 29.05.2008].

URL: <http://www.tanedu.org/educationsctordevelopment1.pdf> [Datum der Recherche: 12.12.05].

URL: <http://www.tanzania.go.tz/health.htm> [Datum der Recherche: 08.11.05].

URL: <http://www.tanzania-network.de/downloads-cat3.html/Worldbank.pdf> [Datum der Recherche: 06.12.05].

URL: <http://www.tatcot.org/courses.htm> [Datum der Recherche: 28.06.07].

URL: <http://www.tatcot.org/graduates.htm> [Datum der Recherche: 28.06.07].

URL: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/diswpa00.htm> [Datum der Recherche: 28.06.07].

URL: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/diswpa01.htm> [Datum der Recherche: 28.06.07].

URL: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/diswpa02.htm#Rehabilitation> [Datum der Recherche: 28.06.07].

URL: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/diswpa03.htm> [Datum der Recherche: 28.06.07].

URL: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/diswpa04.htm> [Datum der Recherche: 28.06.07].

URL: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/diswpa05.htm> [Datum der Recherche: 28.06.07].

URL: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/diswpa06.htm> [Datum der Recherche: 28.06.07].

URL: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT-/TANZANIAEXTN/0,,menuPK:287345~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:258799,00.html> [Datum der Recherche: 15.11.05].

URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/6/06-031526-table-T6.html> [Datum der Recherche: 16.05.2008].

URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/6/06-031526-table7.html> [Datum der Recherche: 16.05.2008].

URL: http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan2006to2011.pdf [Datum der Recherche 15.05.06]

8. Anhang

8.1 Fragebogen für Erwachsene Pretest Suaheli

Maswali kwa watu wenye umri wa miaka 16 na zaidi

0. Maswali yenyeyojibiwa na anayehojiwa

0.1 mhusika mwenyewe anajibu mtu mwingine anajibu kwa niaba yake
sababu: _____

0.2 Mhusika yupo hapana ndiyo
sababu: _____

0.3 Mtaa anapoishi: _____

0.4 Familia anapoishi:

katika nyumba yao pekee yao yenye vyumba _____

katika nyumba yenye familia nyingi yenye vyumba _____ (vyaa tu)

0.5 Nyumba imejengwa kwa

matofari ya sement

matofari ya udongo

kwa kitu kingine: _____

0.6 Nyumba ina umeme? hapana ndiyo

0.7 Nyumba ina maji? hapana, maji yanapatikana

wapi? _____

umbali wa mita _____

ndiyo

1. Maswali kuhuzu mhusika

1.1 Mwaka wa kuzaliwa: _____

1.2 Tarehe ya kuzaliwa: _____

1.3 Jinsia wa kike wa kiume

1.4 Uraia: _____

1.5 Dini: _____

1.6 Kwenu wapi? _____

1.7 Aina ya Ulemavu

1.7.1 Tatizo la kiakili hapana ndiyo

1.7.2 Ulemavu wa kimwili hapana ndiyo

mkono wa kushoto hauwezi kutumika kikamilifu hapana ndiyo

mkono wa kulia hauwezi kutumika kikamilifu hapana ndiyo

vidole vya mkono wa kushoto haviwezi kutumika kikamilifu hapana
ndiyo

vidole vya mkono kulia haviwezi kutumika kikamilifu hapana
ndiyo

anaweza kutembea kwa miguu hapana ndiyo

ana namna nyingine ya kwenda kutoka sehemu moja hadi nyingine:

hapana ndiyo, zipi? _____

1.7.3 Matatizo ya kusikia hapana ndiyo

Ana vifaa vya kumsaidia? hapana ndiyo

1.7.4 Kiziwi hapana ndiyo

ana njia zingine za kuwasiliana? hapana ndiyo, zi fuatazo:

1.7.5 Matatizo ya macho hapana ndiyo

ana vifaa vya kumsaidia? hapana ndiyo, vifuatavyo:

1.7.6 Kipofu hapana ndiyo

ana vifaa vya kumsaidia? hapana ndiyo, vifuatavyo:

1.7.7 Tatizo katika kujifunza hapana ndiyo

1.7.8 Mwenye tabia zisizo za kawaida hapana ndiyo

1.7.9 Kifafa hapana ndiyo

mhusika anatumia dawa?

hapana ndiyo, dawa

zipi? _____

huyatumia kwa kipimo kipi? _____

1.7.10 Matatizo ya kuongea hapana ndiyo

- anaweza kuongea ila anaeleweka kwa shida
- anaweza kutoa sauti isiyoeleweka
- hana lugha ya kutumia sauti, ana namna ya kuwasiliana bila kutumia sauti
- anatumia mbinu gani ya kuwasiliana? _____

1.7.11 Zeruzeru hapana ndiyo

1.8 Ulemavu wa kuzaliwa? hapana ndiyo

1.9 Ulemavu umeonekana kwa mara ya kwanza kwenye umri wa miaka _____

1.10 Ulemavu umegunduliwa na:

a) mmoja wao wa familia hapana ndiyo, nani aliye
gundua? _____

b) Daktari hapana ndiyo, kwenye hospitali
ipi? _____

Idara

gani? _____
c) walimu hapana ndiyo, darasa
gani? _____

d) mtu mwingine: _____

1.11 Hali ya kifamilia

- hajaoa/kuolewa sababu: _____
- ameo/kuolewa tangu mwaka _____
- ameachika tangu _____ kabla ya kuvunjika, ndoa ilidumu kwa
miaka
mingapi? _____

anaishi mbali na mwenzie, kabla ya kuachana waliishi pamoja katika moja kwa
miaka

2. Maswali yahasuyo uchumi wa familia

2.1 Kazi ya mlemavu:_____

2.2 Kazi ya mke/mume wake:_____

2.3 Kuna mapato mengineyo?

hapana ndiyo, yapi?_____

2.4 Kuna msaada wowote?

hapana ndiyo, wa kiwango kipi?_____

kwa mfano: ada ya shule kulipa,.....

2.5 Familia ina shamba

hapana ndiyo, lenye ukubwa gani?_____

Hulima nini?_____

2.6 Familia inafuga wanyama?

hapana ndiyo. Wanyama gani na wangapi?

3. Maswali yahasoyo masoma na mafunzo ya kikazi

3.1 Mlemavu amehudhuria masoma ya chekechea/awali

hapana ndiyo,

wapi?_____

kwa muda

gani?_____

3.2 Mlemavu amehudhuria shule ya msingi?

hapana, sababu:_____

ndiyo, kwa muda

gani?_____

shule ya msingi karibu na

nyumbani_____

shule ya walemavu kutwa

sehemu_____

shule ya walemavu ya kulala

sehemu_____

- kitengo maalum kwa ajili ya walemavu katika shule ya awali ya kawaida sehemu

3.3 Wakati wa kusoma shule ya awali mhusika amepitia matatizo gani?

3.4 Mhusika amesaidiwa vipi?

- a) amesaidiwa na watu:

