

**Sozialpädagogische Intervention in der Betreuung von AIDS-Waisen in einem  
Land der sog. „Dritten Welt“**

Schwerpunkt:

Pädagogisch-therapeutische Arbeit mit AIDS-Waisen

Eine empirische Studie am Beispiel der Einrichtung HUMULIZA in Tansania

Schriftliche Hausarbeit im Rahmen der Ersten Staatsprüfung für das Lehramt für  
Sonderpädagogik, dem Staatlichen Prüfungsamt für Erste Staatsprüfungen für  
Lehrämter an Schulen in Köln vorgelegt von:

Daniela Paul

Köln, den 12.04.2001

Prof. Dr. Hansjosef Buchkremer

An der Universität zu Köln

Heilpädagogische Fakultät

**Inhalt:**

Vorwort .....	3
1 Methodisches Vorgehen .....	10
2 Die Stellung der Verfasserin.....	13
<b>III Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zum Verständnis der Arbeit.....</b>	<b>15</b>
1 Begriffliche Grundlagen.....	15
1.1 HIV / AIDS (Daniela Paul) .....	15
<b>1.3 Entwicklungsland</b> (Nina Hapke) .....	<b>19</b>
<b>1.4 Dritte Welt</b> (Nina Hapke).....	<b>20</b>
<b>1.5 Nachhaltige Entwicklung</b> .....	<b>21</b>
Kagera .....	31
Die zu beobachtenden Auswirkungen sind sehr vielschichtig und führen dazu, dass man innerhalb einer Familie die Folgen, dass eine Person HIV-infiziert, AIDS-krank oder an AIDS gestorben ist, aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten muss, wie z.B. die der Großeltern, der Frauen, der Kindern und der Männer. Bedingt durch die oft besonders schwierige Situation der Frauen und Kinder, wird diese in den nächsten Punkten ausführlicher behandelt. ....	34
1.1 „Mental Health“ Konzept .....	55
Dies geschieht u.a. dadurch, dass die Eltern: .....	58
- das Kind bestätigen .....	58
Ziele.....	65
<b>Tabellen</b> .....	<b>114</b>
Abb. 1 : Zielgruppen und Arbeitsfelder von HUMULIZA .....	114
II geistige Ressourcen, III soziale Fähigkeiten.....	114
Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Hamburg e.V. (1998): HIV- betroffene Kinder im Kindergarten, Informationen für MitarbeiterInnen; Hamburg .....	117
UNICEF TANZANIA; National course on psychosocial support for orphaned children, Tanesco Training Institute Morogoro 6 <sup>th</sup> - 25 <sup>th</sup> September 1999, Report of the course, September 1999.....	122
<b>Sonstige Quellen</b> .....	<b>122</b>

## **Vorwort**

Mein langjähriges Interesse an fremden Ländern und Kulturen, aber auch meine Vorerfahrungen, die ich in mehrmonatigen Auslandsaufenthalten (Burkina Faso West-Afrika, Indien) sammeln konnte, waren der Anstoß für meinen dreimonatigen Aufenthalt (Anfang Juni bis Anfang September 2000) in Tansania.

Die Grundidee zu dieser Arbeit entstand während des Seminars „Sozialpädagogik im interkulturellen Kontext am Beispiel ausgewählter Projekte in Ostafrika“ an der Universität zu Köln, einer zweisemestrigen Vorbereitung auf den Aufenthalt in Tansania.

Zusammen mit Nina Hapke, einer Kommilitonin, bekam ich über dieses Seminar einen Praktikumsplatz bei Tumaini Letu, einer Vorschule in Nshamba in der Kagera Region, Tansania.

Durch die intensive Auseinandersetzung mit den Themen des Seminars, aber auch mit Studenten, die vor mir die Einrichtung Tumaini Letu besucht hatten, wurde ich auf die Thematik der AIDS-Waisen und ihre Probleme aufmerksam. In diesem Zusammenhang hörte ich zum ersten Mal von HUMULIZA, einer Organisation, die sich um die psychosoziale Betreuung von AIDS-Waisen kümmert und in dem Ort arbeitet, in dem ich mein Praktikum machen würde.

Durch Kontaktaufnahme mit Dr. K. Madörin, dem Leiter der Organisation HUMULIZA, bekam ich einige Vorinformationen über das Projekt und die Erlaubnis, während meines Aufenthaltes in Nshamba, Tansania, bei HUMULIZA zu hospitieren (parallel zu meinen Praktikum).

Die Examensarbeit habe ich gemeinsam mit Nina Hapke geschrieben. Durch die verschiedenen Zielgruppen mit denen HUMULIZA arbeitet, ergab sich eine Aufteilung der Arbeit entsprechend dieser Gruppen. Nina Hapke beschäftigt sich in ihrer Arbeit mit der Zielgruppe der Erwachsenen (Lehrer, Eltern,...), wohingegen ich über die Zielgruppe der AIDS-Waisen schreibe.

Während der Zeit in Tansania habe ich viele neue Erfahrungen mit dem Land, den Leuten und der Kultur sammeln können. Aber vor allem die Arbeit mit den AIDS-Waisen hat mich zutiefst beeindruckt. In Tansania habe ich gesehen und gehört, was ich vorher nur aus Statistiken kannte. Die hohe Infektionsrate von HIV/AIDS und ihre Folgen verbarg sich hinter Zahlen und Fakten. Diese Zahlen und Fakten sind für mich durch das Erleben und Sehen in Tansania realistisch, menschlich und erfahrbar geworden.

Mit dieser Arbeit möchte ich auf die Situation der AIDS-Waisen aufmerksam machen und zeigen was hinter den Zahlen und Fakten steht. Das sind die Probleme der Kinder und ihrer Familien, aber auch die Stärken und der Mut, den diese Kinder aufbringen, um in ihrem täglichen Leben zurecht zu kommen.

Durch das Verfassen dieser Arbeit konnte ich meine Erlebnisse und Erfahrungen nochmals verarbeiten, reflektieren und die Tätigkeit von HUMULIZA erneut überdenken.

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei Dr. K. Madörin und den Mitarbeitern von HUMULIZA bedanken, die sich trotz ihrer intensiven Arbeit immer wieder Zeit für uns genommen und so für das Entstehen dieser Arbeit erheblich beigetragen haben.

## I Einleitung

Weltweit werden bis zum Jahre 2010 fast 28 Millionen AIDS-Waisen erwartet. Diese Prognose wurde auf der 13. Welt-AIDS-Konferenz (Juli 2000) im südafrikanischen Durban bekanntgegeben. Doch auch zum jetzigen Zeitpunkt sind die Zahlen erschreckend genug! Knapp 16 Millionen Kinder, die meisten von ihnen leben südlich der Sahara, haben mindestens ein Elternteil an die Krankheit AIDS verloren (www.spiegel.de Stand: 05.02.01).

„AIDS ändert die soziale Landschaft in den am schwersten betroffenen Staaten“  
(ebd.).

Wenn die Eltern an AIDS erkranken, verlieren viele Kinder ihre Chance auf Ausbildung, da sie die Schule verlassen und ihre Familie unterstützen müssen. Zusätzlich müssen die Kinder die Kranken pflegen und für die Geschwister sorgen. Da die HIV-Infektion vorwiegend auf sexuellem Weg übertragen wird, müssen sie mit dem Risiko leben, dass beide Elternteile an AIDS erkranken und sterben (vgl. UNICEF 1999, S. 3).

Oft müssen AIDS-Waisen, zusätzlich zu dem Verlust einer Bezugsperson, zusehen, wie Verwandte und Nachbarn sich ihres Erbes bemächtigen. Neben den wirtschaftlichen und sozialen Problemen, denen die AIDS-Waisen ausgesetzt sind, kommen die psychischen Probleme, ausgelöst durch den Verlust und die aktuelle Situation, erschwerend hinzu.

Die Auseinandersetzung mit der Thematik der AIDS-Waisen ist ein in der Entwicklungsarbeit relativ junges Aufgabenfeld. Veröffentlichungen zu dieser Thematik lassen sich nur sehr spärlich finden.

Absicht und Ziel dieser Arbeit ist es, die Situation von AIDS-Waisen in Tansania zu verdeutlichen und am Beispiel der Organisation HUMULIZA mögliche Hilfen für diese Kinder aufzuzeigen. Dabei soll auch auf Probleme bei der Umsetzung der Hilfen, die in dem kulturellen Umfeld entstehen können, eingegangen werden.

Folgende Fragestellungen liegen der Arbeit zugrunde:

- Wie stellt sich die soziale und gesellschaftliche Situation von AIDS-Waisen in ihrem kulturellen Kontext Tansania dar?
- Wie wird mit HIV/AIDS in Tansania umgegangen, und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die betroffenen Familien?
- Welche Form der Hilfestellung nutzt HUMULIZA, um den AIDS-Waisen zu helfen?
- Wo sind die Stärken eines solchen Projektes?
- Welche Kriterien und Problemfelder sollten bei der Umsetzung eines solchen Projektes beachtet werden?

Entsprechend dieser Fragestellungen ist auch die Arbeit aufgebaut und gegliedert.

Unter dem Abschnitt II „Methoden“ werden die Methoden zur Datenerhebung der für die Arbeit relevanten Fakten vorgestellt. Dazu gehören die Darstellung der Untersuchungsstrategie, die verwandten Methoden, aber auch die Beschreibung der besonderen Stellung der Verfasserin in dem kulturellen Umfeld „Tansania“.

Die unter III „Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zum Verständnis der Arbeit“ festgehaltenen Kapitel sollen einen Einstieg in die Thematik bieten. Des weiteren werden hier die soziokulturellen Begebenheiten, HIV/AIDS in Tansania und das Einrichtungsprofil der Organisation HUMULIZA dargestellt.

Dieser Abschnitt (III) wurde in gemeinsamer Arbeit mit Nina Hapke erstellt. Um für den Leser ersichtlich zu machen, wer die einzelnen Texte erarbeitet hat, werden diese mit dem Namen der jeweiligen Verfasserin gekennzeichnet.

In Kapitel III, 1 „Begriffliche Grundlagen“ werden Begriffe, die für das Verständnis der Arbeit von Bedeutung sind, erklärt, sofern sie nicht im Kontext anderer Kapitel veranschaulicht werden.

In Kapitel III, 2 „die soziokulturellen Begebenheiten des Landes Tansania“ werden Aspekte wie Geographie, Bevölkerung, Wirtschaft sowie Sozial- und Gesundheitswesen in Tansania beschrieben. Diese dienen einem besseren Verstehen der Gesamtzusammenhänge und beeinflussen die Situation von von HIV/AIDS betroffenen Menschen.

Mit der Thematik HIV/AIDS in Tansania beschäftigt sich das Kapitel III, 3. Hier sollen zum einen die Faktoren, die die Ausbreitung von HIV/AIDS begünstigen dargestellt und zum anderen auf die Problematik der Prävention eingegangen werden. Denn alleine durch die verschiedenen bestehenden Religionen und Normen, ist die Durchführung einer Prävention schwierig.

Im weiteren Verlauf des Kapitels werden die Auswirkungen von AIDS auf die Familie, insbesondere auf Frauen und Kinder beschrieben.

Im Anschluss an die grundlegenden Voraussetzungen für das Verständnis der Arbeit, wird nun in Kapitel III, 4 das Einrichtungsprofil der Organisation HUMULIZA dargestellt. Zuerst wird das Bedingungsfeld der Einrichtung (u.a. Lage) beschrieben. Im Anschluss an diese Informationen werden die Struktur und der Aufbau der Organisation dargestellt (u.a. Beschreibung der Mitarbeiter, der Finanzierung, des Konzeptes von HUMULIZA,...).

Nachdem die Organisation HUMULIZA in ihren Strukturen vorgestellt wurde, werden unter dem Abschnitt IV „Darstellung der sozialpädagogischen Intervention für AIDS-Waisen bei HUMULIZA“ zuerst die Grundlagen zur Arbeit mit AIDS-Waisen (IV, 1) beschrieben. Dies soll dem Leser einen Eindruck vermitteln, auf welchem theoretischen Hintergrund die Arbeit mit den Kindern basiert.

Anschließend werden die Schwerpunkte und Inhalte der Arbeit von HUMULIZA im Hinblick auf die Kinder dargestellt. In Kapitel IV, 2 wird die Gruppenintervention, in Form von Sitzungen, beschrieben. Diese Sitzungen sollen den AIDS-Waisen helfen

den Verlust eines oder beider Elternteile zu verarbeiten, den Trauerprozess abzuschließen und ihr Selbstbewusstsein zu stärken.

In Kapitel IV, 3 wird die Arbeit und Struktur der Waisenorganisation Vijana Simama Imara (VSI) vorgestellt. Auch in dieser Form des Arbeitens mit Kindern lassen sich Elemente des Gruppeninterventionskonzeptes wiederfinden. Die in der Waisenorganisation gebildete Gemeinschaft der Waisen soll den Kindern u.a. helfen, ihr Selbstbewusstsein zu finden, gegen die bestehende Stigmatisierung durch die Gesellschaft anzukämpfen und somit auch die Unterstützung der Gemeinde zu erlangen.

Die Arbeit der Organisation HUMULIZA mit der Zielgruppe der Erwachsenen (Lehrer, Eltern,...) wird in der Examensarbeit von Nina Hapke genauer untersucht und dargestellt.

Aufbauend auf dem Wissen um die soziokulturellen Begebenheiten des Landes Tansania, die Struktur, den Aufbau und die Arbeitsweise von HUMULIZA, sollen nun in dem Abschnitt V „Kritische Untersuchung der Interventionen und ihre Auswirkungen“ die Wirkung der Interventionen auf die AIDS-Waisen und ihr Umfeld (V, 1) und die möglichen Problemfelder (V, 2) dargestellt werden.

In dem Kapitel V, 2 werden die beiden Interventionsformen u.a. auf ihre Kulturverträglichkeit und Multiplizierbarkeit hin untersucht. Aber auch die Aspekte der Prävention, der Zeitpunkt der Interventionen und die Situation der Mitarbeiter bei HUMULIZA werden in diesem Kapitel behandelt werden.

Abschließend werden in Abschnitt VI „Resümee“ die Ergebnisse dieser Arbeit zusammengefasst und kommentiert werden.

### **Anmerkung**

Alle Texte in englischer Sprache sind von mir übersetzt und als solche gekennzeichnet.

Diese Arbeit wurde nach den Regeln der neuen Rechtschreibung verfasst. Ebenso werden die in der Arbeit dargestellten Sachverhalte möglichst ohne wissenschaftliche Fachausdrücke zu benutzen und in einer für Praktiker verständlichen Sprache dargestellt (vgl. Geiser 1998, S. 9).



In der vorliegenden Arbeit wird überwiegend die männliche Form der Wörter benutzt, mit der aber beide Geschlechter angesprochen sind. Dies soll keine Diskriminierung des weiblichen Geschlechts darstellen, sondern dient dazu, den Lesefluss der Arbeit nicht zu behindern.

Im Text verwendete Abkürzungen werden in Abschnitt VIII „Abkürzungsverzeichnis“ erläutert.

Englische Begriffe werden in Abschnitt IX „Erklärung englischer Begriffe“, sofern sie nicht im Text erklärt sind, übersetzt.

## **II Methoden**

### **1 Methodisches Vorgehen**

Nachdem im vorangegangenen Kapitel die Fragestellung, die dieser Arbeit zugrunde liegt, dargestellt wurde, wird in diesem Abschnitt das methodische Vorgehen erläutert.

Im Vorfeld der Reise nach Tansania fand eine intensive Auseinandersetzung mit den soziokulturellen Begebenheiten des Landes und der AIDS-Problematik statt. Zum besseren Verständnis des kulturellen Kontextes und der Probleme der Menschen, die von HIV/AIDS betroffen sind, sowie zur Vorbeugung von Missverständnissen, ist eine umfangreiche Vorbereitung von großer Bedeutung.

Ursprünglich sollte sich diese Arbeit auf die Organisation Tumaini Letu beschränken, eine Vorschule, die überwiegend für AIDS-Waisen konzipiert ist. Wenige Wochen vor der Abreise in den Zielort Nshamba, erhielt die Verfasserin Informationen über die Organisation HUMULIZA, die u.a. eine psychosoziale Betreuung für AIDS-Waisen anbietet. Es entstand die Überlegung die Arbeit über beide Organisationen zu schreiben, die während des Aufenthaltes in Nshamba revidiert wurde. HUMULIZA wurde als zu untersuchende Organisation gewählt, da sie der Thematik entsprechend - die psychosoziale Betreuung von AIDS-Waisen - bessere Voraussetzungen bot. Zudem stellte es sich vor Ort als sinnvoll heraus, die Themen aufzuteilen. Die Thematik der Arbeit von Nina Hapke stellt das Bildungsangebot von HUMULIZA für Lehrer und Personen dar, die mit AIDS-Waisen konfrontiert sind. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf die Darstellung, Umsetzung und Beurteilung der Interventionen von HUMULIZA für AIDS-Waisen.

Die der Arbeit zugrunde liegenden Methoden sind der qualitativen Sozialforschung entnommen. Die qualitative Sozialforschung bietet eine große Offenheit (vgl. Mayring 1996, S. 16), die es erlaubt einen „tieferen Einblick in Strukturen“ (Geiser 1998, S. 94) zu erhalten. Gegenstand der qualitativen Sozialforschung „sind immer

Menschen, Subjekte. Die von der Forschungsfrage betroffenen Subjekte müssen Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchungen sein“ (Mayring 1996, S. 9).

Auf der Basis der qualitativen Sozialforschung wurden die folgenden Methoden für die eigene Untersuchungsstrategie ausgewählt:

### Teilnehmende Beobachtung

„Mit teilnehmender Beobachtung will der Forscher eine größtmögliche Nähe zu seinem Gegenstand erreichen, er/sie will die Innenperspektive der Alltagssituation erschließen“ (Mayring 1996, S. 62).

Hierbei ist der Beobachter in die entsprechende soziale Situation integriert und nimmt „am Alltagsleben der ihn interessierenden Personen und Gruppen teil und versucht durch genaue Beobachtung, etwa deren Interaktionsmuster und Wertvorstellungen zu explorieren und für die wissenschaftliche Auswertung zu dokumentieren“ (Lamnek 1995, S. 240). Neben den stattfindenden Gesprächen ist bei der teilnehmenden Beobachtung die Möglichkeit gegeben auf „Mimik, Gestik, Körperhaltung, Blick- und Körperkontakt, Interaktionsabläufe und Raumeignung“ (Buchkremer, 1995, S. 108) zu achten. Da der Beobachter sich direkt in der zu untersuchenden Situation befindet, kann dies zu Nachteilen führen, die durch seine Sonderrolle hervorgerufen werden (vgl. Geiser 1998, S. 97) (siehe auch Pkt. II, 2).

Durchgeführt wurde die teilnehmende Beobachtung während des Aufenthaltes in Nshamba in den Sitzungen der Gruppenintervention der AIDS-Waisen, bei Treffen der Waisenorganisation (VSI) und zu festlichen Aktivitäten, organisiert von den AIDS-Waisen. Es wurde bewusst die teilnehmende Beobachtung gewählt, um psychisch labile Kinder, vor allem in den Sitzungen, nicht mit Fragen von außenstehenden Personen zu konfrontieren. Die Beobachtungen fließen ebenso in die Arbeit ein, wie Beobachtungen, die zufällig gemacht wurden.

### Problemzentriertes Interview

Die Befragten sollen bei dieser Interviewmethode möglichst frei zu Wort kommen, so dass ein offenes Gespräch entstehen kann. Dennoch ist das Interview auf eine bestimmte Problemstellung zentriert, „die der Interviewer einführt (und) auf die er

immer wieder zurückkommt“ (Mayring 1996, S. 50). Im Vorfeld des Interviews wird ein am Problem orientierter Leitfaden erstellt.

„Die Interviewten werden zwar durch den Interviewleitfaden hingelenkt, sollen aber offen, ohne Antwortvorgaben darauf reagieren“ (ebd. S. 51).

Die durchgeführten Interviews orientierten sich zum großen Teil an der Struktur des Fragenkatalogs von A. Geiser (vgl. Geiser 1998, S. 105ff.), um die für das Einrichtungsprofil relevanten Aspekte zu erfragen. Im Vorfeld wurde den Befragten der Sinn und Zweck des Interviews erläutert. Der Großteil der durchgeführten Interviews konnte, aufgrund der guten Englischkenntnisse der Befragten, auf Englisch durchgeführt werden. Wurde ein Übersetzer notwendig, stellte sich Mr. Victor (Social Counsellor bei Tumaini Letu) zur Verfügung. Bei den Übersetzungen können Fehlerquellen nicht ausgeschlossen werden.

Das für die Interviews geplante Aufnahmegerät wurde zu Beginn des Aufenthaltes gestohlen, so dass die Gespräche schriftlich protokolliert werden mussten. Aus diesem Grund wurden die überarbeiteten Mitschriften der Interviews den Beteiligten zur Kontrolle vorgelegt und diese aus Datenschutzgründen gefragt, ob der Name in der Arbeit verwendet werden darf (siehe Interviews im Anhang).

### Literaturrecherche

Die in der Arbeit verwendete Literatur wurde sowohl vor und während, als auch nach dem Aufenthalt in Tansania zusammengestellt. Allgemeine Daten über die soziokulturellen Begebenheiten des Landes Tansania waren vor der Reise bekannt. Ebenso wurde im Vorfeld ein Einblick in die Problematik der AIDS-Waisen gewonnen. Das in Tansania gesammelte Material wurde der Verfasserin überwiegend von HUMULIZA zur Verfügung gestellt. So wird in dieser Arbeit, aufgrund des zeitlich begrenzten Aufenthaltes in Nshamba, auch auf von HUMULIZA durchgeführte Interviews, Gruppenbefragungen und interne Protokolle zurückgegriffen.

Die im Anschluss an den Aufenthalt durchgeführte Sichtung des Materials und Diskussionen mit Nina Hapke, führten zu den in Kapitel V erhobenen Problemstellungen. Viele Problemfelder wurden bereits während des Aufenthaltes in

Nshamba angesprochen, konnten aber aufgrund der begrenzten Zeit, auch von Seiten der Mitarbeiter von HUMULIZA, nicht vertieft werden.

Um einen tieferen Einblick in Thematik zu bekommen fand zusätzlich eine Internetrecherche und eine Auseinandersetzung mit Organisationen, die sich mit der Thematik der Aids-Waisen beschäftigen, statt. Zu den recherchierten Organisationen gehören solche, die nur in Deutschland arbeiten, aber auch Organisationen, welche Projekte in Entwicklungsländern durchführen. Dies dient nicht dem Vergleich der Organisationen, sondern verfolgt das Ziel, einen tieferen Einblick in die Möglichkeiten der Arbeit mit AIDS-Waisen zu bekommen. Dadurch kann HUMULIZA im Hinblick auf die Qualität und Art zu arbeiten besser eingeschätzt werden.

## **2 Die Stellung der Verfasserin**

In diesem Abschnitt soll auf die besondere Stellung der Verfasserin hingewiesen werden, die vor allem bei Beobachtungen und Interviews deutlich wurde und einen Einfluss auf die Ergebnisse dieser Arbeit haben kann.

Durch die Zugehörigkeit zu einer anderen Kultur, die weiße Hautfarbe (vgl. Geiser 1998, S. 92) und die Tatsache, dass eine bzw. zwei weiße Frauen zugegen waren, wird das Verhalten der Interviewten und Beobachteten beeinflusst. Dies ist u.a. dadurch begründet, dass die Rolle der Frau in der afrikanischen Gesellschaft anders definiert ist (Erziehung der Kinder, Haushalt), als in der westlichen Kultur. Das Auftreten der Verfasserin als Fragestellerin und Beobachterin stellte in diesem Zusammenhang eine besondere Situation dar.

### **3 Einordnung der Arbeit**

Die in dieser Arbeit vorgestellten Interventionen sind der Sozialpädagogik unterzuordnen.

„Sozialpädagogik ist der Bereich von Erziehung und Erziehungswissenschaft, der in besonderer Weise an (pro)sozialem Verhalten orientiert ist“ (Buchkremer 1995, S.33).

Die Sozialpädagogik versucht mit ihren Mitteln Menschen in problematischen und riskanten Lebenssituationen zu helfen, für „die Gemeinschaft produktiv (zu) bleiben oder (wieder) zu werden“ (ebd., S. 34). Zu den sozialpädagogischen Arbeitsfeldern gehören Erziehung, Bildung und Lernen, da die Sozialpädagogik sich als dritte Erziehungs- und Bildungsinstitution versteht. Sie sieht sich als Teilbereich neben Familie und Schule und wirkt neben ihnen zusammen aber auch in sie hinein. Die Sozialpädagogik ist bemüht, den Klienten zu befähigen, sich selbst zu helfen (vgl. Schilling 1997, S. 138).

Die Sozialpädagogik ist Bestandteil der „Subsidären Intervention“. Die Subsidäre Intervention soll dazu beitragen, „daß junge Menschen schließlich einmünden in einen Status der Erwachsenenheit, in der der Einfluß von Erziehung, häufig auch der Elternfamilie, abgelöst wird durch eine autonome Fortentwicklung“ (ebd. S. 17). Alle sozialen Engagements, „die dazu angetan sind, Einzelpersonen, Gruppen, Gemeinschaften, Minderheiten in einer sozialen Schwächelage Beistand zu leisten und ihre Kräfte der Selbsterhaltung, Selbstbestimmung und ihrer gesellschaftlichen Respektierung zu stärken“ (ebd. S. 38), sind hier inbegriffen.

Die Interventionen von HUMULIZA sind auf diese Aspekte ausgerichtet und es wird versucht, die AIDS-Waisen in die Gemeinde zu integrieren und u.a. ihr Selbstbewusstsein zu stärken.

Bevor auf die von HUMULIZA durchgeführten Interventionen eingegangen werden kann, werden im folgenden (III) die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, die zum Verständnis der Arbeit wichtig sind, dargestellt.

### **III Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zum Verständnis der Arbeit**

#### **1 Begriffliche Grundlagen**

##### **1.1 HIV / AIDS (Daniela Paul)**

Das Wort AIDS steht für die englische Bezeichnung „Acquired Immune Deficiency Syndrome“, zu deutsch „erworbenes Abwehrschwächesyndrom“. Als Hauptursache für AIDS gilt die Infektion mit HIV („Human Immune Deficiency Virus“ = „menschliches Immundefekt-Virus“). Bei einem Immundefekt ist die Abwehrfähigkeit des Körpers gegenüber Krankheitserregern vermindert.

Die Wissenschaft teilt die HIV–Infektion in verschiedene Stadien ein. Man spricht erst von AIDS, wenn bestimmte Krankheiten auftreten, die durch einen, von HIV verursachten schweren Immundefekt ausgelöst werden. Dazu zählen z.B. eine schwere Form der Lungenentzündung (*Pneumocytis carinii Pneumonie*), infektiöse Erkrankungen anderer Organe und verschiedene Tumorformen (z.B. Kaposi-Sarkom, ein ansonsten seltener Hautkrebs, Lymphome und Gebärmutterhalskrebs) Der Verlauf einer HIV–Infektion unterliegt starken Schwankungen und lässt sich nur schwer als eine festgelegte Abfolge von Stadien beschreiben (vgl. Deutsche AIDS–Hilfe e.V. 1998; 3 ff).

##### Der HIV–Test

Eine Infektion mit HIV kann mit einem Antikörpertest nachgewiesen werden. Der HIV–Test ist eine spezielle Untersuchung des Blutes, bei der nach dem Vorhandensein von Abwehrstoffen (Antikörper), die der Körper als Reaktion mit dem HI–Virus bildet, gesucht wird (vgl. [www.aidsauf.org/allginf.htm](http://www.aidsauf.org/allginf.htm), Stand: 07.12.99 ).

Eine Ansteckung mit dem HI–Virus lässt sich bei den meisten Menschen erst nach drei bis vier Monaten sicher nachweisen. Dieser Test kann jedoch nicht aussagen, ob bzw. wann jemand an AIDS erkrankt.

## Übertragung

HIV kann nur übertragen werden, wenn es in ausreichender Menge vorhanden ist und direkt in die Blutbahn oder auf die Schleimhäute gelangt:

Übertragungsträger:

- Ansteckende Körperflüssigkeiten:

Blut – auch Menstruationsblut – und Sperma enthalten das Virus in hoher Konzentration. Die Konzentration in der Muttermilch und in der Scheidenflüssigkeit ist geringer, kann aber immer noch für eine Ansteckung ausreichen.

Übertragungswege:

- Sexuelle Übertragung:

Am häufigsten wird HIV beim Sex ohne Kondom übertragen.

- Übertragung beim intravenösen Drogengebrauch:

Durch das gemeinsame Benutzen von Spritzen („Fixen“) bei drogenabhängigen Menschen besteht ein sehr hohes Infektionsrisiko.

