

1. Einleitung

In meiner Belegarbeit „Elemente des heilpädagogischen Handelns“ möchte ich mich auf mein in Playas/ Ecuador absolviertes erstes praktisches Studiensemester beziehen. Dabei möchte ich über die soziale Situation vor Ort und die bestehenden integrativen Möglichkeiten für Kinder mit Beeinträchtigungen berichten. Weiterhin werde ich versuchen, die heilpädagogischen Handlungskonzepte und Interventionsmöglichkeiten in den verschiedenen Tätigkeitsfeldern zu verdeutlichen und dabei die Mittel und Möglichkeiten in Bezug zur gesellschaftlich- sozialen Situation in einem „Dritte Welt“-Land wie Ecuador zu stellen.

Da es in diesem Zusammenhang noch nie Studenten gab, welche sich mit den integrativen Möglichkeiten und der speziellen Unterstützung für Familien mit gehandicapten Kindern beschäftigten, war es nicht möglich in nur einer Richtung zu denken und zu arbeiten, vielmehr mussten verschiedenste Wege und Mittel für die sinnvolle Gestaltung des Projektes in Betracht gezogen werden. Dies weicht vom konkreten Ziel des langfristigen Beziehungsaufbaus mit einer Personengruppe, welcher als Ziel des ersten praktischen Studiensemesters gesehen wird, etwas ab. Aber gerade deswegen gab es für mich die Möglichkeit, im Studium erlernte Techniken und Theorien in die Praxis umzusetzen sowie verschiedene Zusammenhänge besser zu erkennen und vor Ort direkte Hilfe zu leisten.

Um heilpädagogische Zusammenhänge näher zu verdeutlichen, möchte ich auf die Elemente der Diagnostik eingehen. Darüber hinaus werde ich das Krankheitsbild der Cerebralparese mit ihren Symptomen und das Therapiekonzept nach Bobath beschreiben.

Das weltweit angewandte Konzept der „Community based Rehabilitation“ spielte während unseres Aufenthaltes in Playas eine entscheidende Rolle. Deswegen möchte ich die Grundidee und unseren Versuch, diese in die Praxis umzusetzen, in meiner Belegarbeit darstellen. Beim Aufbau der Belegarbeit soll ein theoriebezogener Teil entsprechend der Praxis an jeweils passender Stelle mit einfließen. Damit versuche ich, die

theoretischen Aspekte und die erlebten Veränderungen im Praxissemester nachvollziehbar gegenüberzustellen.

Im Auswertungsteil wird ein abschließendes Resümee gezogen. Darüber hinaus versuche ich das erlebte Verhalten der Menschen in Playas bezüglich des Umgangs mit behinderten Personen aus wissenschaftlicher Sicht zu sehen und Erklärungen für beobachtete Verhaltensweisen zu finden.

Abschließend möchte ich auch kurz vorausblickend schauen und Perspektiven bezüglich meines Studiums und des Projekts in Playas aufzeigen.

2. Vorüberlegungen zum Projekt

Im Folgenden möchte ich sowohl die Infrastruktur von Playas sowie wichtige sozial- kulturelle Faktoren, als auch das Zustandekommen des Projekts näher beschreiben.

2.1 Zustandekommen des Projektes

Im Seminar „Migration und Behinderung“ bin ich durch den Feldforschungsbericht von Prof. Friedrich Albrecht zum ersten Mal mit dieser Thematik in Berührung gekommen. Ich belegte dieses Seminar aus Interesse für die Belange, welche in schlechter entwickelten Ländern auch in Bezug auf heilpädagogische Problemstellungen vorherrschen. Im Vortrag erfuhr ich von gesellschaftlich- sozialen Schwierigkeiten in Bezug auf Behinderungen, welche aus ökonomischen und religiösen Gründen nicht immer eindeutig sind. Nach mehreren Zusammentreffen und Bemühungen von Prof. Albrecht stand zu Beginn des 3. Studiensemesters für mich fest, zusammen mit Alexander Brajer, einem Studenten der Soziologie aus Dresden, nach Playas zu gehen. Da wir als erste versuchen sollten, Familien in beraterischer und therapeutischer Hinsicht zu unterstützen, standen natürlich nicht wenige organisatorische Probleme im Raum. Zum anderen

war es eine sehr große Herausforderung für uns, auf für uns völlig neuem Terrain zu arbeiten.

Da mein Wunsch, ins spanischsprachige Ausland zu gehen, schon länger bestand, wurde mir das Spanischstudium an der Hochschule ermöglicht. Des Weiteren wurde in Senora Gloria Yagual eine Kontaktperson gefunden, welche als Lehrerin arbeitet und freiwillig für INNFA (Instituto Nacional de la Ninez y la Familia) im Cantón Playas tätig ist. Neben ihr wurde uns die NGO Fasinarm mit ihrer in Guayaquil ansässigen Bibliothek zur Literaturrecherche und zum Informationsaustausch empfohlen.

Da es auf heilpädagogischem Gebiet recht wenig Literatur gibt, welche die „Dritte Welt“ Thematik aufgreift, kam zur direkten Literaturrecherche vor Ort nur wenig anwendbare Literatur in Frage. Die eben genannten Gründe waren neben den fehlenden Kenntnissen über Ecuador eine weitere Herausforderung für uns. Als Vorteil sind mehrere vorangegangene Aufenthalte unsererseits in Lateinamerika zu sehen, ferner die fundierteren Spanischkenntnisse von Alexander und meine frühere Tätigkeit als Krankenpfleger. Unter diesen Voraussetzungen reisten wir Ende Februar 2005 nach Ecuador, um dort umgehend mit unserer Arbeit zu beginnen.

2.2 Fakten und Daten von Playas/ Ecuador (vgl. dazu Plan de Desarrollo Estratégico del Canton Playas, 2002)

Der Cantón Playas liegt an der ecuadorianischen Pazifikküste, 98 km südwestlich der 3 Millionenmetropole Guayaquil. 2001 wurden im Cantón Playas 30516 Einwohner registriert, 24410 davon leben in General Villamil, welches der offizielle Name der Stadt ist. Die angegebene Einwohnerzahl liegt aber aufgrund einer ständigen Zuwanderung aus ruralen Gebieten des Landes und eines ständigen Wachstums der Suburbanos (Vorstädte) wahrscheinlich weitaus höher. Playas gliedert sich in 47 Barrios (Stadtviertel) auf, 16 weitere Siedlungen liegen außerhalb des urbanen Zentrums.

51% der Bevölkerung wird von Frauen gestellt, 49% sind Männer. Als Haupteinnahmequellen gelten neben dem traditionellen Fischfang der stetig wachsende Tourismus sowie der Einzelhandel und das Handwerk. Für einen großen Teil der Bevölkerung bilden die sporadische Hochseefischerei und das Reinigungsgewerbe die Haupteinnahmequellen. Als Hauptprobleme gibt die Stadtverwaltung die fehlende flächendeckende Wasserversorgung, Kriminalität, Müllentsorgung und schlechte medizinische Versorgung vor allem in den ferner liegenden Ortsteilen an.

An Bildungseinrichtungen existieren 13 staatliche Schulen, 4 städtische und 14 Privatschulen. Der erste Bildungsweg führt bis zur sechsten Klasse. Für den weiteren Bildungsweg stehen 3 öffentliche und 10 private „Colegios“ zur Verfügung. Neben diesen gibt es 3 als Universitäten bezeichnete Bildungseinrichtungen, welche aber eher als Militäarakademien zu sehen sind.

Auf dem Gesundheitssektor gibt es ein Krankenhaus, 5 Subzentren, 2 Privatkliniken und einige Polikliniken nebst 15 privaten Arztpraxen.

Aufgrund der finanziellen Situation der meisten Einwohner und der fehlenden staatlichen Krankenversicherung gibt es jedoch keine ausreichende Gesundheitsfürsorge für einen Grossteil der Bevölkerung.

Trotz vieler Probleme stellt Playas für viele Zuwanderer eine bessere Existenzmöglichkeit dar, denn die Lebenssituation im ländlichen Raum von Ecuador weist weitaus mehr Schwierigkeiten für die Bevölkerung auf.

Außerdem lassen sich in Playas aufgrund des wohl besonders guten Klimas viele Pensionäre aus Guayaquil und aus anderen Regionen und Ländern nieder. In der Feriensaison ist die Stadt mit ihren langen Stränden mit Touristen überfüllt, was zu einer stetig steigenden Zahl an Restaurants und Hotels führt. Gerade in diese Richtung wird von der jetzigen Regierung viel Hoffnung gelegt. Bleibt zu hoffen, dass die Grundversorgung für einen Grossteil der Bevölkerung aus diesen Interessengründen nicht unberücksichtigt bleibt.