- b) amesaidiwa kupitia

vifaa: _____

3.5 Amemaliza shule?

- hapana, sababu: _____

- ndiyo, wapi? Lini? _____

3.6 Amehudhuria shule ya Sekondari?

- hapana, sababu: _____

- ndiyo, shule ipi? _____

- shule ya walemavu kutwa _____
sehemu _____

- shule ya walemavu ya kulala sehemu _____

- shule ya sekondari ya kawaida sehemu _____

3.7 Mhusika ampitia matatizo gani?

3.8 Mhusika amesaidiwa vipi?

- a) kupitia watu _____

- b) kupitia vifaa _____

3.9 Amemaliza shule?

hapana, sababu _____

ndiyo, amemaliza kidato gani? _____ lini? _____

3.10 Mhusika amepitia mafunzo ya kazi?

hapana,
sababu _____

ndiyo, wapi? _____ Kwa muda gani? _____
je anamtihimu? _____

3.11 Mhusika amepitia chuo au chuo kikuu?

hapana, sababu _____

ndiyo, chuo kipi _____
wapi? _____
kwa muda gani? _____

3.12 Mhusika amepata matatizo gani wakati wa mafundisho ya kazi au wakati wa masomo?

3.13 Mhusika amesaidiwa vipi?

a) kupitia watu _____

b) kupitia vifaa _____

3.14 Angependelea kusaidiwa vipi? _____

3.15 Yuko kazini muda huu?

hapana, sababu: _____

ndiyo

3.16 Katika kazi za kila siku kuna tatizo gani?

3.17 Mhusika amesaidiwa vipi katika kazi zake za kila siku?

a) kupitia watu _____

b) kupitia vifaa _____

3.18 Angepaswa asaidiwe vipi katika mazingira yake ya kazi?

3.19 Kazi aliyo nayo ni ile aliyotaka kuifanya tangu awali?

hapana ndiyo

4. Maswali ya husuyo afya

4.1 Chakula kikuu katika

familia: _____

4.2 Mboga za mayani huliwa mara ngapi kwa wiki? _____

4.3 Matunda huliwa mara ngapi kwa wiki? _____

4.4 Nyama au samaki huliwa mara ngapi kwa wiki?

4.5 Maji ya kunywa hutoka wapi?

- Maji ya bomba
- Kisima kilichofunikwa
- Kisima kaichofunikwa
- Chemchem inayotunzwa
- Chemchem isiyotunzwa
- Mto/kijioo
- Lambo/bwawa
- Ziwa
- Maji ya mvua
- Wauza maji

4.6 Maji huchemshwa?

hapana, sababu _____

ndiyo, sababu _____

wakati fulani

5.3 Kuna wengine wanaoishi hapo?

- hapana ndiyo, akina nani?

5.4 Mhusika ni mzazi wa wasichana _____, wenye umri wa miaka _____

5.5 Mhusika ni mzazi wa wavulana _____ wenye umri wa miaka _____

5.6 Kati ya watoto wa mhusika wa kuzaa wa _____ wana

ulemavu _____

aina ya ulemavu: _____

umri wa mtoto: _____

jinsa ya mtoto: _____

5.7 Mhusika amekulia katika familia yake alimozaliwa?

- hapana, sababu: _____
amekulia wapi? _____

- ndiyo

5.8 Mhusika ana dada zake wenye umri wa miaka _____

5.9 Mhusika ana kaka zake wenye umri wa miaka _____

5.10 Anawalea baadhi ya kaka/dada zake?

- hapana ndiyo, toa meleza mafupi kuhusu jinsi mhusika anavyowa
shughulikia ndugu zake hao: _____

5.11 Wangapi kati ya watoto wake huenda shule? _____

5.12 Taja aina ya shule aendako kila mtoto:

5.13 Nyumbani mhusika anashiriki kazi gani? _____

5.14 Anahitaji kusaidiwa kazi zipi? _____

5.15 Anasaidiwa na nani?

5.16 Kuna vifaa vya kumsaidia kutimiza wajibu wake?

- hapana ndiyo, vipi? _____

5.17 Kuna uhusiano kati ya mhusika na familia zingine?

- hapana ndiyo

5.18 Mhusika ni mwanachama wa chama chochote kinachohusika na tatizo lake?

hapana, sababu: _____

ndiyo, jina la chama _____
sababu: _____

5.19 Ulemavu wake husababisha tatizo gani katika maisha yake ya kila siku? _____

5.20 Msaada gani nahitajika? _____

6. Maswali yenyeyojibiwa na anayehojiwa

6.1 Namna ya kuwasiliana wakati wa mahoyiano:

→ je anajibu yuleyule tu anayeulizwa?

→ wanajibu na wana familia wengine? Nani?

6.2 Maswali yapi yalikuwa magumu kujibiwa? Kwa nini?

8.2 Fragebogen für Erwachsene Pretest Deutsch

Fragen für Menschen ab 16 Jahren

0.Fragen an den Betroffenen

- 0.1 Betroffener antwortet selbst Fremdauskunft
Grund:_____
- 0.2 Betroffener ist anwesend: Nein Ja
Grund:_____
- 1.3 Stadtteil:_____
- 0.4 Wohnverhältnisse:
 Anzahl der Zimmer_____
- 0.6 Baustoff
 Zement
 Lehm
 Anderes:_____
- 0.6 Stromanschluss? Nein Ja
- 0.7 Wasseranschluss? Nein, woher wird das Wasser bezogen? _____
Entfernung bis zur nächsten Wasserstelle _____
 Ja

1. Persönliche Angaben zum Betroffenen

1.8 Geburtsjahr: _____

1.9 Geburtsdatum: _____

1.10 Geschlecht weiblich männlich

1.11 Staatsangehörigkeit: _____

1.12 Religion: _____

1.13 Woher stammend? _____

1.14 Art der Behinderung

1.7.1 Geistige Behinderung Nein Ja

1.7.2 Körperliche Behinderung Nein Ja

linker Arm/Hand ist beeinträchtigt Nein Ja

rechter Arm/Hand ist beeinträchtigt Nein Ja

Finger der linken Hand sind beeinträchtigt Nein Ja

Finger der rechten Hand sind beeinträchtigt Nein Ja

kann auf den Beinen laufen nein ja

er hat eine andere Möglichkeit, sich fortzubewegen:

Nein Ja, welche? _____

1.7.3 Hörschädigung Nein Ja

Benutzt er Hilfsmittel? Nein Ja

1.7.4 Gehörlosigkeit Nein Ja

Andere Möglichkeit der Kommunikation? Nein Ja, welche:

1.7.5 Sehschädigung Nein Ja

Benutzt er Hilfsmittel? Nein Ja, welche:

1.7.6 Blind Nein Ja

Benutzt er Hilfsmittel? Nein Ja, welche:

1.7.7 Lernbehinderung Nein Ja

1.7.8 Verhaltensauffälligkeit Nein Ja

1.7.9 Epilepsie Nein Ja

Nimmt der Betroffene regelmäßig Medikamente?

Nein Ja, welche? _____

welche Dosis? _____

1.7.10 Sprachbehinderung Nein Ja

- kann schlecht sprechen, wird aber verstanden
- kann unverständliche Laute von sich geben
- keine Lautsprache, benutzt andere Möglichkeiten der Kommunikation
- Welche Möglichkeit der Kommunikation nutzt er?

1.7.11 Albinismus Nein Ja

1.8 Behinderung von Geburt an? Nein Ja

1.9 Behinderung wurde erstmals im Alter von _____ Jahren festgestellt.

1.10 Wer hat die Behinderung zuerst bemerkt:

- c) Familienmitglied Nein Ja, wer? _____
- d) Arzt Nein Ja, in welchem Krankenhaus? _____
Welche Station? _____
- c) Lehrer Nein Ja, welche Klasse? _____
- d) andere Person: _____

1.11 Familienstand

- noch nicht verheiratet Grund: _____
- verheiratet seit _____
geschieden seit _____ wie viele Jahre waren Sie verheiratet? _____
- getrennt lebend seit: _____

2.Fragen zur ökonomischen Situation der Familie

2.1 Arbeit des Betroffenen: _____

2.2 Arbeit des Ehepartners: _____

3.9 Gibt es ein weiteres Einkommen?

- Nein Ja, welches? _____

3.10 Gibt es andere Unterstützung?

- Nein Ja, wie viel? _____

3.11 Besitzt die Familie ein Feld?

3.12 Nein Ja, welche Größe? _____

Was wird angebaut? _____

3.13 Besitzt die Familie Tiere?

- Nein Ja., welche und wie viele? _____

3. Fragen zur Schulbildung und Berufsausbildung

3.1 Hat der Betroffene einen Kindergarten oder eine Vorschule besucht?

- Nein Ja, wo? _____
seit wann? _____

3.2 Hat der Betroffene die Grundschule besucht?

- Nein, Grund: _____
 Ja, wie lange? _____
 Wohnortnahe Grundschule _____
 Sonderschule in: _____
 Internatssonderschule in: _____
 Sonderschulklasse in: _____

3.14 Welche Schwierigkeiten hatte der Betroffene während seiner Schulzeit aufgrund der Behinderung?

3.15 Welche Hilfe hat der Betroffene erhalten?

c) Hilfe durch Personen:

d) Durch Materialien: _____

3.16 Wurde die Schule beendet?

- Nein, Grund: _____
 Ja, wo? Wann? _____

3.17 Hat er die Sekundarschule besucht?

- Nein, Grund: _____
- Ja, welche? _____
- Sonderschule in: _____
- Internatssonderschule in: _____
- Allg. Sekundarschule in: _____