- Mutter-Kind-Übertragung:

Das ungeborene Kind einer HIV-positiven Frau kann während der Schwangerschaft und während des Geburtsvorganges angesteckt werden. Nach der Geburt besteht für das Kind dann eine Infektionsgefahr, wenn es gestillt wird. Die Übertragungsrate hängt im wesentlichen von dem Gesundheitszustand der Mutter ab. Untersuchungen in Frankreich und den USA haben ergeben, daß durch die Behandlung HIV-positiver Schwangerer mit dem Medikament Zidovudine AZT<sup>1</sup> das Übertragungsrisiko von der Mutter auf das Kind um 70 Prozent reduziert werden kann - von durchschnittlich 25 Prozent auf 8 Prozent.

Die Behandlung mit AZT kostet rund 400–900 Dollar (vgl. UNICEF, [www.unicef.de](http://www.unicef.de), Stand 7.10.00).

Noch weiter kann das Risiko einer Übertragung durch einen Kaiserschnitt vor Einsetzen der Wehen und durch den Verzicht auf das Stillen gesenkt werden (bis auf eine Übertragungsrate von ca. 2 Prozent) (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1998, S. 10ff.).

---

<sup>1</sup> Azidothymidin = gehört zu den Mitteln, welche die Vermehrung der HI-Viren verlangsamen (Anm. der Verfasserin)



Es besteht keine Ansteckungsgefahr bei:

- Händedruck, Umarmen, Streicheln,
- Anhusten oder Anniesen,
- Benutzen derselben Teller, Gläser und Bestecke,
- Benutzen von Toiletten, Bädern oder Saunen,
- Zusammenarbeiten und –wohnen mit Menschen mit HIV/AIDS,
- Betreuen und Pflegen von Menschen mit HIV/AIDS

(vgl. Deutsche AIDS–Hilfe e.V. 1998, S. 8).

Die Konzentration der HI-Viren in Speichel und Schweiß reicht in der Regel für eine Übertragung des Virus nicht aus.

Medizinische Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit HIV

Bisher gibt es noch kein Medikament, das AIDS heilen könnte. Dennoch gibt es inzwischen eine Reihe von Medikamenten, die gegen die Vermehrung von HIV eingesetzt werden, sog. Virushemmer (antiretrovirale Therapie). Die Medikamente bewirken, dass die Zahl der CD4-Helferzellen des Immunsystems zu- und die der freien Viren im Blut abnimmt. Auf diese Weise soll das Voranschreiten der Erkrankung gebremst werden (vgl. Deutsche AIDS–Hilfe e.V. 1999, S. 24 ff.).

Epidemiologie: HIV und AIDS weltweit

Während in den Industriestaaten auch 15 bis 20 Jahre nach Beginn der Epidemie homosexuelle Männer und Drogenkonsumenten („Fixer“) die zahlenmäßig von der HIV–Epidemie am stärksten betroffene Gruppe darstellen, breitet sich HIV in Afrika, Asien und der Karibik hauptsächlich unter Heterosexuellen aus (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 1999, S. 11).

<b>Die aktuellen epidemiologischen Zahlen nach UNAIDS</b>		
	<i>12/ 2000</i>	<i>12/ 1999</i>
Nordamerika	920.000	900.000
Lateinamerika und Karibik	1.790.000	1.660.000
Westeuropa	540.000	520.000
Nordafrika und Mittlerer Osten	400.000	220.000
Subsahara-Afrika	25.300.000	24.500.000
Osteuropa und Zentralasien	700.000	420.000
Süd-u. Südostasien	5.800.000	5.600.000
Ostasien u. Pazifik	640.000	530.000
Australien und Neuseeland	15.000	15.000

Tab. 1: epidemiologische Zahlen, HIV-Infektionen weltweit (vgl. [www.hivinfo.de/handbuch/epiwelt.htm](http://www.hivinfo.de/handbuch/epiwelt.htm), Stand: 10.02.01).

Ein Beispiel der Deutschen AIDS-Hilfe veranschaulicht, wie schnell sich HIV ausbreitet:

„1998 haben sich pro Minute (weltweit) 11 Männer, Frauen und Kinder mit dem HI-Virus infiziert, insgesamt waren das beinahe 6 Millionen Menschen. (...) Seit Beginn der Epidemie haben sich insgesamt mehr als 47 Mio. Menschen mit HIV infiziert, etwa 14 Mio. Menschen sind an den Folgen von AIDS verstorben. Mehr als 95 % der Infizierten leben in den Entwicklungsländern, wo auch 95 % der an den Folgen von AIDS Verstorbenen zu beklagen sind“ ( [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de), Stand 25.09.00).

## **1.2 AIDS-Waisen (Daniela Paul)**

Als AIDS-Waisen gelten die Kinder, die mindestens einen Elternteil durch AIDS verloren haben (vgl. ASA Studie 1997, S. 144).

### 1.3 Entwicklungsland (Nina Hapke)

Im allgemeinen Sprachverständnis ist die Verwendung des Begriffes „Entwicklungsland“ nicht unproblematisch. Die Assoziation mit diesem Begriff verbindet immer noch Rückständigkeit und Unterentwicklung, was auf die früher verwendeten Begriffe „rückständig“ (backward), „unterentwickelt“ (undeveloped) und „nicht entwickelte Länder“ (undeveloped country) zurückzuführen ist.

Um den unterschiedlichen Entwicklungsprozessen in den Entwicklungsländern begrifflich Rechnung zu tragen, ist nach Andersen demnach der Begriff „less developed country“ (LDC) (weniger entwickelte Länder) angemessener (vgl. Andersen 1996 S. 6).

Es stellt sich die Frage, wie mit dem Begriff Entwicklung umzugehen ist und wie er auch aus der Sicht der betroffenen Länder definiert wird.

Die 1977 unter Vorsitz von Willy Brandt eingesetzte Kommission für internationale Entwicklungsfragen hat die Entwicklung wie folgt umschrieben:

„Entwicklung ist mehr als der Übergang von Arm und Reich, von einer traditionellen Agrarwirtschaft zu einer komplexen Stadtgemeinschaft. Sie trägt in sich nicht nur die Idee des materiellen Wohlstands, sondern auch die von mehr menschlicher Würde, mehr Sicherheit, Gerechtigkeit und Gleichheit“ (Brandt in Andersen (Hrsg.) 1996, S. 7).

Ein zentraler Bestandteil von Entwicklung ist demnach nicht nur der wirtschaftliche Aspekt, obwohl dieser eine wichtige Rolle spielt.

Defizitäre Probleme bestehen im Vergleich mit den Industrieländern unbestritten in der Lebensqualität. Sie aber deshalb auf Unterentwicklung und Rückständigkeit zu reduzieren ist aufgrund der in einigen Entwicklungsländern alten Geschichte, wie jahrtausend alte Hochkulturen, nicht gerechtfertigt.

Niemand hat das Recht, die Menschen dieser Länder wegen Armut und oft schlechten Lebensbedingungen zu verachten oder als minderwertig zu bezeichnen (vgl. Andersen 1996, S. 6/7).

Kennzeichen von Entwicklungsländern sind:

- rasches Bevölkerungswachstum,
- mangelhafte Gesundheitsfürsorge,
- ungleiche Verteilung von Besitz und Einkommen,
- schlechte Infrastruktur,
- Landflucht,
- wenig Industrie,
- schlechter Bildungs- und Ausbildungsstand,
- hohe Arbeitslosigkeit,
- starke Abhängigkeit auf wirtschaftlichem Gebiet,
- politische Instabilität (vgl. Andreas 1991, S.330).

#### **1.4 Dritte Welt (Nina Hapke)**

Begrifflich reiht sich die „Dritte Welt“ in die Einteilung „Erste Welt“ westliche Industrieländer und „Zweite Welt“ östliche Industrieländer ein.

Es besteht die Gefahr, diese Einteilung als eine Wertung zu verstehen und die Entwicklungsländer als drittrangig abzuwerten, was nicht gemeint ist, sondern eine Betonung der Einheit dieser historisch jüngsten Ländergruppe (vgl. Andersen 1996, S. 6). Der Begriff der „Dritten Welt“ wird als Diskriminierung von wirtschaftlich schwachen Ländern vorwiegend Afrikas, Asiens und Lateinamerikas angesehen. In immer mehr Projekten wird deshalb von „Eine Welt Projekt“ oder „Eine Welt Laden“ gesprochen (vgl. Geiser, 1998, S. 18). Auch wenn mit dem Begriff „Süden“ gearbeitet wird, ist durch die geographische Zuordnung eine Ungenauigkeit vorhanden, weil sich auch wohlhabende Staaten wie Australien und Neuseeland auf der südlichen Halbkugel befinden (vgl. Andersen 1996, S. 6).

„Julius Nyerere, ein Protagonist des Third Worldism, wies häufig auf die Gefahr hin, dass die politische Solidarität der Dritten Welt durch die Ausdifferenzierung in miteinander konkurrierende Länder und Interessengruppen untergraben werden könnte“ (Nohlen/Nuscheler 1993, S. 25).

„Dritte Welt“ wäre ein falscher Begriff, wenn diese „Dritte Welt“ als eine einheitliche und eigene Welt missverstanden würde (vgl. Nohlen/Nuscheler 1993, S.30).

Nohlen und Nuscheler geben dem Begriff „Dritte Welt“ insofern eine positive Bedeutung, dass sich dieser als Länderzusammenschluss zur Durchsetzung ihrer eigenen Interessen gegen die Industrieländer verwenden lässt (Nohlen /Nuscheler 1993, S. 30).

Tansania ist in dieser Begriffsbestimmung auch ein Land der sogenannten „Dritten Welt“.

Im weiteren Verlauf der Arbeit soll der Begriff der „Dritten Welt“ übernommen und als sogenannte „Dritte Welt“ bezeichnet und in Anführungszeichen gesetzt werden.

## 1.5 Nachhaltige Entwicklung

Mitte der achtziger Jahre ist der Begriff Entwicklung um das präzisierende Adjektiv „dauerhaft“ oder „nachhaltig“ (sustainable development) erweitert worden (vgl. Andersen 1996, S.7).

1987 hat die Weltkommission für Umwelt und Entwicklung folgende Definition gegeben:

„Unter dauerhafter Entwicklung verstehen wir eine Entwicklung, die den Bedürfnissen der heutigen Generation entspricht, ohne die Möglichkeiten künftiger Generationen zu gefährden, ihre eigenen Bedürfnisse zu befriedigen, und ihren Lebensstil zu wählen. Die Forderung, diese Entwicklung „dauerhaft“ zu gestalten, gilt für alle Länder und Menschen. Die Möglichkeit kommender Generationen, ihre eigenen Bedürfnisse zu befriedigen, ist durch Umweltzerstörung ebenso gefährdet wie durch Unterentwicklung in der Dritten Welt“ (Nuscheler 1996, S.262).

Es gibt sicherlich viele Gründe, warum die Industrienationen Entwicklungshilfe leisten. Nachfolgend werden einige der wichtigsten Gründe vorgestellt:

- der Gedanke der Wiedergutmachung:  
(Der wirtschaftliche Aufschwung der meisten Industrienationen basierte im 18. und 19. Jahrhundert zum großen Teil auf der Ausbeutung der Kolonien. Die Rohstoffe, die ins Mutterland flossen, waren die Basis für dessen rasche Industrialisierung.),
- ökonomische Überlegungen, wie z.B. die Sicherung von Rohstoffquellen,

- humanitäre Gründe,
- machtpolitische Gründe,
- weltweiter Umweltschutz (vgl. Andreas 1991, S.332 ).

Das Konzept der nachhaltigen Entwicklung beinhaltet die Idee, Entwicklung statt Wachstum, dies umfasst:

- Erhöhung des Wohlstandes, Verbesserung der Lebensbedingungen vor allem für Arme,
- Erhöhung des Bildungsstandes,
- Verbesserung des Gesundheitsstandes,
- Erhaltung der natürlichen Ressourcen,
- Risikovermeidung.

Allerdings behindern die Armut der Bevölkerungsmehrheit und das mangelnde Problembewusstsein der Staatseliten einen Durchbruch im Sinne von Nachhaltigkeit (vgl. Kappel 1999 S.29).

## **2 Die soziokulturellen Begebenheiten des Entwicklungslandes Tansania**

### **2.1 Lage und geschichtlicher Hintergrund (Nina Hapke)**

Die Vereinigte Republik von Tansania ist mit einer Fläche von 94.5087 qkm etwa zweieinhalb mal so groß wie die Bundesrepublik Deutschland.

Die Republik liegt im Osten Afrikas, unterhalb des Äquators, sie wird von den Ländern Kenia, Uganda, Ruanda, Burundi, Kongo, Sambia, Malawi und Mozambique sowie an der Küste vom Indischen Ozean begrenzt.

Sie entstand am 12. April 1964 aus dem Zusammenschluss von Tanganyika und den Inseln Sansibars (das Festland und die Insel Mafia waren von 1890 - 1918 „Deutsch - Ostafrika“, danach bis zur Unabhängigkeit am 9. Dezember 1961 britisches Mandatsgebiet; Sansibar und Pemba waren von 1890 - 1961 unter britischem Protektorat).

Der Staatsname Tansania bildet sich aus Tanganyika + Sansibar + Azena (früherer griechischer Begriff für die Küste Ostafrikas).

Die offizielle Hauptstadt ist Dodoma (ca. 230.000 Einwohner), Verwaltungs- und Regierungszentrum jedoch ist Dar es Salaam (ca. 3 Millionen Einwohner), wo ein

Zehntel der Gesamtbevölkerung Tansanias lebt. Die zweitgrößte Stadt Tansanias ist Mwanza mit 250.000 Einwohnern (vgl. Gabriel 1999, S.122).

Tansania ist heute in 25 Verwaltungsregionen gegliedert, die in insgesamt 87 Distrikte und diese wiederum in Divisions und Wards unterteilt sind.

Aufgrund seiner geographischen Lage befinden sich in Tansania die verschiedensten Landschafts- und Klimazonen. Im 800 km langen Küstenstreifen und den vorgelagerten Inseln, Sansibar, Pemba und Mafia, herrscht tropisch-heißes Klima, während im Hinterland, das aus einem Hochplateau von durchschnittlich 1000 Meter Höhe besteht, die Luftfeuchtigkeit bei gemäßigten Temperaturen stark herabsinkt.

Im Südwesten mit Bergen bis zu 3000 Metern Höhe sowie im Bergmassiv des Kilimanjaro mit einer Höhe von 5895 Metern im Norden Tansanias herrscht ein gemäßigtes Klima.

Im Landesinneren liegen zwei große Binnenseen, der Lake Victoria und der Lake Tanganyika (vgl. Hofmann 1995, S. 5).

## **2.2 Bevölkerung** (Nina Hapke)

Die Bevölkerung Tansanias gliedert sich in ca. 130 Ethnien, die sich durch unterschiedliche Kulturformen, Glaubensprägungen, Traditionen und Sprachen auszeichnen. Viele Ethnien stammen aus demselben Herkunftsgebiet und sind nur zu unterschiedlichen Zeiten in neue Regionen gewandert. Deshalb können Ethnien in einzelnen Landesteilen nicht streng voneinander getrennt werden. Oft sind parallele Entwicklungen erkennbar und lassen daher Sammelbegriffe und Überordnungen zu.

95 % der Ethnien sind Bantu-Völker, gefolgt von Niloten und Kuschiten.

Die größten Bantu-Völker sind die Sukuma, Nyamwezi, Makonde, Haya, Gogo, Tschagga u. v. m.

Nilotische oder auch semi-nomadische Völker sind z.B. die Maasai.

An der Küste leben Minderheiten von Asiaten wie Inder und Pakistani, von denen viele zwischen dem Ersten und Zweiten Weltkrieg nach Tansania kamen und heute besonders aktiv in der Wirtschaft Tansanias sind und sie in vielen Bereichen kontrollieren. Sie leben meist isoliert und stellen sich klar über die afrikanische Bevölkerung (vgl. Gabriel 1999, S. 177).

Auf Sansibar und Pemba werden rund 74 % der Bewohner den Afrikanern (Bantu und Bantu-Mischlinge), 13 % den Arabern und 6 % den Asiaten zugerechnet (vgl. Münzinger Länderhefte 2/99, S. 1).

### **2.3 Sprachen** (Nina Hapke)

Seit 1967 ist Suaheli, das die meisten afrikanischen Stämme in Tansania sprechen, ein wichtiges nationales Bindeglied. Es ist neben den Sprachen der einzelnen Völker im ganzen Land verbreitet und findet einheitlich in Schulen und Verwaltung Verwendung. Englisch ist als Handels-, Bildungs- und Amtssprache in Gebrauch. Daneben werden Bantu-Dialekte - z.B. in der Kagera-Region Kihaya - hamitische Mundarten und an der Küste Arabisch gesprochen (vgl. Münzinger Länderhefte 1998/99, S. 1).

### **2.4 Religionen** (Nina Hapke)

Der Glaube ist in Tansania sehr wichtig, da er Schutz und Lebensinhalt bedeutet. Die Bevölkerung Tansanias (ohne Sansibar, wo 99 % der Bevölkerung dem Islam angehören) setzt sich zu ca. 35 % aus Moslems, 45 % Christen – davon ca. 26 % Katholiken - und aus etwa 19 % Anhängern von Naturreligionen zusammen. Die starke Verbreitung des Islams ist die Folge der Jahrhunderte dauernden Beherrschung der Ostküste Afrikas durch die Araber, die den Sklavenhandel bis in den Kongo betrieben. Die sunnitische Richtung hat den stärksten Einfluss. Die beiden großen christlichen Konfessionen gründen sich vor allem auf die Missionsarbeit während der deutschen Kolonialperiode (vgl. Münzinger Länderhefte 1998/99, S. 2).

Die Zahl der Menschen, die Naturreligionen anhängen, kann nicht genau festgestellt werden. Auch Christen und Moslems „vermischen“ oft ihren Glauben mit den alt hergebrachten Traditionen und respektieren die Riten und Bräuche der Naturreligionen. Eine Naturreligion geht davon aus, dass alle Naturelemente von wirkenden Geistern und Dämonen sowie dem Gott Mungu mit übernatürlichen Kräften ausgestattet seien. Durch Tänze, Beschwörungen, Naturmedizin,



Ahnenglauben und Totenkult kommt der Glaube zum Ausdruck (vgl. Gabriel 1999, S. 184).

Die Christen haben im allgemeinen das höchste Ausbildungsniveau und damit auch die relativ besten Positionen in Staat und Wirtschaft, ähnlich den sog. Asiaten, hier vor allem die Inder, die in der Kolonialzeit eine wichtige Mittelstellung zwischen Europäern und Afrikanern einnahmen und sich eine herausgehobene Position im Wirtschaftsleben erhalten konnten (vgl. Hofmeier, 1993, S. 179).

## 2.5 Geschlechterverhältnis (Daniela Paul)

Der erste Schritt eines Mädchens zur Frau ist häufig immer noch die Beschneidung. Denn nur eine *mwali*, eine beschnittene Frau, wird z.B. im Hai-Distrikt in Nordtansania respektiert. Eine Frau, die mit 20 Jahren noch eine intakte Klitoris hat, heißt bei den dort lebenden Chagga *sambura* (eine, die nichts weiß). Sie wird, selbst wenn sie Kinder hat, nicht als „vollwertige“ Frau angesehen (vgl. DSE 1999, Artikel von 1997). Welche lebenslangen Schmerzen der Frau bei dieser Genitalverstümmelung zugefügt werden findet dagegen erst seit ein paar Jahren weltweit mehr Beachtung.

Der nächste Schritt der Frau ist die Hochzeit, wobei die Polygamie (offiziell verboten) noch sehr verbreitet ist. „Besitzt“ der zu heiratende Mann schon eine Frau, muss sich die neue Frau i. d. R. unterordnen.

Im Nordwesten Tansanias muss die Frau bei den Haya (siehe Pkt. III, 4.1.4) ihre eigene Familie verlassen und zu der Familie des Mannes ziehen, bei der sie der Schwiegermutter zur Hand gehen soll. In dem ersten Monat in ihrem neuen Heim hat die Frau kein Recht ihre Familie zu sehen und darf das Haus nicht verlassen. Ebenso ist sie gehalten, sich in dieser Zeit nicht mit Besuchern zu unterhalten, sondern sich in einem ihr zugewiesenen Zimmer aufzuhalten (Beobachtung der Verfasserin).

Die Aktivitäten innerhalb der Familie verteilen sich in den ländlichen Regionen in einer gleichbleibenden Form: Der Mann bereitet das Feld vor, er rodet Bäume, gräbt die Erde mit seiner Hacke um und zieht Gräben.

Die Frau unterstützt den Mann in seinen Tätigkeiten. Außerdem holt sie Wasser und Holz, bereitet das Essen vor und kümmert sich um die Kinder. Sie pflanzt, erntet und lagert die Ernte in Kornkammern neben der Hütte.

Oft gehen beide nebenher noch anderen Tätigkeiten nach, um das Einkommen der Familie aufzubessern. So flechtet die Frau z.B. Körbe und Matten. Die Männer hingegen arbeiten eher mit Metallen oder Stoffen (Schneider) (vgl. Larousse 1996, S. 36 ff).

## **2.6 Bildungswesen** (Nina Hapke)

Der Bildungsbereich Tansanias gliedert sich in eine siebenjährige allgemeine Grundschulausbildung und die zweistufige Sekundarschulausbildung, die aus einer vierjährigen Sekundarstufe I und einer zweijährigen Sekundarstufe II besteht, sowie aus dem tertiären Bereich, aus Hochschul- und Universitätsausbildung (vgl. Länderbericht Tansania 1994, S. 39).

Ende 1999 gab das Zentrum für die Rechte der Kinder „Kuleana“ einen Bericht heraus, der besagt, dass mehr als zwei Millionen Kinder zwischen 7 und 13 Jahren in Tansania nicht in die Schule gehen. Von je 100 Kindern im Primarschulalter sind nur 56 in einer Schule angemeldet. Von diesen 56 schließen nur 38 die Primarstufe ab und nur 6 kommen in die Sekundarschule.

Die Kinder sind mit sieben Jahren schulpflichtig, aber die meisten beginnen erst später ihre Schullaufbahn, manche wenn sie älter als neun Jahre sind. Jedes Jahr werden 39.000 Schülerinnen wegen Schwangerschaft von der Schule verwiesen. Die Praxis, schwangere Mädchen von der Schule zu verweisen, hat keine rechtliche Grundlage, sie widerspricht der tansanischen Verfassung.

Lehrer und Schüler müssen unter einfachsten Bedingungen lehren und lernen. Es fehlt an wesentlichen Dingen wie Schultische, Klassenzimmer, Toiletten und es wird immer schwieriger für die Kinder, ein Lehrbuch zu bekommen.

Die Qualität des Unterrichts ist schlecht, geprägt von Angst, Wiederholung und Langeweile. Es werden strenge Normen aufgestellt, deren Nichteinhaltung Strafen und nicht selten Schläge zur Folge haben.

Sehr verbreitet ist, dass die Kinder für die Lehrkräfte arbeiten müssen, wobei die Mädchen besonders schlecht wegkommen. Sie erledigen Hausarbeiten, kaufen ein, holen Wasser, während die Jungen jäten oder Bauarbeiten verrichten. So bleibt ihnen

oft kaum Zeit für Hausaufgaben und im Unterricht sind sie dann müde (vgl. [www.tanzania-network.de.3/00](http://www.tanzania-network.de.3/00), Stand 4.10.00).

Die Analphabetenrate konnte durch ausgedehnte Alphabetisierungsprogramme gesenkt werden. Aufgrund der sinkenden Einschulungsraten in den Grundschulen und dem Ausbau der Erwachsenenbildung ist zu erwarten, dass die Analphabetenrate stagniert.

Regional bestehen erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Schreib- und Lesekenntnisse (vgl. Länderbericht Tansania 1994, S.39).

Die Bildungsarbeit Tansanias leidet unter Geldmangel, die Eltern müssen immer mehr bezahlen, während der Unterricht immer schlechter wird. Eine Studie von 1997 zeigt, dass die Eltern pro Jahr durchschnittlich 12.912 Tansanische Schilling<sup>2</sup>, manchmal bis zu 30.000 Tsh für Schuluniformen, Gebühren und Beiträge aufbringen müssen (vgl. [www.tanzania-network.de 3/00](http://www.tanzania-network.de 3/00), Stand 4.10.00).

## **2.7 Wirtschaft und Soziales** (Nina Hapke)

Der Internationale Währungsfond (IWF) schätzt, dass 51 % der Tansanier unter der international anerkannten Armutsgrenze von 1 Dollar pro Tag leben, 36 % von ihnen in absoluter Armut, d.h. pro Tag weniger als 0,5 Dollar pro Person haben. Die Kluft zwischen Arm und Reich ist in den letzten Jahren größer geworden (vgl. [www.tanzania-network.de 9/00](http://www.tanzania-network.de 9/00), Stand 4.10.00).

Durch langjährige Vernachlässigung während der Kolonialzeit ist Tansania, auch an afrikanischem Standart gemessen, ein sehr armes Land. Für die überwiegend landwirtschaftlich strukturierte Wirtschaft sind wichtige Exportgüter: Baumwolle, Kaffee sowie Gewürznelken und Sisal. Besonders gefördert wird der Anbau von Tee und Tabak. Die Holzwirtschaft liefert die Edelhölzer Mahagoni, Ebenholz und Sandelholz. Auch nach der Unabhängigkeit konnte keine wirtschaftliche Besserung durch 20 Jahre Ujamaa- Sozialismus herbeigeführt werden. Vielmehr führten sie in der ersten Hälfte der 80er Jahre zu einer sich immer weiter vertiefenden Krise, die auch nach der Einleitung verschiedener Reformmaßnahmen noch nicht überwunden werden konnte (vgl. Hofmeier, 1993, S.183).

---

<sup>2</sup> 400 Tansanische Schilling sind ungefähr 1 DM.

Als Folge der Landflucht hat sich der Anteil der in Städten lebenden Bevölkerung in den vergangenen Jahren erheblich erhöht. 1970 belief sich die Urbanisierungsrate auf 6,7 %, 1990 erreichte sie bereits 20,8 % (vgl. Länderbericht Tansania 1994, S. 32).

## **2.8. Gesundheitswesen in Tansania (Nina Hapke)**

Tansania zählt zu den ersten Ländern in Schwarzafrika, das ein umfassendes nationales Gesundheitswesen auf der Grundlage eines Basisgesundheitsystems aufgebaut hat. Der Mehrheit der Bevölkerung werden medizinische Grundleistungen zur Verfügung gestellt. Gleichzeitig wird ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen kurativer und präventiver Medizin angestrebt. Private Träger von Gesundheitseinrichtungen (z.B. Kirchen) sind in das Gesundheitswesen der Regierung einbezogen. Doch das Gesundheitswesen, wie die Regierung es darstellt, entspricht nicht der Realität.

Man schätzt, dass nur 42 % der Bevölkerung Zugang zu medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern haben. Die Leistungsfähigkeit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung wird erheblich durch folgende Faktoren negativ beeinflusst:

- Das Fehlen ausreichender Ausbildungsmöglichkeiten für das medizinische Personal;
- Transportprobleme bei der Versorgung entfernt gelegener Landesteile;
- Mangel in der Versorgung mit medizinischen Geräten und Medikamenten aufgrund des Devisenmangels;
- Ein nichtadäquates Management im Bereich des ländlichen Gesundheitssystems;
- Reallohnverluste des medizinischen Personals, die zu einer Senkung der Arbeitsmoral und damit der Produktivität führen;
- Vernachlässigung der Wartung von Gebäuden und Einrichtungen.
- Zusätzlich gibt es große finanzielle Belastungen der Gesundheitsversorgung durch die vermehrten AIDS-Fälle (vgl. Länderbericht Tansania 1994, S.36).

Bis 1986 war die Behandlung in Regierungskrankenhäusern generell kostenfrei. Die vom IWF geforderten Kürzungen im Staatshaushalt haben dazu geführt, dass es in öffentlichen Krankenhäusern kaum noch Medikamente gibt, die privaten Apotheken hingegen boomen (vgl. Gleiss 1991, S. 312).

Oft kann die Grundversorgung der Patienten nicht gewährleistet werden, so dass sie auch während eines Krankenhausaufenthaltes von Mitgliedern ihrer Großfamilie mit Essen und in privaten Apotheken gekauften Medikamenten versorgt werden müssen. Um die Kosten im Gesundheitswesen ansatzweise auffangen zu können, ist seit dem Haushalt 1993/94 eine Kostenbeteiligung der Patienten bei medizinischer Versorgung vorgesehen (vgl. Schumacher 1997, S. 141).