3. Grundlegende Aspekte zum Projekt

3.1 Phase der Ankunft – ein Orientierungsversuch

Nachdem wir in Playas ankamen und unser Quartier bezogen, begaben wir uns am nächsten Tag zu unserem ersten Treffen mit unserer Kontaktperson Gloria Yagual. Unser Ziel war es, erste Eindrücke zu sammeln und Kontakt zu der seit einigen Jahren aktiven Frauengruppe aufzunehmen. Diese war vorerst unsere einzige Möglichkeit, betroffene Familien kennen zu lernen und in beraterischer bzw. therapeutischer Hinsicht tätig zu werden.

Zu unserer Überraschung wurden wir in das seit Februar 2004 unter Leitung der letzten Stadtverwaltung entstandene „Centro de Rehabilitacion“ geführt, wo wir dem Vorstand des Sozialbereichs der Stadt vorgestellt wurden. Leicht enttäuscht, wirklich nur Studenten und keine Ärzte bzw. Therapeuten anzutreffen, war der Beziehungsaufbau zu Beginn etwas schwierig. Wir schilderten unsere Ziele und machten Vorschläge für eine sinnvolle Zusammenarbeit. Da unser Ziel ja eine beraterisch/therapeutische Tätigkeit im Gemeinwesen fernab von Spezialzentren und Rehabilitationsmöglichkeiten sein sollte, mussten wir natürlich erst einmal umdenken und ein Konzept entwickeln, wie wir die dazu gewonnene Ressource nutzen und unterstützen konnten. Im weiteren Tagesverlauf lernten wir die schon erwähnte Gruppe von Eltern mit gehandicapten Kindern kennen, welche aus ca. 20 Müttern bestand und die sich wöchentlich im losen Verband unter Anleitung von Sen. Yagual in der INNFA- Geschäftsstelle im Barrio Santa Marta traf. Es kam nach einer Vorstellung unsererseits zu einem ersten Erfahrungsaustausch sowie zu Terminabsprachen und einer ersten Arbeitsplanung. Die Erwartungen waren groß, da nach dem Inszenieren der Treffen durch Prof. Abrecht kein neuer Input in die Gruppe kam und die mehr oder weniger regelmäßigen Treffen über das Niveau einer „Plauderstunde“ nicht hinausreichten. Wir boten an, Themen wie „Community based Rehabilitation“ (nach Helander/ WHO), Inklusion von Menschen mit Behinderung, Therapieangebote und

Fördermöglichkeiten in Vortragsform näher zu bringen. Des Weiteren gab es erste Terminvereinbarungen zu Hausbesuchen und eine Einladung ins Recinto Data de Villamil. Dies ist ein weiterer Ortsteil von Playas und eine Vertreterin von dort signalisierte ebenfalls Interesse daran, eine Selbsthilfegruppe ins Leben zu rufen, wie sie im Barrio Santa Marta existiert.

3.2. Zielsetzungen unserer Arbeit

Nach diesen vielseitigen Erkenntnissen der ersten und darauf folgenden Arbeitstage im „Centro de Rehabilitación“ planten wir nun in täglich stattfindenden Besprechungen unsere weitere Vorgehensweise. Diese umfassten folgenden Punkte, welche auch als Zielsetzung des Projektes zu betrachten sind:

- Beziehungsaufbau, Gestaltung und Reflektion dieser im Rahmen der heilpädagogischen Familienberatung in den 2 Stadtvierteln von Playas. Diese beinhaltet die Elemente heilpädagogischen Handelns Diagnostik, Evaluation und Intervention
- Heilpädagogische Therapiegestaltung für die KlientInnen unter fachlich-therapeutischer Anleitung im „Centro de Rehabilitacion“
- Vernetzung der bestehenden Strukturen im Hinblick auf eine verbesserte Recourcennutzung und der unmittelbaren Lebenslage der KlientInnen

3.3 Das Rehabilitationszentrum

Das von der Stadt geleitete und von Institutionen unabhängig arbeitende „Centro de Rehabilitacion“ beschäftigte zu unserer Ankunft einen Physiotherapeuten. Außerdem arbeitete eine Pädagogin und eine Logopädin im „Centro“. Diesen standen 2 Hilfskräfte, ein Hausmeister und eine Sekretärin zur Seite.

Leider gab es keine konsequenten Behandlungspläne, Zeitabsprachen und Buchführung. Gerade aus zuletzt genanntem Grund konnten wir nicht evaluieren, wie viel Patienten tatsächlich behandelt wurden. Es wurden lediglich alle jemals erschienenen Patienten in einem Heft erfasst, welches weder über den Wohnort der Klienten noch über die Therapieanzahl etwas aussagte.

Das Klientel reichte von Kleinkindern bis zu älteren Menschen mit verschiedensten Einschränkungen und gesundheitlichen Problemen.

Ich möchte mich in der weiteren Beschreibung jedoch nur den behandelten Kindern und Jugendlichen widmen, da dies als unser direkter Auftrag galt.

Folgende Krankheitsbilder und Therapiemöglichkeiten für diese lernten wir im „Centro“ kennen:

Downsyndrom, Cerebralparese, Sprachstörungen, Auditive Probleme, ADS, Hydrocephalus, Muskeldystrophie, geistige Retardation aufgrund Hypoxie, Autismus, einige seltenere Gendefekte und weitere nicht näher beschriebene Problematiken. Diese konnten durch fehlende krankengeschichtliche Aufzeichnungen jedoch nicht eingehender bestimmt werden.

Während Alexander vorwiegend die Pädagogin und die Logopädin bei ihren Therapien unterstützte, sah ich meine Aufgabe im physiotherapeutischen Bereich, welcher Frühförderung, Bewegungsübungen und auch Beschäftigungstherapie im weitesten Sinne mit einschloss. Gerade für letzteren Bereich gab es kaum Hilfsmittel im herkömmlichen Sinne. Das Therapieangebot erstreckte sich vom Einsortieren von beispielsweise Linsen oder Steinen in Plastikflaschen. Zudem wurde Papier gerissen oder es wurden Ringe aufgefädelt. Trotzdem war es mit diesen Mitteln möglich, die Fingerfertigkeit und Konzentration der Klienten zu fördern und die durch die Einschränkung entstandenen Defizite etwas auszugleichen. Leider fehlte in der Arbeit des Therapeuten die Abwechslung und man hatte nicht das Gefühl, dass weitere Fortschritte erzielt werden sollten.

Da wir noch am Beginn des Beziehungsaufbaus zu den Mitarbeitern im „Centro“ standen, wollten wir etwaige Mängel oder Verbesserungsvorschläge nicht schon kurz nach unserer Ankunft anbringen.

Vielmehr wollten wir diese überraschend dazu gewonnene Ressource für unseren Arbeitsauftrag nutzen und das „Centro“ in unser Gemeinwesenprojekt mit einbeziehen. Durch sein Bestehen gab es für uns die Möglichkeiten, Personen über dieses noch recht unbekanntes Hilfsangebot zu informieren und damit vielleicht eine längerfristige Hilfe für diese anbieten zu können. Da zu diesem Zeitpunkt noch an keine etwaige Weiterführung unserer Tätigkeit zu denken war, konnten wir damit wenigstens theoretisch einen Stützpfeiler in der Arbeit mit gehandicapten Personen in Playas ausmachen.

In einem späteren Teil meiner Abhandlung werde ich noch die Veränderungen und weitere Eindrücke im „Centro de Rehabilitacion“ aufzeigen. Unsere Arbeit in Playas war jedoch vielseitiger als die Unterstützung im „Centro“. Aus der Fülle der mir begegneten Krankheitsbilder möchte ich in diesem Rahmen nur auf ein Krankheitsbild, welches mir im Umgang mit den Klienten sehr oft begegnet ist, näher eingehen. Zur näheren spezifischen Erläuterung dessen und der Behandlungsmöglichkeiten möchte ich die Cerebralparese herausgreifen.

4. Die infantile Cerebralparese und ihre Therapie nach Bobath

4.1. Definition der ICP

Unter der infantilen Cerebralparese versteht man Zustände, „... die durch krankhafte Veränderungen oder Fehlentwicklungen des Gehirns bedingt sind; die Alteration des Gehirns ist dabei nicht fortschreitend und besteht seit frühester Kindheit. Die sensomotorischen Ausfälle finden ihren Ausdruck in abnormen Haltungs- und Bewegungsmustern bei gleichzeitig abnormem Muskeltonus“. (Schmidt 1976, zitiert nach Hensle, Vernooij 2000, S. 173)

Genau übersetzt heißt das Wort „Cerebralparese“ oder „Cerebrale Parese“ „Hirnlähmung“ und in dieser Bedeutung stimmt dies heute nicht mehr, da im Grunde nur Muskeln gelähmt sein können, das Hirn aber kein Muskel, sondern ein Nervenzentrum ist.

Auch die Aussage, dass die Cerebralparese eine Lähmung ist, die durch die Fehlfunktion des Gehirns versucht wird, ist nach heutigem Wissen nicht mehr korrekt, denn die Muskeln eines Menschen mit Cerebralparese sind nicht gelähmt, sondern können unter Umständen immense Kräfte freisetzen, die der Betroffene aber meist nicht kontrollieren kann.