3.18 Welche Schwierigkeiten hatte der Betroffene dort?

3.19 Welche Hilfe hat der Betroffene erhalten?

- c) Durch Personen: _____
- d) Durch Materialien: _____

3.9 Wurde die Schule beendet?

- Nein, Grund _____
- Ja, in welcher Klasse? _____ wann? _____

3.19 Hat der Betroffene eine Berufsausbildung?

- Nein, Grund _____
- Ja, wo? _____ Wie lange? _____
Abschluss vorhanden? _____

3.20 Hat der Betroffene eine Hochschule oder Universität besucht?

- Nein, Grund _____
- Ja, welches _____
wo? _____
wie lange? _____

3.21 Welche Schwierigkeiten hatte der Betroffene während seiner schulischen oder beruflichen Ausbildung?

3.22 Welche Hilfe hat der Betroffene erhalten?

- c) Durch Personen: _____
- d) Durch Materialien: _____

3.23 Welche Unterstützung hätte er gerne? _____

3.24 Hat er zurzeit Arbeit?

- nein, Grund: _____
 Ja

3.25 Welche Schwierigkeiten hat er am Arbeitsplatz? _____

3.26 Welche Hilfe erhält der Betroffene am Arbeitsplatz?

- c) Durch Personen: _____
d) Durch Materialien: _____

3.18 Wie könnten ihm Kollegen behilflich sein? _____

3.19 Entspricht die momentane Arbeit seinen Wünschen und Neigungen?

- Nein Ja

4. Fragen zur Gesundheit

4.1 Hauptnahrungsmittel der Familie: _____

4.2 Wie häufig essen Sie Gemüse pro Woche? _____

4.3 Wie häufig essen Sie Obst in der Woche? _____

4.4 Wie häufig essen Sie Fisch oder Fleisch in der Woche? _____

4.5 Woher beziehen Sie das Trinkwasser?

- Wasserhahn
 Abgedeckter Brunnen
 Offener Brunnen
 Quelle
 Fluss
 Teich/Tümpel
 See
 Regenwasser
 Gekauftes Wasser

5.Fragen zur Familie

5.1 Wie viele Familienmitglieder hat die Familie des Betroffenen? _____

5.2 Welche Position hat der Betroffene in der Familie?

- Hausvorstand Ehefrau Mutter
 Hausangestellte andere: _____

5.3 Leben noch weitere Personen im Haus?

- Nein Ja, wer? _____

5.4 Der Betroffene hat _____ leibliche Töchter, im Alter von _____

5.5 Der Betroffene hat _____ Söhne im Alter von _____

5.6 Haben Kinder des Betroffenen eine Behinderung? _____

Art der Behinderung: _____

Alter des Kindes: _____

Geschlecht des Kindes: _____

5.7 Lebt das Kind noch in der Familie des Betroffenen?

- Nein, Grund: _____

Wo wohnt es jetzt? _____

- Ja

5.8 Wie viele Schwerstern hat der

Betroffene? _____ Alter: _____

5.9 Wie viele Brüder hat der Betroffene? _____ Alter: _____

5.10 Kümmert er sich um seine Geschwister?

- Nein Ja, wie?: _____

5.11 Wie viele seiner Kinder besuchen die Schule? _____

5.12 Welche Schule besuchen die Kinder: _____

5.13 Welche Arbeiten übernimmt der Betroffene im Haus? _____

5.14 Welche Hilfe braucht er hierbei? _____

5.15 Wer hilft ihm? _____

5.16 Hat er Materialien, die ihn unterstützen?

Nein Ja, welche? _____

5.17 Hat der Betroffene Kontakt zu anderen Familien?

Nein Ja

5.18 Ist der Betroffene Mitglied in einer Selbsthilfegruppe?

Nein, Grund: _____

Ja, Name der Gruppe: _____

Grund: _____

5.19 Welche Probleme ergeben sich aus der Behinderung für den Alltag? _____

5.20 Welche Unterstützung braucht er? _____

6.Fragen an den Interviewten

6.1 Wie war die Kommunikation während des Interviews:

→ Hat nur der Betroffene geantwortet?

→ Haben andere Familienmitglieder geantwortet, wer?

6.2 Welche Fragen waren schwierig zu beantworten, warum?

8.3 Fragebogen für Kinder Pretest Suaheli

Maswali kwa watu wenye umri wa miaka 16 na zaidi

0.Maswali yenyeyojibiwa na anayehojiwa

0.1 mhusika mwenyewe anajibu mtu mwingine anajibu kwa niaba yake
sababu:_____

0.2 Mhusika yupo hapana ndiyo
sababu:_____

1.4 Mtaa anapoishi:_____

0.4 Familia anapoishi:

katika nyumba yao pekee yao yenye vyumba_____

katika nyumba yenye familia nyingi yenye vyumba _____(vyaa tu)

0.7 Nyumba imejengwa kwa

matofari ya sement

matofari ya udongo

kwa kitu kingine:_____

0.6 Nyumba ina umeme? hapana ndiyo

0.7 Nyumba ina maji? hapana, maji yanapatikana

wapi?_____

umbali wa mita_____

ndiyo

1.Maswali kukuzu mhusika

1.1 Mwaka wa kuzaliwa: _____

1.2 Tarehe ya kuzaliwa: _____

1.3 Jinsia wa kike wa kiume

1.4 Uraia: _____

1.5 Dini: _____

1.6 Kwenu wapi? _____

1.7 Aina ya Ulemavu

1.7.1 Tatizo la kiakili hapana ndiyo

1.7.2 Ulemavu wa kimwili hapana ndiyo

mkono wa kushoto hauwezi kutumika kikamilifu hapana ndiyo

mkono wa kulia hauwezi kutumika kikamilifu hapana ndiyo

vidole vya mkono wa kushoto haviwezi kutumika kikamilifu hapana
ndiyo

vidole vya mkono kulia haviwezi kutumika kikamilifu hapana
ndiyo

anaweza kutembea kwa miguu hapana ndiyo

ana namna nyingine ya kwenda kutoka sehemu moja hadi nyingine:

hapana ndiyo, zipi? _____

1.7.3 Matatizo ya kusikia hapana ndiyo

Ana vifaa vya kumsaidia? hapana ndiyo

1.7.4 Kiziwi hapana ndiyo

ana njia zingine za kuwasiliana? hapana ndiyo, zi fuatazo:

1.7.5 Matatizo ya macho hapana ndiyo

ana vifaa vya kumsaidia? hapana ndiyo, vifuatavyo:

1.7.6 Kipofu hapana ndiyo

ana vifaa vya kumsaidia? hapana ndiyo, vifuatavyo:

1.7.7 Tatizo katika kujifunza hapana ndiyo

1.7.8 Mwenye tabia zisizo za kawaida hapana ndiyo

- 1.7.9 Kifafa hapana ndiyo
 mhusika anatomia dawa?
 hapana ndiyo, dawa zipi? _____
 huyatumia kwa kipimo kipi? _____
- 1.7.10 Matatizo ya kuongea hapana ndiyo
 anaweza kuongea ila anaeleweka kwa shida
 anaweza kutoa sauti isiyoeleweka
 hana lugha ya kutumia sauti, ana namna ya kuwasiliana bila kutumia sauti
 anatomia mbinu gani ya kuwasiliana? _____
- 1.7.11 Zeruzeru hapana ndiyo
- 1.8 Ulemavu wa kuzaliwa? hapana ndiyo
- 1.9 Ulemavu umeonekana kwa mara ya kwanza kwenye umri wa miaka _____
- 1.10 Ulemavu umegunduliwa na:
- e) mmoja wao wa familia hapana ndiyo, nani aliye gundua? _____
- f) Daktari hapana ndiyo, kwenye hospitali ipi? _____
 Idara gani? _____
- c) walimu hapana ndiyo, darasa gani? _____
- d) mtu mwingine: _____
- 1.11 Hali ya kifamilia
- hajaoa/kuolewa sababu: _____
- ameo/kuolewa tangu mwaka _____
- ameachika tangu _____ kabla ya kuvunjika, ndoa ilidumu kwa miaka mingapi? _____
- anaishi mbali na mwenzie, kabla ya kuachana waliishi pamoja katika moja kwa miaka _____

2.Maswali yahasuyo uchumi wa familia

2.1 Kazi ya mlemavu:_____

2.2 Kazi ya mke/mume wake:_____

3.20 Kuna mapato mengineyo?

hapana ndiyo, yapi?_____

3.21 Kuna msaada wowote?

hapana ndiyo, wa kiwango kipi?_____

kwa mfano: ada ya shule kulipa,.....