Die medizinische Unterversorgung verdeutlichen folgende Zahlen: nach Schätzungen aus dem Jahre 1993 kommt ein Arzt auf 20.511 Einwohner und ein Krankenhausbett auf 1.044 Einwohner (vgl. Munzinger Länderhefte, Tansania 1998/99, S. 2 ).

Die häufigsten Ursachen für Morbidität und Mortalität sind infektiöse und parasitäre Krankheiten. Die meisten dieser Krankheiten könnten durch Schutzimpfungen, verbesserte Hygiene, frühe Diagnose und Gesundheitserziehung verhindert werden. Während bei Kindern hauptsächlich Krankheiten wie Malaria, Infektionen der Atemwege, Magen- und Darmentzündungen sowie Masern auftreten, herrschen bei den Erwachsenen infektiöse und traumatische Erkrankungen vor.

Auf das Thema HIV/AIDS in Tansania wird in den nachfolgenden Kapitel ausführlich eingegangen.

### **3 HIV/ Aids in Tansania** (Nina Hapke)

Als ostafrikanisches Land gehört Tansania zu den von HIV/AIDS am stärksten betroffenen Ländern. Innerhalb Tansanias gibt es wiederum Schwerpunkte in den Ballungsräumen der Kagera-Region im Nordwesten (vgl. Kapitel III, 4.1.1), Dar es Salaam an der Küste und der Mbeya Region im Südwesten (vgl. Bepperling 1997, S. 155).

„Ukimwi“ ist das Suaheli-Wort für AIDS und bedeutet übersetzt etwa soviel wie „ein Mangel an Schutz des Körpers“. AIDS ist in Tansania jedoch nur einer von vielen Mängeln und es gibt hier mehr Faktoren, die eine HIV-Infektion begünstigen, als es in den westlichen Industrienationen der Fall ist. Demzufolge gibt es wesentlich mehr HIV - Infizierte, wobei Männer und Frauen gleichermaßen betroffen sind.

HIV/AIDS darf nicht isoliert von der Geschichte eines Landes und seiner Gesellschaft mit den politischen, wirtschaftlichen und soziokulturellen Besonderheiten betrachtet werden. Die Wechselwirkungen zwischen Armut und

AIDS sind sich gegenseitig bedingende Mängel an Schutz für die Tansanische Gesellschaft.

Es sind jedoch nicht die Lebensumstände allein, die den Mangel an Schutz ausmachen, auch die Nähe zur Sexualität und die damit verbundenen Tabus erschweren den Schutz des Körpers und begünstigen eine Infektion mit HIV/AIDS (vgl. Schumacher 1997, S. 137).

Man schätzt, dass die Krankheit Ende 1999 mindestens 1 Mio. Tansanier befallen hat.

Bis zum März 1993 wurden 38.719 AIDS-Fälle in Tansania offiziell registriert. Nationalen Schätzungen zufolge waren jedoch Anfang der 90er Jahre bereits etwa 800.000 Personen HIV positiv, von denen etwa 160.000 schon AIDS-Symptome entwickelt hatten. Bei den restlichen infizierten Personen wurde mit dem Ausbruch von HIV/AIDS innerhalb eines Zeitraums bis zu 20 Jahren gerechnet - bis zum Jahre 2000 können es über 2,4 Mio. sein (vgl. Länderbericht Tansania 1994, S.36).

Von den Betten des größten Überweisungskrankenhauses in Dar es Salaam sind bis zu 75 % mit Patienten, die an mit HIV/AIDS in Zusammenhang stehenden Krankheiten leiden, belegt. Das Gesundheitsministerium richtet an vier Überweisungskrankenhäusern in Dar es Salaam und am Kagera-Regionskrankenhaus Zentren ein, die HIV-infizierte Schwangere beraten und behandeln. Die Frauen bekommen AZT-Medikamente, die die Gefahr, dass das Virus von der Mutter auf den Säugling übertragen wird, verringern. Man rät allen Schwangeren, den AIDS-Test machen zu lassen. „Wenige unterziehen sich freiwillig. Wenn sie sich untersuchen lassen, kommen sie nicht zurück, um das Ergebnis zu erfahren"(siehe auch Pkt. III, 4), berichtete ein zuständiger Arzt. Der Direktor für Vorbeugemedizin sagt, die AIDS-Medikamente seien für die Regierung viel zu teuer (vgl. [www.tanzania-network.de](http://www.tanzania-network.de) 8/00, Stand 4.10.00).

<b>Region</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>Population</b>
Kagera	7.426	7.671	7.881	1.773.239
<b>Mwanza</b>	6.365	7.006	7.384	2.462.018
<b>Mbeya</b>	14.685	16.835	19.949	2.016.408
<b>Arusha</b>	2.787	3.244	3.567	1.942.558

Tab. 2: steigende Anzahl der AIDS Fälle in verschiedenen Regionen Tansanias (vgl. National AIDS Control Programm, 1998, S.12)

Die rasante HIV/AIDS-Ausbreitung hat mittlerweile auch verheerende Auswirkungen auf das Bildungswesen Tansanias. Die Lehrer sterben an den Folgen der Infektion und die Bildungsfortschritte der vergangenen Jahrzehnte werden zunichte gemacht. Die wichtige Rolle, die die Schulen bei der AIDS-Aufklärung übernehmen müssten, werden geschwächt. Nach Schätzungen der UNICEF verloren 1999 im südlichen Afrika rund 860.000 Kinder ihre Lehrer durch AIDS (vgl. [www.unicef.de](http://www.unicef.de), Jahresbericht 2000, Stand 7.10.00).

Aber nicht nur Lehrer sind betroffen, Menschen sterben in ihren produktivsten Jahren, somit fallen Feldarbeiter, Ärzte, Krankenschwestern usw. in der tansanischen Gesellschaft weg und es entstehen Lücken im Berufsleben, die so schnell nicht gefüllt werden können.

Stirbt ein Farmer mit 30 Jahren, verliert die nationale Wirtschaft nicht nur eine Arbeitskraft, sondern auch ihre Produktivität für die nächsten 20 bis 30 Jahre. Die Weltbank schätzt, dass eine Infektionsrate bei Erwachsenen von 10-13 % das nationale Einkommen um 30 % reduzieren könnte (vgl. [www.unicef.de](http://www.unicef.de) Jahresbericht 2000, Stand 7.10.00).

Entsprechend ihrem Lebenskontext und kulturellen Rahmen haben viele Menschen eigene Erklärungsmuster für HIV/AIDS gefunden, wie auch das Beispiel der Juliana Boys zeigt:

Die Juliana Boys, eine Schmugglerbande, die über die Grenze nach Uganda ging und dort Waren kaufte, die in Tansania nicht erhältlich waren, soll AIDS aus Uganda nach Tansania eingeschleppt haben. Auf der tansanischen Seite der Grenze glaubten viele, dass die Juliana Boys von mächtigen Hexen im Grenzgebiet verhext worden seien. Die erste Person, die an HIV/AIDS gestorben ist, sei ein ugandischer

Geschäftsmann gewesen, der einem tansanischen Schmuggler „*dagaa*“ (Suaheli für „kleine getrocknete Fische“) abgenommen habe, ohne diese zu bezahlen. Der Tansanier ging zurück in sein Land, traf eine Abmachung mit einer mächtigen Hexe, die den ugandischen Geschäftsmann mit AIDS belegte, woran dieser starb (vgl. Joinet 1991, S. 18).

In der Kagera-Region wurde beobachtet, dass die Leute glauben, die Krankheit komme von einem „*mdudu*“ (Suaheli für „Wurm“), der langsam das Innere des menschlichen Körpers auffressen würde, so wie ein Kornwurm langsam das Innere eines Maiskorns zerstört. Die Menschen glauben, dass dieser Wurm von einer Hexe geschickt wurde. Auch wird die Schuld den Ahnen gegeben, die die betroffenen Personen durch AIDS daran erinnern wollen, dass ihnen nicht der nötige Respekt erwiesen wurde.

Es ist nicht ungewöhnlich für die tansanische Kultur, dass die Menschen sich selber nie die Schuld an z.B. Krankheiten wie HIV/AIDS geben - Verantwortlichkeiten werden delegiert und eigene Verhaltensmuster und eigenes Fehlverhalten müssen nicht überprüft und korrigiert werden. Verwachsen in ihrer Kultur und geprägt von der mangelhaften Bildung werden die, zumindest für europäische Ohren, absurdesten Erklärungen akzeptiert.

Die Regierung blieb zunächst der AIDS-Thematik gegenüber passiv. Gründe dafür wurden offiziell nicht genannt. Zu vermuten ist, dass sie Panik im Lande und negative Berichterstattung auf internationaler Ebene vermeiden wollte.

Das Nicht-Sprechen über AIDS und das Schweigen der tansanischen Regierung haben zu einer ohnehin bestehenden Stigmatisierung AIDS-Betroffener und der damit verbundenen Mythenbildung und Unsicherheit im Umgang mit HIV/AIDS weiter beigetragen und die Öffentlichkeitsarbeit erschwert (vgl. Schumacher 1997, S.138).

### **3.1 Ursachen für HIV/AIDS (Nina Hapke)**

Ursachen der schnellen Ausbreitung von HIV/AIDS in Tansania sind ungeschützter Geschlechtsverkehr, riskante Sexualpraktiken, mangelhafte Aufklärung, eine verfehlte Haltung der Kirchen, die zu Enthaltensamkeit, wenigsten aber zu Treue, auf



gar keinen Fall aber zum Gebrauch von Kondomen aufrufen und schließlich soziale Gründe: Die zunehmende Armut fördert die Prostitution; weil viele Wanderarbeiter fern von ihren Familien und Frauen leben und ihre sexuellen Bedürfnisse bei Prostituierten ausleben, steigt die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion (vgl. Gabriel 1999, S. 175).

Warum für manche Menschen die erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, sich mit HIV zu infizieren, hängt in hohem Maße von ihrer sozialen und persönlichen Situation ab. Der Zusammenhang von Geld, wirtschaftlicher Notlage und Ansteckungsgefahr spielt auch für Frauen eine große Rolle. Durch ihren Kontakt zu LKW-Fahrern breitet sich der Virus zunächst bei Bar-Mädchen aus. Doch auch manche ledige und verheiratete Frauen sind darauf angewiesen, durch Gelegenheitsprostitution das finanzielle Überleben ihrer Familie zu sichern.

„*Ukimwi ni ajali kazini*“ (Suaheli für „AIDS ist ein Arbeitsunfall“) verdeutlicht, dass HIV/AIDS oft in engem Zusammenhang mit Geld, wirtschaftlicher Notlage und vor allem weiblicher Abhängigkeit steht (vgl. Schumacher 1997, S. 139ff).

### **3.2 AIDS-Prävention** (Nina Hapke)

„Breaking the Silence“ ist das Motto der 13. Weltaidskonferenz, die im Juli 2000 in Südafrika stattgefunden hat. Dieser Titel drückt eines der größten Probleme von AIDS-Aufklärung aus: Es wird nicht genügend über das Problem gesprochen.

Verstärkte Aufklärung bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei Eltern und Lehrern ist nötig, um die weitere Ausbreitung von HIV/AIDS zu verhindern

In Tansania gibt es oft Unsicherheiten bei dem Thema Kondome. Der Papst lehnt als Oberhaupt der katholischen Kirche Kondome zur HIV-Prävention rigoros ab, da durch deren Gebrauch ein Verhalten gefördert werde, das für die Ausbreitung der AIDS-Epidemie verantwortlich sei. Die katholische Kirche sieht Abstinenz außerhalb und Treue innerhalb der Ehe vor.

Auch der Islam lehnt Kondome ab. Es kommt des öfteren vor, dass katholische und muslimische Geistliche fordern, Paare sollen sich vor der Trauung einem HIV-Test unterziehen, ansonsten wird die Trauung verweigert. In der Kagera-Region ist die Lutherische Kirche dafür bekannt, auf diese Art und Weise vor Eheschließungen zu verfahren.

Frauen stehen unter dem Druck, ihre Gebärfähigkeit zu zeigen und definieren sich über ihre Mutterrolle. Männer sind ebenfalls anerkannter, wenn sie ihre Zeugungsfähigkeit unter Beweis stellen. In dieses Weltbild passen weder AIDS noch Kondome. Die enge Verbindung von AIDS und Sexualität bedeutet eine Hürde in der AIDS-Arbeit, weil über Sexualität im allgemeinen nicht gesprochen wird (vgl. Schumacher 1997, S.145).

Barley führt nicht ohne Grund an: „Mit einem gewissem Recht ist bemerkt worden, dass das einzige, was man im inländischen Postdienst gefahrlos verschicken kann, empfängnisverhütende Mittel sind“ (Barley 1999, S.117) - die bestimmt nicht gestohlen werden. Dies bezieht er zwar auf einen Stamm in Westafrika, trifft aber genauso auf Tansania zu.

### **3.3 Auswirkungen von HIV/AIDS auf die Familie (Daniela Paul)**

Die zu beobachtenden Auswirkungen sind sehr vielschichtig und führen dazu, dass man innerhalb einer Familie die Folgen, dass eine Person HIV-infiziert, AIDS-krank oder an AIDS gestorben ist, aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten muss, wie z.B. die der Großeltern, der Frauen, der Kindern und der Männer. Bedingt durch die oft besonders schwierige Situation der Frauen und Kinder, wird diese in den nächsten Punkten ausführlicher behandelt.

Oft handelt es sich bei den von AIDS betroffenen Personen einer Familie um diejenigen, die für die Versorgung der Großfamilie in allen Bereichen des täglichen Lebens zuständig sind.

„In diesem Sinne ist AIDS (...) eine Familienkrankheit und reduziert sich nicht auf das tatsächlich betroffene Familienmitglied“ (ASA Studien 1997, S. 140). Fällt eine Person in arbeitsfähigem Alter aus, reduziert sich das Einkommen der Familie. Kinder sowie Großeltern sind dann gezwungen, für die Ernährung der Familie zu sorgen und sich um die Pflege des Kranken zu kümmern. Hinzu kommt, dass viele der Kinder nicht mehr zur Schule gehen können, da dann auch das Geld für die Schule, die Schuluniform und die benötigten Materialien fehlt.

„Am meisten betroffen sind die Familien, die den Vater verloren haben; bei welchen die Witwe mit den Kindern allein bleibt“ (Perren-Klingler (Hrsg.) 1995, S.60). Zum einen fällt das Einkommen der Familie weg und zum anderen ist es des öfteren vorgekommen, dass HIV positive Väter ihr Land weit unter dem eigentlichen Wert verkaufen müssen, um anfallende Arztrechnungen bezahlen zu können. Meist geschieht dies ohne das Wissen ihrer Familien. Stirbt der Vater, steht die Familie mittellos da.

Sterben beide Elternteile an AIDS, sind es meistens die Großeltern, die, anstatt von ihren Kindern versorgt zu werden, sich um ihre Enkel kümmern müssen. Die Großfamilien werden durch AIDS zerstört und häufig sind die Großeltern schon jetzt mit der Zahl der AIDS-Waisen überfordert und der finanzielle Druck auf diese Familien wird immer größer, wie z.B. bei Leone aus Uganda:

„Bei mir leben 11 Waisen. Meine Schwester ist gestorben und ließ sechs Kinder zurück. Die anderen fünf sind die Kinder meiner verstorbenen Tochter. Es ist sehr schwer für mich, für sie alle zu sorgen“ ([www.unicef.or.at/gericht/spezial/AIDS/aidsweisenhtml](http://www.unicef.or.at/gericht/spezial/AIDS/aidsweisenhtml), Stand: 25.09.2000, S. 2).

Können die Kinder nicht mehr bei Verwandten unterkommen, werden sie auch von benachbarten Familien aufgenommen.

Kinder, die keine Aufnahmemöglichkeit finden, versuchen entweder eigenständig einen Haushalt (Kinderhaushalt) zu führen, landen auf der Straße oder in der Prostitution (siehe auch Pkt. III, 3.5.2).

### **3.4 Frauen und HIV/AIDS (Daniela Paul)**

Verheiratete Frauen sind durch ihre Männer, die möglicherweise andere Ehefrauen (Polygamie) oder außereheliche Beziehungen haben, einem HIV-Risiko ausgesetzt. Darüber hinaus sind Ehefrauen mit verschiedenen Formen von Aggression seitens ihrer Männer konfrontiert, u. a. Vergewaltigung, die aufgrund der Verletzung der Genitalien mit einem erhöhten Risiko der Übertragung von HIV verbunden sein kann.

Befürchtet eine Frau, dass ihr Mann HIV-positiv ist, hat sie meist keine Möglichkeit, sich dem Geschlechtsverkehr zu entziehen oder ihren zu Mann zwingen, „Safer Sex“ zu praktizieren. Verweigert eine Frau in Tansania ihrem Mann den Geschlechtsverkehr, hat er das „Recht“, sie wegzuschicken (vgl. Info@aidsnet.ch, Kaliba, Stand 25.09.2000).

Stirbt der Ehemann der Frau, kann es passieren, dass die Frau in den Besitz männlicher Angehöriger übergeht oder es bleibt ihr ohne jedes Einkommen nichts anderes übrig, als sich einen neuen Partner zu suchen, um das eigene und das Überleben der Kinder zu sichern. In beiden Fällen erhöht sich für die Frau die Gefahr einer HIV-Infektion (vgl. Info@aidsnet.ch, Gruénais, Stand: 25.09.2000).

Sind Frauen HIV-positiv, verschweigen sie ihrem Mann oft das Testergebnis, aus Angst, von ihm aus dem Haus getrieben oder durch eine andere Frau ersetzt zu werden. Damit wächst für die Frau die ohnehin enorme psychische Belastung weiter an und es findet sich nur selten jemand, dem sich die Frau anvertrauen kann (vgl. ASA Studien 1997, S. 166).

Außerdem haben HIV-infizierte Frauen in Tansania oft keine Möglichkeit, sich vor allem im Falle einer Schwangerschaft, adäquat behandeln zu lassen. Infizierte Schwangere brauchen Beratung, medizinische Betreuung und ausreichende Ernährung (siehe auch Pkt. III, 1.1), was für die meisten der Frauen nicht gewährleistet werden kann. So führt z.B. Mangelernährung zu einer Schwächung des Immunsystems. Dies läßt die Konzentration der HI-Viren im Blut steigen und erhöht das Risiko einer Mutter-Kind-Übertragung (vgl. www.unicef.de, UNICEF fordert mehr Mittel..., Stand: 07.10.2000). In den Krankenhäusern wird oft nicht einmal das Minimum an hygienischen Vorsichtsmaßnahmen eingehalten. Aufgrund von Versorgungsengpässen bei Desinfektionsmitteln und Alkohol werden bei Entbindungen nicht selten immer wieder dieselben Instrumente benutzt, ohne vorherige Desinfektion. Dies erhöht die Gefahr einer HIV-Infektion für die Mutter ebenso wie für das Kind (vgl. info@aidsnet.ch, Gruénais, Stand: 25.09.2000).

### 3.5 Kinder und HIV/AIDS (Daniela Paul)

Kinder können auf unterschiedliche Arten von AIDS betroffen sein:

- Sie können gesunde, d.h. HIV- negative Kinder sein, deren Eltern HIV-infiziert sind.
- Sie können gesunde Kinder sein, die Verwandte / Bekannte durch AIDS verloren haben.
- Sie können HIV-infizierte Kinder sein, die an AIDS erkranken werden oder schon erkrankt sind (vgl. [www.deep.ch/aids/kinder.html](http://www.deep.ch/aids/kinder.html). Stand: 07.12.99).

Kinder sind, selbst in ihren nahen Umgebung, einem ständigen Infektionsrisiko ausgesetzt. So hat der Irrglaube, dass Kinder seltener mit dem HI- Virus infiziert sind, die Nachfrage nach immer jüngeren Prostituierten enorm gesteigert. Das Gegenteil ist jedoch der Fall: Kinder sind aus anatomischen und organischen Gründen äußerst anfällig für HIV/AIDS und andere Geschlechtskrankheiten und dadurch besonders gefährdet, sich mit HIV zu infizieren (vgl. [www.unicef.or.at/gericht//spezial/ AIDS/risiko.html](http://www.unicef.or.at/gericht//spezial/ AIDS/risiko.html), Stand: 25.09.2000, S. 1). Untersuchungen haben ergeben, dass die Raten der HIV–Infizierten unter Kinderprostituierten und Straßenkindern sehr hoch sind (ebd. S.1 ff).

#### 3.5.1 Kinder mit HIV/AIDS (Daniela Paul)

Auf der 13. Welt–AIDS–Konferenz in Durban, Südafrika (Juli 2000), wurde bekannt, dass in Südafrika pro Monat 5.000 HIV–infizierte Babys zur Welt kommen. Mit den Ressourcen und Behandlungsmöglichkeiten, die es z.B. in Deutschland gibt, hätten 4.950 dieser Neuinfektionen verhindert werden können (vgl. AIDS & Kind (Video) 2000).

Das größte Infektionsrisiko für das ungeborene Kind besteht während der Schwangerschaft der HIV–positiven Mutter und für das Neugeborene beim Stillen durch eine HIV–positive Frau. In Europa wird diesen Müttern vom Stillen abgeraten. Den Müttern in Tansania ist dies nicht zu empfehlen, da kein adäquater Ersatz zur Muttermilch vorhanden, bzw. dieser zu teuer ist.

In der ersten Zeit nach der Geburt kann nicht festgestellt werden, ob das neugeborene Kind einer HIV–positiven Mutter Virusträger ist oder nicht. Nach der Geburt tragen

alle Kinder die Antikörper ihrer Mutter in sich (HIV-exponiert). Ist das Kind nicht infiziert, nimmt die Anzahl der Antikörper ab. Sind nach 15 Monaten noch Antikörper nachweisbar, kann davon ausgegangen werden, dass das Kind infiziert ist (vgl. Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Hamburg e.V.1998, S. 8 ff). Der Krankheitsverlauf ist sehr unterschiedlich. Bei HIV- positiven Kindern kommt es jedoch schneller zum Ausbruch der Krankheit und zum Tod als bei Erwachsenen. Vor allem in den Entwicklungsländern tötet AIDS Kinder sehr schnell, bedingt durch ihre Armut. Denn, sind Kinder z.B. unterernährt, ist ihr Immunsystem sehr schwach. Oft sterben diese Kinder an den typischen Kinderkrankheiten (Durchfall, Masern, Tuberkulose...) und sind somit ohne HIV-Test nicht von den HIV-negativen Kindern zu unterscheiden. Aber gerade der HIV-Test ist für viele arme Länder zu teuer (vgl. [www.unicef.or.at/gericht/spezial/AIDS/zukunft.html](http://www.unicef.or.at/gericht/spezial/AIDS/zukunft.html), Stand: 25.09.00).

Die Lebenserwartung infizierter Babys und Kleinkinder ist sehr unterschiedlich, wobei die Lebensumstände der Kinder eine Rolle zu spielen scheinen. „Während in Europa 20 Prozent der infizierten Kinder vor ihrem 3. Geburtstag sterben, sind es zum Beispiel in Uganda 75 Prozent“<sup>3</sup> ([www.unicef.de](http://www.unicef.de), UNICEF Jahresbericht 2000, Stand: 07.10.00). In Deutschland gibt es HIV-positive Kinder, die zwölf Jahre alt sind und noch keine Symptome der Krankheit (AIDS) zeigen (vgl. Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Hamburg e.V. 1998, S. 10). Für Tansania gibt es darüber keine Informationen. Es kann durchaus sein, dass es auch dort HIV- positive Kinder in diesem Alter gibt.

### **3.5.2 AIDS–Waisen in der Gesellschaft / Familie (Daniela Paul)**

Weltweit haben, einem UNO-Bericht zufolge, 13,2 Millionen Kinder ihre Eltern durch AIDS verloren. 95 % von ihnen leben südlich der Sahara (vgl. [www.icn4u.de/TopNews](http://www.icn4u.de/TopNews), Stand: 25.09.2000).

Wenn die Eltern an AIDS erkranken, beginnt für die Kinder eine schwere Zeit, denn meistens sind sie es, die die Kranken pflegen und zusätzlich für ihre Geschwister sorgen müssen. Da es sich bei AIDS um eine sexuell übertragbare Krankheit handelt, müssen die Kinder mit dem Risiko leben, dass beide Elternteile an AIDS erkranken

---

<sup>3</sup> Für Tansania lagen keine genauen Angaben vor, die Zahlen dürften sich aber in einem ähnlichen Rahmen bewegen, Anm. der Autorin

und sterben (vgl. UNICEF Information 1999, S. 2ff). So werden die Kinder über längere Zeit mit den Schmerzen und der Verzweiflung der Eltern konfrontiert, ohne ihnen helfen zu können. Dieser Zustand führt dazu, dass Kinder oft an „Depressionen, Stresssymptomen und Angstzuständen“ (www.unicef.de, UNICEF zum Welt-AIDS Tag, Stand: 07.10.00) leiden und sie dann selten jemanden haben, der ihnen hilft mit diesem traumatischen Ereignis fertig zu werden.

„Im Jahr 2010 – so eine Hochrechnung der USAID - wird es in Tansania 4,2 Millionen Waisen geben, die ihre Eltern durch AIDS verloren haben. (...) Dies bedeutet, dass jedes dritte Kind in Tansania ein Waise sein wird. In den Schulen von Kagera, in denen wir arbeiten, treffen wir schon heute auf dieses Verhältnis: ein Fünftel bis zu einem Drittel der Kinder hat einen oder beide Elternteile verloren“ (www.foundation.novartis.com Stand: 10.12.99, S.2).

Angesichts dieser Zahlen sind die traditionellen Unterstützungssysteme zusehends überfordert, so dass immer mehr AIDS-Waisen von Vernachlässigung bedroht sind. Sie sind meist schlechter ernährt als ihre Altersgenossen, die noch bei ihren Eltern leben, und viele von ihnen müssen sich schon jetzt als Straßenkinder durchschlagen. Kinder, in deren Familie jemand an AIDS gestorben ist, werden oft stigmatisiert, diskriminiert und von der Gesellschaft ausgegrenzt.

AIDS-Waisen müssen oft mehr leisten als Kinder, die bei ihren Eltern leben: Sie gehen unter erschwerten Bedingungen in die Schule. Mädchen „managen“ ganze Familien und die Jungen springen bei der Feldarbeit ein oder beteiligen sich an der Hausarbeit. Diese Leistung der Kinder wird aber oft nicht gewürdigt, im Gegenteil, „die Kinder und Jugendlichen müssen sich noch rechtfertigen, warum sie gewissen (Normal)- Erwartungen (z.B. Schulleistungen) nicht entsprechen“ (K. Madörin 1999, Positionspapier, S.3).

Die hohe Zahl der AIDS-Waisen fordert somit auch ein Umdenken der Gesellschaft, da gewisse Normen und Regeln an Gültigkeit verlieren oder nicht mehr umsetzbar sind. So wurden Kinder bis vor einiger Zeit noch weggeschickt, wenn jemand gestorben ist, der Tod wurde von ihnen ferngehalten. „Heute“ so Joel Rwamulera, Counsellor der Lutheranischen Kirche in Bukoba, „sprechen die Kinder selbst beim

Spielen darüber, dass der oder die gestorben sei, an - *ukimwi* – an AIDS“ (www.foundation.novartis.com Stand: 10.12.99, S.1).

## **4 Einrichtungsprofil zu HUMULIZA in Nshamba**

### **4.1 Bedingungsfeld der Einrichtung**

#### **4.1.1 Lage / Region (Nina Hapke)**

Die im weiteren Verlauf der Arbeit behandelte Einrichtung befindet sich in dem Dorf Nshamba, das sich in der Kagera-Region im Nordwesten Tansanias befindet. Die nächste größere Stadt und Verwaltungssitz ist mit 50.000 Einwohnern Bukoba. In der Kagera-Region lebten 1988 46,7 Einwohner pro qkm, die Gesamtfläche beträgt 28.388 qkm (vgl. Länderbericht Tansania 1994, S. 32).

Die Kagera-Region liegt südlich von Uganda, östlich von Ruanda und Burundi, westlich vom Victoriasee und wird im Süden von einem nicht gut passierbaren Nationalpark begrenzt. Diese Lage sondert die Region von anderen tansanischen Regionen ab (vgl. Karte 2 im Anhang 1). Um die Kagera-Region von Dar es Salaam aus zu erreichen, nimmt man üblicherweise den Zug nach Mwanza am Victoriasee, eine Zwei-Tagesreise. Von dort aus gehen täglich Fährschiffe nach Bukoba, die über Nacht ca. 10 Stunden brauchen. Von Bukoba fahren mehrmals wöchentlich Busse, die fünf Stunden für die Fahrt nach Nshamba benötigen.

Die Region um Bukoba ist bekannt für ihren Kaffee-Anbau.