(Kälin R. in <http://www.orthopoint.de>)

In der Fachliteratur sind folgende Bezeichnungen gebräuchlich:

- 1• cerebrale Bewegungsstörung
- 2• cerebrale Lähmungen
- 3• cerebrale Kinderlähmungen
- 4• „Morbus LITTLE“

4.2 Ursachen und Entstehungszeiträume der CPI

Die infantile Cerebralparese geht auf eine frühkindliche Hirnschädigung zurück, aber nicht jede frühkindliche Hirnschädigung führt zu einer Cerebralparese. Bei der Cerebralparese steht eine Körperbehinderung im Vordergrund, jedoch kann eine Lern-, Sprach- oder Mehrfachbehinderung hinzutreten. (vgl. Hensle, Vernooij, 2000, S. 174)

Seit den 60er Jahren werden auch minimale Bewegungsstörungen und isolierte Leistungsausfälle näher untersucht und auf eine leichte frühkindliche Hirnschädigung zurückgeführt. Die Folgen einer minimalen cerebralen Dysfunktion (MCD), auch „minimal cerebral palsy“ (MCP), „minimal brain dysfunction“ (MBD) oder „Teilleistungsschwäche bzw. Teilleistungsstörung“ können Verhaltensauffälligkeiten, minimale Bewegungsstörungen und Lernbehinderungen sein.

Es werden drei Zeiträume unterschieden, in denen eine Cerebralparese verursacht werden kann:

4.2.1 Pränataler Zeitraum (vorgeburtlich):

Hier sind besonders Virusinfektionen wie Röteln, Zytomegalie und Toxoplasmose gefährlich. Neben den Virusinfektionen können auch Vergiftungen durch Stoffwechselprodukte oder Medikamente eine ungenügende Durchblutung der Plazenta oder Strahleneinwirkung eine Cerebralparese verursachen. (vgl. Hensle, Vernooij, 2000, S.176)

4.2.2 Perinataler Zeitraum (während der Geburt):

In dieser Zeit ist das Kind besonders anfällig für Hirnschädigungen. Zu den zwei häufigsten Ursachen zählen dabei die Hirnblutung und der Sauerstoffmangel. Mangel an Sauerstoff tritt dann ein, wenn die Versorgung des Kindes über die Plazenta bereits unterbrochen wurde, der Kopf das Becken aber noch nicht durchtreten hat. Hirnblutungen kommen bei schweren, traumatischen Geburten und Sturzgeburten vor. (vgl. Hensle, Vernooij, 2000, S.176)

4.2.3 Postnataler Zeitraum (nach der Geburt):

In diesem Zeitraum sind vor allem Hirnhautentzündungen nach einer Grippe, nach Masern oder Keuchhusten und schweren Kopfverletzungen (z.B. Unfall mit Schädelverletzung) für Hirnschädigungen verantwortlich. (vgl. Hensle, Vernooij, 2000, S.176)

Im Folgenden möchte ich nun neben dem Zeitpunkt der Entstehung zwei weitere Dimensionen aufzeigen, entlang derer eine Einteilung der

Cerebralparese erfolgen kann (nach Tönnis und Krenkel in Hensle, Vernooij, 2000, S. 175):

4.3 Anatomischer Sitz der Hirnläsion

Ist die Pyramidenbahn beschädigt, so ist die von dieser vermittelte Willkürmotorik betroffen. Wenn hingegen das extrapyramidale System (EPS) beschädigt ist, sind automatisch unbewusst ablaufende Bewegungen wie Reflexe und Herzrätigkeit betroffen. Bei einer Schädigung des Kleinhirns kommt es vor allem zu einer Beeinträchtigung des Gleichgewichtssinns und der Koordinationsfähigkeit komplexer Bewegungsabläufe. Je mehr graue Substanz im Gehirn zerstört ist, umso mehr ist auch die Intelligenz reduziert. (vgl. Hensle, Vernooij, 2000, S.175)

4.4 Symptome

Im Folgenden beschreibe ich die 5 Hauptsymptome der ICP:

4.4.1 Spastik

Spastik ist die überschießende Muskelkontraktion auf einen Reiz. Bei einer Dehnung des spastischen Muskels kommt es zum starken Widerstand. Langfristig kommt es zur Gelenksteifigkeit, auch bleiben die spastisch gelähmten Gliedmaßen vielfach im Wachstum zurück. (vgl. Hensle, Vernooij, 2000, S.176)

4.4.2 Athetose

Es kommt zu nicht unterdrückbaren Bewegungsabläufen der willkürlichen Motorik. Dies zeigt sich in langsamen, wurmförmigen Muskelkontraktionen. Es kommt zu einer generalisierten Bewegungsunruhe. (vgl. Hensle, Vernooij, 2000, S.176)

4.4.3 Ataxie

Ataxie entsteht durch eine Schädigung des Kleinhirns. Es kommt zu einem Verlust der Kontrolle des Bewegungsausmaßes, der Bewegungsrichtung und der automatischen Mitbewegungen. (vgl. Hensle, Vernooij, 2000, S.177)

4.4.4 Tremor

Tremor ist ein feinschlägiges Muskelzittern, meistens der Hände. Es wird bei Erregung und feinen Willkürbewegungen verstärkt. (vgl. Hensle, Vernooij, 2000, S.177)

4.4.5 Rigor

Unter Rigor versteht man die Bewegungsverarmung. Die häufigste Form, die Spastik, kommt bei etwa 75- 80 % der Fälle vor. Die Athetose in etwa 10 % und Ataxie, Tremor und Rigor zusammengenommen in etwa 5 % der Fälle. Die übrigen 5 % entfallen auf Mischformen. (vgl. Hensle, Vernooij, 2000, S.177)

4.5 Therapie nach dem Bobath- Konzept

Studien über die Wirksamkeit von physiotherapeutischen Maßnahmen bei cerebralparetischen Kindern kommen häufig zu negativen Resultaten. Trotz der Anwendung der gebräuchlichsten Therapieformen nach Vojta und Bobath konnten nach einer bayrischen Langzeitstudie von 1981 ein Drittel der Kinder mit 5 Jahren nicht ohne Hilfe gehen. Es war jedoch unter diesen Bedingungen nicht möglich zu erkennen, welche sekundären Komplikationen oder intellektuelle Defizite weiter ausgeprägt wären, gäbe es keine Physiotherapie in der Frühförderung. (vgl. Ohrt, 1996, S. 229)

Im Vergleich zu europäischen Standards sah ich, was mit Kindern geschieht, die in keinster Weise gefördert werden. Ich lernte z.B. einen Jungen kennen, welcher sein Dasein zwischen Bett und Hängematte verbringt. Ich konnte bei mehreren Besuchen nicht feststellen, inwieweit er sein Umfeld überhaupt wahrzunehmen vermochte.

Nicht nur deswegen ist es aus heilpädagogischer Sicht natürlich unbestritten, dass jegliche Art von Förderung unumgänglich ist und den Ist-Zustand des Klienten verbessert.

Es gibt verschiedenste Therapieansätze, um pathologischen Bewegungsmustern entgegenzutreten, durchgesetzt haben sich die Methoden nach Bobath und Vojta.

Bei der Vojta- Therapie wird ein Reflexkriechen und Reflexdrehen durch das Auslösen von Reflexzonen hervorgerufen. Diese Methode ist immer noch sehr umstritten, da hiermit eine große psychische Belastung einhergeht. Denn viele der Kinder empfinden dieses Auslösen der Reflexzonen als sehr unangenehm und fangen an zu schreien. (<http://www.behinderung.org/vojta.htm>).

Da ich mir Literatur betreffend der Bobath- Therapie mit nach Ecuador nahm und mich mit dieser im Verlauf meines Studiums schon beschäftigte, möchte ich das Bobath- Konzept kurz erläutern. Eine ausführliche

Darlegung der Therapiemöglichkeiten würde diesen Rahmen hier jedoch sprengen.

Das Modell entstand nach vierzig Jahren intensiver Beobachtungen von cerebralparethischen Kindern und deren Reaktionen. Verschiedene Faktoren spielen dabei eine entscheidende Rolle. Diese sind u.a. zusätzliche Behinderungen, persönliche Problemlagen, intellektuelle Fähigkeiten, Integrationsmöglichkeiten, Probleme individueller Art und deren Interpretation sowie differenzierte Symptome (siehe 4.4) und die jeweiligen Alters- und Entwicklungsstufen. Die Gründe der evtl. geistigen Beeinträchtigung müssen genauso berücksichtigt werden wie die Akzeptanz der Eltern. Aus diesen Gründen wird auch von einem Konzept und nicht von einer Methode gesprochen (vgl. hierzu Biewald, 2004, S.14).