3.22 Familia ina shamba

hapana ndiyo, lenye ukubwa gani?_____

Hulima nini?_____

3.23 Familia inafuga wanyama?

hapana ndiyo. Wanyama gani na wangapi?

3.Maswali yahasoyo masoma na mafunzo ya kikazi

3.1 Mlemavu amehudhuria masoma ya chekechea/awali

hapana ndiyo, wapi?_____

kwa muda gani?_____

3.2 Mlemavu amehudhuria shule ya msingi?

hapana, sababu:_____

ndiyo, kwa muda gani?_____

shule ya msingi karibu na nyumbani_____

shule ya walemavu kutwa sehemu_____

shule ya walemavu ya kulala sehemu_____

kitengo maalum kwa ajili ya walemavu katika shule ya awali ya kawaida sehemu _____

3.24 Wakati wa kusoma shule ya awali mhusika amepitia matatizo gani?

3.25 Mhusika amesaidiwa vipi?

e) amesaidiwa na watu: _____

f) amesaidiwa kupitia

vifaa: _____

3.26 Amemaliza shule?

hapana, sababu: _____

ndiyo, wapi? Lini? _____

3.27 Amehudhuria shule ya Sekondari?

hapana, sababu: _____

ndiyo, shule ipi? _____

shule ya walemavu kutwa _____
sehemu _____

shule ya walemavu ya kulala sehemu _____

shule ya sekondari ya kawaida sehemu _____

3.28 Mhusika ampitia matatizo gani?

3.29 Mhusika amesaidiwa vipi?

e) kupitia watu _____

f) kupitia vifaa _____

3.9 Amemaliza shule?

hapana, sababu _____

ndiyo, amemaliza kidato gani? _____ lini? _____

3.27 Mhusika amepitia mafunzo ya kazi?

hapana, sababu _____

ndiyo, wapi? _____ Kwa muda gani? _____

je anamtihihi? _____

3.28 Mhusika amepitia chuo au chuo kikuu?

hapana, sababu _____

ndiyo, chuo kipi _____

wapi? _____

kwa muda gani? _____

3.29 Mhusika amepata matatizo gani wakati wa mafundisho ya kazi au wakati wa masomo?

3.30 Mhusika amesaidiwa vipi?

e) kupitia watu _____

f) kupitia vifaa _____

3.31 Angependelea kusaidiwa vipi? _____

3.32 Yuko kazini muda huu?

hapana, sababu: _____

ndiyo

3.33 Katika kazi za kila siku kuna tatizo gani? _____

3.34 Mhusika amesaidiwa vipi katika kazi zake za kila siku?

e) kupitia watu _____

f) kupitia vifaa _____

3.18 Angepaswa asaidiwe vipi katika mazingira yake ya kazi? _____

3.20 Kazi aliyo nayo ni ile aliyotaka kuifanya tangu awali?

hapana ndiyo

4. Maswali ya husuyo afya

4.1 Chakula kikuu katika familia: _____

4.2 Mboga za mayani huliwa mara ngapi kwa wiki? _____

4.3 Matunda huliwa mara ngapi kwa wiki? _____

4.4 Nyama au samaki huliwa mara ngapi kwa wiki? _____

4.5 Maji ya kunywa hutoka wapi?

- Maji ya bomba
- Kisima kilichofunikwa
- Kisima kaichofunikwa
- Chemchem inayotunzwa
- Chemchem isiyotunzwa
- Mto/kijioo
- Lambo/bwawa
- Ziwa
- Maji ya mvua
- Wauza maji

4.6 Maji huchemshwa?

- hapana, sababu _____
- ndiyo, sababu _____
- wakati fulani

4.7 Mafuta ya kupikia hutumika?

- hapana
- ndiyo, yapi? _____
mara ngapi kwa wiki? _____

4.8 Mhusika hupata huduma ipi ya afya? Kwa mfano mazoezi maalum. N.k

- hapana, sababu: _____
- ndiyo, huduma gani? Mara ngapi? _____

4.9 Kuna uwezekano wa kuonwa na daktari mara kwa mara?

hapana ndiyo, kila baada yaa musla gani? _____

4.10 Mhusika ana ugonjwa wa kudumu kwa mfano ugonjwa wa moyo?

hapana ndiyo, ufuato: _____

4.11 Mhusika amechanjwa?

hapana, sababu: _____

ndiyo, aina ya chanjo: _____

4.12 Chanzo/Sababu ya ulemavu inajulikana?

Haijulikani, chanzo kinaaminiwa kuwa _____

kinajulikana, ni _____

4.13 Mhusika analazimika kutumia dawa mara kwa mara?

hapana ndiyo, zipi? _____

kwa kipimo gani? _____

zinapatekana? _____

4.14 Kuna vifaa vingine vinavyohitajika kwa afya ya mhusika?

hapana ndiyo, zipi? _____

4.15 Matibabu yanalipwaje? _____

5. Maswali kuhusu familia

5.1 Familia ina watu wangapi wanaoishi

humo? _____

5.2 Mhusika ni nani katika familia?

mwenye mji mke mama

mfanyakazi

mwingine: _____

5.3 Kuna wengine wanaoishi hapo?

hapana ndiyo, akina nani? _____

5.4 Mhusika ni mzazi wa wasichana _____, wenye umri wa miaka _____

5.5 Mhusika ni mzazi wa wavulana _____ wenye umri wa miaka _____

5.6 Kati ya watoto wa mhusika wa kuzaa wa _____ wana ulemavu _____

aina ya ulemavu: _____

umri wa mtoto: _____

jinsa ya mtoto: _____

5.7 Mhusika amekulia katika familia yake alimozaliwa?

hapana, sababu: _____

amekulia wapi? _____

ndiyo

5.8 Mhusika ana dada zake wenye umri wa

miaka _____

5.9 Mhusika ana kaka zake wenye umri wa

miaka _____

5.10 Anawalea baadhi ya kaka/dada zake?

hapana

ndiyo, toa meleza mafupi kuhusu jinsi mhusika anavyowa
shughulikia ndugu zake hao: _____

5.11 Wangapi kati ya watoto wake huenda shule? _____

5.12 Taja aina ya shule aendako kila mtoto: _____

5.13 Nyumbani mhusika anashiriki kazi gani? _____

5.14 Anahitaji kusaidiwa kazi zipi? _____

5.15 Anasaidiwa na nani? _____

5.16 Kuna vifaa vya kumsaidia kutimiza wajibu wake?

hapana

ndiyo, vipi? _____

5.17 Kuna uhusiano kati ya mhusika na familia zingine?

hapana

ndiyo

5.18 Mhusika ni mwanachama wa chama chochote kinachohusika na tatizo lake?

hapana, sababu: _____

ndiyo, jina la chama _____

sababu: _____

5.19 Ulemavu wake husababisha tatizo gani katika maisha yake ya kila siku? _____

5.20 Msaada gani unahitajika? _____

6.Maswali yenyeyojibiwa na anayehojiwa

6.1 Namna ya kuwasiliana wakati wa mahoyiano:

→ je anajibu yuleyule tu anayeulizwa?

→ wanajibu na wana familia wengine? Nani?