Kagera ist versorgungstechnisch von Mwanza, dem größten Wirtschaftszentrum im Nordwesten Tansanias abhängig (vgl. Gabriel 1999, S. 629). Hauptnahrungsmittel sind Kochbananen, Mais und Süßkartoffeln. Besonders Bananen sind vielseitig verwendbar: Es wird z.B. Pompe hergestellt, das lokale Bier, sowie Konyagi, der Bananenschnaps. Aber auch als Gemüse, Saft und Brei finden sie ihre Verwendung. Die Bananenblätter dienen als Teller, Toilettenpapier und getrocknet als Dachabdeckung.

In Nshamba Division leben nach Angaben des örtlichen Divisional Secretary 88.731 Menschen, davon 46.164 Frauen und 41.867 Männer, 29.055 von ihnen sind



erwerbstätig. Auch hier ist die Haupteinkommensquelle der Kaffee- und Bananenbau.

Es gibt in dem Division sechs staatliche, zwei kirchliche und einige private Krankenhäuser und viele Häuser oder Heilkundige, die die traditionelle Medizin anwenden, wobei hier die genauen Zahlen nicht bekannt sind (vgl. Interview Nr. 2 im Anhang 3). In Nshamba Ward gibt es eine Secondary School und neun Primary Schools (vgl. Interview Nr. 1 im Anhang 2).

#### **4.1.2 Bevölkerung, die Haya (Nina Hapke)**

Die Haya sind die größte ethnische Gruppe in der Kagera-Region und bilden einen der größten Stammesverbände in Tansania mit mehr als 1 Millionen Einwohnern (vgl. Weiss 1996, S.16).

Die Bevölkerung der Haya (=Bahaya, die Region der Haya = Buhaya Übersetzung in Kisuaheli) ist bantuid und setzt sich deutlich von den mehr äthiopiden und nilotiden Nachbarn im Norden und Westen ab. Die Haya sprechen Kihaya, wobei Kisuaheli als zweite Muttersprache bezeichnet werden kann. Die Bevölkerung ist vorwiegend katholisch, weniger häufig sind die Menschen Protestanten und Moslems, nach Angaben des Divisional Secretary (siehe Interview Nr. 2, Anhang 3) sind traditionelle Glaubensrichtungen offiziell wenig vertreten.

Dennoch sind in vielen Riten die alten, traditionellen Glaubensmuster mit den christlichen verwoben, wie z.B. bei Hochzeiten und Todesfällen.

Die Bodenverbundenheit und Stammestreue der Haya war in Tansania fast sprichwörtlich. Sie waren, nach Untersuchungen des Anthropologischen Instituts der Universität zu Kiel 1969, mit deutlichem Abstand von anderen Stammesgruppen Tansanias die sesshaftesten, die sich kaum an der lebhaften Binnenwanderung in Tansania oder an grenzüberschreitenden Wanderungen beteiligten.

Ebenso befanden sich bei den Haya kaum Zuwanderer aus anderen Gebieten. Diese Isolierung der Haya gegenüber anderen Bevölkerungen stand in gewissem Gegensatz zu der starken Betonung des Bildungswesens in ihrem Gebiet, was nach Jürgens zum Teil durch die Aufgeschlossenheit der früheren Häuptlingsdynastien gegenüber dem Bildungswesen zu erklären sei (vgl. Jürgens 1969, S.252).

Auch heute wird der Secondary Abschluss von vielen Haya angestrebt, dieser ist aber für fast alle unerreichbar. Es gibt nur 500 Plätze in privaten und öffentlichen Secondary Schools in der gesamten Kagera-Region für jährlich 17.000 graduierte Schüler von Primary Schools (vgl. Weiss 1996, S.23).

Die Haya leben hauptsächlich in Familiengemeinschaften, die alle an der Feldarbeit beteiligt sind. Die Häuser oder Hütten, die oft aus Lehm und Holz, manchmal auch aus Stein gebaut sind, stehen auf dem Grundstück, wo meistens Kochbananen und Kaffee angebaut werden und wirken aus europäischer Sicht sehr einfach (vgl. Fotos im Anhang 13).

In der ländlichen Gegend um Muleba gibt es kaum fließendes Wasser, die Frauen und oft auch Kinder müssen lange Strecken zum nächsten Fluss gehen, wo auch die Waschstellen und sozialen Treffpunkte der Frauen sind.

Viele Haya aus der südlichen Kagera-Region sind noch nie weiter als bis Bukoba gekommen, wogegen andere, durch Arbeitssuche gezwungen, trotz der schwierigen Transportmöglichkeiten weit herumgekommen sind.

Smith und Stevens berichten, dass nur 37 % von männlich geführten Haushalten und 7 % von Frauenhaushalten ein Einkommen von einer Beschäftigung außerhalb ihrer Farmen beziehen (Smith and Stevens 1988, S.554).

Auch in ländlichen Gebieten in Bahaya sind Einflüsse der „modernen“ Welt feststellbar. Man sieht es an den Kleidern der Menschen, die offensichtlich von westlicher Mode beeinflusst sind; auf den Märkten kann man Unmengen von Second Hand Kleidern kaufen. Die Frauen wirken auf den ersten Blick sehr exotisch und „afrikanisch“ mit ihren Kangas<sup>4</sup> und Stoffen, die mit T-Shirts und Blusen kombiniert werden. Diese Stoffe werden allerdings in Textilfabriken Tansanias und Kenias und manche der billigsten Stoffe sogar in Holland hergestellt, so dass die traditionelle Webkunst keine Einkommensquelle mehr für die Frauen darstellt.

Der Markt ist das soziale Ereignis der Woche, selbst das kleinste Dorf zieht hunderte von Menschen an (vgl. Weiss 1996, S.24 und Fotos im Anhang 13).

---

<sup>4</sup> Kangas stellen das vielseitigste Kleidungsstück ostafrikanischer Frauen dar und sind ein eminent wichtiges Kulturgut in deren Alltag, das mit der Zeit auch eine kommunikative Funktion gewann. Es finden sich Sprüche, Redewendungen, Aphorismen, Mahnungen, sogar politische Wahlslogans und Wünsche in Kiswaheli auf den Tüchern. Ebenso werden sie als Tragetuch verwendet, um die kleineren Kinder auf den Rücken zu binden (vgl. Gabriel 1996, S. 191).

### 4.1.3 Organisationen in Nshamba (Daniela Paul)

Folgende Organisationen befinden sich in Nshamba ward (umfaßt 6-7 Dörfer):

- HUMULIZA → arbeitet mit und für AIDS-Waisen (s. Pkt. III, 4.2),
- WOSCA → Frauenorganisation, Unterstützung für Witwen, eine Bank für Frauen,
- Tumaini Letu („unsere Hoffnung“) → Day care center (Kindergarten) für Kinder von 0–7, ursprünglich gegründet um AIDS-Waisen einen geregelten Tagesablauf zu ermöglichen und um alleinstehende Mütter, Witwen zu entlasten; zusätzlich bietet Tumaini Letu eine Sozialberatung (social counselling) an,
- World vision → christliche Organisation, finanzielle Unterstützung für AIDS-Waisen, hilft Menschen, die von AIDS betroffen sind,
- OMUKIDENO → Day care center,
- SKORFF → Day care center,
- BRTSTF (Biiirabo Rural Development Scheme Trust Found)→ ermöglichen Waisen, dass sie zur Primary School gehen können, Unterstützung von Witwen, kleine Kreditsysteme,
- WAMATA (*Wananchi Walio Katika Mapambano Ya Ukimwi Tanzania* = Menschen, die gegen AIDS in Tansania kämpfen) → finanzielle Unterstützung für Waisen, damit sie in die Primary- und Secondary School gehen können, bieten materielle und psychologische Unterstützung, Hilfe für AIDS-Kranke, Einkommensprojekte für Waisen und Witwen,
- HUYAWA (*Huduma Ya Watoto* = Service for children) → kümmern sich um die Grundbedürfnissen der AIDS-Waisen und die ihrer Familien, machen Hausbesuche, registrieren AIDS-Waisen (vgl. Interview Nr. 1, Anhang 2).

## 4.2 HUMULIZA

### 4.2.1 Terre des Hommes (Nina Hapke)

Der Name „Terre des Hommes“ bedeutet: Erde der Menschlichkeit.

Terre des Hommes Schweiz ist ein politisch und konfessionell neutraler Verein und Mitglied der ‚Internationalen Förderung von Terre des Hommes‘, ein Zusammenschluss von Terre des Hommes - Organisationen in vielen Ländern.

Im Jahre 1960 gründete Edmond Kaiser Terre des Hommes Schweiz, ein Hilfswerk für Kinder in Not. Anfang der Siebziger Jahre kam es zu einer Spaltung, nachdem Kaiser Forderungen der Mitarbeiter nach mehr Demokratie (Wahl des Vorstandes durch die Generalversammlung) nicht nachkommen wollte. So gibt es jetzt zwei Sektionen, eine in der Westschweiz mit einem Sekretariat in Genf um Kaiser und eine in der Deutsch - Schweiz in Basel, zu der Dr. Madörin gehört. Beide haben je einen Vorstand und regionale Arbeitsgruppen.

Im Sekretariat in Basel arbeitet ein Team von elf Angestellten, die bei allen wichtigen Entscheidungen mitbestimmen können. 30 bis 40 unbezahlte Mitarbeiter unterstützen die Organisation. Es gibt ein Spendeneinkommen von 4 bis 5 Millionen Schweizer Franken im Jahr.

Die Genfer Sektion ist ungleich größer, sie beschäftigt 80 Mitarbeiter und verfügt über ein Spendeneinkommen von 30 Millionen Schweizer Franken.

Die Unterschiede im entwicklungspolitischen Selbstverständnis und in der Arbeitsorganisation sind in den beiden Sektionen nach wie vor vorhanden und werden von beiden Seiten betont (vgl. [www.terredeshomme.ch](http://www.terredeshomme.ch), Stand 6.9.00).

### 4.2.2 HUMULIZA – Entstehungsgeschichte (Nina Hapke)

In diesem bereits ausführlich beschriebenen soziokulturellen Umfeld etablierte sich das Projekt HUMULIZA.

HUMULIZA ist der Kihaya - Ausdruck für „jemanden trösten“. Es wurde bewusst ein Kihaya - Name ausgewählt, damit die Bedeutung auch in den Dörfern verstanden wird.

Das Projekt ist eine Idee von Dr. Kurt Madörin, einem Mitarbeiter von Terre des Hommes Schweiz.

Angefangen hat seine Arbeit in Nshamba mit der finanziellen Unterstützung von Waisen in Day Care Centern. Durch Gespräche mit den Waisenkindern wurde ihm bewusst, dass in der Kagera-Region zwar viele Einrichtungen existieren, die den Waisen finanzielle Hilfen anbieten, wie das Bezahlen von Schulgeld, es aber keine psychosoziale Betreuung für die Kinder und Jugendlichen gibt. Dieser Mangel wurde auch, nach Dr. Madörin, von den Betroffenen selber thematisiert. So fing er mit der Ausarbeitung eines neuen Konzeptes an (vgl. Kapitel 6.5.). Die Kagera-Region als Zielgebiet wurde unter anderem deshalb gewählt, weil sich das beabsichtigte Programm in einfachen ländlichen Verhältnissen bewähren sollte (vgl. Interview Nr. 4 im Anhang 5).

Die ersten inhaltlichen Vorbereitungen wurden 1997 von Madörin in der Schweiz getroffen. Im März desselben Jahres wurden vier Stellen ausgeschrieben und unter 25 Bewerbern in zwei Runden vier Bewerber ausgewählt. Danach folgten organisatorische Vorbereitungen wie Materialbeschaffung, Räumlichkeiten, Miete, Kontakte zu den Distrikt- und Provinzbehörden usw.

Die inhaltliche Vorbereitung in der Schweiz umfasste die Erarbeitung von Modulen<sup>5</sup> für die Erwachsenenbildung, die Erarbeitung eines Ausbildungsprogramms für die Einarbeitung der Mitarbeiter in der Zeit von Juli bis Oktober 1997, die Erarbeitung des Rahmenmaterials für die Arbeit mit Kindergruppen sowie die Zusammenstellung der benötigten Literatur und einer Bibliothek (vgl. Madörin, Schlussbericht 1997, S.1).

HUMULIZA sieht sich als eine Service-Einheit und nicht als NGO (Non Government Organisation). Die Arbeit von HUMULIZA kann man in vier Bereiche unterteilen:

- Seminare für Lehrer und Eltern bzw. Familienangehörige, die täglich mit AIDS-Waisen Umgang haben.
- Seminare für multiplikatorisch arbeitende Erwachsene in anderen Hilfsorganisationen, denen im Rahmen einer Weiterbildung Fachwissen und Erfahrung vermittelt werden soll.

---

<sup>5</sup> Modul bedeutet Baustein, in diesem Zusammenhang ist eine themengebundene Unterrichtseinheit gemeint, vgl. auch Kapitel 7

- Direkte Arbeit mit verwaisten Kindern und Jugendlichen in Form einer psychosozialen Betreuung (siehe Pkt IV, 2).
- Gründung einer Waisenorganisation (siehe Pkt. IV, 3) im Mai 2000, die betroffenen Kindern und Jugendlichen durch gemeinsames Arbeiten eine finanzielle sowie psychische Stütze sein soll (vgl. Madörin, Zwischenbericht 1997, S. 1).

#### **4.2.3 Lage in Nshamba (Daniela Paul)**

Das Gebäude von HUMULIZA, welches sich die Organisation mit WOSCA (s. Pkt. III, 4.1.3) teilt, befindet sich im Zentrum von Nshamba, direkt neben dem Markt.

#### **4.2.4 Einzugsgebiet (Daniela Paul)**

Zu Beginn erstreckte sich die Arbeit mit den AIDS-Waisen über 2 wards, Nshamba und Bilabo. Inzwischen arbeitet HUMULIZA im gesamten Nshamba Division (= 3 wards), so dass zu Nshamba und Bilabo noch Kishanda hinzugekommen ist.

Die Seminare, die HUMULIZA mit den Lehrern und Eltern durchführt, sind auf kein bestimmtes Gebiet begrenzt und können von jeder Gemeinde oder Schule, auch außerhalb von Nshamba Division, angefordert werden (vgl. Interview Nr. 3, Anhang 4).

#### **4.2.5 Integration in die Gemeinde (Daniela Paul)**

HUMULIZA arbeitet auf unterschiedliche Art und Weise mit der Gemeinde zusammen. Ein Weg ist die Zusammenarbeit mit den Lehrern über die Lehrerseminare. Die Lehrer können in ihrem Dorf „chairman“, Eltern oder Pflegeeltern sein und arbeiten zudem mit einer Vielzahl von Kindern. Im Anschluss an die Lehrerseminare von HUMULIZA, lädt das Schulkomitee Leute aus dem Dorf ein, um das Gelernte an sie weiter zu geben und so das Verständnis für AIDS-Waisen zu fördern.

Die direkte Arbeit mit den AIDS-Waisen stieß zu Beginn auf Unverständnis. Kaum jemand aus der Gemeinde verstand, was HUMULIZA macht und weshalb. Aus diesem Grund fanden Versammlungen und Diskussionen mit Pflegeeltern, Politikern, Gemeindeverantwortlichen statt und man setzte sich mit den Ältesten und Medizinmännern auseinander. Hierbei wurde um Verständnis und Akzeptanz für die Situation der AIDS-Waisen geworben, die in ihrer Zukunft ohne unterstützende Erwachsene zurechtkommen müssen, was kulturell noch nicht legitimiert ist (vgl. Terre des hommes, Artikel Madörin 1998, S.4).

Inzwischen hört man, wie sich Leute z.B. in Bussen über HUMULIZA unterhalten und die meisten wissen über die Arbeit der Organisation Bescheid. Die Mitarbeiter der Organisation erhalten des öfteren Briefe, in denen sich die Leute für die Arbeit und Unterstützung von HUMULIZA bedanken (vgl. Interview M. Biro, Anhang 4). Dass HUMULIZA einen so guten Ruf hat, liegt sicherlich auch daran, dass niemand den Leuten etwas verspricht, was am Ende nicht gehalten werden kann (vgl. Interview K. Madörin, Anhang 5).

Dennoch kommt es immer wieder zu Konflikten zwischen den AIDS-Waisen, der Waisenorganisation und der Dorfbevölkerung, bei denen die Mitarbeiter von HUMULIZA einschreiten und zu schlichten versuchen.

#### **4.2.6 Mitarbeiter** (Nina Hapke)

HUMULIZA hat insgesamt sechs Mitarbeiter einschließlich ihres Leiters Dr. Madörin. Dieser möchte auch in Zukunft diese Zahl halten und keine Vergrößerung des Mitarbeiterteams anstreben. Damit soll die Organisation stabil und überschaubar bleiben, ohne sich verwundbar zu machen (vgl. Interview Nr. 4 im Anhang 5).

Dr. Madörin ist mehrmals im Jahr jeweils für zwei bis drei Monate in Nshamba und den Rest der Zeit in der Schweiz, um von dort seine Arbeit für HUMULIZA fortzusetzen.

Neben Fajira, die für die Sauberkeit der Büros zuständig und ‚die Dame für alles‘ ist, gibt es vier weitere Mitarbeiter, die im Verlauf des folgenden Kapitels vorgestellt werden.

#### **4.2.7 Fachliche Qualifikation der Mitarbeiter (Daniela Paul)**

Dr. K. Madörin, Leiter und Koordinator des Projekts, studierte zuerst Lehramt auf Primarstufe. In diesem Bereich war er später sechs Jahre tätig, ehe er erneut ein Studium aufnahm, das der Soziologie. In diesem Bereich promovierte er zum Doktor der Soziologie. In Burundi arbeitete er anschließend einige Zeit als Hochschullehrer. Die Vorerfahrungen für HUMULIZA sammelte Dr. K. Madörin u.a. im Ausland (z.B. in Brasilien) in der Arbeit mit Kindersoldaten, Kinderprostituierten und Straßenkindern, bevor er dann im Juni 1997, als Mitarbeiter von Terre des Hommes Schweiz, HUMULIZA gründete.

Mr.D.Bamwenzaki arbeitete vorher bei World Vision (siehe Pkt. III, 4.1.3) in Nshamba und konnte dadurch schon Kenntnisse in der AIDS-Waisenproblematik mitbringen.

Mr. M. Rwamulerwa ist der einzige der sechs tansanischen Mitarbeiter, der eine fertige Ausbildung durch ein Diplom in Erziehung vorweisen kann.

Mrs. M. Biro, Mrs. J. John und Mrs. Apolinary haben die Secondary School abgeschlossen.

Mrs. Apolinary arbeitet auf der Basis eines Teilzeit-Vertrages in Dar es Salaam und hat eine wichtige Außenstelle für HUMULIZA inne. Ihr Schwerpunkt ist, Kontakte mit Interessenten für das Projekt zu knüpfen, sowie die Durchführung von Kursen z.B. in Kihaya.

Alle Mitarbeiter sprechen fließend Englisch.

#### **4.2.8 Mitarbeiterkonferenzen (Nina Hapke)**

Einmal wöchentlich finden Mitarbeitertreffen statt, wo Informationen und Erfahrungen ausgetauscht werden. Es wird die folgende Woche geplant, alltägliche Probleme besprochen und Langzeitprojekte vorbereitet.

Es wird viel Wert auf Teamarbeit, Basisdemokratie und die Gleichberechtigung aller Mitarbeiter gelegt. Hier wird vor Ort umgesetzt, was die Mutterorganisation Terre des Hommes in ihrem Selbstverständnis an demokratischen Strukturen vorgibt.



#### 4.2.9 Ausbildung des Teams (Nina Hapke)

Die spezielle Ausbildung für die professionelle Arbeit bei HUMULIZA konzentrierte sich auf folgende Schwerpunkte, die Madörin seinem Team in der Zeit von Juli bis Oktober 1997 in der Vorbereitungsphase vermittelte:

- Einführung in die Grundkonzepte der psychosozialen Gesundheit, wobei Begriffe wie Stress, Stressfaktoren, Trauma, sowie Besonderheiten des kindlichen Trauerprozesses behandelt wurden.
- Ausbildung zu Moderatoren.
- Vorbereitung auf die direkte Arbeit mit Kindern, was sowohl eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Kindheitsbegriff in der Haya-Gesellschaft und eine einwöchige praktische Ausbildung im Kinderrechtszentrum „Kuleana“ in Mwanza beinhaltete.
- Vermittlung von praktischen und organisatorischen Fähigkeiten wie Tages- und Wochenplanung, Finanzkontrolle, Verantwortlichkeiten für die Bereiche Schule und NGO's, Sitzungsleitung, Problemlösungsansätze, Informationsverarbeitung usw.
- Einsicht in gruppendynamische Prozesse (vgl. Madörin, Schlussbericht 1997, S. 1 ff).

Als Vorbereitung für die Gründung einer Waisenorganisation (Mai 2000) wurden von dem Team acht Ausbildungsmodule mit den folgenden Themen vorbereitet und besprochen:

- allgemeine Zielsetzungen der Jugendarbeit,
- das Konzept der „Lebensbewältigung“ und „soziale Integration“,
- Prinzipien der Jugendarbeit,
- Entwicklung der Handlungskompetenz von Jugendlichen,
- Basiskompetenz,
- Themen für weibliche und männliche Jugendliche  
(vgl. Madörin, Tätigkeitsbericht 1999, S. 2).

#### 4.2.10 Fortbildungsmöglichkeiten (Nina Hapke)

Den Mitarbeitern von HUMULIZA werden viele Möglichkeiten zu Fortbildungen gegeben wie z.B. die Teilnahme an Seminaren in Arusha (Training Centre for Development Co-operation, Danish Association for International Co-operation) und im Jahr 2000 einen einmonatigen Aufenthalt in Zimbabwe.

Dr. Kurt Madörin legt viel Wert auf die Qualifikation seiner Mitarbeiter und sieht dies als eine gute Investition. Die Mitarbeiter bekommen alle vier bis fünf Monate gestaffelt eine neue Weiterbildungsmöglichkeit. Die vier Teammitglieder werden in verschiedene Richtungen qualifiziert, um der Arbeit unterschiedliche Inputs zu geben, wobei jeder in den Bereich des anderen soviel Einblick hat, dass er für ihn einspringen könnte.

Mr. D. Bamwenzaki ist für die Erwachsenenbildung zuständig und wird auch in diesem Bereich weitergebildet. Mr. M. Rwamulerwa und Mrs. M. Biro sind für die direkte Arbeit mit den Kindern und im speziellen mit der Gründung bzw. Betreuung der Waisenorganisation betraut, Mrs. John ist für die Administration, z.B. Koordination der NGO's und in diesem Jahr auch für ein Radioprojekt im Bereich Öffentlichkeitsarbeit verantwortlich (vgl. Interview Nr. 4 im Anhang 5).

1999 wurden das erste Mal externe Berater aus Zimbabwe hinzugezogen, um die Aus- und Weiterbildung der Team-Mitglieder weiterzuführen, wobei auf folgende Themen eingegangen wurde:

- Einführung in die Systemische Theorie,
- die Entwicklung des Kindes,
- Indikatoren für das Problemverhalten von Kindern,
- Kommunikation und Beratung von Kindern,
- Familienkonstellation und Genogramm,
- Spezielle Problemfelder: Verlust von Eltern, sexuelle Ausbeutung, Selbstmordversuche, Drogenkonsum, Schulprobleme (vgl. Madörin, Tätigkeitsbericht 1999, S.1).

Ebenso gab es ein zehntägiges Moderations-Trainingsprogramm, das in Dar es Salaam im selben Jahr durchgeführt wurde und folgende Themen behandelte:

- Kommunikationsformen,
- Team-Arbeit,

- Gruppendynamik,
- Lehrmethoden,
- das Führen von Trainingskursen (vgl. Madörin, Tätigkeitsbericht 1999).

Die Mitarbeiter müssen und sollen keine Nebentätigkeiten ausüben, da ihre Arbeit bei HUMULIZA sehr zeitaufwendig ist und finanziell gut bezahlt wird. Nebentätigkeiten sind in Tansania nicht unüblich, da viele mit einer Arbeit nicht genügend verdienen.

#### **4.2.11 Finanzierung (Daniela Paul)**

HUMULIZA wird nicht aus dem normalen Haushaltsbudget von Terre des Hommes Schweiz finanziert (z.B. Spendengelder), sondern zur einen Hälfte von der DEZA (Direktion für Entwicklungszusammenarbeit) und zur anderen Hälfte durch Novartis (Stiftung für Nachhaltige Entwicklung). Der Vertrag zwischen Terre des Hommes und Novartis läuft 2005 aus. Bei dem Vertrag mit der DEZA gibt es bisher keine Beschränkung. Die Finanzierung erfolgt ausschließlich durch diese beiden Organisationen. Teilnehmer an Seminaren oder Mitglieder der Waisenorganisation müssen keine Beiträge bezahlen.

Dennoch ist die Finanzierung des Projektes, auch seitens Terre des Hommes, in Zukunft gesichert. Ein Grund dafür ist, nach Angaben von Dr. K. Madörin, dass das Projekt HUMULIZA sehr anerkannt ist (vgl. Interview Madörin, Anhang 5).

Das Grundbudget liegt pro Jahr bei 40.000 bis 50.000 Schweizer Franken.

#### **4.2.12 Ausstattung von HUMULIZA (Nina Hapke)**

Die Basisstation von HUMULIZA in Nshamba ist für europäische Verhältnisse sehr bescheiden - für tansanische Verhältnisse jedoch sehr gut ausgerüstet. Es gibt einen Multifunktionsraum, der je nach Bedarf als Abstellraum für Fahrzeuge oder als Konferenz- oder Seminarraum dient. Er wird jeweils entsprechend hergerichtet. Mittelpunkt ist ein Büro, das mit zwei Computern ausgestattet ist sowie eine kleine Bibliothek. Außerdem besitzt die Einrichtung einige Mountainbikes und Motorräder, und verfügt auf Anfrage sogar über einen Kleintransporter.

#### 4.2.13 Konzept (DanielaPaul)

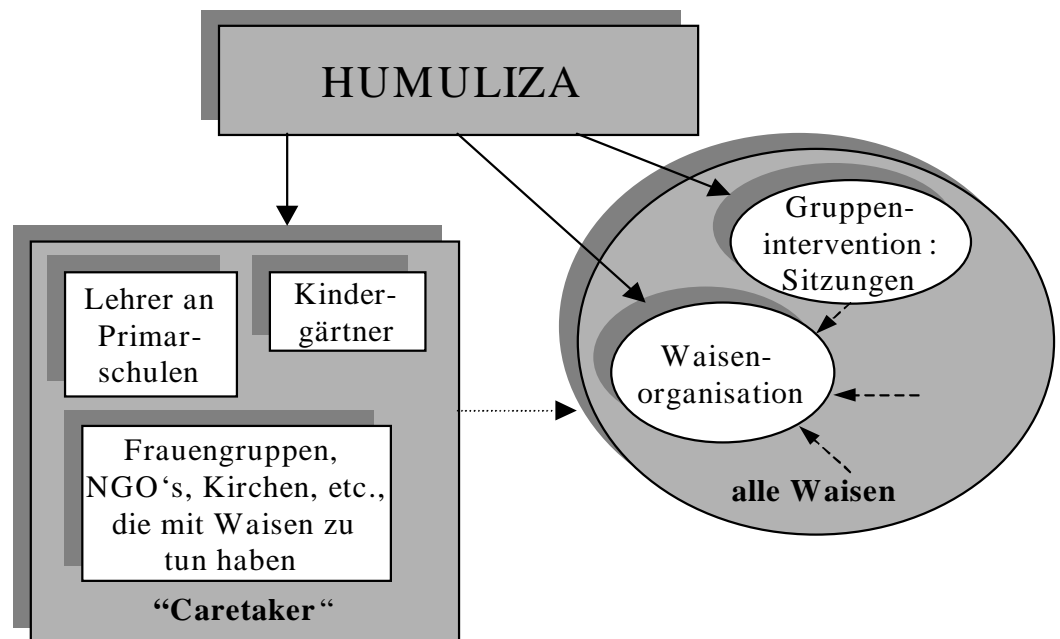


Abb. 1: Zielgruppen und Arbeitsfelder von HUMULIZA

Dem Konzept liegt die Einsicht zugrunde, dass für die Entwicklung eines Menschen verschiedene Kriterien eine Rolle spielen. Dazu zählen z.B. materielle Elemente (Nahrung, Haus), das Erwerben von Fähigkeiten und Wissen und die Bildung „sozialer Energie“ (Selbstbewusstsein, Motivation, Sozialkompetenz, Interventionsfähigkeit usw.).