Es besteht kein festes Behandlungsmuster, vielmehr wird der ständige Entwicklungsstand des Kindes reflektiert und fließt in die therapeutischen Möglichkeiten und Mittel mit ein. Cerebralparethische Kinder haben eine gestörte Kontrolle über ihre Haltungsmechanismen, was sich in drei Faktoren auswirkt. Zum einen sind das der fehlende normale Haltungstonus, die fehlende Stabilität der Extremitäten, des Kopfes und des Rumpfes und zum anderen die untypischen Haltungs- und Bewegungsmuster. Durch fehlende Hemmung unterschiedlichster Reflexe kommt es demnach zur Entwicklung von Spasmen (sog. Hypertonus) oder/ und Bewegungsarmut (Hypertonie). Der Grund für die Störung der motorischen Fähigkeiten ist demnach ein Entwicklungsdefizit des Hirns in seiner frühesten Entwicklungsphasen. (vgl. dazu Biewald, 2004, S. 15,16)

Als Hauptproblem in der Diagnostik des bewegungsgestörten cerebralparethischen Kindes sehen die Bobaths die Auslegung des Defizits als Rückschritt an. Nach ihrer Auffassung liegt meist zusätzlich ein pathologisches Bewegungsmuster vor.

Die Befundaufnahme nach dem Bobath- Konzept ist eher funktioneller Art und hat direkten Einfluss auf die Therapie. Für diese haben die Bobaths eigens Untersuchungsskalen entwickelt. (vgl. Biewald, 2004, S.16, 17)

Befundaufnahme und dementsprechende Behandlung sind fest miteinander verwurzelt und somit nicht zu trennen. Die ständige Reflektion des Entwicklungsstandes während der Therapie beeinflusst diese und kann somit nicht an festen Mustern festgemacht werden.

Die Therapie ist ganzheitlich zu sehen und ist nicht in Zeiten, Bewegungsabläufen und deren Wiederholung festzumachen. Vielmehr erfolgen Beobachtung und Therapie während den Aktivitäten des täglichen Lebens (Essen, Anziehen, Waschen Spielen etc.). Eine wichtige Rolle spielt das Einbeziehen der Eltern in den Therapieablauf. Diese verbringen die meiste Zeit mit dem Kind und müssen somit das Krankheitsbild und den Umgang mit diesen verstehen lernen. Zur Ausbildung einer gewissen Selbstständigkeit bei einigen Aktivitäten ist außerdem ein langsamer, einfühlsamer Umgang mit den Kindern zu sehen. (vgl. Biewald, 2004, S.19, 20)

4.6 Vergleiche zur Praxis im Rehabilitationszentrum

Ganz im Gegensatz dazu verstand ich die vom ersten Therapeuten in Playas als Bobath- Therapie angekündigten Bewegungsübungen nach Bobath. Dazu möchte ich kurz ein Beispiel anführen. Kurz nach dem Eintreffen eines übergewichtigen, sechsjährigen Jungen mit spastischer Tetraparese wurde er vom Therapeuten und seinem Gehilfen vom Rollstuhl auf die Behandlungsbank befördert, um kurz darauf mit der Übungsbehandlung zu beginnen. Diese fand in Rückenlage statt und jedes Gelenk wurde mit 20facher Wiederholung „beübt“. Dies fand in der Rückenlage statt, was die Spastik in diesem Falle noch verstärkte (vgl. dazu Biewald, 2004, S.72).

Die Eltern wurden währenddessen in keinsten Weise informiert oder für ihren ständigen Umgang mit ihren Kindern geschult. In angesprochenem Fall führte es dazu, dass die Eltern daraus Konsequenzen zogen und wohl aufgrund des schmerzerfüllten Schreiens ihres Sohnes nicht mehr zur

Therapie erschienen. Da leider die Adressen der KlientInnen im „Centro“ nicht geführt wurden, war es mir nicht möglich, die Familie persönlich zu besuchen.

Die Art und Weise der Übungsbehandlungen wurde von einem neuen Arzt und Therapeuten glücklicherweise verändert. Die Eltern wurden während der Behandlung informiert und sie unterstützten Dr. Aguire bei seinen Tätigkeiten. Mir eröffnete sich dadurch außerdem die Möglichkeit, unter diesen Bedingungen praktisch etwas dazuzulernen.

5. Arbeit im Gemeinwesen

Wie schon erwähnt stellte die Arbeit im „Centro“ nicht den Hauptteil unserer Tätigkeit dar. Vielmehr wollten wir versuchen, über Sen. Yagual Kontakt zu Eltern aufzunehmen, um direkt positiven Einfluss auf die Lebensbedingungen der betroffenen Kinder auszuüben. Aus diesem Grund trafen wir uns wöchentlich jeweils einmal mit den interessierten Eltern im Rahmen von „Reuniones“ (Versammlungen), welche entweder in der INNFA- Zentrale von St. Marta oder in einer Schule im Recinto Data de Villamil stattfanden.

5.1 Reuniones (Versammlungen) im Barrio St. Marta

Unsere Treffen wurden im Beisein von Sen. Yagual abgehalten. Wir erkundigten uns zum Informationsstand und den Veränderungen in der relativ festen und aus 20 Müttern bestehenden Gruppe. Einige der Kinder waren bereits lange und regelmäßig im INNFA- Rehabilitationszentrum von Guayaquil. Dies bedeutete aber eine Fahrtzeit von ca. 3 Stunden pro Therapiesitzung und nur aufgrund von Sen. Yaguals Bemühungen wurde den Eltern durch die Buskooperative der Fahrpreis erlassen. 4 der Kinder wechselten 2004 ins Centro de Rehabilitacion von Playas. Leider erfolgte durch die Mütter dieser Kinder keine Aufklärungsarbeit in der Gruppe.

Nicht nur aus diesem Grund gab es keine Therapie für den Grossteil der Kinder und es kam die letzten Jahre zu keinen nennenswerten Fortschritten. Wir begannen in den Treffen bestimmte Thematiken zu bearbeiten. Dazu gehörte das WHO- Konzept der „Community based Rehabilitacion“ nach Helander unter Zuhilfenahme der Literatur von David Werner. Sein Buch „Disabled Village Children“, welches in Playas in spanischer Sprache seit mehreren Jahren zur Verfügung stand, war erst durch einen glücklichen Umstand nach Wochen wiederauffindbar. Eine angehende Psychologin arbeitete jahrelang damit, ohne es der Gruppe zurückzugeben. Dies zeigte uns auch, dass der Umgang mit Literatur ein anderer ist, als wir es gewohnt waren. Unserer Idee, einzelne Kapitel von interessierten Müttern lesen und im nächsten Treffen den anderen inhaltlich zu erläutern, wurde Skepsis entgegengebracht. Es war natürlich auch etwas blauäugig, da viele der Frauen nach der 6. Klasse die Schule verlassen hatten und noch nie mit derartiger Literatur in Berührung kamen. Diesen Part übernahmen wir dann und informierten das „Comité de Rehabilitación Playas“ über Werners Grundidee, verschiedene Krankheitsbilder und den Umgang mit diesen. Wir mussten feststellen, dass es zu Beginn relativ schwierig war, konkrete Thematiken in einer Fremdsprache sinnvoll und interessant zu vermitteln. Das Verteilen von übersetzten Kopien aus Helanders „Training in the Community“ (WHO) sollte unsere Vorträge unterstützen und den Eltern helfen, Erfahrenes auch praktisch umzusetzen.

Neben den allwöchentlichen Treffen besuchten wir wöchentlich mehrere Familien zu Hause und wurden dadurch direkt familienberaterisch tätig. Die Einzelgespräche fanden in Form von Hausbesuchen statt, welche wir terminlich bei den Treffen am Dienstag eintakteten. Ziel war es, Daten der KlientInnen anhand eines Anamnesebogens zu erheben, die unmittelbare Lebenssituation derer positiv zu beeinflussen und eine Integration ins „Centro“ herbeizuführen.

5.2. Reuniones im Recinto Data de Villamil

Unseren Kontakt in diesen etwas abgelegeneren Ortsteil von Playas erhielten wir durch Sen. Olga Apolinario. Sie ist eine „Voluntaria“ der INNFA und trat während eines Treffens in St. Marta an uns heran. Sie wünschte sich ähnliche Gruppenarbeit wie sie dort schon stattfand. Aus diesem Grund verabredeten wir uns mit den interessierten Eltern und Bewohnern der 1800 Einwohner zählenden Kommune mit Sen. Gloria in einer Schule in Data.

Ziel war es, die Eltern für die Problematiken ihrer gehandicapten Kinder zu sensibilisieren und ähnliche Strukturen zu schaffen, wie sie in St. Marta seit Jahren bestehen.