6.2 Maswali yapi yalikuwa magumu kujibiwa? Kwa nini?

8.4 Fragebogen für Kinder Pretest Deutsch

Fragen für Menschen bis 15 Jahren

0.Fragen an den Betroffenen

0.1 Betroffener antwortet selbst Fremdauskunft

Grund : _____

0.2 Betroffener ist anwesend nein, weil _____

ja

0.3 Stadtteil: _____

0.4 Wohnverhältnisse:

Anzahl der Zimmer _____

0.5 Baustoff

Zement

Lehm

Anderer Baustoff: _____

0.6 Stromanschluss? nein ja

0.7 Wasseranschluss? nein, Wasser wird woher bezogen? _____

Entfernung bis zur nächsten Wasserstelle _____

ja

1. Persönliche Angaben des Betroffenen

1.1 Geburtsjahr: _____

1.2 Geburtsdatum: _____

1.3 Geschlecht weiblich männlich

1.4 Staatsangehörigkeit: _____

1.5 Religionszugehörigkeit: _____

1.6 Woher stammend? _____

1.7 Art der Behinderung

1.7.1 Geistige Behinderung nein ja

1.7.2 Körperliche Behinderung nein ja, und zwar:

linker Arm/Hand ist beeinträchtigt Nein Ja

rechter Arm/Hand ist beeinträchtigt Nein Ja

Finger der linken Hand sind beeinträchtigt Nein Ja

Finger der rechten Hand sind beeinträchtigt Nein Ja

kann auf den Beinen laufen nein ja

er hat eine andere Möglichkeit, sich fortzubewegen:

Nein Ja, welche? _____

1.7.3 Hörschädigung nein ja

Hat er ein Hilfsmittel? nein ja

1.7.4 Gehörlosigkeit nein ja

Andere Möglichkeit der Kommunikation? nein ja, und zwar:

Welchen Weg nutzt die Familie, um mit dem Kind zu kommunizieren? _____

1.7.5 Sehschädigung nein ja

Hat er ein Hilfsmittel? nein ja, und zwar:

1.7.6 Blind nein ja

Hat er ein Hilfsmittel? nein ja, und zwar:

1.7.7 Lernbehinderung nein ja

1.7.8 Verhaltensauffälligkeiten nein ja

1.7.9 Epilepsie nein ja

Einnahme von Medikamenten?

nein ja, und zwar: _____

welche Dosis? _____

- 1.7.10 Sprachbehinderung nein ja
- kann schlecht sprechen, wird aber verstanden
 - kann unverständliche Laute von sich geben
 - keine Lautsprache, benutzt andere Möglichkeiten der Kommunikation
 - Welche Möglichkeit der Kommunikation nutzt er? _____
- 1.7.11 Albinismus nein ja
- 1.8 Behinderung von Geburt an? nein ja
- 1.9 Behinderung wurde zuerst im Alter von _____ Jahren festgestellt.
- 1.10 Wer hat die Behinderung als erster bemerkt:
- g) Familienmitglied Nein Ja, wer? _____
 - h) Arzt Nein Ja, in welchem Krankenhaus? _____
Welche Station? _____
 - c) Lehrer Nein Ja, welche Klasse? _____
 - d) andere Person: _____

2. Fragen zur ökonomischen Situation der Familie

- 2.1 Arbeit des Vaters des Betroffenen: _____
- 2.2 Arbeit der Mutter des Betroffenen: _____
- 2.3 Geht ein anderes Familienmitglied arbeiten?
- Nein
 - Ja, welche Arbeit? _____
- 2.4 Hat das betroffene Kind ein Einkommen?
- Nein
 - Ja, wodurch? _____
- 2.5 Gibt es andere finanzielle Unterstützung? Z.B. Schulgeld
- Nein
 - Ja, welche? _____
- 2.6 Besitzt die Familie ein Feld?
- Nein
 - Ja, welche Größe? _____
Angebaute Produkte? _____

2.7 Besitzt die Familie Tiere?

- Nein
- Ja, und zwar? _____

3. Fragen zur Ausbildung des betroffenen Kindes

3.1 Kind besucht oder hat einen Kindergarten oder die Vorschule besucht?

- Nein
- Ja, welchen Kindergarten? _____
Wie lange? _____

3.2 Erhält das Kind Physiotherapie oder andere?

- Nein
- Ja, welche? _____
Durch wen? _____

3.3 Kind besucht oder hat eine Schule besucht?

- Nein, weil _____
- Ja, wo? _____
Wie lange? _____
- Wohnortnahe Grundschule _____
- Sonderschule? Wo? _____
- Internatssonderschule in welchem
Gebiet? _____
- Sonderschulklasse? Für welche
Behinderungsform? _____ Wo? _____

3.4 Hat es in der Schule Unterstützung erhalten?

- Nein
- Ja,
g) Unterstützung durch Personen: _____

- h) Hilfe durch folgende Materialien: _____

3.5 Welche weitere Hilfe braucht er?

a) Durch welche Personen: _____

b) Durch welches Material: _____

3.6 Wenn das Kind eine Sonderschule oder Sonderschulklasse besucht: Aus welchen Gründen haben die Eltern das Kind dorthin geschickt? _____

3.7 Wie haben die Eltern hiervon erfahren? _____

3.8 Ist die Familie mit dieser Schule zufrieden?

Nein, weil: _____

Ja, weil: _____

3.9 Wieweit ist die Schule vom Wohnhaus entfernt? _____

3.10 Wie wird der Schulweg zurückgelegt?

Zu Fuß, alleine

Zu Fuß, in Begleitung

Im Bus, alleine

Im Bus, mit Begleitung

Im privaten PKW

Anderes _____

3.11 Eltern wünschen sich welchen Abschluss? _____

Wenn das Kind keine Schule besucht:

3.12 Hat das Kind einen Beruf erlernt?

Nein, weil _____

Ja, welchen? _____

wo? _____

Seit wann? _____

3.13 Welche Unterstützung erhält es?

a) Durch Personen _____

b) Durch Material _____

3.14 Welche Unterstützung bräuchte es?

a) Durch Personen _____

b) Durch Material _____

3.15 Arbeitet das Kind zurzeit?

Nein

Ja, welche Arbeit? _____

3.16 Wird ihm dabei geholfen?

a) Durch Personen: _____

b) Durch Material: _____

3.17 Welche Unterstützung bräuchte es?

a) Durch Personen: _____

b) Durch Material: _____

4. Fragen zur Gesundheit

4.1 Hauptnahrungsmittel der Familie: _____

4.2 Wie häufig isst die Familie Gemüse pro Woche? _____

4.3 Wie häufig isst die Familie pro Woche Obst? _____

4.4 Wie häufig essen sie pro Woche Fisch oder Fleisch? _____

4.5 Woher beziehen Sie ihr Trinkwasser?

- Wasserhahn
- Abgedeckter Brunnen
- Offener Brunnen
- Quelle
- Fluss
- Teich/Tümpel
- See
- Regenwasser
- Gekauftes Wasser

4.6 Kochen Sie das Wasser ab?

- Nein, weil _____
- Ja, weil _____
- Gelegentlich

4.7 Nutzen Sie Öl zum Kochen?

- Nein
- Ja, welches? _____

4.8 Wo wurde das Kind geboren?

- Zu Hause
- Krankenhaus
- Krankenstation
- Krankeneinheit

4.9 Hat das Kind regelmäßig die Vorsorgeuntersuchungen besucht?

- Nein, weil _____
- Unregelmäßig, weil _____
- Ja, alle

4.10 Bei Eintritt der Behinderung wurde ein Arzt aufgesucht?

- Nein, weil _____
- Ja, warum? _____
wo? _____
Welche Behandlung wurde durchgeführt? _____

4.11 Wurde das Kind zu einem trad. Heiler gebracht?

- Nein, weil: _____
- Ja, wer? _____
Wo? _____
Welche Behandlung wurde durchgeführt? _____

4.12 Gründe/Ursachen für die Behinderung

- Unbekannt, vermutlich: _____
- Bekannt. Welche? _____

4.13 Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente?