Der Verlust der Eltern ist für das Kind ein Stressfaktor, der die Entwicklung der „sozialen Energie“ negativ beeinflussen kann. Durch unterstützende Maßnahmen kann eine negative Entwicklung gemildert oder sogar in eine Zunahme der „sozialen Energie“ umgewandelt werden. Diese Faktoren spielen für HUMULIZA bei der Entwicklung ihrer Zielsetzung eine große Rolle.

Die Ziele für die Umsetzung beinhalten zum einen die Entwicklung von Bewältigungsstrategien bei Kindern und die Bewahrung ihrer Handlungsfähigkeit. Zum anderen findet die Förderung einer verständnisvollen und kompetenten sozialen Umgebung statt.

Gearbeitet wird mit zwei Zielgruppen, den „Caretakern“ und den Waisen (s. Abb.1). Zu der ersten Zielgruppe gehören Lehrer an Primarschulen, Kindergärtner und

Frauengruppen, NGO's, Kirchen usw., die mit Waisen arbeiten und weitere Personen, die sich um Waisen kümmern. Die "Caretaker" sollen je nach Bedarf mit Hilfe von Modulen ausgebildet werden. Eine geplante Radiosendung soll diese Module noch mehr Menschen zugänglich machen.

Bei der Arbeit mit den Waisen gibt es zwei methodische Ansatzpunkte: zum einen die direkte Hilfe für die Waisen durch Gruppenintervention in Form von Sitzungen (s. Pkt. IV, 2) und zum anderen Hilfe durch die Waisenorganisation (s. Pkt. IV, 3). Für die Gruppenintervention werden die Waisen direkt von HUMULIZA oder einer Schule ausgewählt. Die Waisenorganisation hingegen ist sowohl für die Waisen, die an einer Gruppenintervention teilgenommen haben, als auch für andere Waisen aus der Umgebung offen.

Neben den „Caretakern“ und den Waisen soll in Zukunft eine dritte Zielgruppe aufgenommen werden, und zwar die der kranken Eltern. Für die Arbeit mit ihnen soll ein Begleit- und Pflegepersonal ausgebildet und Module für Eltern und Kinder entwickelt werden.

Für alle Zielgruppen wird eine Multiplizierbarkeit und Breitenwirkung der angewandten Methoden angestrebt.

#### **4.2.14 Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (Nina Hapke)**

HUMULIZA bemüht sich um Transparenz und die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, da sie sich hauptsächlich als Service-Einheit sieht und auf Anfragen interessierter Einrichtungen angewiesen ist. Hier ist die Außenstelle in Dar es Salaam ein wichtiges Glied.

Während der Entstehung von HUMULIZA wurden alle lokalen NGO's zu einer Informationsversammlung eingeladen, die Interesse an der Arbeit zeigten.

Es bestehen Kontakte zu UNICEF, Mocambique (Milage), Zimbabwe (Bulawayo) und UNAIDS in Genf sowie zur tansanischen Regierung.

Auch wurden die Module ins Portugiesische übersetzt, sowie einer Organisation im Senegal zugestellt, die möglicherweise Interesse an einer Übersetzung ins Französische hat.

#### **4.2.15 Material** (Daniela Paul)

Das der Einrichtung zur Verfügung stehende Material besteht zum einem aus den thematisch gesammelten Büchern in der Bibliothek und verschiedenen Hilfsmitteln (Handpuppen, Papier, Stifte, Hefte...), u.a. zum Erstellen von Mind Maps in den Seminaren. Zum anderen werden verschiedenen Handbücher (Module, Handouts) verwendet.

#### **4.2.16 Situation nach Verlassen der Einrichtung** (Daniela Paul)

Während unserer zweimonatigen Anwesenheit in der Einrichtung wurde das Radioprogramm erstellt, welches von Dar Es Salam ausgestrahlt werden und die Bevölkerung über die AIDS-Waisen-Problematik und evtl. AIDS-Prävention aufklären soll. Weiterhin hat eine erste Sitzung zur Gründung einer Bank für Kinder mit Unterstützung der Frauenorganisation WOSCA stattgefunden, bei der die teilnehmenden Kinder eigene Ideen mit eingebracht haben (siehe Pkt. IV 3.3 Waisenorganisation).

Die Erstellung des Moduls für kranke Eltern und ihre Kinder ist als zukünftiger Aufgabenbereich weiter in der Planung von HUMULIZA enthalten.

#### **Quellen** (Daniela Paul/Nina Hapke)

Dr. K. Madörin (Projektleiter HUMULIZA), Mr. M. Rwamulerwa (Mitarbeiter HUMULIZA, Waisenorganisation), Mr. D. Bamwenzaki (Mitarbeiter HUMULIZA, Lehrerseminare), Mrs. M. Biro (Mitarbeiterin HUMULIZA, Waisenorganisation), Mrs. J. John (Mitarbeiterin HUMULIZA, Koordination der NGO's, Radioprogramm), Mr. Kachochu (chairman, Tumaini Letu), Mr. Victor (social counsellor, Tumaini Letu), Divisional Officer Nshamba.

## IV Darstellung der sozialpädagogischen Intervention für AIDS-Waisen bei HUMULIZA

### 1 Grundlagen zur Arbeit mit AIDS-Waisen

#### 1.1 „Mental Health“ Konzept

Der Begriff „mental health“ hat nichts mit geistiger (mental) Verwirrung zu tun, sondern meint, dass Gesundheit (health) mehr ist, als nur die Abwesenheit von Krankheit. Abgesehen von der physischen Verfassung (physical fitness), umfasst dieses Konzept ebenso psychische und soziale Komponenten wie Selbstakzeptanz (self acceptance), Selbstachtung (self esteem) und die Fähigkeit, sich seiner Gefühle bewusst zu werden und diese äußern zu können (in contact with feelings). Ebenso ist die soziale Integration (social integration) ein wichtiger Faktor, der in diesem Konzept eine Rolle spielt. (vgl. HUMULIZA/Terre des Hommes switzerland, 1999) Somit umfasst dieses Konzept vier Dimensionen (UNICEF Tanzania 1999, S. 11):

Physical Fitness	Self Acceptance / Self Esteem	Social Integration	In contact with Feelings
------------------	----------------------------------	--------------------	-----------------------------

In einem Seminar von UNICEF wurde untersucht, welche Auswirkungen der Tod eines Elternteils auf den Waisen in Hinblick auf diese vier Dimensionen hat:

- Physical fitness
  - mangelhafte Ernährung → führt zu Unterernährung
  - das Fehlen medizinischer Fürsorge → Krankheit
  - fehlender Schutz (Kleidung) → Verwahrlosung
  - Kinder sind vielen Arten von Gefahren ausgesetzt, wie z.B. Kindesmisshandlung, Drogen, sexueller Missbrauch.

- „Self esteem / acceptance“
  - kein Vertrauen (in das soziale Umfeld, in sich)
  - keine Hoffnung auf ein gutes Leben
  - keine eigene Identität
  
- Social Integration
  - Diskriminierung und Stigmatisierung (von seiten der Umwelt)
  - Aggressivität (Die Waisen werden aggressiv.)
  - Minderwertigkeitskomplexe / Frustration
  - Isolation / Verdrängung
  - sich Zurückziehen
  - aus der Schule gewiesen werden
  
- In contact with feelings
  - es ist nicht erlaubt, sich selbst mitzuteilen
  - begrenzte Möglichkeiten über den Verlust / das Trauma zu sprechen
  - Ausweg in Rauchen, Sex und Drogen suchen → Missbrauch
  - Alpträume
  - Angstzustände

Nicht jeder Waise muss alle diese Punkte durchlaufen, dennoch sind solche Auswirkungen häufig zu beobachten (ebd. S. 10).

Die Gemeinde (Nachbarn, Verwandte, örtliche Behörden, Lehrer, Frauengruppen usw.) spielt eine wichtige Rolle, um den Schutz der Kinder zu gewährleisten. Denn letztendlich kann die Gesundheit der Kinder, im Sinne des „mental health“ Konzeptes, nicht unabhängig von der Gesundheit einer Gemeinde, einer Gemeinschaft gesehen werden.



### 1.1.1 Übertragung des „Mental Health“ Konzeptes auf HUMULIZA

Um das Projekt HUMULIZA auf den Bedürfnissen der Kinder aufbauen zu können, wurden Gespräche mit AIDS-Waisen in der Gegend um Nshamba geführt. Dabei wurde deutlich, dass viele Kinder Hilfe benötigen, um über den Tod ihrer Eltern (eines Elternteils) hinwegzukommen. Einige der Kinder können nicht glauben, dass ihre Eltern tot sind und wissen nicht, wie sie mit ihrer Trauer umgehen sollen. HUMULIZA musste eine Möglichkeit finden, die Kinder auf ihr Leben nach dem Tod der Eltern vorzubereiten.

HUMULIZA orientiert sich in der Entwicklung eigener Ideen an dem „mental health“ Konzept, beschränkt sich aber auf drei Ebenen des „menschlichen Seins“.

- I Wirtschaftliche Ressourcen: - Essen/ Nahrung  
 - Haus/ Wohnung  
 - materielle Dinge (Tisch, Bett...)
- II Geistige Ressourcen: - Wissen, Sachkenntnisse  
 - Erziehung (Schule)
- III Soziale Fähigkeiten - Selbstvertrauen  
 - geliebt werden, lieben können  
 - Motivation  
 - soziale Handlungsfähigkeit

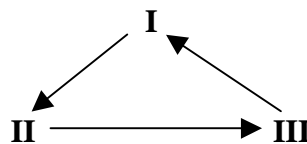


Abb. 2: Zusammenspiel der drei Ebenen: I wirtschaftliche Ressourcen, II geistige Ressourcen, III soziale Fähigkeiten

Dem Kind kann es nur dann gut gehen, wenn seine Bedürfnisse auf allen drei Ebenen befriedigt werden. Sterben die Eltern oder ein Elternteil ist dies oft nicht mehr

gewährleistet und die Auswirkungen des Todes betreffen alle Ebenen. Kinder können nach dem Tod der Eltern noch wirtschaftliche Ressourcen haben, wie z.B. den Besitz eines Feldes. Dieses Feld könnte den Waisen den Lebensunterhalt sichern. Durch den Verlust der Eltern sind viele Kinder völlig antriebslos und ihnen fehlt die Motivation und das Selbstbewusstsein die Arbeit auf dem Feld in Angriff zu nehmen. Dies ist nur ein Beispiel, an dem deutlich wird, dass die sozialen Fähigkeiten des Kindes gestört sind. Genau an dieser Ebene setzt HUMULIZA an, in dem Wissen, dass eine rein materielle Hilfe den Kindern auf Dauer nicht von Nutzen ist. Vielmehr müssen sie in ihrem Selbstbewusstsein gestärkt werden, um in den beiden anderen Ebenen (II und III) agieren zu können.

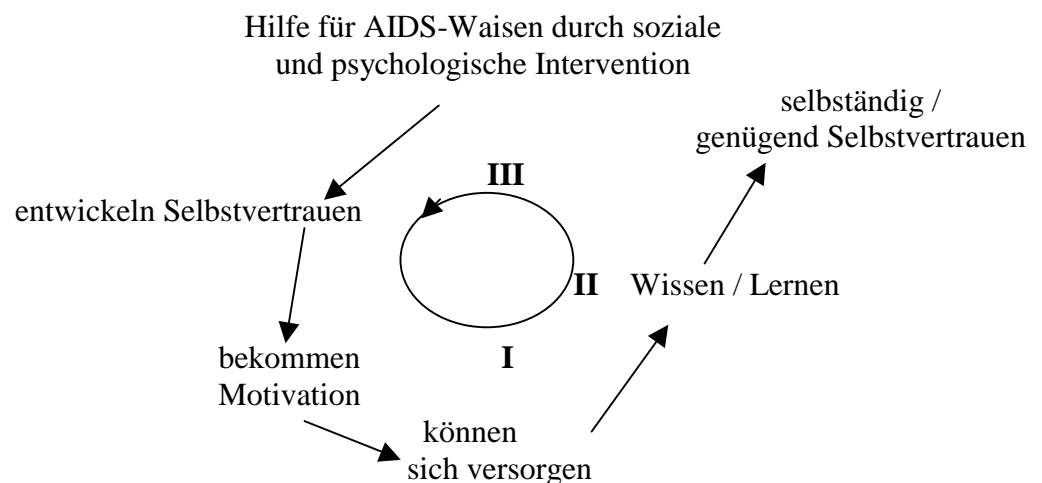


Abb. 3: Theoretische Auswirkung der Arbeit von HUMULIZA auf AIDS-Waisen

In der Regel werden die sozialen Fähigkeiten der Kinder von den Eltern aufgebaut. Dies geschieht u.a. dadurch, dass die Eltern:

- das Kind bestätigen
- gerecht sind (Gerechtigkeit)
- auf eine Anfrage mehrere Möglichkeiten anbieten
- das Kind zur Höflichkeit erziehen
- dem Kind Respekt beibringen
- das Kind zur Selbständigkeit erziehen
- ....

Somit ist die Familie die erste Institution, in der Kinder lernen. Sterben die Eltern, bevor die Kinder all diese Dinge gelernt haben, entfällt die Erziehung und die

sozialen Fähigkeiten können nicht erworben werden. Doch gerade diese sind für die Entwicklung eines Kindes wichtig. Ohne das Gefühl, geliebt zu werden, selbstbewusst zu sein usw., hat das Kind keine Kraft, um sich in anderen Bereichen (Ebenen) zu engagieren (siehe oben). Ohne eine adäquate Erziehung durch die Eltern, können die Kinder wichtige Werte der Gesellschaft nicht lernen und diese auch nicht an ihre Kinder weitergeben. Es können vermehrt Probleme auftreten, bei denen Kinder z.B. in die Prostitution geraten oder zu Dieben werden.

Die angeführten Argumente können nicht nur auf das Fehlen der Eltern zurückgeführt werden, spielen dabei aber eine erhebliche Rolle. Um den Kindern helfen zu können und ihnen u.a. einen Teil dieser Werte zu vermitteln, hat HUMULIZA die sozialen Fähigkeiten als Ausgangspunkt ihrer Arbeit genommen und darauf ihr Konzept aufgebaut.

Dieses wurde u.a. in Form der Gruppenintervention mit Kindern umgesetzt.

Im folgenden Kapitel wird die Methode der Gruppenintervention erklärt und dargestellt.

## **1.2 Gruppenintervention**

Entstanden ist diese Form der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland während einer Krisensituation, die durch den Ausbruch des Zweiten Weltkrieges ausgelöst wurde.

„Bedingt durch die äußeren Umständen wächst die Zahl derjenigen, die therapeutische Hilfe benötigen, so stark, dass die vorhandenen Therapeuten diesem Bedürfnis nicht mehr nachkommen können. Dieser äußere Rahmen bildet dann auch den Hintergrund für den Durchbruch der Gruppentherapie“ (Fatzner 1980, S.15).

Im Kontext „Tansania“ sind es z.B. die AIDS-Waisen, die eine große Zahl Betroffener darstellen. Das heißt, dass auch hier ein bisher üblicher Zugang zu den

Traumafolgen<sup>6</sup> in Form von Einzeltherapie ungeeignet ist. Hinzu kommt, dass in einer Kultur, in der die Gemeinschaft eine wichtige Rolle spielt, die individuelle Psychotherapie ein ungeeignetes Mittel ist, um Betroffenen zu helfen (vgl. Perren-Klingler 1995, S.8).

„Der Gruppeninterventions-Ansatz als psychologisches Element geht von den spezifischen (evtl. auch traumatisierenden) Erfahrungen der Gruppenmitglieder aus. Während diese Erfahrungen für eine nichtbetroffene Umwelt nicht bedeutsam sind oder sogar ein „Defizit“ oder einen „Mangel“ darstellen, stellen sie für Mitbetroffene, die das Gleiche erlebt haben, auch eine Ressource dar, die eine besondere Qualität des emphatischen Verständnisses und des praktischen Herangehens an das Erlebte ermöglichen“ (Madörin 1999, Positionspapier, S. 3).

In der Gruppenintervention sollen die Kinder, im Umgang miteinander, notwendige Fähigkeiten für die Bewältigung des Todes eines oder beider Elternteile erwerben. Bei Gruppen mit einem größeren Zusammengehörigkeitsgefühl und gegenseitigem Vertrauen wird die „emotionale Konfrontation“, das heißt, die Anerkennung der eigenen Gefühle gegenüber einem bestimmten Vorgang, angewandt (Perren-Klingler 1995, S. 70).

In solchen Gruppen können Kinder erfahren, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind und andere Teilnehmer ähnliche Gefühle, aber auch Schwierigkeiten haben wie sie selbst. Die Arbeit in der Gruppe soll den Kindern wieder positive Perspektiven vermitteln und neue Wege aufzeigen.

---

<sup>6</sup> Ein traumatisches Ereignis ist ein Ereignis, bei dem ein oder mehrere Menschen in ihrer körperlichen und/oder seelischen Integrität massiv gefährdet werden. Dieses Ereignis kann einen selbst oder nahestehenden Menschen betreffen“ (Perren-Klingler 1995, S.13). Folgen eines Traumas können u.a. Schlafstörungen, Aggressivität, Depressionen, Zurückgezogenheit, wenig Selbstvertrauen usw. sein (vgl. ebd. S.211).

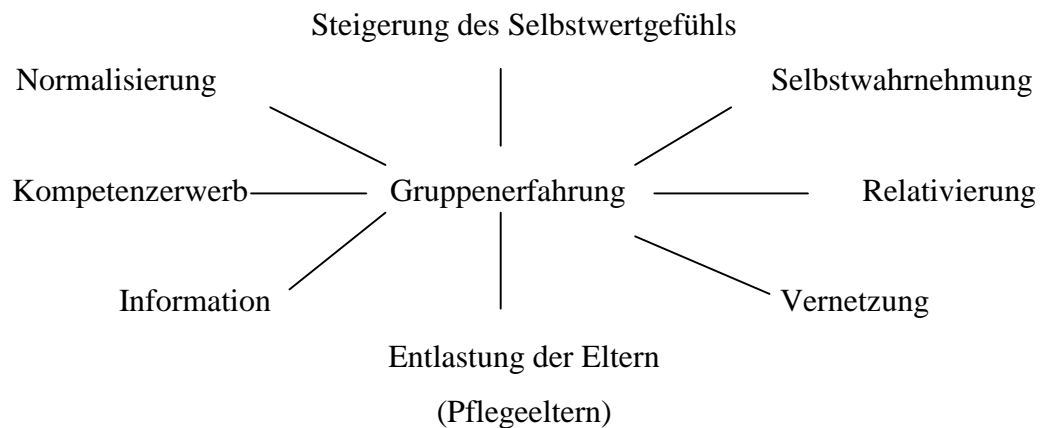


Abb. 3: Auswirkungen der Gruppenintervention/ Gruppenerfahrung (in Anlehnung an: LBS-Initiative Junge Familie 1996, S. 169)

- *Steigerung des Selbstwertgefühls* durch Bestätigung und positive Rückmeldungen,
- *Normalisierung* der Situation durch Erfahrungsaustausch,
- *Selbstwahrnehmung* durch Erleben, Benennen und Darstellen der nach dem Tod eines oder beider Elternteile entstandenen Gefühle,
- *Kompetenzerwerb* durch Erlernen neuer Bewältigungsstrategien (Coping),
- *Relativierung* durch Korrektur der bisherigen Sichtweise,
- *Informationserweiterung* durch Vermittlung von relevantem Wissen den Umgang mit dem Tod/der Trauer betreffend,
- *Vernetzung* durch Förderung von Kontakten,
- *Entlastung der Eltern (Pflegeeltern)* durch Schaffung von Freiräumen (vgl. LBS-Initiative Junge Familie 1996, S. 168).

In der Gruppenintervention setzen sich die Kinder spielerisch und gestalterisch mit den verschiedenen Aspekten des Verlustes auseinander.

Diese Intervention in Form von Sitzungen soll den Kindern Rahmenbedingungen bieten, die eine klare Struktur vermitteln und somit ein Halt für die Kinder sein können. Dazu gehört u.a. ein gleichbleibender, ritualisierter Beginn und Abschluss einer Sitzung, das regelmäßige Stattfinden der Sitzungen (mindestens einmal wöchentlich), das Erzählen der Ereignisse, die die Kinder seit der letzten Sitzung erlebt haben, usw.

Die Sitzungen sollten sich in ihrem Zeitplan nach den Schulferien richten.

Begleitend zu der Arbeit mit den Kindern ist es wichtig, die Pflegepersonen (Eltern, Verwandte usw.) über die Inhalte und Verfahrensweisen der Gruppenarbeit mit den Kindern zu informieren und sie so in den Prozess mit einzubeziehen (vgl. ebd., S. 168 ff).

### **1.2.1 Gruppenintervention bei HUMULIZA**

Die Umsetzung des Gruppeninterventions-Ansatzes bei HUMULIZA sah als erstes eine Gruppenintervention in Schulen vor. Dort arbeitet HUMULIZA mit AIDS-Waisen im Alter von 8-15 Jahren in gemischten Gruppen bis zu ca. 15 Kindern. Die Sitzungen finden einmal wöchentlich in einem Zeitraum von ca. einem halben Jahr statt (siehe ausführliche Beschreibung Pkt. IV, 2). Die Schulferien werden berücksichtigt, so dass in Ferienzeiten keine Sitzungen stattfinden. Diese Intervention in Form von Sitzungen soll den Kinder u.a. mehr Vertrauen in sich und andere geben und sie besser in die Schule und Gemeinde integrieren.

Die Waisenorganisation Vijana Simama Imara (siehe Pkt. IV, 3) wurde ungefähr drei Jahre später gegründet; eine Organisation, die einen „natürlichen“ (Madörin 1999, Positionspapier, S. 2) Rahmen abgibt und in dem Elemente des Gruppeninterventionsansatzes enthalten sind. Auch hier kann die Gemeinschaft dazu beitragen, den Verlust der Eltern besser zu bewältigen. Das Mindestalter, um in die Waisenorganisation aufgenommen zu werden, liegt zur Zeit bei 13 Jahren.

In den folgenden beiden Punkten werden die einzelnen Interventionen genau beschrieben und dargestellt.

## **2 Gruppenintervention mit AIDS-Waisen (Sitzungen)**

### **2.1 Ziele der Sitzungen**

- Durch eine Strukturierung der gesamten Intervention, ebenso wie der einzelnen Sitzung soll ein stabiles Element in das „Chaos“ eingeführt werden, welches durch den wirklichen oder bevorstehenden Tod einer nahestehenden Person entsteht.
- Die Gefühle der Isolation sollen durch den Austausch der mehr oder weniger gleichen Erfahrung verringert werden. So kann das einzelne Kind feststellen, dass sich andere Kinder in einer ähnlichen Situation befinden.
- Durch den Aufbau persönlicher Kontakte soll ein Zusammengehörigkeitsgefühl entwickelt werden, welches auch durch das Ausdrücken gegenseitiger Wertschätzung gestärkt werden soll.
- Die Kinder sollen sich ihrer eigenen Gefühle bewusst werden, diese anerkennen, artikulieren und ihre Erfahrungen, mit denen sie tagtäglich konfrontiert sind, äußern.
- Den Kindern soll die Möglichkeit gegeben werden, in einem geschützten Rahmen Bindung, Zuneigung und Trennung zu erleben.
- Die Kinder sollen ihre eigenen (internen / inneren) Ressourcen erkennen und nutzen. Dies kann sich positiv auf ihr Selbstwertgefühl auswirken.
- Die Kinder sollen befähigt werden, Bewältigungsmechanismen und -strategien (Coping) zu entwickeln und ihre Fähigkeiten, angebotene Unterstützung zu erkennen und nach Hilfe zu fragen, zu stärken.
- Den Kindern soll die Erfahrung gegeben werden, dass es externe Unterstützungssysteme, sogenannte Mesosysteme<sup>7</sup> gibt und sie ermutigen, nach anderen Unterstützungen zu schauen und sie zu nutzen (vgl. HUMULIZA-Project 1997, S. 2).

---

<sup>7</sup> „Ein Mesosystem umfasst die Wechselbeziehungen zwischen den Lebensbereichen, an denen die sich entwickelnde Person aktiv beteiligt ist (für ein Kind etwa die Beziehung zwischen Elternhaus, Schule und Kameradengruppe in der Nachbarschaft) (...) → Ein Mesosystem ist somit ein System von Mikrosystemen. Es wird gebildet oder erweitert, wenn die sich entwickelnde Person in einen neuen Lebensabschnitt eintritt.“ (Bronfenbrenner 1981).

## **2.2 Inhalte der Sitzungen**

Im Folgenden werden die einzelnen Sitzungen und deren Ziele aufgeführt. Die Sitzungen werden hierbei in zwei Teile gegliedert.

Zum einen in den Teil: Rückblick (s. Pkt. IV, 2.2.1) und zum anderen in den Teil: in die Zukunft schauen (s. Pkt. IV, 2.2.2). In der Regel finden die Sitzungen einmal in der Woche, direkt nach der Schule oder an einem Samstag statt. Jede Sitzung wird mit einem gemeinsamen Essen begonnen. Im Anschluss daran setzen sich die Teilnehmer mit den zwei Gruppenleitern zusammen und die Kinder erzählen ihre Erlebnisse der letzten Woche und was für sie wichtig gewesen ist. Danach wird ein Gruppenspiel durchgeführt. Am Ende jeder Sitzung wird noch einmal gespielt und das immer gleichbleibende Abschiedslied „Pao“ (ein Kihayalied = Auf Wiedersehen) gesungen, bei dem sich alle einzeln voneinander verabschieden.

### **2.2.1 Erster Teil: Rückblick**

Sitzung 1: Wir lernen uns kennen und werden eine Gruppe.

Ziele

- gegenseitiges Kennenlernen und „warm-“ werden,
- Informationen über die jetzige Situation der Kinder bekommen,
- einige Gruppenregeln gemeinsam ausarbeiten.

Sitzung 2: Wir nähern uns immer mehr an und nähern uns auch unseren Gefühlen.

Ziele

- den Kindern zeigen und sie durch sich selbst entdecken lassen, dass sie ähnliche / gleiche Erfahrungen gemacht haben (das erlaubt das Gefühl der Isolation zu durchbrechen und zur Gruppenidentität beizutragen),
- Atmosphäre des Vertrauens (in der Gruppe) schaffen, bei der jedes Kind alles erzählen kann,
- sich der „Welt der Gefühle“ nähern.



Sitzung 3: Was sind die Gefühle, die der Verlust einer Bezugsperson mit sich bringen kann?

Ziele

- den Kindern zu ermöglichen unterschiedliche Gefühle zu erkennen,
- das Wissen der Kinder in Bezug auf ihre eigenen Gefühle verbessern,
- die Kinder näher an ihre eigenen Gefühle heranbringen.

Sitzung 4: Gefühle und Situationen

Ziele

- lernen, dass Gefühle mit bestimmten Situationen verbunden sind,
- lernen, dass es Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit eines bestimmten Gefühls und einer entsprechenden Situation gibt,
- lernen, dass jede Person spezifisch (anders) auf eine Situation reagiert,
- lernen, dass das Verstehen der Zusammenhänge zwischen Situation und persönlicher Reaktion, die Bedingung dafür ist, mit seinen Gefühlen bewusster umgehen und mit ihnen fertig werden zu können.

Sitzung 5: Umgang mit Traurigkeit und Hilflosigkeit

Ziele

- gemeinsam die Gefühle der Traurigkeit, Trauer usw. betrachten,
- sich seines eigenen realen und/oder möglichen Verhaltens bewusst werden, wie man versucht, das Erlebte zu bewältigen.

Sitzung 6: Umgang mit Ärger und Wut

Ziele

- sich das Gefühl des Ärgers bewusst machen und akzeptieren,
- lernen die Gefühle, bei denen man Ärger empfindet, zu differenzieren,
- sich positive Strategien der Bewältigung überlegen.

Sitzung 7: Ich bin eine besondere und wertvolle Person.

Ziele

- die Selbstachtung verstärken, indem man seine eigenen Fähigkeiten reflektiert und sich dieser bewusst wird,
- sein Selbstbewusstsein auf diese Fähigkeiten und Qualitäten richten,

- eine positive Rückmeldung von den anderen Kindern bekommen,
- eine symbolische Darstellung der persönlichen Fähigkeiten anfertigen (z.B. durch das Anfertigen eines „Persönlichkeitsschildes“).

Sitzung 8: Was habe ich gelernt – was habe ich genossen ?

(diese Sitzung wird nur benötigt, wenn es zwischen dem ersten und dem zweiten Teil zu einer längeren Pause kommt)

Ziele

- die verschiedenen Punkte zusammenbringen, die in den letzten Sitzungen erarbeitet wurden,
- den Kindern eine klare Struktur über die (erneute) Trennung geben (wann beginnt der nächste Teil der Sitzungen...),
- Party.