Ich möchte kurz auf meine bzw. unsere Gefühle vor und während dem Treffen eingehen. Es war eine für uns völlig neue Situation, in Front von ca. 30 Personen mit einer solchen hohen Erwartungshaltung in einer Fremdsprache zu sprechen. Die Eltern, Lehrer und selbst der Ortsvorsteher richteten natürlich viele Fragen an uns. Das zweite Mal nach dem Treffen mit den Mitarbeitern des „Municipio“ (Gemeinde) hörten wir auch deutliches Misstrauen betreffs des Nutzens unserer Arbeit in Ecuador. Uns warfen sich folgende Fragen auf:

- Was können wir zwei Studenten allein in nur 5 Monaten schon bewirken?
- Wir sind weder ausgebildete Therapeuten, geschweige denn Mediziner, wie und wo setzen wir richtig an?
- Wie sollen wir Eltern und Lehrern begreiflich machen, dass sich erst ihre Attitüde gegenüber den „ninos especiales“ (spezielle Kinder) ändern sollte, bevor sich deren Lebenssituation grundlegend verbessert?
- Wie bekommen wir alles schon Begonnene unter einen Hut?

Trotz alledem war dieses Treffen der Anfang von kontinuierlicher Arbeit in diesem Teil von Playas. Wir erfuhren, dass es 15 Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen im weitesten Sinne geben soll. In den weiteren

Treffen und Hausbesuchen in Data sammelten wir jedoch weitaus mehr Daten von dort lebenden Personen.

Das war nicht anders zu erwarten, da nach WHO-Studien „...der Anteil von Menschen mit Beeinträchtigungen an der Gesamtbevölkerung in Ländern der Dritten Welt zwischen 15 und 20% beträgt. Der Anteil ist damit um fünf bis zehn Prozent höher als in den Industriestaaten.“ (Albrecht, 1995, S.38)

In Data war die Ausgangssituation weitaus schwieriger. Keine der hier lebenden „ninos especiales“ besuchten das Rehabilitationszentrum, auch in der Gemeinde gab es wenig bzw. gar keine Aufklärung über diese seit einem Jahr bestehende Institution.

Des Weiteren versuchten wir eine Schnittstelle zwischen den 2 Tätigkeitsfeldern darzustellen und nach Einzelgesprächen mit möglichst beiden Elternteilen die Notwendigkeit eines Besuchs im Rehabilitationszentrum zu erklären. Schon aufgrund der finanziellen Situation vieler Eltern war das nicht immer einfach.

Zu unserem Glück wurden wir kaum abgewiesen und fanden bei vielen Familien ein offenes Ohr.

6. Elemente heilpädagogischen Handelns und die Datenaufnahme im Gemeinwesen

6.1 Diagnostische Verfahren

Der Diagnostiker ist in die Diagnose einbezogen, da er als solcher die „Existenzdefinition“ (vgl. Kobi 1996, S.24) mitzuverantworten hat.

Diesen Sachverhalt hielten wir uns oftmals kritisch vor Augen, da wir uns als Studenten noch nicht als fachkundige Gutachter sahen und aus diesem Grund niemals eine einwandfreie, fachkundliche Diagnose zu stellen vermochten.

Nach E. Kobi sind die Elemente heilpädagogischer Diagnostik folgende:

- Anamnese(Vorgeschichte)
- Beobachtung

- Prüfung(Tests)
- Exploration (Befragung) der KlientInnen und Drittpersonen

Nach der Zielformulierung und der Therapie folgen regelmäßige Kontrollen und die Katamnese(Nachgeschichte), welche die erfolgten therapeutischen Maßnahmen auf Wirksamkeit und die Diagnose auf ihre Richtigkeit überprüfen sollen (vgl. dazu Kobi, 1996, S.22).

Diese Elemente konnten im Rahmen unserer diagnostischen Maßnahmen nicht zu hundert Prozent und einwandfrei durchgeführt werden.

Das lag zum einen an mangelnder Erfahrung meinerseits und uns fehlender Literatur für die gesonderte Situation in Lateinamerika andererseits. Außerdem ließ eine Vielzahl der zu begutachteten KlientInnen eine ausführliche und einwandfreie Diagnostik schon aus zeitlichen Gründen nicht zu. Vielmehr sollte sie dazu dienen, uns einen ersten Überblick über die Kinder und deren soziale Problemlage und Handicaps zu liefern. Darüber hinaus sollte sie uns dazu dienen, eine adäquate Beratung nach dem Evaluieren der Situation zu ermöglichen.

6.2 Vorgehensweise (siehe auch Anhänge 2, 3 und 4)

Unsere Kontaktaufnahme zu den Klienten fand in Form von Hausbesuchen statt. Diese wurden von uns zu Beginn gemeinsam mit Unterstützung zweier engagierter und ortskundiger Frauen durchgeführt. Später teilten wir die Arbeit auf, nachdem wir diese routinierter beherrschten.

6.2.1 Anamnese

Der von uns verwendete Anamnesebogen wurde von David Werner im Kapitel „Examining and Evaluating the Disabled Child“ veröffentlicht (vgl. Werner, 1988, S.37; weiter Anhang 1) und half uns sehr in der Praxis. Mit dem Wissen aus dem Seminar „Diagnostik 1“, welches ich im 3 Semester verfolgte, hätte auch die Möglichkeit bestanden, einen eigenen Bogen zu

erstellen, welcher direkt auf die rurale Situation bzw. die Bedürfnisse der KlientInnen zugeschnitten ist. Ich denke aber, das Werners Modell für einen ersten Schritt der Evaluation/ Diagnostik völlig ausreichend ist.

Aufgrund des Alters und der intellektuellen Fähigkeiten der KlientInnen wählten wir die „Fremdanamnese“ (Bundschuh, 2005, S.127), welche in diesem Fall mit den Eltern der Kinder durchgeführt wurde.

Sie beinhaltet Fragen zur Biografie, z. B. vorgeburtliche Phase, Geburtsverlauf, Krankheiten, evtl. Bildungsweg und Therapien etc.) . Wir erkundigten uns weiterhin nach Erbkrankheiten, sozialer Situation der Familie, Besonderheiten, entwicklungspsychologischen Faktoren, Wünschen, Fähigkeiten, evtl. vorhandenen Gutachten und Impfungen (vgl. auch Bundschuh, 2005, S.127).

6.2.2 Exploration und Beobachtung

Die Hausbesuche dauerten je nach Falllage ca. eine Stunde. Unserer Anamnese schloss sich die Exploration an. Bei dieser teilten wir uns auf und versuchten möglichst unabhängig mit den Eltern und Kindern/ Jugendlichen zu sprechen. Dies diente zu einer differenzierten Sichtweise in der Bewertung der Situation. Dabei beobachteten wir auch das Verhalten der Kinder/ Jugendlichen, um uns ein Bild vom Ist- Zustand der Person und der Familiensituation zu machen.

6.2.3 Tests

Als „heilpädagogisch relevante diagnostische Verfahren“ (Köhn, 2003, S.364) kommen in Frage:

- Leistungstests (Intelligenztests, Entwicklungstests, Funktionstests)
- Psychometrische Tests (klinische Tests, Tests zum Erkennen der Persönlichkeitsstruktur)
- Persönlichkeits-Entfaltungsverfahren (Bild-, Worttests, gestalterische Tests)

Die von uns teilweise angewandten Tests waren im Vergleich zu vorgefertigten, normabhängigen Testverfahren (Frostigtest, PET, HAWIK etc.) eher einfacher Natur. Sie sollten in diesem Rahmen Erfahrenes überprüfen und uns Aufschluss über Fähigkeiten oder Einschränkungen der KlientInnen geben.

„Die Problematik der Verwendung von Tests im Rahmen sonderpädagogischer und heilpädagogischer Fragestellungen wurde allerdings vor allem im wissenschaftlichen Bereich bereits seit Mitte der 70er Jahre häufig in Form von Kritik und Ablehnung behandelt.“ (Bundschuh, 2005, S.62)

Gerade in der Gemeinwesenarbeit bin ich der Meinung, dass uns standardisierte Testverfahren in diesem Zeitraum nicht weitergebracht hätten. Vielmehr konnten wir wieder auf die Literatur von David Werner zurückgreifen, in der einfache und zweckmäßige Prüfungsverfahren für körperliche und geistige Beeinträchtigungen vorliegen (vgl. Werner, 1988, S.21 ff.). Er zeigt mit einfachen Möglichkeiten auf, wie man körperliche Beeinträchtigungen (z.B. Kontrakturen, Spastiken, Fehlstellungen, Muskeldystrophien etc.) bzw. intellektuelle Einschränkungen und Wahrnehmungsstörungen vor Ort überprüfen kann.

Als Kritikpunkt muss ich anbringen, dass in Werners „Disabled Village Children“ (1988) die Belange von Personen mit geistigen Beeinträchtigungen auf nur wenigen Seiten abgehandelt werden und dieser Personenkreis etwas außen vor bleibt. Das bezieht sich aber nicht nur auf den Testbereich sondern auf das Buch im Allgemeinen.

Wir wendeten nicht grundsätzlich Tests an. Oft halfen sie uns jedoch, die Angaben der Eltern zu überprüfen bzw. zu widerlegen.

6.3 Die heilpädagogische Familienberatung

Das Ziel der Hausbesuche war eine Beratung der Eltern mit dem Hintergrund, auf die derzeitige Lebenssituation der KlientInnen positiv

Einfluss zu nehmen und eine Integration in das Gemeinwesen und evtl. in das Rehabilitationszentrum voranzutreiben.