- Nein
- Ja, welche? _____

4.14 Werden mit dem Kind regelmäßig physiotherapeutische Übungen gemacht?

- Nein
- Ja, welche? _____
Seit wann? _____

4.15 Braucht das Kind besondere Betreuung?

- Nein
- Ja, welche? _____
Seit wann? _____

4.16 Wurde das Kind geimpft?

- Nein, weil _____
- Ja, hat folgende Impfungen erhalten? _____

4.17 Hat die Familie Beratung erhalten?

- Nein
- Ja, durch wen? _____
Seit wann? _____

5. Fragen zur Familiensituation

5.1 Wie viele Familienmitglieder ? _____

5.2 In welchem Verwandtschaftsverhältnis steht das betroffene Kind zum Haushaltsvorstand? _____

5.3 Wohnt die leibliche Mutter beim Kind?

Nein, weil: _____

Ja, Alter? _____

5.4 Wohnt der leibliche Vater beim Kind?

Nein, weil: _____

Ja, Alter? _____

5.5 Wohnt die Großmutter beim Kind?

Nein

Ja, welches Alter? _____

5.6 Wohnt der Großvater beim Kind?

Nein

Ja, welches Alter? _____

5.7 Wie viele Schwestern hat das Kind ? _____

5.8 Alter der Schwestern? _____

5.9 Wie viele Brüder hat das Kind? _____

5.10 Alter der Brüder? _____

5.11 Wohnen andere Personen zusammen mit dem Kind?

Nein Ja, wer? _____

5.12 Schulausbildung der Mutter? _____

5.13 Schulausbildung des Vaters? _____

5.14 Wie viele Geschwister des Kindes besuchen noch die Schule? _____

5.15 Gibt es Krankheiten in der Familie, z.B. Epilepsie

Nein Ja, folgende Leute haben: _____

5.16 Welche Unterstützung benötigt das Kind? _____

5.17 Wer hilft ihm? _____

- 5.18 Gibt es Hilfsmittel, die das Kind täglich nutzt?
- Nein
 - Ja, welche? _____
- 5.19 Wer kümmert sich hauptsächlich um das betroffene Kind? _____
- 5.20 Welche Tätigkeiten kann das Kind ausführen? _____
- _____
- 5.21 Ist ein Familienmitglied Mitglied in einer Selbsthilfegruppe für Behinderte?
- Nein
 - Ja, und zwar: _____
- 5.22 Hat die Familie Kontakt zu anderen Familien mit behinderten Kindern?
- Nein
 - Ja
- 5.23 Erhält die Familie behinderungsspezifische Beratung?
- Nein
 - Ja, durch wen? _____
- Wie häufig? _____

6. Fragen an den Interviewer

6.1 Wie war die Kommunikation während des Interviews:

→ hat nur derjenige geantwortet, der betroffen ist oder auch andere?

→ Haben andere Familienmitglieder geantwortet, wer?

6.2 Welche Fragen waren schwierig zu beantworten und warum?

1. Maswali kuhusu mhusika Uweke alama ya vema ✓!	Ndiyo
Ulemavu wa kimwili, anaweza kutembea kwa miguu	
Ulemavu wa kimwili, hanawezi kutembea kwa miguu	
Mtu asiyeona	
Kiziwi	
Kifafa	
Tatatizo la akili	
Matatizo ya kuongea	
Bubu	
Zeruzeru	
Ulemavu wa kuzaliwa	
Ulemavu umeonekana kwa mara ya kwanza kwenye umri wa miaka _____ (andika umri)	
Kuna mtu yeyote katika familia husika ambaye ni mwanachama wa chama chochote cha walemavu?	

2. Maswali yahasuyo uchumi wa familia Uweke alama ya vema ✓	Ndiyo
Kazi ya mlemavu (andika hapa) _____	
Kazi ya mke/mume wake (andika hapa) _____	
Familia ina bustani au shamba?	
Familia ina ng'ombe?	
Familia ina mbuzi?	
Familia ina kuku au bata	
Mhusika ni mwenye mji katika familia?	
Mhusika ni mwenye mke katika familia?	
Mhusika ni mwenye mama katika familia?	
Mhusika ni mwenye mtoto katika familia?	
Mhusika ni mzazi wa wasichana wangapi? Wenye umri wa miaka?(andika hapa)	
Mhusika ni mzazi wa wavulana wangapi? Wenye umri wa miaka? (andika hapa)	
Kati ya watoto wa mhusika wa kuzaa wana ulemavu?	
Mhusika ana dada zake wenye umri wa miaka? (andika hapa)	
Mhusika ana kaka zake wenye umri wa miaka? (andika hapa)	
Wangapi kati ya watoto wake huenda shule? (andika hapa)	
Mhusika anahitaji msaada kuva	
Mtoto mhusika anahitaji msaada kuoga	
Familia hupewa ushauri?	

3. Maswali ya husuyo afya	Ndiyo
Chakula kikuu cha mhusika? (andika hapa): _____	
Maji ya kunywa hutoka bomba	
Maji ya kunywa hutoka ziwani	
Maji ya kunywa ni ya mvua	
Wauza maji ya kunywa	
Nyingine (andika hapa):	
Maji huchemchwa?	
Mhusika amezaliwa zahanati	
Mhusika amezaliwa nyumbani	
Mhusika amezaliwa hospitali	
Mhusika amezaliwa kituo cha afya	
Hajui amezaliwa wapi	
Ulemavu ulipoonekana mtoto alipelekwa kwa daktari?	
Mhusika hajaenda klinik mara zote	
Mhusika hakuenda klinik mara zote	
Mhusika ameenda klinik mara zote	
Sababu ya ulemavu inajulikana? Sababu:	
Mhusika hupewa mazoezi maalum?	
Mhusika alipewa chanjo? Zipi:	
Mhusika hutumia dawa mara kwa mara?	

4. Maswali kuhusu elimu ya mtoto mhusika

4.1 Maswali ya shule ya msingi uweke alama ya vema ✓	ndiyo
Mhusika hakuenda shule, kwa sababu (andika hapa):	
Mhusika alienda shule ya msingi iliyoko karibu na nyumbani?	
Mhusika alienda shule ya walemavu?	
Mhusika alienda shule ya walemavu ya bweni?	
Mhusika alienda kitengo maalum kwa ajili ya walemavu	
Mhusika alipokuwa shuleni alisaidiwa na walimu	
Mhusika alipokuwa shuleni alisaidiwa kupitia vifaa, taja vifaa:	
Mhusika alipokuwa shuleni alisaidiwa na wanafunzi	
Mhusika alimaliza shule ya msingi	

4.2 Maswali ya shule ya sekundari uweke alama ya vema ✓	ndiyo
Mhusika hakuenda shule ya sekundari	
Mhusika alienda shule ya sekundari	
Mhusika alienda shule ya sekondari ya bweni	
Mhusika alienda shule ya sekondari ya walemavu, taja jina la shule:	
Mhusika alienda kitengo maalum kwa ajili ya walemavu	
Mhusika alipokuwa shuleni alisaidiwa na vifaa, taja aina ya vifaa hivyo:	
Mhusika alipokuwa shuleni alisaidiwa na walimu	
Mhusika alipokuwa shuleni alisaidiwa na wanafunzi	
Mhusika alimaliza shule ya sekundari O-Level	
Mhusika alimaliza shule ya sekundari A-Level	

4.3 Maswali kama umemaliza/kuhitinu masomo ya juu	ndiyo
Mhusika anaenda au ameenda chuo au chuo kikuu? Gani na wapi? (andika hapa):	
Umehitimu ngazi gani? (andika hapa):	
Mhusika anaenda au alienda chuo cha ufundi? Gani na wapi? (andika hapa):	
Mhusika anaenda au alienda chuo chochote ina ufundi? Gani na wapi? (andika hapa):	
Umehitimu ngazi gani?	
Mhusika anafanya kazi ambayo alizojifunza?	
Mhusika alipokuwa chuo alisaidiwa na walimu	
Mhusika alipokuwa chuo alisaidiwa na vifaa,taja aina ya vifaa hivyo:	
Mhusika alipokuwa chuo alisaidiwa na washirika	
Mhusika hana kazi	
Mhusika angependa kufanya kazi gani? (andika hapa):	

5. Mhusika anahitaji msaada gani? Uweke alama ya vema ✓	
Ushauri	
Vifaa vya shule	
Vifaa vya Braille	
Mafundisho ya lugha ya viziwi	
Matibabu ya lugha	
Kifaa cha kusaidia kusikia	
Viatu ngozi	
Tibamaungo	
Kiti cha magurudumu, gongo	
Kitengo maalum au chuo cha ufundi rehabilitation	
Ada ya kwenda shule ya secondari ya walemavu	
Ada kwenda chuoni	
Nyingine (andika hapa):	

1. Fragen zum Betroffenen! Zutreffendes bitte anstreichen: ✓	Ja
Körperbehinderung, gehfähig	
Körperbehinderung, nicht gehfähig	
Sehbehinderung	
Hörbehinderung	
Epilepsie	
Geistige Behinderung	
Sprachbehinderung	
Stumm	
Albino	
Behinderung von Geburt an	
Behinderung erstmals im Alter von _____ Jahren aufgetreten	
Ist der Betroffene Mitglied in einer Selbsthilfegruppe für Behinderte?	