### **2.2.2 Zweiter Teil: In die Zukunft schauen**

Sitzung A: Ich habe mich verändert und ich werde mich kontinuierlich weiter verändern!

Ziele

- sich bewusst machen, dass es im Laufe der Zeit immer wieder Veränderungen geben wird,
- verstehen, dass die Vergangenheit die Gegenwart und die Gegenwart die Zukunft beeinflusst,
- lernen in kleineren Zeiteinheiten zu denken, in denen man etwas verändern kann,
- die Kinder damit vertraut machen, dass sie auch durch traurige und schlechte Erfahrungen gestärkt werden und neue Fähigkeiten gebildet werden können.

Sitzung B: Ziele und Wünsche

Ziele

- dem Kind erlauben an seine Zukunft zu denken,
- das Kind ermutigen Pläne und Wünsche zu äußern,
- sich auf kleine Schritte konzentrieren und vermeiden, dass das Kind von unrealisierbaren Wünschen überwältigt wird,

- den Unterschied zwischen Wünschen und Zielen bewusst machen.

#### Sitzung C: Wie löst man Probleme und erreicht ein Ziel?

##### Ziele

- lernen, dass man (manchmal) selber etwas für seine Wünsche und Ziele tun kann,
- lernen, wie man ein Problem angehen kann,
- lernen, dass unterschiedliche Lösungen auch unterschiedliche Konsequenzen haben,
- dem Kind helfen sein Gefühl der Hilflosigkeit zu überwinden.

#### Sitzung D: Ja – Nein

##### Ziele

- den Kindern versichern, dass sie Rechte und Verantwortung haben (in Form von kleinen Szenen sollen sich die Kinder überlegen, ob sie in bestimmten Situationen bejahen oder verneinen würden. z.B.: Der Onkel hat sich 1000 Tsh von einem Mann geborgt. Nun kommt dieser Mann, um sein Geld zurück zu fordern. Der Onkel sagt zu dem Kind, es soll dem Mann sagen, er sei nicht zu Hause.),
- die Kinder unterstützen ihre eigenen Interessen zu entdecken und diese auch zu verteidigen,
- zu lernen, dass es wichtig ist auch mal “Nein“ zu sagen,
- die Kinder in ihrem Bewusstsein stärken, dass ihr Körper ausschließlich ihnen gehört (dies ist wichtig um sexuellen Missbrauch vorzubeugen).

#### Sitzung E: Freundschaft

Diese Sitzung wurde von „Kuleana“<sup>8</sup> in Mwanza entworfen und von HUMULIZA übernommen.

##### Ziele

- Was ist ein guter Freund? Eigenschaften herausarbeiten, die ein guter Freund haben sollte, z.B.: Ein Freund ist jemand, der mir immer die Wahrheit sagt...,
- sich bewusst werden, dass Freunde das eigene Leben beeinflussen können (positiv / negativ),

---

<sup>8</sup> Kinderrechtszentrum in Mwanza, unter dänischer Leitung (Anm. der Verfasserin)

- verstehen, dass, wenn man Freundschaften aufbauen will, man auch etwas dafür tun muss.

#### Sitzung F: Schlüssel für die Zukunft

##### Ziele

- gemeinsam die letzten Sitzungen (A-E) durchgehen (oder alle Sitzungen, wenn es zwischen dem ersten und dem zweiten Teil keine Unterbrechung gegeben hat),
- Hilfen (Schlüssel) suchen, die das Kind unterstützen, bestimmte Ziele zu erreichen oder etwas durchzusetzen,
- Abschied mit einem Feedback für jedes Kind,
- evtl.: Party.

#### **2.2.3 In den Sitzungen verwendete Materialien**

- Handpuppen
- Stifte / Kreide
- Papier
- Handbuch für den Gruppenleiter

### **2.3 Beispiel einer beobachteten Sitzung an der Kihumuro Primary School**

In die Kihumuro Primary School gehen 330 Kinder. 167 von ihnen sind Waisen, von denen wiederum 80 beide Elternteile verloren haben. Aus der gesamten Zahl der Waisen wurden 15 Kinder (6 Jungen, 9 Mädchen) herausgesucht, die besondere Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen, um an den Sitzungen teilzunehmen. (Angaben des Schuldirektors).

Zu diesem Zeitpunkt war der erste Teil der Sitzungen (Rückblick, siehe Pkt. IV, 2.2.1) abgeschlossen und zwischen dem ersten und dem zweiten Teil lagen die Sommerferien. Es wurde mit dem zweiten Teil der Sitzungen (In die Zukunft schauen, siehe Pkt. IV, 2.2.2) der Session A: „Ich habe mich verändert und ich werde mich kontinuierlich weiter verändern“ begonnen.

### 2.3.1 Theoretische Grundlage der Sitzung<sup>9</sup>

1. Startritual (siehe Inhalte der Sitzungen, Pkt. IV, 2.2)
2. Einführung: Wiederholung der Lieder<sup>10</sup> oder Tänze, welche die Kinder selber erfunden haben. Anschließendes Entspannungs- und Vertrauensspiel → Bamboo-Sticks, bei dem es darauf ankommt, den Kindern nahe zu bringen, dass sie nicht alleine sind und sich aufeinander verlassen können.
3. Erste Arbeitseinheit: unsere Lebenslinie oder unser Weg zu leben

Schritt 1: Der Gruppenleiter bittet ein oder zwei Kinder ihren Tagesablauf (den Weg bis zur Sitzung) zu beschreiben, wie er bisher an diesem Tag verlaufen ist und zeichnet dies gegebenenfalls an die Tafel (auf den Boden). Hauptziel dieses Schrittes ist es, den Kindern das starke Symbol des Weges zu verdeutlichen. Dieses Symbol soll ihnen helfen, zu verstehen, dass zu jeder Zeit und an jedem Ort Bewegungen stattfinden, die sich ständig verändern können und dass es ein „vorher“, ein „jetzt“ und ein „nachher“ gibt.

Schritt 2: Der Gruppenleiter zeichnet eine Straße mit der Erklärung, dass es nicht nur einen Weg von zu Hause bis zur Sitzung gibt, sondern eine Strasse, die bei der Geburt beginnt, bis heute reicht und in die Zukunft weitergeht. Hierzu können ein bis zwei Lebenslinien der Kinder dargestellt werden, die die wichtigsten Ereignisse widerspiegeln (ist genügend Zeit vorhanden, können alle Kindern ihre Lebenslinie zeichnen).

Schritt 3: Der Gruppenleiter bittet die Kinder auf der Lebenslinie bis zu jenem Punkt zurückzugehen, an dem die letzte Sitzung des ersten Teils (siehe Pkt. IV, 2.2.1 Erster Teil: Rückblick) stattgefunden hat. Er fragt die Kinder, ob sie sich an diese Sitzung erinnern können. Einige Kinder werden ein paar Kommentare dazu geben können. Dies dient nur dazu, die Kinder an diese Sitzung zu erinnern und diese an den zweiten Teil anzubinden. Nun sollen sich die Kinder an die Zeit zwischen der letzten und der jetzigen Sitzung erinnern. Hierzu sollte der Gruppenleiter einige Fragen vorbereitet haben:

- Hat sich in dieser Zeit etwas verändert? Wenn ja, was?
- Was war das Wichtigste während dieser Zeit?
- Welche Dinge haben mich glücklich gemacht? Welche traurig?

<sup>9</sup> die Darstellung der Sitzung mit ausführlicher Beschreibung der Spiele findet sich im Original im Anhang 7  
<sup>10</sup> „Singen ist ein wesentliches Element im Umgang mit Angst, mit Gefühlen generell“ (Scheffer Zbinden in Perren Klingler (Hrsg.) 1994, S. 221).

- Womit konnte ich nur schwer umgehen?

Schritt 4: Der Gruppenleiter gibt den Kindern für diese Aufgabe 15 Minuten Zeit. Sie können die Antworten aufschreiben oder eine ihnen wichtige Sache zeichnen. Ebenso können Zweiergruppen gebildet werden, in denen man sich die Fragen gegenseitig beantwortet. Der Gruppenleiter soll den Kindern helfen, sich die Veränderungen bewusst zu machen, indem er verschiedene Situationen und Bereiche anspricht, in denen Veränderungen eintreten können: am Abend zur Schlafenszeit, am Morgen, bei der Feldarbeit, bei den täglichen Aufgaben im Haus, beim Kochen, in der Schule, usw.

→ Die Hauptziele dieser Arbeitseinheit sind zum einen, den zweiten Teil der Sitzungen (A-F) mit dem Ersten zu verknüpfen, und zum anderen, den Kinder bewusst zu machen, dass immer Veränderungen stattfinden. Es gibt immer eine Entwicklung in die eine oder andere Richtung.

Schritt 5: Die Kinder setzen sich zusammen und tauschen sich über ihre Erfahrungen aus, die sie anhand der Fragen (Schritt 3) zusammengetragen haben. Der Gruppenleiter soll noch einmal darauf aufmerksam machen, dass viele Dinge ständig in Bewegung sind und sich die ganze Zeit verändern. Veränderungen finden oft in kleinen Schritten statt.

4. Pause

5. Zweite Arbeitseinheit: Und was ist mit erzwungenen Veränderungen...?

Schritt 1: Der Gruppenleiter erklärt den Kindern, die in einem Kreis sitzen, dass sie in dieser Einheit etwas über Veränderungen lernen und sie im Folgenden genau beobachten sollen:

Ein Kind kommt in die Mitte und steht mit gespreizten Beinen ganz still da. Nun soll sich das Kind auf nur ein Bein stellen. Die anderen Kinder beobachten und beschreiben, was sie sehen (Adaption des Körpers an die neue Situation). Der Vorgang kann mehrmals wiederholt werden.

Der Gruppenleiter erklärt, dass jede Veränderung einer Adaption bedarf. Schafft man es nicht, sich auf die neue Situation einzustellen, fällt man um und verliert die Balance. Jedes Kind soll dann die Übung selber durchführen und sich dabei beobachten.

In diesem Schritt sollen die Kinder mit ihrem Körper die Begriffe „Veränderung“, „Balance“ und „Adaption“ erfahren. Diese Form des Erfahrens ist wirkungsvoller, als „nur“ darüber zu sprechen.

Schritt 2: Die Kinder sitzen wieder in einem Kreis. Ein Kind steht erneut in der Mitte auf einem Bein. Diesmal schubst es der Gruppenleiter dabei ein wenig, aber konstant. Die Kinder beschreiben wieder, was sie beobachten: Das Kind versucht die Balance zu halten, aber da der Druck (die ständige Bewegung) zu stark ist, kann es sich nicht länger auf einem Bein halten und kommt wieder auf beide Beine zu stehen. Der Gruppenleiter erklärt, dass manche Veränderungen von außen kommen, also externe Ursachen haben, die man selber nicht beeinflussen kann. Bei solchen forcierten Veränderungen hat man die Möglichkeit zu versuchen zu widerstehen, standhaft zu bleiben, oder sich so gut es geht an die neue Situation anzupassen.

Schritt 3: Der Gruppenleiter erklärt: „Manchmal können diese äußeren Veränderungen sehr stark und schockierend sein. Eine Form dieser schwierigen Veränderungen musstet ihr bereits erleben, indem ihr eure Eltern verloren habt. Niemand hat euch gefragt, ob ihr damit einverstanden seid und vielleicht habt ihr „Stop“ geschrien, aber es hat nicht aufgehört. Es ist wie ein starker Stoß, wenn man auf einem Bein steht. Ihr könnt fallen, ihr könnt euer Gleichgewicht verlieren, aber ihr könnt genauso eine neue Position finden, eine neue Balance. Jeder von euch hat diesen starken Stoß überlebt und ihr habt euch angepasst, genauso, wie es euer Körper eben in der Übung auch getan hat. Ihr wahrt gezwungen, neue Dinge zu lernen und zu tun, die ihr vorher noch nie tun musstet: Verantwortung übernehmen, für euch selber sorgen, usw.“

Schritt 4: Die Kinder sollen die Veränderungen reflektieren, die sich seit dem Tod einer oder beider Elternteile ereignet haben. Weiter sollen sie sich überlegen, wie sie sich an diese neue Situation angepasst haben, was sie für sich selber gelernt haben (Hier kann der Gruppenleiter oder ein Kind ein Beispiel geben, um die Aufgabe verständlich zu machen).

Schritt 5: Bilden von Zweiergruppen, in denen sich die Kinder erzählen, wie sie sich an die neue Situation angepasst haben (10 Minuten).

Schritt 6: Zusammenkommen im Kreis. Jedes Kind erzählt ein oder zwei Beispiele, wie sie sich adaptiert haben und welche neue Fähigkeiten, welches neue Wissen sie erworben haben (Jedes Kind kann es für sich selber erzählen oder es stellt das andere Kind vor, mit dem es in einer Gruppe war und hat somit eine Art Reporterfunktion inne).

Der Gruppenleiter notiert sich das Gesagte. Er kann noch einmal, auf vorsichtige Art und Weise, hervorheben, dass die Kinder etwas sehr Wichtiges verloren haben, aber dass es so aussieht, als seien sie stark genug, sich an diese schwierige neue Situation anzupassen, ohne daran zu scheitern.

Schritt 7: Um diese Einheit zu beenden, stellen sich alle Kinder noch einmal auf ein Bein und versuchen die Balance zu halten während:

- sie versuchen sich hinzuknien,
- sie das andere Bein in der Luft hin und her bewegen.

#### 6. Bewegungsspiel: „Ich will in den Kreis.“

Die Idee des Spiels: Ich muss auf mich selber achten, wenn ich etwas erreichen will.

#### 7. Schlussritual

### 2.3.2 Praktische Umsetzung der Sitzung

Die Sitzung startete eine Woche später als geplant. Die Gruppenleiter haben die Session A in zwei Sitzungen aufgeteilt (erste und zweite Arbeitseinheit, siehe theoretischer Teil), da das Pensum in einer Sitzung nicht zu schaffen war und die Kinder mehr Zeit für die einzelnen Schritte benötigt haben. In der Regel sollen immer zwei Gruppenleiter die Sitzungen leiten. Aus Zeitgründen war bei diesen Sitzungen immer nur ein Gruppenleiter anwesend. In dem ersten Teil der Sitzung war Mrs. M. Biro und in dem zweiten Teil Mr. D. Bamwenzaki anwesend<sup>11</sup>.

#### Erster Teil der Sitzung A (am 28.07.2000 an der Kihumuro Primary School)

1. Gemeinsames Essen in einem der Klassenräume. Anschließend fegen die Kinder (Teilnehmer der Sitzung) den Raum und legen Matten auf den Boden in einem Kreis.

---

<sup>11</sup> Während des ersten Teils der Sitzung, geleitet von Mrs. M. Biro, war die Verfasserin in die Gruppe integriert und nahm an den Spielen und Liedern teil. In dem zweiten Teil, geleitet von Mr. D. Bamwenzaki, saß sie an einem der Schultische außerhalb der Gruppe. Die Sitzungen fanden auf Kisuaheli statt. Während der Sitzung hatte die Verfasserin keinen Übersetzer, konnte der Sitzung aber dennoch recht gut folgen. In den Pausen wurde ihr dann auf englisch erklärt, was stattgefunden hat und bestehende Fragen beantwortet. Hatten die Kinder etwas aufgeschrieben, wurde dies ins Englische übersetzt.



2. Spiel: Zublinzeln: Hierbei üben die Kinder spielerisch sich gegenseitig in die Augen zu sehen. Dies fällt vielen der Kinder wirklich schwer. Eines der Mädchen traut sich nicht, den anderen in die Augen zu sehen.

Anschließend stellen sich die Kinder in einen Kreis, fassen sich an und sollen mit den Händen einen Druck weitergeben. Auch hiermit haben einige Kinder Probleme.

3. Die Kinder setzen sich auf die Matten in einen Kreis und Mrs. M. Biro stellt die Frage, was die Kinder von morgens an bis zum Beginn der Sitzung gemacht haben. Als Hilfestellung zeichnet sie mit Kreide einen Kreis auf den Boden, an dem sie die einzelnen Punkte, welche die Kinder nennen, markiert.

Anschließend werden die Kinder in Zweiergruppen aufgeteilt, um darüber zu sprechen wie ihr Tagesablauf früher mit ihren Eltern aussah und wie es heute, nach ihrem Tod, ist. Wenn die Kinder ihr Gespräch beendet haben, sollen sie ihren Lebensweg aufschreiben oder zeichnen. Mrs. M. Biro geht während der Einzelarbeit zu den Kindern. Eines der Mädchen (13 J.) bittet Mrs. M. Biro, da sie nicht so gut schreiben kann, für sie ihren Lebensweg aufzuschreiben:

„Ich habe mit meinen Eltern gelebt bis ich sechs Jahre alt war, dann sind sie beide gestorben. Ich bin zu meiner Oma gekommen, dann zu meiner Tante. Ich wurde eingeschult in die Primary School. Dort musste ich aufhören als ich wieder zu meiner Oma gekommen bin. Später konnte ich wieder zur Schule gehen, jetzt bin ich in Standard drei in der Primary School“ (L. 13 Jahre).

Nachdem alle Kinder ihren Lebensweg aufgeschrieben oder gezeichnet haben, kommt die Gruppe wieder in einem Kreis zusammen und jeder erzählt, was er während der Ferienzeit erlebt hat. Allen Kindern fällt es sehr schwer zu sprechen. Viele von ihnen sprechen sehr leise, vermeiden den Augenkontakt oder trauen sich nicht zu reden. Mrs. M. Biro versucht die Kinder vorsichtig mit einigen Fragen, zum Sprechen zu bewegen. Eines der Mädchen läuft weinend nach draußen, nachdem sie erzählt hat, dass jemand aus ihrer Familie während der Ferienzeit gestorben ist. Etwas später wird sie von einem Jungen wieder hereingeholt. Sie weint immer noch ein wenig und wird von Mrs. M. Biro getröstet.

Zum Abschluss wird das gemeinsame Abschiedslied gesungen. Damit wird der erste Teil der Sitzung A abgeschlossen.

Zweiter Teil der Sitzung A (11.08.2000 an der Kihumuro Primary School)

Zu dieser Sitzung sind 14 Kinder anwesend, ein Mädchen fehlt.

1. Im Anschluss an das gemeinsame Essen verteilen die Kinder die Matten auf dem Boden und setzen sich in einen Kreis. Mr. D. Bamwenzaki stellt ein paar allgemeine Fragen (z.B. wie es ihnen heute geht). Dann stehen alle auf und singen zusammen ein Lied.
2. Mr. D. Bamwenzaki fragt die Kinder, was sie in der Zeit seit der letzten Sitzung gemacht haben und notiert sich das Gesagte (Antworten der Kinder z.B.: *kazi za nyumbani* – zu Hause gearbeitet, *shuleni* – Schule, *cheza* – spielen...). Viele Kinder sprechen sehr leise oder gar nicht, trauen sich nicht, Mr. D. Bamwenzaki anzusehen. Da er merkt, dass die Kinder noch nicht bereit sind, vor der Gruppe zu sprechen, lässt er sie abzählen (1,2,3) und bildet drei Gruppen. In den Gruppen sollen sich die Kinder über ihre eigenen Gefühle, das Erlebte in der letzten Zeit, austauschen. Mr. D. Bamwenzaki geht währenddessen zu den einzelnen Gruppen, spricht mit den Kindern und versucht immer wieder, Blickkontakt herzustellen. Anschließend kommt die Gruppe wieder im Kreis zusammen und Mr. D. Bamwenzaki gibt den Kindern die Möglichkeit, das Erlebte und die Gefühle eines anderen Kindes vorzustellen. Die Kinder wirken, wieder zurück in der großen Gruppe, etwas gelöster und fangen an, auch von sich aus zu sprechen. Dennoch äußern die Kinder den Wunsch, noch einmal in die Kleingruppen gehen zu dürfen, da die Zeit für sie nicht ausreichend war und sie sich gerne noch weiter austauschen wollen.

Über den bisherigen Ablauf sagt Mr. D. Bamwenzaki: „Es ist ein großes Problem, wenn die Kinder nicht sprechen, manchmal weiß man nicht, was man machen soll.“ Nach einer Weile ruft er die Kinder wieder zurück in den großen Kreis und diesmal wirken die Kinder noch gelöster und antworten bereitwillig auf die Fragen nach ihren Gefühlen, usw.

3. Start der zweiten Arbeitseinheit (s. theoretischen Teil Pkt. IV, 2.3.1)

Ein Junge kommt in die Mitte des Kreises, steht erst auf beiden Beinen, dann auf einem Bein. Mr. D. Bamwenzaki fordert die anderen Kinder auf, zu beschreiben was sie sehen oder was ihnen auffällt. Die Kinder wissen nicht, was sie sagen sollen und Mr. D. Bamwenzaki lässt alle Kinder aufstehen und diese Übung durchführen. Er erklärt ihnen, dass jede Veränderung eine neue

Anpassung/Gewöhnung bedarf (weitere Erklärung siehe theoretischer Teil Pkt. IV, 2.3.1, zweite Arbeitseinheit, Schritt 1).

Nun lässt Mr. D. Bamwenzaki die Gruppe wieder abzählen (1,2) und bildet so Paare. Zu zweit sollen sie überlegen, was sich seit dem Tod ihrer Eltern verändert hat und diskutieren, welche Fähigkeiten hinzugekommen sind, was sie gelernt haben. Während die Kinder sich in den Zweiergruppen über dieses Thema unterhalten, ist ihnen nicht anzumerken, ob sie dabei traurig sind oder welche Gefühle sie gerade haben. Sie lachen oft, um ihre Gefühle zu verbergen<sup>12</sup>. Zurück aus den Zweiergruppen stellt jedes Kind die Veränderungen im Leben seines Gesprächspartners vor (Reporterfunktion) und sagt, was es dazu gelernt hat: z.B. ein Junge über einen anderen Jungen: „Seit seine Eltern gestorben sind, hat er gelernt, Feuerholz zu sammeln, zu kochen und seine Sachen zu waschen.“; ein Mädchen sagt über sich selbst: „Ich habe gelernt, Feuerholz zu sammeln, Wasser zu holen und zu kochen“ (Antworten aller Kinder auf Englisch im Anhang 8). Anschließend steht wieder ein Junge in der Mitte auf einem Bein, wobei Mr. D. Bamwenzaki nun versucht, ihn aus dem Gleichgewicht zu bringen. Alle Kinder sollen nun aufstehen, auf einem Bein stehen und dabei Bewegungen machen. Mr. D. Bamwenzaki erklärt ihnen den Sinn dieser Übung (siehe theoretischer Teil Pkt. III, 2.3.1, Schritt 6).

4. Spiel: „Ich will in den Kreis“. Anschließend dürfen die Kinder selber ein Spiel aussuchen und sie wählen „Zublinzeln“. Zum Abschluss wird wieder das gemeinsame Abschiedslied gesungen.

### **3 Waisenorganisation Vijana Simama Imara (VSI)<sup>13</sup>**

#### **3.1 Warum eine Waisenorganisation?**

Der vorherrschende Diskurs bezüglich AIDS-Waisen in Tansania rät davon ab, Gruppenbildungen vorzunehmen und somit die Betroffenen weiter von der Gesellschaft - der Gemeinde - zu distanzieren (vgl. Madörin 1999, Positionspapier,

---

<sup>12</sup> Das Lachen als Reaktion, um Gefühle wie Trauer, Wut usw. zu verstecken, ist eine typische Verhaltensweise in dieser Kultur, auch Erwachsene reagieren auf diese Art und Weise (Anm. der Verfasserin).

<sup>13</sup> Kisuaheli und bedeutet „stark sein, gradlinig“

S. 1). Dennoch ist in diesem Fall eine weitere Distanzierung der AIDS-Waisen von der Gesellschaft kaum möglich, da die Stigmatisierung, der die AIDS-Waisen unterliegen, einen Integrationsprozess behindert, wenn nicht sogar unmöglich macht. Die AIDS-Thematik wird immer noch, auch in Tansania, Nshamba, verschwiegen, „man spricht nicht darüber“. Um diese Stigmatisierung ein Stück weit aufzuheben und AIDS und seine Folgen einen Teil der "Alltagsnormalität" (ebd.) werden zu lassen, soll eine Waisenorganisation gegründet werden.

Mit der hohen Zahl der AIDS-Waisen ist die Tragfähigkeit der traditionellen Systeme der Großfamilien zunehmend überlastet, so dass dies auch ein Grund für das schnelle Wachstum der Zahl der Straßenkinder in Tansania sein mag. Ebenso steigt die Zahl der Kinderhaushalte, bei dem sich nach dem Tod beider Elternteile die ältesten Geschwister um die Jüngeren kümmern und für das Überleben sorgen müssen. Die Kinder können demzufolge nicht nur als Opfer gesehen werden, sondern man muss ihre Leistungen anerkennen und ihnen Unterstützung bieten, die sich nicht nur auf das Finanzielle beschränken darf, damit sie mit ihrer Situation zurecht kommen.

Das Auftreten zahlreicher ausländischer Hilfsorganisationen Ende der Achtziger Jahre ist für die Eigenverantwortung der Gesellschaft nicht förderlich gewesen. Die Gesellschaft hat sich im Gegenteil immer mehr auf diese Organisationen verlassen und sich somit aus der Verantwortung gegenüber den AIDS-Waisen gezogen. Eine Waisenorganisation soll zum einen den Kindern Selbstvertrauen geben, sie durch eine Gemeinschaft innerhalb der Organisation stärken, und zum anderen die Gesellschaft an ihre Pflichten gegenüber den Waisen als einen Teil der Gesellschaft erinnern.

"Der vor allem in Lateinamerika formulierte Begriff des "Protagonismus der Kinder" meint den Anspruch, dass Kinder nicht nur vor Gefahren geschützt werden müssen, sondern bereits als Kinder in der Gesellschaft eine wesentliche Rolle spielen und in allen Angelegenheiten, die sie kurz- und langfristig betreffen, mitbestimmen sollten" (Madörin 1999, Positionspapier, S. 2).

Um eigene Interessen durchsetzen zu können, benötigen die Waisen ein Forum, in dem sie diskutieren können. Dieses Forum könnte im Rahmen einer Organisation

stattfinden. In einer Waisenorganisation, die eine Variante der Gruppenintervention darstellt, mit der HUMULIZA in Form der Sitzungen gute Erfahrungen gemacht hat, nimmt der Aspekt der Leistungen und des aktiven Copings (Bewältigung) einen gebührenden Platz ein. Es können in einer solchen Organisation die Initiativen der Kinder unterstützt und ihnen neue Perspektiven eröffnet werden. Ebenso soll damit ein aktiver Beitrag zur positiven Identität der Waisen geleistet werden.

### **3.2 Entstehung und Aufbau**

Um den Kriterien, die eine Waisenorganisation aufweisen soll, gerecht zu werden und dabei die Meinungen der Betroffenen nicht außer acht zu lassen, fand vom 28.02.2000 – 03.03.2000 ein Gründungsseminar in Nshamba gemeinsam mit HUMULIZA (Dr. K. Madörin, Mrs. M. Biro und Mr. Mtwazi) und 17 Waisen aus den umliegenden Regionen im Alter von 13-22 statt. Hierbei wurden die Probleme, die die Kinder bewältigen müssen, die Veränderungen seit dem Tod einer oder beider Elternteile besprochen und festgehalten. Anschließend wurden die individuellen Probleme auf die Waisen in der Gegend allgemein umgesetzt und es wurde überlegt, welche Aufgaben und Ziele eine Waisenorganisation beinhalten sollte. Am Ende des Gründungsseminars wurden Arbeitsgruppen gebildet, die jeweils eine bestimmte Region in der Umgebung von Nshamba abdecken sollten.

Im folgenden werden der Inhalt und die Ergebnisse des Gründungsseminars vorgestellt. Anhand der Darstellung des Seminars mit den Kindern und Jugendlichen werden die Entstehung, die Arbeitsweise, der Inhalt und die Ziele der Waisenorganisation verdeutlicht.

#### **3.2.1 Gründungsseminar in Nshamba (28.2 – 3.3.2000) – eine Zusammenfassung**

An diesem Seminar haben 17 Waisenkinder teilgenommen, acht Jungen und neun Mädchen. Zu Beginn des Seminars wurde ein Art Umfrage mit den Kindern und Jugendlichen durchgeführt:

1. Wer hat den Vater verloren? 7 (4 Jungen und 3 Mädchen)  
 Wer hat die Mutter verloren? 2 (2 Mädchen)  
 Wer hat beide Elternteile verloren? 8 (4 Jungen und 4 Mädchen)
  
2. Seit welchem Zeitraum sind die Kinder Waisen?  
 16 Kinder sind mehr als 3 Jahre Waisen, ein Kind ist seit 2 Jahren Waise.
  
3. Mit wem leben sie jetzt?  
 8 Kinder leben mit einem Elternteil.  
 7 Kinder sind alleine bei Verwandten.  
 2 Kinder leben bei ihren Großeltern.
  