Beratung ist einer der drei heilpädagogischen Strukturelemente und schließt sich der Befunderhebung und Begleitung an (vgl. Köhn, 2003, S.89).

Sie „... wird verstanden als interdisziplinäre Hilfe zur Orientierung in Krisenzeiten, soweit es die erschwerten Bedingungen zulassen. Sie dient vorrangig der Erziehungsberatung von Eltern ...behinderter Kinder und Jugendlicher ...“ (Köhn, 2003, S.89).

Da ich allein vom zeitlichen Umfang meines Playasaufenthaltes nicht die Möglichkeit hatte, eine sinnvolle Therapiegestaltung in Erwägung zu ziehen, legten wir Wert auf die Entsendung der KlientInnen ins „Centro de Rehabilitación“. Alexanders Aufenthalt war um einiges kürzer und eine therapeutische Tätigkeit von seiner Seite her auch nicht vorgesehen.

Durch unsere guten Beziehungen zum „Centro“ war es uns auch möglich, den Eltern bei finanzieller Notlage die Kosten für die Erstkonsultation zu ersparen. Weiterhin boten wir immer unsere Begleitung an und organisierten die Termine.

Nachdem wir uns unter Zuhilfenahme unserer Literatur ein erstes Bild über die Situation gemacht hatten und im Rahmen von Teambesprechungen die Anamnesebögen auswerteten, kehrten wir meist mit Informationsmaterial zu den jeweiligen Problematiken zur Familie zurück. Wir erläuterten den Eltern und KlientInnen (soweit das möglich war) Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebenssituation. Oft halfen wir den Familien beim Reparieren oder beim Erwerb von Hilfsmitteln (z.B. Rollstühlen, Rollatoren, Schuhen, Medikamenten, speziellem Besteck, Lehrmaterialien etc.). Wir informierten sie über die Unterstützung von INNFA bei der Beschaffung von Hörgeräten und über die Möglichkeit des Gratistransportes nach Guayaquil.

Außerdem erkundigten wir uns über die Bereitschaft der Eltern, an Seminaren oder regelmäßigen Treffen teilzunehmen, da eine Änderung in der Einstellung der Eltern als erstes notwendig ist, um ihren Kindern in irgendeiner Form zu helfen. Trotz unserer Verbindung ins „Centro“ wussten

wir, das dieses nicht das einzige Standbein beim Aufbau einer gemeindenahen Rehabilitation sein darf. Zu oft ändern sich die politischen Bedingungen, zu oft erlebten wir schnelle Einbrüche und Aufschwünge dieses städtischen Projektes.

7. Community based Rehabilitation- Rehabilitation in der Gemeinde

Oft erwähnte ich schon David Werner, der das theoretische Modell von „Community based Rehabilitation“ (CBR) praxisnah in seinen Büchern darstellt. Seine Bücher am Beispiel des „Vorzeigeprojektes“ in Projimo/Mexico (vgl. Werner, 1988, S.A-3) stellen die Grundlage unserer Arbeit im Gemeinwesen dar. Selbst Mitarbeiter des Rehabilitationszentrums und der Gemeinde baten uns um Kopien seiner Abhandlungen. Trotz relativ einfacher Ausführungen stellen diese Bücher auch für Spezialisten eine Bereicherung der gemeinwesenorientierten Rehabilitationsarbeit dar.

Das CBR- Konzept wurde in seinen Grundzügen in den 70er Jahren von Einar Helander für die WHO entwickelt und in seinem Manual „Training in the Community for People with Dissabilities“ 1989 schriftlich dargelegt (vgl. auch Albrecht, 1999, <http://www.hs-zigr.de>, 2.10.05). Dieses ist in verschiedene Bereiche gegliedert und ermöglicht es durch seine Hefterform, Informationen an die verschiedenen Adressaten herauszugeben. Helander definiert CBR folgendermaßen

Community- Based Rehabilitation ist eine Strategie zur Verbesserung der Hilfen für behinderte Menschen, die die Chancengleichheit für sie verbessert und ihre Menschenrechte fördert und schützt. Die Voraussetzung für CBR sei die volle und koordinierte Beteiligung aller Ebenen der Gesellschaft, von der lokalen Gemeinschaft bis zur nationalen Politik. CBR versuche die Integration der Interventionen aller wichtigen Sektoren – Erziehung und Bildung, Gesundheit, Gesetzgebung, Soziales und Arbeit – und habe die volle Repräsentation und das Empowerment behinderter Menschen zum Ziel. Ihr Bestreben sei es, Veränderungen

hervorzubringen und ein System zu entwickeln, das alle bedürftigen Menschen erreichen kann, sowie die Regierungen und die Öffentlichkeit zu informieren und einzubeziehen, indem in jedem Land nur solche Ressourcen eingesetzt werden, die realistisch und erhaltbar sind. (HELANDER,1993, CBR News 13)

Für unsere Arbeit bedeutete CBR ganz einfach, ohne Spezialisten im weitesten Sinne die vorhandenen Ressourcen bestmöglich zu bündeln und das Rehabilitationszentrum als solches in die Arbeit einzubeziehen. Ziel ist die Inklusion der benachteiligten bzw. gehandicapten Personen in das Gemeinwesen.

Dazu möchte ich noch die Definition des Begriffes „Inklusion“ einfügen, da dieser Begriff teilweise die Bezeichnung Integration abgelöst hat:

Inklusion bedeutet (...) so viel wie Einschluss, Einbeschlossenheit, Dazugehörigkeit.(...) In der Pädagogik meint Inklusion, dass alle Kinder trotz ihrer Verschiedenheit, unterschiedlicher sozialer, regionaler, nationaler, religiöser und kultureller Herkunft, unterschiedlicher Fähigkeiten und Beeinträchtigungen gleichermaßen in den gemeinsamen pädagogischen Prozess eingeschlossen sind. Inklusiver Unterricht bedeutet, Entwicklung didaktischer Konzepte für heterogene Gruppierungen, bei denen eine generelle Dazugehörigkeit aller Kinder ohne Absonderung für den gemeinsamen Unterricht konzipiert ist (<http://de.wikipedia.org>, 3.10.05)

Die vom WHO- Manual (vgl. Helander, 1989) vorgesehene Ausbildung von Personen zum „Socialworker“ war uns unter diesen Umständen nicht möglich. Vielmehr suchten wir Personen mit einem sozialen Interesse, welches über die Versorgung der eigenen Familie hinausragt.

Gerade unsere Arbeit in Data de Villamil (s.a. 5.2) war vom CBR- Konzept geprägt. In unseren wöchentlichen Veranstaltungen versuchten wir so viel wie möglich Informationen über Sinn und Zweck dieses Konzeptes zu vermitteln. Es wurde auf unser Bestreben hin ein „Comité de

Rehabilitación“ gegründet, welchem die Eltern von ungefähr 20 Personen angehörten. Leider war es nicht möglich, den Personenkreis zu konsequenter Zusammenarbeit zusammenwachsen zu lassen. Das Vertrauen in die eigenen Kräfte war nicht ausgeprägt genug, zu sehr wird sich auf Hilfe von außen verlassen. Da diese aber faktisch nicht existierte, sehe ich CBR als die einzige Möglichkeit an, positiv zu intervenieren. An zwei Beispielen möchte ich die Praxis und die Möglichkeiten in Data näher erörtern (siehe Anhang 2 und 3).

Hilfreich bei der Umsetzung unserer Ideen waren uns einige Frauen der 2 INNFA- Komitees und zum Informationsgewinn Vertreter des „Plan International“. Diese engagierten Frauen gaben uns Auskunft über die vermutete Anzahl und Adressen der gehandicapten Personen in den jeweiligen Stadtvierteln. Unsere Anfrage, die Personen nach unserer Abreise weiter zu betreuen und evtl. die Datensammlungen fortzusetzen, wurde aber verneint.

8. Unsere Datensammlung

Unsere Datensammlung umfasst die Anamnesebögen von 45 Personen, die im weitesten Sinne behindert bzw. benachteiligt sind. Dabei machten wir bei dieser ersten Datenaufnahme keine Abstriche das Alter bzw. die Benachteiligung betreffend. Durch die Informationen über ein gut evaluiertes und auch durchgesetztes Projekt aus Juigalpa/ Nicaragua erfuhren wir zwar, wie wichtig dementsprechende Einschränkungen betreffs dieser Fakten sind (vgl. Dellemann, 2003, S.14). Wir wollten aber im Rahmen dieser Erstaufnahme niemanden benachteiligen oder von vornherein ausschließen. Dies macht in meinen Augen erst dann Sinn, wenn man Kenntnisse über die Weiterführung des Projektes sowie enger gefasste Zielstellungen hat.

Ziel war es, wie schon erwähnt, die Integration dieser Personen ins „Centro de Rehabilitación“. Des Weiteren wollten wir für andere Personen, welche sich in Playas engagieren möchten, etwas Nachhaltiges hinterlassen.