2. Fragen zur Familiensituation! Zutreffendes bitte anstreichen: ✓	Ja
Arbeit des Behinderten (hier aufschreiben):	
Arbeit des Ehepartners (hier aufschreiben):	
Familie hat Feld oder Garten	
Familie hat Kühe	
Familie hat Ziegen	
Familie hat Hühner oder Enten	
Betroffener ist Familienoberhaupt	
Betroffener ist Ehefrau	
Betroffene ist Mutter	
Betroffener ist Kind?	
Hat der Betroffene Töchter? Wenn ja, welches Alter (hier aufschreiben):	
Hat der Betroffene Söhne? Wenn ja; welches Alter? (hier aufschreiben):	
Sind unter den Kindern Kinder mit Behinderungen?	
Der Betroffene hat Schwestern? Wie viele, welches Alter?	
Der Betroffene hat Brüder? Wie viele, welches Alter?	
Wie viele der Kinder besuchen die Schule?	
Betroffener benötigt Hilfe beim Ankleiden?	
Betroffener benötigt Hilfe beim Waschen?	
Familie erhält Beratung?	

3. Fragen zur Gesundheit Zutreffendes bitte ansteichen.	Ja
Hauptnahrungsmittel (bitte hier aufschreiben):	
Trinkwasser aus Wasserhahn	
Trinkwasser aus See	
Trinkwasser vom Regenwasser	
Gekauftes Wasser	
Andere Quelle (hier aufschreiben):	
Wird Wasser abgekocht?	
Betroffener wurde in Krankenstation geboren	
Betroffener wurde zu Hause geboren	
Betroffener wurde im Krankenhaus geboren	
Betroffener wurde in Krankeneinheit geboren	
Kennt die Geburtsstätte nicht	
Als die Behinderung auftrat wurde ein Doktor aufgesucht?	
Betroffener ging nicht zur Vorsorge als Kleinkind	
Betroffener ging nicht vollständig zur Vorsorge als Kleinkind	
Betroffener ging vollständig	
Grund der Behinderung bekannt? Grund:	
Erhält der Betroffene Behandlung?	
Wurde der Betroffene geimpft? Welche Impfungen?(hier notieren):	
Nimmt der Betroffene regelmäßig Medikamente ein? Welche? (hier notieren):	

4. Fragen zur Schulbildung als Kind

4.1 Fragen zum Grundschulbesuch	Ja
Betroffener hat Grundschule nicht besucht. Grund hier aufschreiben:	
Besuchte die wohnortnahe Grundschule	
Besuchte eine Tagessonderschule?	
Besuchte Internatssonderschule?	
Besuchte Sonderschulklasse für Behinderte	
Erhielt in der Schule Unterstützung vom Lehrer	
Erhielt Unterstützung durch bes. Materialien, hier aufschreiben durch welches:	
Erhielt Unterstützung durch seine Mitschüler	
Betroffener hat Grundschule abgeschlossen	

4.2 Fragen zur weiterführenden Schule	Ja
Betroffener hat keine weiterführende Schule besucht:	
Hat weiterführende Tagesschule besucht	
Hat Internatsschule besucht	
Hat Internatssonderschule in _____ besucht.	
Hat auf Grund seiner Behinderung eine Sonderschulklasse besucht	
Erhielt in der Schule Unterstützung vom Lehrer	
Erhielt Unterstützung durch bes. Materialien, hier aufschreiben durch welche:	
Erhielt Unterstützung durch seine Mitschüler	
Hat O-Level Abschluss	
Hat A-Level Abschluss	

4.3 Fragen zur weiteren Ausbildung	Ja
Betroffener besucht oder hat College oder Universität besucht (hier aufschreiben)	
Hat dieses abgeschlossen	
Besucht oder hat Ausbildungszentrum besucht (hier aufschreiben)	
Betroffener hat ein Reha Ausbildungszentrum besucht (hier aufschreiben welches und wo):	
Hat dieses abgeschlossen	
Betroffener arbeitet in dem Beruf, den er erlernt hat	
Erhielt während der Ausbildung Unterstützung vom Lehrer	
Erhielt Unterstützung durch bes. Materialien (hier aufschreiben welches):	
Erhielt Unterstützung von den anderen Auszubildenden	
Arbeitslos	
Würde gerne welchen Beruf ausüben (hier aufschreiben):	

5. Betroffener bräuchte welche Unterstützung? Bitte anstreichen!

Beratung	
Schulmaterialien	
Braille-Materialien	
Unterricht in Gebärdensprache	
Orthopädische Schuhe	
Physiotherapie	
Rollstuhl, Krücken oder Dreirad	
Sonderschulklasse oder Rehabilitations- Ausbildungszentrum	
Sprachtherapie	
Schulgeld für weiterführende Schule	
Schulgeld für Berufsausbildung	
Andere:	

1. Maswali kuhusu mhusika Uweke alama ya vema ✓!	Ndiyo
Ulemavu wa kimwili, anaweza kutembea kwa miguu	
Ulemavu wa kimwili, hawezi kutembea kwa miguu	
Mtu asiyeona	
Kiziwi	
Kifafa	
Tatatizo la akili	
Matatizo ya kuongea	
Bubu	
Zeruzeru	
Ulemavu wa kuzaliwa	
Ulemavu umeonekana kwa mara ya kwanza kwenye umri wa miaka _____ (andika umri):	
Kuna mtu yeyote katika familia husika ambaye ni mwanachama wa chama chochote cha walemavu?	

2. Maswali yahasuyo uchumi wa familia (Uweke alama ya vema ✓)	Ndiyo
Kazi ya baba wa mhusika (andika hapa):	
Kazi ya mama wa mhusika (andika hapa):	
Familia ina bustani au shamba?	
Familia ina ng'ombe?	
Familia ina mbuzi?	
Familia ina kuku au bata	
Mama mzazi wa mhusika anakaa naye?	
Baba mzazi wa mhusika anakaa naye?	
Bibi wa mhusika anakaa naye?	
Babu wa mhusika anakaa naye?	
Baba mkubwa/mdogo wa mhusika anakaa naye?	
Mama mkubwa/mdogo wa mhusika anakaa naye?	
Shangazi wa mhusika anakaa naye?	
Mjomba wa mhusika anakaa naye?	
Wangapi kaka wa mhusika anakaa naye?	
Kaka zake hao wana umri gani? (andika umri hapa):	
Wangapi dada wa mhusika anakaa naye?	
Dada zake hao wana umri gani?(andika hapa):	
Ana ndugu zake wangapi wanaoenda shule?	
Mtoto mhusika anahitaji msaada kuoga	
Mtoto mhusika anahitaji msaada kuvaa	
Mtoto mhusika hulishwa	
Familia hupewa ushauri?	

3. Maswali ya husuyo afya	Ndiyo
Chakula kikuu cha mtoto mhusika? (andika hapa): _____	
Maji ya kunywa hutoka bomba	
Maji ya kunywa hutoka ziwani	
Maji ya kunywa ni ya mvua	
Wauza maji ya kunywa	
Nyingine (andika hapa):	
Maji huchemchwa?	
Mhusika amezaliwa zahanati	
Mhusika amezaliwa nyumbani	
Mhusika amezaliwa hospitali	
Mhusika amezaliwa kituo cha afya	
Hajui mhusika amezaliwa wapi	
Ulemavu ulipoonekana mtoto alipelekwa kwa daktari?	
Mhusika hajaenda klinik mara zote	
Mhusika hakuenda klinik mara zote	
Mhusika ameenda klinik mara zote	
Sababu ya ulemavu inajulikana?	
Mhusika hupewa mazoezi maalum?	
Mhusika alipewa chanjo? Zipi?	
Mhusika hutumia dawa mara kwa mara?	