4. Wie schwerwiegend empfinden die Kinder und Jugendlichen ihre Probleme?  
 8 Kinder haben enorme Schwierigkeiten.  
 3 Kinder haben keine dringenden Probleme.  
 1 Kind hat normale Schwierigkeiten.  
 3 Kinder haben keine Probleme, da sie nach dem Tod ihrer Eltern eine sehr gute Unterstützung von Seiten ihrer „Caretakern“ bekommen haben  
 (Übersetzung aus dem Englischen von der Verfasserin , Original: Madörin, Seminar with orphans 2000).

→ Durch diese Umfrage sind die Teilnehmer in der Lage die Gemeinsamkeiten, die sie mit den anderen Teilnehmern haben, zu erkennen und die Gruppenleiter von HUMULIZA können sich ein erstes Bild von der Situation der Kinder machen.

Im weiteren Verlauf des Seminars wurde, um das Konzept einer Organisation erstellen zu können, den Kindern und Jugendlichen der Sinn einer Organisation verdeutlicht. Dazu bekamen die Kinder Papierstapel in verschiedenen Größen (1, 2, 10, 20 und 50 Blatt), die sie zerreißen sollten. Dabei merkten die Kinder, dass es ab einer Größe von 50 Blatt nicht mehr möglich war, diese zu zerreißen. Sie stellten fest, dass es besser ist, in einer Organisation zu arbeiten, als alleine oder in einer kleinen Gruppe. Anschließend wurden von den Kindern erste Punkte aufgestellt, die eine Organisation beinhalten sollte:

- Vertrauen,
- Verwaltung (Leitung),
- Liebe,

- Unterstützung,
- gemeinsame Ziele, gemeinsam handeln,
- die Zahl der Teilnehmer sollte über 50 sein.

Nun wurden die Erwartungen, die die Kinder und Jugendlichen an eine Organisation haben, gesammelt. Diese waren u.a.:

- Geld für verschiedene Projekte,
- die Möglichkeit zur Secondary School gehen zu können,
- materielle Unterstützung zu bekommen,
- sich gegenseitig kennen und verstehen lernen,
- sich gegenseitig zu unterrichten, uvm.

Unter den aufgezählten Erwartungen der Kinder waren viele materieller Art, was durchaus verständlich ist, aber nicht Grundlage einer Organisation sein kann. Keine Organisation kann auf der Basis von „Geschenken“ funktionieren. Denn wenn diese „Geschenke“ wegfallen, wird auch die Organisation zusammenbrechen. Dies musste den Kindern auf dem Seminar deutlich gemacht werden, ohne sie dabei zu demotivieren. So wurden andere Formen und Möglichkeiten, wie z.B. verschiedene und neue Fähigkeiten von den anderen Teilnehmern zu lernen, herausgegriffen.

Ein wichtiges Ziel des Gründungsseminars war es, die Aufmerksamkeit der Kinder und Jugendlichen auf das zu lenken, was sie bereits tun, um zu überleben und ihr Leben zu verbessern.

Mit anderen Worten, den Kindern und Jugendlichen sollte bewusst gemacht werden, dass sie bereits viele Fähigkeiten erworben haben, um mit neuen (schwierigen) Situationen umgehen zu können. Diese Fähigkeiten können sie in die Organisation mit einbringen und an die anderen Teilnehmer weitergeben.

Um den Kindern und Jugendlichen zu zeigen, dass sie nicht nur passive Opfer, sondern kompetente und aktive Kinder sind, sollten sie ein Selbstportrait erstellen. In dieses Portrait wurden auf die linke Seite spezielle Probleme oder schlechte Erfahrungen, die sie gemacht haben, weil sie Waisen sind, eingetragen. Auf die rechte Seite wurden die Punkte geschrieben, bei denen sie denken, dass sie stärker sind als Kinder, die keine Waisen sind.

Ein Beispiel:

**Mädchen, 16**

Linke Seite:

- es fehlt jemand, dem ich meine Probleme erzählen kann,
- ich muss die Verantwortung, die meine Eltern hatten, übernehmen, wie z.B. auf meine jüngeren Geschwister aufpassen,
- ich bin ein Mädchen, aber ich bin gezwungen Jungenarbeit zu machen, z.B. Feuerholz sammeln,
- Arbeit – ich biete verschiedenen Leuten an, für sie zu arbeiten, um Geld zu verdienen,
- ich lebe bei meinen Großeltern, die meine Bedürfnisse nicht befriedigen können,
- mehrere Aktivitäten zur gleichen Zeit erledigen, wenn man dann scheitert weint, man, nicht nur deshalb, auch weil die Eltern tot sind,
- Caretaker vernachlässigen es, sich um meine Bedürfnisse zu kümmern.
- Meine Mutter starb, als ich in „standard three“ (Primary School) war. Von da an konnte ich ein Jahr lang nicht zur Schule gehen, da ich das Schulgeld nicht aufbringen konnte.

Rechte Seite:

- da ich so viele Aufgaben aufgetragen bekomme, die ich erledigen muss, weiß ich zu arbeiten und bin stark dadurch,
- ich habe die Verantwortlichkeiten, die sonst die Jungen haben, gelernt und kann sie ausführen,
- ich weiß auf meine Geschwister aufzupassen,
- ich habe kleine Projekte gestartet, mit deren Hilfe kann ich meine täglichen Bedürfnisse stillen

(Übersetzung aus dem englischen der Verfasserin, Original: Madörin (2000), Seminar with orphans, S. 4).<sup>14</sup>

Während dieser Aufgabe waren die Kinder und Jugendlichen mit einer großen Ernsthaftigkeit, Hingabe und Emotionalität dabei. Mit der Bewältigung der Aufgabe haben sie die Möglichkeit gehabt, ihre Situation zu reflektieren.

---

<sup>14</sup> die Darstellungen der verbleibenden Kinder und Jugendlichen befindet sich im Original im Anhang 6



Im Folgenden konzentrierte sich das Seminar auf die Stärken der Kinder. Um heraus zu bekommen wie die Kinder ihre Probleme lösen und mit Hilfe welcher Strategie sie dabei vorgehen, sollten sie sich eines (oder mehrere) der Probleme, die sie zuvor aufgeschrieben hatten, herausgreifen und folgende Fragen beantworten:

1. Was ist das Problem?
2. Habe ich bisher etwas getan, um es zu lösen?
3. Gab es eine Veränderung nach meinem Versuch? Was war das Ergebnis meiner Aktion?

Antworten der Kinder<sup>15</sup> (einige Beispiele):

#### Junge

Problem: mehrmals am Tag Wasser holen  
 Aktion: habe meine Nachbarn um Hilfe gebeten  
 Veränderung: die Nachbarn helfen mir

#### Mädchen

Problem: mir fehlt jemand, dem ich meine Probleme erzählen kann  
 Aktion: Freundschaft zu einem Mädchen aufgebaut  
 Veränderung: sie hilft mir sehr viel  
 (ebd.)

Die oben genannten Probleme haben die Kinder alleine in Angriff genommen. Nun sollten sie sich überlegen, in welcher Situation die Gegenwart und Hilfestellung „Anderer“ hilfreich gewesen wäre, um gemeinsam nach einer Lösung zu suchen. Einige Bereiche in denen die Kinder eine Kooperation für sinnvoll und hilfreich halten, sind folgende:

- sich gegenseitig trösten,
- sich gegenseitig unterrichten, beraten,
- Kooperation in der Betreuung jüngerer Geschwister und anderen Aktivitäten (z.B. Wasser holen, Gras schneiden<sup>16</sup>), medizinische Unterstützung, auch durch Nutzen der lokalen Medizin (billiger),
- kleine Projekte starten, um die täglichen Bedürfnisse zu befriedigen usw.

---

<sup>15</sup> die kompletten Antworten befinden sich im Original im Anhang 9

<sup>16</sup> Das getrocknete Gras wird in dieser Gegend benutzt um die Häuser damit auszulegen, als eine Art „Teppich“, Anm. der Verfasserin

Um die Ziele, die die Organisation verfolgen soll, genauer formulieren zu können, wurden Arbeitsbögen mit möglichen Zielen verteilt, die die Kinder immer zu zweit bearbeiten und nach wichtig und weniger wichtig sortieren sollten. Folgende Ziele erhielten in der Gesamtauswertung die höchste Wertung<sup>17</sup>:

1. Dafür kämpfen, dass alle Waisen zur Primary School gehen können.
2. Alte Leute, die sich um Waisen kümmern, in einigen ihrer (schweren) Pflichten, die sie nicht mehr selber bewältigen können, unterstützen.
3. Eine kleine Bank gründen, die es ermöglicht, Geld zu sparen und die kleine Kredite verteilt. (Die Idee wurde wohl deswegen mit so großer Begeisterung aufgenommen, da es in Nshamba seit zwei Jahren eine funktionierende Frauenbank WOSCA gibt) (vgl. Madörin 2000, Seminar with orphans, S. 17).

Gegen Ende des Seminars wurden die Kinder in Gruppen nach ihren jeweiligen Gebieten aufgeteilt und sollten sich überlegen, was sie sich für die Zeit bis zum nächsten Seminar vornehmen und umsetzen wollen. Dabei wurden erneut viele materielle Wünsche laut. Nochmals wurde den Kindern erklärt, dass eine Organisation erst einmal aufgebaut werden muss, bevor man an materielle Unterstützung denken kann. Dennoch ist nicht von der Hand zu weisen, dass die meisten Kinder sehr arm sind und ein kleines Einkommen ihnen helfen würde, in ihrem täglichen Leben zurecht zu kommen.

Da der Punkt „Alte Leuten, die sich um Waisen kümmern, zu unterstützen“ einen hohen Stellenwert eingenommen hat, wurde von HUMULIZA überlegt, den Kindern für vollendete Aufgaben einen kleinen Betrag von 150 Tansanischen Schilling (Tsh) zu bezahlen. Hierfür wurde ein Bericht-System eingeführt, bei dem das Kind auf einem Zettel seinen Namen, die verrichtete Arbeit und bei wem es gearbeitet hat, vermerkt. Diese Unterstützung kann:

- den Kindern ein kleines Einkommen ermöglichen,
- die Initiative unter den Kindern aufrecht erhalten,
- die Kinder in ein Netzwerk zwischen den Generationen integrieren,
- die alten und überlasteten Caretaker direkt unterstützen (Übersetzung der Verfasserin, ebd., S. 19).

---

<sup>17</sup> Angaben aller Ziele im Anhang 10

Zum Abschluss des Seminars wurden Rollenspiele mit den Kindern und Jugendlichen durchgeführt, bei denen sie darauf vorbereitet werden sollten, Mitglieder für die Organisation zu werben und auf Fragen und Diskussionen mit Cartakern, Freunden, Lehrern und Eltern antworten zu können.

Zwei Wochen nach dem ersten Seminar waren schon 20 neue Mitglieder angeworben und bei dem zweiten Seminar anwesend. Die Seminare sollen regelmäßig stattfinden, um die Organisation zu festigen und um u.a. Regeln gemeinsam mit den Kindern aufstellen zu können.

Mrs. M. Biro und Mr. Mtwazi werden von HUMULIZA beauftragt, den Bildungsprozess und den Aufbau der Struktur der Organisation zu unterstützen und für die Kindern als Ansprechpartner da zu sein.

### **3.3 Situation heute**

Vier Monate nach Gründung der Organisation VSI zählte diese schon über 200 Mitglieder im Alter von 13-20 Jahren. Seit dem ersten Seminar fanden acht Treffen statt, bei denen jeweils ca. 70 Kinder aus unterschiedlichen Gruppen der Umgebung anwesend waren. Am Ende jeden Seminars wurden Daten für die Treffen in den Kleingruppen in den Dörfern festgelegt, um gewährleisten zu können, dass immer ein älteres und erfahrenes Mitglied der Organisation oder ein Mitarbeiter von HUMULIZA zugegen ist. Dort berichten die Kinder ihrer Gruppe die auf dem Treffen besprochenen Punkte, um diese anschließend weiter zu diskutieren.

Die regelmäßigen Sitzungen der großen Gruppe werden mit Unterstützung der Mitarbeiter von HUMULIZA von einem älteren Mitglied der Waisenorganisation VSI geleitet. Hierbei wird u.a. weiter an der Aufstellung der Regeln für die Waisenorganisation gearbeitet. Bisher gibt es bereits einen Katalog von zehn Regeln, die weiterer Bearbeitung bedürfen, um dann als allgemeingültig für die Organisation gelten zu können. „Sich respektvoll behandeln“, „Älteren Respekt zollen“, und „keinen Alkohol trinken“ sind u.a. Regeln, die mit aufgenommen werden sollen. Um mit den Kindern diese Regeln zu besprechen und sie zu verdeutlichen, werden Rollenspiele durchgeführt, bei denen positive und negative Beispiele für die

jeweilige Regel von den Kindern vorgespielt werden. Auch wird während dieser Sitzungen über Sexualität gesprochen, z.B. durch gemeinsames Singen von Liedern, die diese Thematik behandeln. Auch die Gefahr von AIDS wird in Form eines Liedes thematisiert: Der Löwe (symbolisiert AIDS) hat Vater/Mutter getötet, wenn das Kind nicht läuft (aufpasst), wird es auch gefressen (bekommt AIDS) (aus: Beobachtung einer Sitzung der Waisenorganisation, 06.07.2000).

Während der Sitzungen findet u.a. Gruppenarbeit statt, bei der die Kinder Punkte diskutieren und ihre Ergebnisse anschließend im großen Plenum vorstellen. Zwischendurch werden die Seminare mit Liedern, oder dem gemeinsamen „Ruf“ (der Gruppenleiter ruft „vijana“, die Kinder antworten „simama imara“) der Waisenorganisation aufgelockert.

Seit der Gründung der Waisenorganisation wurden bisher folgende Punkte umgesetzt:

- Sich gegenseitig bei Schwierigkeiten helfen → In Itongo (ca. 45 Min. Fußmarsch von Nshamba) bauten Waisen, mit Hilfe verschiedener Gruppen der Waisenorganisation, ein kleines Lehmhaus für zwei Brüder, die kein eigenes Zuhause mehr hatten und alt genug waren, um alleine wohnen zu können. Einzig die Fensterrahmen und die Tür wurden von HUMULIZA gesponsert, die restlichen Materialien (z.B. Holz, Bananenblätter) wurden von den Waisen selber organisiert. Nach Fertigstellung wurde das Haus mit einem Fest eingeweiht.
- Sieben Kinder werden von Freunden gesponsert, damit sie zur Schule gehen können.
- Denen helfen, die Hilfe brauchen → Waisen helfen Familien, indem sie kleine Aufgaben, wie Feuerholz holen, kochen und waschen übernehmen, aber auch dadurch, dass sie sich mit den überwiegend alten Leuten unterhalten. Dies hilft auch den Waisen selber, denn sie lernen wie man kocht, fühlen sich gebraucht, lernen zu organisieren und Verhaltensregeln im Umgang mit Anderen.
- Sich gegenseitig unterrichten → Dies kommt vor allem denen zugute, die nicht zur Schule gehen können.
- Start kleiner Landwirtschaftsprojekte → In mehreren Dörfern haben Kleingruppen der Waisenorganisation mit der Bewirtschaftung kleiner Felder begonnen. Mit Hilfe einer Mitarbeiterin der Frauenorganisation WOSCA wurde den Kindern gezeigt, wie man anbaut und dabei den Boden konserviert und

fruchtbar macht und mehr Einkommen durch Diversifikation<sup>18</sup> ermöglicht. Auf einem kleinen Feld in der Nähe von Itongo bauen die Kinder und Jugendlichen „mchicha“ (eine Art Spinat) an, um das Gemüse später auf dem Markt verkaufen zu können. Die Gruppe entscheidet gemeinsam, wofür das verdiente Geld eingesetzt werden soll.

Es wird darauf geachtet, dass die einzelnen Waisengruppen unterschiedliche Pflanzen anbauen, damit sie später beim Verkaufen auf dem Markt nicht in Konkurrenz treten müssen.

Auf einem zweitägigen Seminar in Nshamba (9.10./8. 2000 Seminar with VSI, siehe Protokoll Anhang 12) wurden gemeinsam mit einem Teil der Waisen die aktuellen Probleme und Zukunftspläne besprochen. Im folgenden werden die einzelnen Punkte dargestellt.

#### VSI- Bank

Auf dem Gründungsseminar hatten die Kinder und Jugendlichen die Idee einer Bank für Kinder als ein Ziel der Organisation geäußert. Nun, vier Monate später, wurde dieser Punkt noch einmal besprochen und nahm konkretere Formen an. Eine Mitarbeiterin der Frauenorganisation WOSCA erklärte den Kindern, wie eine Bank funktioniert, welches Training sie dafür benötigen usw.. Im Anschluss diskutierten die Kinder über die Bedingungen, die „ihre“ Bank erfüllen sollte und sie mussten sich auch darüber einigen, ob sie die Möglichkeit, ein Darlehen zu bekommen, aufnehmen wollen und wie dies funktionieren kann. Weiterhin wurde noch das Problem der Geschlechterverteilung besprochen. Da die Frauenbank ausschließlich für Frauen konzipiert ist, muss die Waisenorganisation ihren eigenen Weg finden, um mit diesem Problem umgehen zu können. Es wurde eine paritätische Besetzung des Bank-Komitees beschlossen (4 Mädchen, 4 Jungen), das eine Woche nach diesem Seminar zum ersten Mal tagen sollte. Außerdem wird WOSCA die Kinder trainieren. Mit der Gründung der Bank werden die Kinder wieder mehr zentriert und müssen intensiver zusammenarbeiten. Von HUMULIZA wurde beschlossen, dass die Darlehen, die die Kinder erhalten können, zu 70% zurückgezahlt werden müssen und die verbleibenden 30% eine Schenkung sind.

---

<sup>18</sup> Agroforstwirtschaft nach der Methode von Ernst Goetsch, der zuerst in Flüchtlingslagern in Honduras und dann auf seiner eigenen Farm in Brasilien diese Methode entwickelt hat (vgl. Madörin,

Inwieweit sich das System der Kinderbank bewährt und Erfolg hat, wird sich erst in Zukunft zeigen.

### Alter

Den Mitgliedern sollte hierbei bewusst werden, dass die Waisenorganisation auch für die unter 13jährigen verantwortlich ist und sie sollten überlegen, wie sie damit umgehen wollen. Das Gleiche gilt für die über 20jährigen.

Die Mitglieder der Waisenorganisation haben beschlossen, dass das Alter (13-20 Jahre), um Mitglied der Waisenorganisation sein zu können, beibehalten werden soll. Ihre Argumente waren sehr leistungsbezogen. Sie waren der Meinung, dass Mitglieder bestimmte Fähigkeiten haben sollten, wie z.B. in der Lage sein zu arbeiten, Fahrrad zu fahren, lange Strecken zu Treffen der Waisenorganisation laufen zu können usw. Das Kooperation aber nicht bedeutet, dass alle dasselbe können und tun müssen, änderte die Meinung der Kinder nicht. Einig waren sie sich darin, dass sie die Jüngeren unterstützen, ihnen z.B. bei der Hygiene helfen wollen.

Für die über 20jährigen wurde noch keine Lösung gefunden, angedacht wurde, eine Art Verein für „Ehemalige und Freunde“ zu gründen, in dem auch Erwachsene, die die Arbeit der Waisen unterstützen wollen, teilnehmen können.

### Ausbildung

HUMULIZA plant für einen Zeitraum von einem halben Jahr eine Reihe von Ausbildungen für die Kinder der Waisenorganisation. Im Rahmen dieser Ausbildungseinheit sollen sie Einblicke in die Buchhaltung bekommen, Beratungskompetenzen erwerben, lernen Projekte zu leiten und sie sollen sich Fähigkeiten aneignen, um z.B. die Leitung einer Gruppe/eines Treffens übernehmen zu können.

Hierfür soll jede Gruppe ein Mitglied aussuchen, welches im Anschluss an die Ausbildung das Gelernte an die Mitglieder seiner Gruppe weitergibt. Das ausgewählte Kind sollte der Ausbildung entsprechende Fertigkeiten mitbringen (Jemand, der etwas über Buchhaltung lernen will, sollte rechnen können). Kann eine Gruppe kein geeignetes Kind auswählen, soll sie sich mit einer Nachbargruppe arrangieren.

### Caretaker

Von seiten der Caretaker kam die Anfrage, welche Ziele VSI hat, welche Aktivitäten durchgeführt werden und zu welcher Organisation sie gehört. Viele kennen eine Reihe von Organisationen wie WAMATA, World Vision, Huyawa, usw. (siehe Pkt. III, 4.1.3) und können die Waisenorganisation nicht einordnen. Deshalb werden die Kinder gemeinsam mit HUMULIZA Treffen mit den Caretakern vorbereiten, um über ihre Ziele und Vorgehensweisen zu berichten und auf Fragen zu antworten. Die Treffen werden in jedem Dorf stattfinden und außer den Caretakern sollen auch die „Dorfchefs“ (chairmen) dazu eingeladen werden.

### Mitarbeiter von HUMULIZA

Die zuständigen Mitarbeiter für die Waisenorganisation Mr. Mtwazi und Mrs. M. Biro wurden bei Problemen von den Kindern auch privat zu Hause aufgesucht und gebeten, zu helfen. Um eine Überlastung der Mitarbeiter zu vermeiden, wurden die Kinder darauf hingewiesen, vor allem an den Wochenenden in nur wirklich dringenden Fällen die Mitarbeiter aufzusuchen.

### Bericht-System

Die Einführung der Bezahlung kleiner Tätigkeiten mit 150 Tansanischen Schilling brachte einige Probleme mit sich. Da die Kinder nicht daran gewöhnt waren, eigenes Geld zu besitzen, gingen sie zum Teil verschwenderisch damit um, ohne darüber nachzudenken. Einige begannen Bier zu konsumieren, vernachlässigten ihre Großeltern, indem sie ihnen sagten, dass sie nur noch für Geld für sie arbeiten würden. Auch kam es zu internen Konflikten zwischen den Kindern, da einige einen Anspruch auf die Arbeiten bei den alten Leuten erhoben, um so noch mehr Geld verdienen zu können.

Ende April 2000 beschlossen Mr. Mtwazi und Mrs. M. Biro, die Zahlungen erst einmal zu stoppen und regten die Gruppen an, über neue Modalitäten nachzudenken, wie mit dem Geld umgegangen werden könnte. Alle alten und hilfsbedürftigen Leute zu registrieren und einen Zeitplan aufzustellen, damit allen geholfen werden kann, war eine Idee, die aus den Gruppen zurückkam. Eine andere Idee war, dass das verdiente Geld jedes einzelnen erst einmal in die Gruppe fließt und diese dann entscheidet, was damit zu tun ist.

Es gibt sicherlich auch weiterhin positive Aspekte, die es unmöglich machten, diese Form der Bezahlung wieder einzustellen. Die Kinder bekommen direkte finanzielle Unterstützung, sie sammeln Erfahrungen im Umgang mit Geld und einige helfen davon ihren Familien. Die Kinder haben das Geld durch ihre eigene Arbeit verdient und angefangen, über Ersparnisse nachzudenken und einen Teil des Geldes zurückzulegen.

Es wurde festgelegt, nach einem Vorschlag der Gruppe aus Nshamba, dass das Geld (nun 100 Tsh) wie folgt aufgeteilt werden soll:

50/= wird unter den Teilnehmern verteilt

20/= wird für lange Zeit gespart

30/= werden für Notfälle (z.B. Krankheit) gesichert

(Seminar with VSI, Übersetzung der Verfasserin, Original im Anhang ?)

Was als Notfall einzustufen ist, soll in den Gruppen diskutiert werden.

### Struktur der Organisation

In Anbetracht der stark wachsenden Zahl der Teilnehmer müssen zum einen grundlegende Regeln aufgestellt werden, die die Ziele, Mitgliedschaft und Zulassung der Waisenorganisation festlegen. Zum anderen muss es Verhaltensregeln geben, die besagen, was von dem einzelnen Mitglied erwartet wird.

Um dies mit Inhalt zu füllen, sollen zwei paritätisch besetzte Komitees mit je acht Mitgliedern gegründet werden, die sich mit dieser Thematik befassen (vgl. Madörin, Zwischenbericht, 1997).



## **V Kritische Untersuchung der Interventionen und ihre Auswirkungen**

Im folgenden (V, 1) werden die in den vorigen Kapiteln (IV, 2,3) dargestellten Interventionen auf ihre Auswirkungen hin untersucht. In Anbetracht dessen, dass mein Aufenthalt in Tansania zeitlich sehr begrenzt war, greife ich in diesem Punkt auf durchgeführte Untersuchungen von HUMULIZA zurück, werde aber auch eigene Beobachtungen mit einfließen lassen.

Im Kapitel „Problemfelder“ (V, 2) werden die Interventionen, auf verschiedene Fragestellungen hin, kritisch betrachtet. Dabei soll u.a. untersucht werden, ob die Interventionen, die HUMULIZA durchführt, kulturverträglich und nachhaltig sind und welchen Stellenwert die Prävention in ihrer Arbeit einnimmt. Weitere zu betrachtende Faktoren werden die Altersgrenze der Kinder in Bezug auf die Teilnahme an den Interventionen und die Auslastung der Mitarbeiter sein.

### **1 Auswirkungen der Interventionen - untersucht von HUMULIZA**

#### **1.2 Gruppenintervention mit AIDS-Waisen (Sitzungen)**

Ein Jahr nach der Gründung von HUMULIZA wurde eine erste Evaluation durchgeführt, um einen Eindruck über die Auswirkungen der Gruppenintervention (Sitzungen) zu bekommen (vgl. Mdörin 1998, Evaluation). Hierfür wurden Gruppeninterviews und eine schriftliche Befragung mit Lehrern und Gruppeninterviews mit Kindern, die an den Sitzungen teilgenommen haben, durchgeführt. In der folgenden Zusammenfassung werden zuerst die Meinungen der Lehrer und anschließend die der Kinder dargestellt.

#### Lehrer

An drei Schulen wurden Lehrer befragt, inwieweit die Gruppenintervention bei den Kindern, die daran teilgenommen haben, eine Veränderung (positiv/negativ) bewirkt

hat. Weiterhin sollten sie beurteilen, ob die Sitzungen zu einer besseren Integration der Waisen führen, oder nicht, und ob die Sitzungen für die Lehrer eine Erleichterung in der Arbeit mit den Kindern bedeutet.

Die Antworten auf die erste Frage waren überwiegend positiv. Es fiel auf, dass die Aggressivität der Kinder nach der Teilnahme an den Sitzungen erheblich zurückgegangen ist. Außerdem sind die Kinder anschließend ausgeglichener, fröhlicher, beteiligen sich mehr am Unterricht, stellen Fragen und geben Antworten. Kinder, die vor der Intervention häufig in der Schule geweint haben, taten dies nun nicht mehr. Dadurch, dass die Waisen durch diese Intervention neue Freunde und eine Gruppe gefunden haben, die ihnen Halt gibt, hat es den Anschein, dass sie sich den anderen Kindern (Nichtwaisen) gegenüber gleichberechtigt fühlen. Die Hänseleien der Nichtwaisen gegenüber den Waisen nahmen ab.

So konnte auch bei der Frage nach der Integration eine Abnahme der Segregation und Isolation der Waisen festgestellt werden. Die Zusammenarbeit der Kinder untereinander schien verbessert, u.a. auch dadurch, dass die Waisen „Vertrauen in ihr tägliches Leben“ (ebd., S. 3) gefasst haben. Nach Meinung der Lehrer wurde durch die Finanzierung der Schuluniformen und des Schulgeldes durch HUMULIZA eine bessere Integration der Waisen erreicht.

Letztlich stellt die Gruppenintervention auch eine Erleichterung für den Schulalltag der Lehrer dar, da die starken Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (Aggression, Trauer,...) gemindert werden konnten und sie regelmäßiger am Unterricht teilnahmen.

### Waisen

Es konnten nur zwei Gruppen (30 Kinder) einer Schule befragt werden, da die Sitzungen an den anderen Schulen zu diesem Zeitpunkt noch nicht beendet waren.

Bei der Befragung waren hauptsächlich zwei Bereiche von Interesse. Zum einen, wie sich das Verhältnis der Waisen zu den anderen Kindern der Klasse während und nach der Intervention aus Sicht der Kinder verändert hat; zum anderen, ob die Arbeit in der Gruppe den emotionalen Zusammenhalt unter den Teilnehmern gefördert hat.