Neben diesen Anamnesebögen (Anhang 1) existiert außerdem eine Karte von Data de Villamil, welche die Häuser unserer Klienten kennzeichnet und Vermerke über Krankheitsbilder und Namen beinhaltet. Diese Daten werden von zuverlässigen Personen in Playas aufbewahrt und bei Bedarf an nachfolgende Studenten/ Fachkräfte weitergegeben. Dies würde die Arbeit in jedem Fall erleichtern und die „Anlaufschwierigkeiten“ würden sich dementsprechend wahrscheinlich in Grenzen halten

Wir legten den Beauftragten die jeweiligen Zusammenhänge ans Herz, in geregelten Abständen die Daten zu überprüfen und Veränderungen im Rehabilitations- bzw. Krankheitsverlauf in den Aufzeichnungen zu vermerken.

Zu Beginn versuchten wir, die Fragebögen den Eltern mit nach Hause zu geben, aber es blieb bei diesem Versuch. Zu viele Fragen blieben auf diese Weise ungeklärt. Außerdem konnten wir auf dem Wege der gemeinsamen Zusammenstellung die Elemente Beobachtung und Exploration mit einfließen lassen.

Im Rahmen der Vorbereitung für unser geplantes Seminar mit der NGO (Nicht-Regierungs-Organisation) FASINARM erarbeiteten wir in Zusammenarbeit mit Gloria Yagual einen weiteren Fragebogen (siehe Anhang 5) mit 8 Fragen. Dieser wurde an die Eltern ausgegeben und sollte uns Bereitschaft zur Teilnahme an diesem Seminar/ Workshop signalisieren.

9. Playas im Wandel?

Während zu Beginn unserer Tätigkeit viele Fragen offen standen und wir uns unserer Wirkung auf die Menschen vor Ort nicht sicher waren, klärten sich die Verhältnisse nach einiger Zeit auf. Wir bekamen langsam das Gefühl, in den Köpfen etwas zu bewirken und die Gemeinwesenarbeit in Playas nahm langsam Gestalt an.

9.1. Veränderungen im „Centro“

Während sich im ersten Monat ein gewisser Trott in unserer Arbeit im „Centro“ einschlich, veränderte sich Mitte April sichtlich einiges. Mit Trott meine ich die nicht absehbaren Fortschritte und fehlende Konsequenz in der Behandlung/ Therapie der KlientInnen. Hauptgrund für die Frustration unter den Mitarbeitern waren fehlende Arbeitsverträge. Zwar wurde der Lohn gezahlt, aber es gab keine Sicherheiten für die Mitarbeiter. Der Therapeut machte schon länger einen recht unmotivierten Eindruck und es war nur noch eine Frage der Zeit bis er überhaupt nicht mehr erscheinen würde. Ich fand seine Therapievorstellungen, wie schon in Kapitel 4.5 erwähnt, sowieso recht fraglich. Nach seinem Ausbleiben wurde ich gefragt, ob ich die kompletten Sitzungen bzw. Therapien nicht allein betreuen möchte. Das war mir aber aufgrund mangelnder Erfahrung, Sprachproblemen und dem Hauptaugenmerk auf der Gemeinwesenarbeit nicht möglich.

Nach dem Ausbleiben des Therapeuten fielen alle Behandlungen im Rahmen der Frühförderung/ Physiotherapie und Beschäftigungstherapie von einem Tag auf den anderen weg. Die ziemlich vor den Kopf gestoßenen Eltern kamen aus diesem Grund vorerst nicht mehr mit Ihren Kindern ins „Centro“.

In den folgenden Wochen stellte die Stadt aber den ersten Sozialarbeiter in Playas ein. Dieser war Psychologiestudent und er half uns vorher schon bei einigen Übersetzungsarbeiten. Neben diesem überraschenden schritt engagierte die Stadtverwaltung auch einen sehr fähigen „Medica fisiatra“, welcher den Posten des völlig überlasteten Dr. Garcia als Leiter der Einrichtung übernahm. Neben den Arztkonsultationen arbeitete er außerdem auch im physiotherapeutischen Bereich und leitete die Beschäftigungstherapien. Dr. Aguirre stellte eine weitere Assistentin ein, die sich nach seiner Anleitung mit den KlientInnen intensiv beschäftigt. Bei ihm konnte ich die Grundlagen der Bobath- Therapie besser erlernen und er war sehr kooperativ und dankbar für die Entsendung neuer KlientInnen.

Er sah es außerdem als sehr wichtig an, die Eltern bei der Therapie beiwohnen zu lassen und regte eine Weiterführung der Therapien zu Hause an. Sein Engagement änderte die Arbeit im „Centro“ grundlegend und es machte sofort einen professionelleren Eindruck als zuvor. Durch seine vorangegangene Tätigkeit im „Centro de Rehabilitación Sur“ in Guayaquil wusste er auch über die Grundlagen von CBR bescheid und erkannte den Nutzen unserer Tätigkeit.

Leider schied die Logopädin aus persönlichen Gründen aus dem Dienst aus und hinterließ damit ein weiteres Loch bei der konsequenten Therapiedurchführung.

Die Zusammenarbeit mit dem „Municipio“ verbesserte sich nicht nur durch die Einstellung des Sozialarbeiters Marcos Preciado, sondern entwickelte sich auf ganzer Linie positiv. Immer öfter wurden wir nach unserer Meinung gefragt und wurden zu „Citas“ (Treffen) eingeladen. Ende Mai informierten wir alle Institutionen, mit denen wir zu tun hatten, mit einem Bericht über unsere Aktivitäten und der derzeitigen Situation in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen (siehe Anhang 7). Es mag sein, dass ein solcher Bericht in einer Fremdsprache wohl etwas „holprig“ und sehr direkt erscheint. Er half aber die Vernetzung zwischen den Institutionen voranzutreiben und dem „Municipio“ die Notwendigkeit eines gut funktionierenden Rehabilitationszentrums in Verbindung mit der Basisarbeit im Gemeinwesen verständlich zu machen.

9.2 Seminare zur Thematik „Inklusion“

Nach unserem ersten Besuch in der Bibliothek der NGO Fasinarm kam uns während einem Gespräch mit Fresia de Cadena die Idee zur Organisation eines Seminars für Eltern und Lehrer von Playas. Wir waren der Meinung, dass eine erfahrene Organisation unsere Ausführungen über die Notwendigkeit der Inklusion behinderter Menschen verstärken kann und darüber hinaus ihre ersten Daten in dieser Region Ecuadors sammeln könnte. Nach ersten schriftlichen Anfragen unsererseits (Siehe auch Anhang

6 und 8) bei der Stadtverwaltung und der NGO kam es zu keinem positiven Feedback. Die geplanten Workshops nach unseren Vorstellungen hätten ca. 900 \$ gekostet, was für lateinamerikanische Vorstellung nicht gerade preiswert erscheint. Nach mehreren Gesprächen mit der Stadt, im „Centro“, Verantwortlichen und Interessierten kam es letztendlich durch finanzielle Unterstützung der „Cristoffel Blindenmission“ (CBM) zu einem positiven Ergebnis.

Das Seminar wurde in zwei Teile gegliedert und im ersten Teil wurden folgende Thematiken behandelt:

- grundsätzliche Begriffserklärungen (Behinderung- Beeinträchtigung- Rehabilitation etc.)
- Informationen über CBR
- Einstellung der Eltern
- Prä-, peri-, postnatale Gründe für den Eintritt von Behinderungen

Die Thematiken wurden von Alexander und mir besprochen und unter Rücksprache mit Gloria Yagual und Frau Dellemann festgelegt. Der erste Teil fand Ende Juni im Gemeindesaal der Stadtverwaltung statt und wurde von 45 vorher explizit von uns ausgewählten Eltern, Lehrern, Mitarbeitern des „Centros“ und Freiwilligen von INNFA/ Plan International besucht. Geleitet wurde dieser Workshop von Prof. Astrid Dellemann, welche nach vieljähriger Tätigkeit im schon erwähnten Gemeinwesenprojekt in Nicaragua seit einem Jahr für Fasinarm in Guayaquil tätig ist.

Neben den von der CBM übernommenen Kosten wurde der Rest (Materialien, Verpflegung, Unterkunft, Transport, Einladungen etc.) von der Stadtverwaltung getragen. Dies verdeutlicht meines Erachtens zusätzlich den positiven Verlauf unserer Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen der Stadt.

Die Thematiken für den zweiten Teil wurden mit den Teilnehmern abgesprochen und festgelegt. Neben den verschiedenen Behinderungsarten und deren Konsequenzen wünschten die Teilnehmer Einblicke in die Entwicklungspsychologie und den daraus resultierenden Defiziten beim behinderten Kind.

Nach Ausführungen von G. Yagual war die Durchführung dieses Seminars schon seit Jahren der Wunsch des INNFA- Rehabilitationskomitees von St. Marta. Wir sind sehr froh, bei der Organisation von diesem eine wesentliche Rolle gespielt zu haben.