4. Maswali kuhusu elimu ya mtoto mhusika

Maswali kuhusu chekechea au shule ya awali	ndiyo
Mtoto anaenda chekechea?	
Mtoto anaenda shule ya awali?	
Wana familia wanamuwezekana mtoto kufanya mazoezi?	
Wazazi huenda na mtoto kupata ushauri?	

Maswali yahasayo watoto wasioende shule	
Mtoto haendi shule kufuatana na ulemavu wake	
Mtoto huenda chuo cha ufundi? Ikiwa huenda taja anevani ya shule:	
Mtoto hufanya kazi taja kazi yake?	
Hawana fedha kusomesha mhusika	

Kwa ajili ya watoto wenye miaka 16 na 17	ndiyo
Mtoto amemaliza shule ya msingi	
Mtoto anaenda shule ya sekondari	
Mtoto anaenda shule ya sekondari ya bwani	
Mtoto anaenda shule ya sekondari ya walemavu, taja jina la shule:	
Mtoto anaenda kitengo maalum Kwa ajili ya walemavu	
Mtoto anapokuwa shuleni anasaidiwa na walimu	
Mtoto anapokuwa shuleni anasaidiwa na wanafunzi	
Mtoto anapokuwa shuleni anasaidiwa vifaa, hivyo taja aina ya vifaa hivyo:	
Wazazi wangependa mtoto afikie O-Level	
Wazazi wangependa mtoto afikie A-Level	
Wazazi wangependa mtoto afikie chuo kikuu	

Maswali kuhusu shule ya msingi	ndiyo
Mtoto anaenda shule ya msingi ambayo iko karibu na nyumbani?	
Mtoto anaenda shule ya walemavu?	
Mtoto anaenda shule ya walemavu ya kulala?	
Mtoto anaenda kitengo maalum kwa ajili ya walemavu	
Mtoto anapokuwa shuleni anasaidiwa na walimu?	
Mtoto anapokuwa shuleni anasaidiwa kupitia vifaa, taja vifaa:	
Mtoto anapokuwa shuleni anasaidiwa na wanafunzi?	
Mtoto anaendaje shule kwa miguu peke yake?	
Mtoto anaendaje shule kwa miguu na mtu?	
Mtoto anaendaje shule kwa gari peke yake?	
Mtoto anaendaje shule kwa gari akiwa na mtu?	
Wazazi wangependa mhusika afikie darasa la saba?	
Wazazi wangependa mhusika afikie shule ya sekondari?	

5. Mhusika anahitaji msaada gani?

Ushauri	
Vifaa vya shule	
Vifaa vya Braille	
Mafundisho ya lugha ya kiziwi	
Matibabu ya lugha	
Tibamaungo	
Viatu ngozi	
Kitit cha magurudumu, gongo, beicikeli	
Kifaa cha kusaidia kusikia	
Kitengo maalum karibu na nyumbani	
Ada kwenda shule ya secondari au walemavu	
Ada ya kwenda chuoni	
Nyingine (andika hapa):	

1.Fragen über den Betroffenen Bitte zutreffendes anstreichen ✓	Ja
Körperbehindert, gehfähig	
Körperbehindert, nicht gehfähig	
Seherschädigung	
Hörschädigung	
Epilepsie	
Geistig behindert	
Sprachauffälligkeit	
Stumm	
Albino	
Behinderung von Geburt an	
Behinderung ist erstmals im Alter von _____ Jahren aufgetreten.	

2.Fragen zur Familiensituation Bitte zutreffendes anstreichen ✓	Ja
Arbeit des Vaters (bitte aufschreiben)	
Arbeit der Mutter (bitte hier aufschreiben)	
Familie hat Garten oder Feld?	
Familie hat Kühe?	
Familie hat Ziegen ?	
Familie hat Hühner oder Enten?	
Mutter wohnt bei dem Betroffenen?	
Vater wohnt bei dem Betroffenen?	
Großmutter wohnt bei dem Betroffenen?	
Großvater wohnt bei dem Betroffenen?	
Onkel wohnt bei dem Betroffenen?	
Tante wohnt bei dem Betroffenen?	
Wie viel Brüder wohnen bei dem Betroffenen?	
Alter der Brüder? (Bitte aufschreiben):	
Wie viele Schwestern wohnen bei dem Betroffenen?	
Alter der Schwestern? (bitte hier aufschreiben):	
Wie viele Geschwister gehen zur Schule?	
Kind benötigt Hilfe beim Waschen?	
Kind benötigt Hilfe beim Ankleiden?	
Kind muss gefüttert werden?	
Familie erhält Beratung?	

3.Fragen zur Gesundheit	ja
Hauptnahrungsmittel (bitte hier aufschreiben):	
Trinkwasser aus Wasserhahn	
Trinkwasser aus See	
Trinkwasser vom Regenwasser	
Gekauftes Wasser	
Andere Quelle (hier aufschreiben):	
Wird Wasser abgekocht?	
Betroffener wurde in Krankenstation geboren	
Betroffener wurde zu Hause geboren	
Betroffener wurde im Krankenhaus geboren	
Betroffener wurde in Krankeneinheit geboren	
Betroffener kennt den Geburtsstätte nicht	
Als die Behinderung auftrat wurde ein Doktor aufgesucht?	
Betroffener ging nicht zur Vorsorge als Kleinkind	
Betroffener ging nicht vollständig zur Vorsorge als Kleinkind	
Betroffener ging vollständig	
Grund der Behinderung bekannt?	
Erhält der Betroffene Behandlung?	
Wurde der Betroffene geimpft? Welche Impfungen?(hier notieren):	
Nimmt der Betroffene regelmäßig Medikamente ein?	

4. Fragen zur Bildung des betroffenen Kindes

Vorschulische Einrichtungen	Ja
Kind geht in den Kindergarten	
Kind besucht die Vorschule	
Familie führt Übungen mit dem Kind durch	
Eltern gehen regelmäßig zur Beratung	

Fragen für Kinder, die keine Einrichtung besuchen	
Kind besucht auf Grund der Behinderung keine Einrichtung	
Kind besucht Ausbildungszentrum für Handwerker? Welches :	
Kind geht arbeiten anstatt zur Schule?	
Es fehlt Geld, um Kind zur Schule zu schicken	

Fragen zum Sekundarschulbereich	
Kind hat Grundschule abgeschlossen?	
Kind besucht die Sekundarschule?	
Kind besucht Internatsschule?	
Kind besucht Internatssonderschule in:	
Kind besucht auf Grund der Behinderung Sonderschulklasse?	
Kind erhält in der Schule Unterstützung vom Lehrer?	
Kind erhält Unterstützung durch folgende speziellen Materialien:	
Kind erhält Unterstützung durch die Mitschüler?	
Eltern wünschen, dass das Kind den O-Level Abschluss macht?	
Eltern wünschen, dass das Kind den A-Level Abschluss macht?	
Eltern wünschen, dass das Kind College oder Universität besucht?	

Fragen zur Grundschule	Ja
Kind besucht die wohnortnahe Grundschule?	
Kind besucht Sonderschule?	
Kind besucht Internatssonderschule ?	
Kind besucht auf Grund der Behinderung Sonderschulklasse	
Kind erhält in der Schule Unterstützung vom Lehrer?	
Kind erhält Unterstützung durch folgende speziellen Materialien:	
Kind erhält Unterstützung durch die Mitschüler?	
Kind geht zu Fuß alleine in die Schule?	
Kind geht in Begleitung zu Fuß in die Schule?	
Kind fährt mit öffentl. Verkehrsmitteln alleine zur Schule?	
Kind fährt mit öffentl. Verkehrsmitteln in Begleitung zur Schule?	
Eltern wünschen, dass das Kind den Grundschulabschluss macht?	
Eltern wünschen, dass das Kind die Sekundarschule besucht?	

5. Betroffener bräuchte welche Unterstützung? Bitte zutreffendes Anstreichen!

Beratung	
Schulmaterialien	
Braille Materialien	
Unterricht in Gebärdensprache	
Sprachtherapie	
Physiotherapie	
Orthopädische Schuhe	
Rollstuhl, Krücken oder Dreirad	
Hörgerät	
Wohnortnahe Sonderschulklasse	
Schulgeld für weiterführende Schulen	
Schulgeld für College oder Universität	
Anderes (bitte notieren):	