Im Grunde stellte dieser Workshop die Grundlage für eine Weiterführung unserer Arbeit in Playas dar. Zum ersten Mal saßen verschiedene Institutionen und Verantwortliche mit Betroffenen an einem Tisch und versuchten Lösungsstrategien für die Rehabilitationsarbeit zu eruiieren.

9.3. Die Theorie von Reuven Feuerstein (1921-)

Im Rahmen der Erläuterungen zur Einstellung der Eltern stieß ich während meiner Teilnahme am Workshop auf die Theorien des israelischen Pädagogen Reuven Feuerstein. Dieser kritisierte nach Studien über jüdische nordafrikanische Einwanderer im Hinblick auf ihre Beschulung in Israel die Methoden der Intelligenzmessung.

Er sah die intellektuellen Defizite der Menschen durch das Fehlen der vermittelten Lernerfahrung und kulturhistorischen Defizite begründet. Die kognitive Entwicklung eines Kindes beruht laut Feuerstein auf direkter Mensch– Umwelt– Interaktion sowie auf direkter Reizwahrnehmung. Die sprachlich- soziale Vermittlung spielt in seiner Theorie eine ähnlich große Rolle wie beim russischen Psychologen Lev Wygotski. Er entwickelte aufgrund der Fehlinterpretation traditioneller Intelligenzmessungen neue Tests, die Veränderungsmöglichkeiten und Lernfähigkeit mit einbeziehen.

(vgl. dazu Beyer H. 1992, S.12-18)

Damit versucht Feuerstein „einen neuen Gesichtspunkt im Kontext des Intelligenztestparadigmas zu entwickeln.“ (Beyer, H. 1992, S.19)

Dies steht zwar nicht im unmittelbaren Zusammenhang zu den Verhaltensweisen der Menschen in Playas, auf diese Erkenntnisse hin entwickelte Feuerstein aber die Begriffsbezeichnungen „passive Akzeptanz“ und „aktive Modifikation“. (vgl. Beyer, H.1992, S.26)

Am zweiten Tag des Seminars in Playas boten diese Begriffserklärungen den Grundstein für die Gruppenarbeit. Die kognitive Veränderbarkeit des Menschen wurde den Teilnehmern an praktischen Bildungs- und Erziehungsbeispielen erläutert, welche sie den beiden genannten Begriffen zuordnen mussten.

10. Schlussbemerkungen

Um die Lebenssituation und den Umgang der Menschen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen zu verstehen, muss man sich mit dem Begriff Armut und den Ursachen für Behinderungen in einem Dritte-Welt-Land wie Ecuador auseinandersetzen. Ich wurde wie nie zuvor mit der Situation von in absoluter Armut lebenden Menschen konfrontiert und wage nun behaupten zu können, was es für Menschen in diesem Land bedeutet, zu überleben.

Laut dem Vorsitzenden der Weltbank Robert McNamara ist Armut folgendermaßen definiert:

"Armut auf absolutem Niveau [...] ist Leben am äußersten Rand der Existenz. Die absolut Armen sind Menschen, die unter schlimmen Entbehrungen und in einem Zustand von Verwahrlosung und Entwürdigung ums Überleben kämpfen, der unsere durch intellektuelle Phantasie und privilegierte Verhältnisse geprägte Vorstellungskraft übersteigt." (<http://de.wikipedia.org>)

Ich finde diese Definition aus der Sicht von in Industrienationen lebenden Menschen mit überhöhten Lebensstandards her sehr bezeichnend. Im Grunde ist die Definition aber gerade von dieser Institution ein Hohn, weiß man über die Ursachen von Armut, Ausbeutung und deren Financiers ein wenig Bescheid.

Ob man Armut und Reichtum auch nur an Besitz und Zahlkraft messen sollte, sei auch dahingestellt.

Absolute Armut wird gemessen an der Verfügbarkeit der jeweiligen Währung pro Person und Tag. Speziell für die Situation in Lateinamerika würde, in Zahlen ausgedrückt, eine Person mit 2 Dollar pro Tag auskommen müssen. (UNDP 1997, <http://de.wikipedia.org>)

Als Ursachen werden u. a. Kriege, Korruption, politisches Versagen, Überschuldung, Epidemien, Naturkatastrophen technischer Rückstand, fehlende Bildung, zu schnelles Bevölkerungswachstum und die extrem patriarchalisch geprägte Gesellschaft genannt. (UNDP, 1997, <http://de.wikipedia.org>).

Über die Auswirkungen der Globalisierung, der ehemaligen Kolonisierung und deren Folgen, Ausbeutung und Raubbau an der Natur durch multinationale Konzerne wird in diesem Zusammenhang kein Wort verloren. Dieser politische Diskurs kann aber nicht im Rahmen dieser Belegarbeit weitergeführt werden.

Wenn man die Situation explizit in Ecuador betrachtet, sind 90% der Beeinträchtigungen exogenen Ursprungs. Als Gründe sind Mangelernährung, fehlende Hygiene, schlechte oder fehlende medizinische Versorgung verseuchtes Wasser und Bildungsdefizite zu sehen. (vgl. dazu Albrecht, 1999, <http://www.hs-zigr.de/~albrecht>)

Auf gerade letzten Grund in positiver Weise einzuwirken, sah ich auch als eine der Hauptaufgaben unseres Projektes in Playas. Erreicht werden sollte ein besseres Verständnis zu Fragen der Inklusion von benachteiligten Menschen durch die regelmäßigen Informationsveranstaltungen und die Seminare mit Fasinarm zum Ende meines Aufenthaltes.

Oft fragten wir uns, warum keine konsequente Mitarbeit der Eltern und Lehrer zu bemerken war. Religiöse, kulturelle und ökonomische Faktoren spielen dabei sicher eine große Rolle. Die Erklärung der Menschen vor Ort war oft die Gleiche: „Wir an der Küste sind halt einfach bequemer als andere“ war oft die Antwort. Fehlende Bildungsmöglichkeiten und kulturelle Benachteiligung sehe ich als Grund für die intellektuellen Defizite

vieler Menschen in einem Dritte- Welt- Land wie Ecuador. Damit möchte ich nochmals auf R. Feuerstein verweisen (vgl. auch 9.3). Seine Begriffsprägungen der aktiven Modifikation und der passiven Akzeptanz halfen mir außerordentlich dabei, den Menschen die Notwendigkeit der Einflussnahme auf den Zustand ihrer beeinträchtigten Kinder zu erklären.

In diesem Zusammenhang muss ich auch nochmals auf die große Hilfe von Prof. Delleman verweisen. Sie öffnete uns beim ersten Treffen erst einmal die Augen und konnte mit ihrer langjährigen pädagogischen Erfahrung in Lateinamerika viel Wissen vermitteln. Ich würde es als einen der vielen glücklichen Umstände während unseres Projektes bezeichnen, sie kennen gelernt zu haben. Ihre Schriften über das Gemeinwesenprojekt in Juigalpa/ Nicaragua zeigten uns, wie wichtig eine gute Evaluation und Diagnostik im Vorfeld ist.

Kurz möchte ich noch auf die Zukunft eingehen. Ich habe im Rahmen meines Hauptstudiums die Möglichkeit, mich weiter mit der Problematik zu beschäftigen. Das bedeutet Kontakte halten, weitere Studenten für das Projekt zu gewinnen, Financiers finden und Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben. Ziel ist längerfristig einen festen Förderkreis zu gründen, welcher materielle sowie personelle Unterstützung leistet. Die Stadtverwaltung von Playas signalisierte mir vor meiner Abreise, an einer weiteren Unterstützung interessiert zu sein und auch die Studenten unterstützen zu wollen. Dies könnte beispielsweise eine gratis gestellte Unterkunft sein.

Ich würde das Projekt in seiner Pilotfunktion als erfolgreich werten. Leider ist es mir in diesem Rahmen hier nicht gelungen, die gesammelten Daten und Anamnesebögen adäquat auszuwerten. Trotzdem helfen diese den künftigen Helfern von Playas sicherlich bei ihrer Arbeit.

Mir half das Praktikum, im Studium erfahrene Theorien in die Praxis umzusetzen und die Ganzheitlichkeit in der pädagogischen Arbeit verstanden zu haben. Ich hätte mir vielleicht noch gewünscht, mehr zur praktischen Arbeit mit dem Bobath- Konzept und cerebralaparetischen Kindern im Allgemeinen zu erlernen.

Im meinem 2. Praxissemester möchte ich mit MigrantInnen in Deutschland arbeiten, da ich denke, das diese viel zu wenig Unterstützung in pädagogisch/ sozialen Fragen bekommen. Vielleicht half mir die Zeit in Ecuador dabei, die Differenzen und Sichtweisen der in anderen Kulturkreisen groß gewordenen Menschen zu verstehen.

Ich möchte abschließend den Menschen in Playas für ihre Kooperation und die uns gegebenen Möglichkeiten der Projektgestaltung danken. Ohne sie wäre eine sinnvolle Arbeit nicht möglich gewesen.