Die Äußerungen der Waisen zu der ersten Frage machten deutlich, dass sich das Verhältnis zu den anderen Kindern verbessert hat, aber nicht so weit, wie es von den Lehrern dargestellt wurde. Die Sticheleien der Nichtwaisen gegenüber den Waisen haben zwar abgenommen, sind aber nicht verschwunden. Dennoch kommt es öfter zu

gemischten Gruppen, die miteinander spielen. Einige der Kinder sind eifersüchtig auf diejenigen, die an den Sitzungen teilnehmen können, da sie dort zu essen bekommen und von HUMULIZA unterstützt werden. „Es wäre illusorisch zu glauben, dass in einer von Mangel geprägten Gesellschaft die ökonomische Unterstützung (Essen in der Pause, Schulgebühren etc.) keinen Neid hervorrufen würde – ein Grund, warum HUMULIZA im „Package“ auch der Schule selber eine gewisse Unterstützung gewährt“ (Madörin, Evaluation 1998, S.7).

Die Auswertung der zweiten Fragestellung ergab, dass ein Vertrauen in das Problemverständnis und die Empathiefähigkeit unter den Kindern entstanden ist, so dass sie sich als Gemeinschaft betrachten, in der sie auf Verständnis für ihre Sorgen hoffen können. Diese Gruppen sind aufgrund der neuen freundschaftlichen Beziehungen, die durch die Intervention entstanden sind, demzufolge ein Teil des „sozialen Netzwerkes“ (ebd.) der Kinder geworden.

## **1.2 Waisenorganisation VSI**

Um die Auswirkungen der Waisenorganisation VSI einschätzen zu können, erstellte HUMULIZA eine mind-Map (HUMULIZA 2000, Mind-Mapping), die die Einflüsse der Organisation auf verschiedene Gruppen (Erwachsene, Lehrer, Waisen,...) verdeutlicht.

### Erwachsene

Die Erwachsenen beginnen, die Veränderungen (siehe III, 3.5.2) in bezug auf die Kinder zu erkennen und zu akzeptieren. Wurden die zusätzliche Arbeit und Aufgaben, die die Waisen bewältigen müssen, bis vor kurzer Zeit noch nicht gesehen und wahrgenommen, so ist es der Waisenorganisation gelungen, diese Dinge offen zu legen.

Viele Erwachsene sind der Meinung, dass durch die Waisenorganisation die Tradition der gegenseitigen Hilfe wiederbelebt wird und die Gemeinschaft, innerhalb der Waisenorganisation, den Kindern sehr zugute kommt. Wurde manchen Kindern anfangs verboten, den Sitzungen der Waisenorganisation beizuwohnen, bekommen inzwischen immer mehr Kinder die Erlaubnis, an diesen Treffen teilzunehmen. Zur Zeit bekunden einige Erwachsene ihr Interesse an der Organisation, indem sie

beobachtend an Sitzungen teilnehmen und ihre Anerkennung für das, was die Kinder geleistet haben, (z.B. der Bau eines Hauses), zeigen.

### Lehrer

Die Lehrer beginnen, den Waisen aktive Unterstützung anzubieten und versuchen Kontakte zu den Waisen aufzubauen. Viele betrachten VSI als Nachfolgeorganisation für die Kinder, die an den Sitzungen (Gruppenintervention) teilgenommen haben.

### Örtliche Regierung

Der zuständige „ward village officer“ (Regierungsangestellte in Nshamba ward) stellt der Organisation Räumlichkeiten für ihre Treffen zur Verfügung.

### Caretaker

Auch die Caretaker haben zum Teil ihre Haltung gegenüber den Waisen verändert und geben ihnen beispielsweise den nötigen Raum, um sich um schulische Angelegenheiten, wie Hausaufgaben zu kümmern. Caretaker, die der Waisenorganisation sehr skeptisch gegenüber standen, konnten überzeugt werden, Treffen der Waisen in ihrem Haus zuzulassen.

### Waisen

Die Teilnehmer der Waisenorganisation mit Gruppeninterventionserfahrung übernehmen häufig die Gruppenleitung.

Durch die Planung und Durchführung verschiedener Aktivitäten wird das Selbstvertrauen der Waisen gesteigert.

Zu den verschiedenen Aktivitäten gehören u.a.:

- Treffen leiten,
- Energie entwickeln, um Ideen und Pläne umzusetzen,
- die Erwachsenen bitten, den Raum zu verlassen, wenn die Kinder etwas untereinander diskutieren wollen,
- Verantwortlichkeit (z.B. bei dem Bericht-System),
- das Erlernen menschlicher Werte.

Auch wurde in der Waisenorganisation Kindern, die nicht an den Sitzungen teilgenommen haben, im Umgang mit ihrer Trauer geholfen.

## **1 Problemfelder**

Im letzten Kapitel wurde die Auswertung der Interventionen durch HUMULIZA dargestellt. Dabei waren gute Aspekte der Arbeit von HUMULIZA zu erkennen, die im folgenden berücksichtigt werden. Dennoch gibt es einige Punkte, die es genauer anzuschauen und zu hinterfragen gilt.

Dr. K. Madörin, der Gründer von HUMULIZA, hat eine akademische Ausbildung abgeschlossen und stammt aus der „Ersten Welt“, gehört somit einer Schicht privilegierter Menschen an. Dadurch hat er einen „spezifischen Zugang zum Hilfsbedürftigen“ (Perren-Klingler, 1995, S. 8) und es stellt sich die Frage, inwieweit die von Dr. K. Madörin entworfenen Interventionen, Menschen einer fremden Kultur, vor allem auf der psychologischen Ebene, bei der Bewältigung von Hilflosigkeitsempfinden, Angst, Trauer und Verlust, helfen können. Es muss berücksichtigt werden, dass jede beobachtete Verhaltensweise Betroffener (in diesem Fall AIDS-Waisen) im Umfeld ihrer Kultur, die sie geprägt hat, zu betrachten ist. Auch stellt sich die Frage, inwieweit das Kindheitsbild (s. Pkt. V, 2.1 Kulturverträglichkeit), welches in der Kultur der Haya besteht, in den Interventionen von HUMULIZA berücksichtigt wird..

Weiterhin wird betrachtet, inwiefern die Arbeit von HUMULIZA, insbesondere die Arbeit mit den Kindern, übertragbar ist auf andere Regionen des Landes, ob eine Multiplizierbarkeit der Interventionen möglich ist. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, was geschehen würde, wenn Terre des Hommes und somit K. Madörin sich aus dem Projekt zurückziehen würden (s. Pkt. V, 2.2, Multiplizierbarkeit).

Einen hohen Stellenwert in der Arbeit mit Kindern sollte meiner Meinung nach die Prävention einnehmen. Denn, werden die Kinder, die zum Großteil nicht mit HIV infiziert sind, nicht aufgeklärt, gibt es kaum eine Chance, die enorme Ausbreitung von HIV/AIDS zu verringern. In Punkt V, 2.3 (Prävention) soll untersucht werden, inwieweit HUMULIZA diese Thematik in ihrer Arbeit berücksichtigt.

Was geschieht mit den Kindern, die nicht unter die Altersbegrenzung der Interventionen von HUMULIZA fallen und nicht daran teilnehmen können? Diese Frage soll in Punkt V, 2.4 (Beginn der Interventionen) behandelt werden. Denn,

„...die Chance des Kindes, den Tod von Mutter oder Vater ohne seelischen Schaden zu überstehen, ist natürlich um so besser, je älter das Kind ist (oder vielmehr je weiter es in der Selbständigkeit und Strukturierung seiner Persönlichkeit fortgeschritten ist)“ (Furman 1977, S.22).

Weiterhin soll in diesem Kapitel betrachtet werden, ob und inwieweit der Zeitpunkt der Intervention bei den Kindern eine Rolle spielt (wie groß ist der zeitliche Abstand zu dem Tod eines/beider Elternteile?).

Abschließend wird in Kapitel V, 2.5 die Situation der Mitarbeiter betrachtet. Hierbei werden u.a. die Realisierbarkeit der einzelnen Interventionen und ihre Umsetzung untersucht werden.

## **2.1 Kulturverträglichkeit**

Kultur im heutigen Begriffsverständnis meint,

„...die Gesamtheit der einer Kulturgemeinschaft eigenen Lebens- und Organisationsformen sowie den Inhalt und die Ausdrucksformen der vorherrschenden Wert- und Geisteshaltung, auf die diese sozialen Ordnungsmuster gründen. Zur Kultur zählen im Einzelnen weiterhin die Kultursysteme, d.h. die besonderen Sitten und Bräuche, das jeweilige Bildungs- und Erziehungssystem, Wissenschaft und Technik, Religion, Sprache und Schrift, Kunst, Kleidung, Siedlungs- und Bauwesen sowie das politische, das wirtschaftliche und das Rechtssystem“ (Microsoft Encarta 1998).

Im weiteren Verlauf der Arbeit bezieht sich die Untersuchung der Kulturverträglichkeit im Wesentlichen auf die sozialen, also auf die „gesellschaftlichen“ (dtv-Lexikon 1977) Aspekte.

Bevor die Kulturverträglichkeit der Interventionen diskutiert werden kann, werden im folgenden kurz die Faktoren, die die Entwicklung eines afrikanischen Kindes beeinflussen, dargestellt.

### **2.1.1 Die Entwicklung des afrikanischen Kindes in seinem sozialen und kulturellen Umfeld, insbesondere in Tansania, Kagera**

Nach der Geburt des Kindes kümmern sich in Tansania neben der Mutter auch andere Frauen um das Kind, wobei die Mutter aber immer an erster Stelle steht. Sie ist es, die das Kind in den ersten zwei bis drei Jahren behütet, auf dem Rücken trägt, es stillt, es wäscht und es nachts neben sich schlafen lässt (vgl. Staewen 1991, S. 17). Diese Form des Behütetseins erlaubt dem Kind (unter günstigen Bedingungen) in den ersten Lebensjahren ohne Angst vor dem Isoliert- und Alleinsein aufzuwachsen. Dies ändert sich schlagartig, wenn die Mutter wieder schwanger oder das Kind ca. drei Jahre alt ist.

Von einem Tag auf den anderen wird die intensive Mutter-Kind-Beziehung abgebrochen und das Kind in eine Gruppe von Jungen und Mädchen gegeben, die sich häufig um das komplette Wohl (essen, waschen...) des Kindes kümmern. Ab diesem Zeitpunkt verbringt das Kind seine Zeit in dem sogenannten Kinderbund (ebd. S.62). Auch die anderen Frauen der Sippe<sup>19</sup>, die dem Kind vertraut sind, verweisen es jetzt an den Kinderbund. Den plötzlichen „Verlust“ der Mutter (sie hat nicht aufgehört, ihr Kind zu lieben) empfindet das Kind als einen „schrecklichen Sturz in die Verlassenheit“ (ebd.). Die Kinder haben während ihrer ersten Jahre ein enormes Harmoniebedürfnis entwickelt und versuchen nun, dies innerhalb des Kinderbundes zu befriedigen. Dieser Bund ist die erste Institution, in der das Kind Gehorsam lernt. Denn nur, wenn es sich bestimmten Regeln unterwirft, wird es akzeptiert und kann sein Harmoniebedürfnis stillen. Dadurch wird das Kind von klein auf so gründlich an die Sippe gebunden,

---

<sup>19</sup> „Innerhalb einer Sippe leben mehrere bis zahlreiche Kleinfamilien zusammen, nach Möglichkeit und besonders auf dem Land auf dem gleichen Areal“ (Staewer 1991, S. 104)

„...dass der einzelne sich – unter der Bedingung der traditionellen Intaktheit der Sippe – in dieser Gemeinschaft (und eigentlich nur in ihr) absolut wohlfühlt“  
(Staewer 1991, S. 78).

Findet jedoch eine Entwurzelung durch den Verlust der Sippe statt, kann es zu einem Verfall der Wertmaßstäbe kommen.

Um also den Zusammenhalt der Sippe zu gewährleisten, sind bestimmte Regeln und Normen entstanden. In bezug auf das Kind bedeutet das, absoluter Gehorsam gegenüber Älteren und die Einhaltung bestimmter Tugenden („*adabu*“, Kisuaheli = Benehmen). Wer kein „*adabu*“ besitzt, ist schlecht erzogen und bereitet seinen Eltern Schande.

Hier einige Beispiele der sich daraus ergebenden bestimmten Verhaltens- und Erziehungsregeln:

- *Adabu ya mtoto humapatia sifa bora wazazi* (Das Kind ist der Spiegel der Eltern.),
  - *Mwenye mwanawe, n'akanye* (Eltern sollen ihre Kinder bestrafen),
  - *Mtoto mwenye baba hajimegei ugal.* (Das Kind, dessen Vater noch lebt, fällt niemals eigene Entscheidungen)
- (HUMULIZA/Terre des Hommes 1999, S. 19).

Weiterhin gibt es auf Kisuaheli keine Wörter, die das Kind in seinen eigenen Ideen und Kräften bestärken oder die Eigeninitiative eines Kindes, geschweige denn sein Selbstvertrauen, fördern würden (ebd. S.21).

Gerade der letzte Punkt bedeutet ein ernsthaftes Hindernis, um mit den Konsequenzen von HIV/AIDS umgehen zu können. Das aktuelle Verständnis der Rolle eines „gut erzogenen Kindes“ gerät in den Konflikt mit der realen Situation, mit der sich die Waisen auseinandersetzen müssen und die von den Erwachsenen (noch) nicht anerkannt wird.

Hierzu ein Beispiel aus einer Diskussion in Nshamba zwischen HUMULIZA und einigen Bewohnern der Gemeinde:

„Ein angesehenes (männliches) Mitglied der Gemeinde beschwert sich über einen Jungen, der kein Benehmen („*adabu*“) hat.“



Frage (HUMULIZA): Warum?

Antwort (Mann): Er fehlt oft in der Schule und manchmal ist er abends nicht zu Hause.

Frage: Was macht er, wenn er nicht zu Hause, oder in der Schule ist?

Antwort: Ah, er geht weg um Fische zu fangen.

Frage: Warum fängt er Fische?

Antwort: Oh, sein Vater ist gestorben und seine Mutter ist krank. So muss er etwas Geld für seine Mutter und seine Geschwister verdienen.

→ Tatsache ist, dass die Gemeinde dem Jungen eigentlich dankbar sein müsste, dass er die Verantwortung für seine Familie übernimmt. Aber statt Anerkennung zu bekommen, wird er noch beschuldigt sich nicht an die Regeln zu halten. Eine Autonomie, wie der Junge sie an den Tag legt wird von vielen nicht akzeptiert“ (HUMULIZA/Terre des Hommes 1999, Übersetzung der Verfasserin).

Doch durch das Wegsterben der Eltern werden viele Regeln, wie der Gehorsam und die Integration in die Sippe, die bis dahin einen hohen Stellenwert eingenommen haben, dysfunktional.

Im folgenden sollen nun die Interventionen von HUMULIZA, aufbauend auf den kulturellen Aspekten in diesem Kapitel, in den aktuellen kulturellen Kontext eingeordnet und diskutiert werden.

### **2.1.2 Die Interventionen - betrachtet in dem aktuellen kulturellen Kontext der Kinder**

Die alten Normen und Regeln beginnen, an Gültigkeit zu verlieren, da sie z. T. nicht mehr umsetzbar sind. Dies ist der Zeitpunkt, an dem die Interventionen von HUMULIZA einsetzen. Es müssen neue Möglichkeiten gefunden werden, wie mit der Situation der Kinder umgegangen werden kann. Dazu gehört - meiner Meinung nach - auch die Entwicklung neuer Normen, die den Kindern mehr Selbständigkeit zuspricht. Diese Neuorientierung ist nötig, um mit den ökonomischen, sozialen und psychologischen Folgen von HIV/AIDS umgehen zu können. Bisher ist es der Gesellschaft nicht gelungen, der aktuellen Situation entsprechend zu reagieren und den Kindern zu helfen. Aus diesem Grund möchte ich die Bedeutung der von

HUMULIZA durchgeführten Interventionen unterstreichen. Die gewählte Art und Weise ihrer Durchführung, die Kinder nach ihren Gedanken und Gefühlen zu fragen sowie sie in ihrem Selbstbewusstsein stärken zu wollen, ist untypisch für ihre Kultur. Die Handlungsansätze von HUMULIZA bieten den betroffenen Kindern jedoch Hilfestellungen zur Bewältigung ihrer (aktuellen) täglichen Lebenssituation an, in der die Kinder auch Aufgaben übernehmen müssen, die nicht in ihren eigentlichen Tätigkeitsbereich gehören.

In dem vorigen Kapitel (V, 2.1.1) wurde weiterhin dargestellt, welche enorme Bedeutung die Gemeinschaft (Sippe) in der afrikanische Kultur einnimmt. So hat der Verlust der Familie und auch der Verlust der sozialen Unterstützung (z. B. durch Stigmatisierung) eine erschütternde Auswirkung auf die Kinder (vgl. Perren-Klingler (Hrsg.) 1995, S. 250).

„Kein Kind ist so strapazierfähig, dass es in einer Umwelt ohne jegliche Unterstützung gedeihen kann“ (ebd. S. 251).

Durch die von HUMULIZA gewählte Gruppenintervention - im Gegensatz zu der bei uns oft üblichen Einzeltherapie - kann den Kindern ein Stück dieser sozialen Sicherheit und auch die Geborgenheit in einer Gemeinschaft wiedergegeben werden (sei es in den Sitzungen oder in der Waisenorganisation). Somit bedeutet die Berücksichtigung der Gruppe einen Einbezug kultureller Eigenschaften in die Intervention.

In beiden Interventionsformen - in den Sitzungen mehr als in der Waisenorganisation - wird eine Pädagogik verwendet, die den Kindern fremd ist. Sie werden aufgefordert, Gruppenarbeit durchzuführen und ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen. Doch auch hier werden kulturelle Eigenschaften einbezogen, wie das gemeinsame Essen und Singen zu Beginn der Sitzungen. Dadurch wirkt die Intervention weniger befremdlich und die Kinder sind bereit, sich auf die neuen Methoden einzulassen (s. Pkt. IV, 2.3.2).

Ein Problem, das sich durch Arbeit von HUMULIZA ergeben kann, besteht darin, dass die Interventionen ausschließlich für Waisen gedacht sind und somit anderen

Kinder die Umgestaltung der Werte und Normen vorenthalten bleibt. Sie wachsen bei ihren Eltern auf und werden nach den bestehenden Regeln erzogen, wenn nicht auch bei den Eltern ein Umdenken stattfindet.

Aber genau hier liegt ein weiterer Ansatzpunkt für HUMULIZA. Die Organisation arbeitet nicht nur mit Kindern, sondern versucht auch die „caretaker“ in ihren Seminaren zu erreichen. Dort soll u.a. auf die Kindheitsentwicklung im allgemeinen aufmerksam gemacht werden. Dadurch soll ein Umdenken im Umgang mit Kindern und speziell mit Waisen, stattfinden (s. Examensarbeit Nina Hapke).

Dennoch bleibt die Frage, ob für das Konzept von HUMULIZA u.a. die Möglichkeit besteht, dieses in anderen Regionen durchzuführen (siehe folgendes Kapitel, V, 2.2)

## **2.2 Multiplizierbarkeit**

In dem Konzept von HUMULIZA (s. Pkt. III, 4.2.13) wird für alle Zielgruppen eine Multiplizierbarkeit und Breitenwirkung der angewandten Methoden angestrebt. Sieht es im Bereich der Caretaker (s. Examensarbeit Nina Hapke) so aus, als könnten diese Faktoren erfüllt werden, stellt sich die Situation bei der Zielgruppe der Kinder etwas anders dar.

Nach eigenen Aussagen von Dr. K. Madörin haben die Mitarbeiter von HUMULIZA während ihrer Ausbildungszeit die für das Konzept erforderlichen demokratischen Strukturen erlernt und können diese jetzt z.B. an die Waisenorganisation weitergeben. Dabei entsteht das Problem, dass dieses Konzept nicht, oder nur schwerlich auf andere Gegenden im In- und Ausland zu transferieren ist, wenn dort die Erfahrung mit der institutionellen Basisdemokratie (z.B. Teamarbeit, Mitbestimmung) fehlt (vgl. Interview Madörin, Anhang 5). Somit bleibt dieses Konzept auf Bereiche beschränkt, in denen basisdemokratisch gearbeitet wird. Selbst in der Region, in der HUMULIZA tätig ist, bildet diese Organisation, im Gegensatz zu anderen, die meist hierarchisch gegliedert sind, eine Ausnahme.

Innerhalb der Organisation bedeutet dies, dass nur mit der Weitergabe der basisdemokratischen Strukturen an die Kinder das Konzept funktionieren kann. Sofern dies funktioniert - was meines Erachtens nach der Fall ist - ist auch eine

Nachhaltigkeit innerhalb eines begrenzten Rahmens möglich. Der Nachteil, dass das Konzept nicht gut transferierbar ist, bleibt bestehen.

Doch auch innerhalb der Waisenorganisation wird über eine Beschränkung der Gruppengröße nachgedacht. Zur Zeit liegen die Teilnehmerzahlen nach Angaben von Dr. K. Madörin zwischen 200 und 250. Die Waisenorganisation muss ihre Aufnahmekapazitäten beschränken, wenn sie weiter sinnvolle Arbeit leisten möchte. Somit können selbst vor Ort nicht alle Waisen erfasst werden.

Zur Zeit wird von HUMULZA angestrebt, das Handbuch, das die Sitzungen für Kinder beinhaltet, im Internet für alle an der Thematik interessierten zugänglich zu machen.

Ein weiterer Aspekt ist die Frage, was passiert, wenn sich Terre des Hommes, bzw. Dr. K. Madörin aus dem Projekt zurückziehen. Zur Zeit sind die Mitarbeiter bereits zeitweise auf sich gestellt, da Dr. K. Madörin nicht ständig im Projekt anwesend ist, so dass ein eigenständiges Arbeiten forciert wird und gut funktioniert. Die finanzielle Unterstützung ist dabei die ganze Zeit über gewährleistet.

Würde Terre des Hommes sich und die finanziellen Mittel in den nächsten Jahren aus dem Projekt herausziehen, gäbe es für die Mitarbeiter voraussichtlich keine Möglichkeit HUMULZA in dieser Form aufrecht zu erhalten, denn ein eigenständiges Einkommen für das Projekt existiert bisher nicht

Nach Staewer muss ein Entwicklunghilfeprojekt für einen bestimmten Zeitraum angelegt sein, um eine Selbständigkeit des Projektes bewirken zu können.

„Wenn es bei der Einrichtung eines Projektes darum geht, daß es zu einem späteren Zeitpunkt in die Eigenregie von dazu geeigneten Afrikanern übergehen soll, (...) dann muß bei der Planung und Verhandlung von vornherein eine lange Projektdauer (15-20 Jahre) ins Auge gefaßt werden“ (Staewer 1991, S. 141).

Daher kann über die Frage, ob HUMULZA ohne fremde Hilfe auskommen kann, erst gegen Ende der Unterstützung erneut befunden werden. Dennoch muss die Fragestellung in der Folgezeit im Bewusstsein bleiben.

Zum jetzigen Zeitpunkt wäre das Projekt ohne finanzielle Unterstützung nicht existenzfähig. Um eine Eigenständigkeit der Organisation aufzubauen, müssen Möglichkeiten der Eigenfinanzierung gefunden werden.

## 2.3 Prävention

Bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist die Prävention ein wichtiger Bereich, der im Wirken der Organisation HUMULIZA keine Berücksichtigung findet.

Die auch unter Jugendlichen weite Verbreitung von HIV/AIDS liegt in der mangelhaften Aufklärung durch Gesellschaft und Institutionen begründet. Viele Kinder und Jugendliche haben keinen Zugang zu lebensrettenden Informationen bezüglich ihrer eigenen Sexualität und der möglichen Folgen ungeschützten Geschlechtsverkehrs (vgl. Strategies for hope No. 12 1997, S.53).

Zum Teil sind Kinder schon mit 11 oder 12 Jahren sexuell aktiv. Aus diesem Grund müssen Aufklärung und Prävention möglichst früh ansetzen (vgl. Strategies for hope No. 13 1997, S. 6). Dabei reicht es nicht aus, den Kindern und Jugendlichen Wissen darüber zu vermitteln, wie man HIV/AIDS und andere sexuell übertragbare Krankheiten sowie auch ungewollte Schwangerschaften vermeiden kann. Darüber hinaus ist das Erlernen notwendiger sozialer Kompetenzen von großer Bedeutung. Dazu gehörten u.a. das nötige Selbstvertrauen, um in Partnerbeziehungen den Gebrauch von Kondomen zu fordern.

Somit muss auch das Verständnis von Männern und Frauen (s. Pkt. III, 3.4) in dem jeweiligen kulturellen Kontext eine Rolle in der Sexualerziehung spielen. Dafür ist es wichtig, die Verantwortung füreinander und den respektvollen Umgang miteinander zu betonen (vgl. Strategies for hope No. 12 1997, S. 54).

Bei der Umsetzung der Präventionsarbeit ist es wichtig, die Jugendlichen nicht als Problem darzustellen, sondern sie als Hilfe zur Bekämpfung der Epidemie anzusehen und dies dementsprechend zu vermitteln.

Es gibt viele verschiedene Ansätze der Sexualerziehung und Prävention, die sich in der Praxis bewährt haben. Ein Beispiel der Prävention „The Fleet of Hope“ (ebd. S. 50) wird im Anhang 11 dargestellt.

Durch die Interventionen von HUMULIZA wird den Kindern eine Unterstützung angeboten, um den Tod ihrer Eltern zu verarbeiten. Doch auch die Kinder dieser Kinder müssen später ohne Eltern auskommen, wenn Prävention und somit die

Aufklärung nicht einen höheren Stellenwert als bisher einnehmen (dies gilt nicht nur für HUMULIZA, sondern für alle Institutionen, die in diesem Bereich tätig sind).

Ein Weg der Präventionsarbeit könnte für HUMULIZA der Aufbau einer „Youth-to-Youth strategy“ (Strategies for hope Nr. 13 1997, S. 8) sein, also eine Aufklärung von Jugendlichen für Jugendliche.

In den Sitzungen - wie auch in der Waisenorganisation - wird das Selbstvertrauen der Kinder gestärkt. Dies ist auch ein wichtiger Faktor für den Umgang mit der Sexualität (s.o.). So könnten Jugendliche von HUMULIZA ausgebildet werden, um dann ihr Wissen über Sexualität und Prävention in Seminaren an andere Kinder und Jugendliche weiterzugeben. Wichtig wäre hierbei, diese Seminare nicht nur für Waisen, sondern für alle Kinder und Jugendliche zugänglich zu machen.

Die Prävention sollte in alle Teile der Arbeit von HUMULIZA einfließen und auch in Schulen und Seminaren für Lehrern und Eltern (s. Examensarbeit Nina Hapke) thematisiert werden.

Für die Umsetzung der Prävention müsste HUMULIZA sich keine neuen Konzepte überlegen, sondern könnte auf in dem kulturellen Kontext bestehende und erfolgreiche Konzepte zurückgreifen (Beispiele finden sich in den Heften „Strategies for Hope). Dabei sollte jedes Konzept auf die vor Ort bestehenden Gruppen abgestimmt werden.

Nach der Diskussion der Prävention in diesem Kapitel konzentrieren sich die nun folgenden Kapitel auf die Umsetzung und Auswirkung der angewandten Interventionen nach innen, d.h. auf die Kinder und die Mitarbeiter.

## **2.4 Beginn der Interventionen**

Die Kinder müssen, um an den Interventionen von HUMULIZA teilnehmen zu können, eine bestimmte Altersstufe erreicht haben (Sitzungen: mind. 8 Jahre, Waisenorganisation: mind. 13 Jahre).

Um die Auswirkungen des Alters der Kinder zu Beginn der Interventionen und den gewählten Zeitpunkt (z.B. wie groß ist der zeitliche Abstand zum Tod eines, oder

beider Elternteile) beurteilen zu können, wird im folgenden kurz die Trauer bei Kindern, die Auswirkungen des Alters auf die Trauer und Faktoren die den Trauerprozess beeinflussen können, dargestellt. Im Anschluss daran werden die daraus gewonnenen Erkenntnisse in Zusammenhang mit den Interventionen gebracht und die Ergebnisse erläutert.

### **2.4.1 Kinder und Trauer**

In diesem Zusammenhang wird der Begriff „Trauer“ als „diejenige seelische Arbeit die dem Verlust eines Liebesobjektes folgen muss“ (vgl. Furmann 1977, S. 89).

Der Trauerprozess des Kindes (ähnlich wie bei Erwachsenen) verläuft in mehreren Stufen:

#### Stufe 1: Die Wirklichkeit des Todes realisieren

„Als sie starb, dachte ich, es sei alles nur ein Traum. Dann wachte ich auf und es war Wirklichkeit“ (Junge, 10 Jahre alt) (vgl. HUMULIZA/ Terre des Hommes 1999, S. 24).

Das Kind muss die Wirklichkeit, jemanden verloren zu haben, akzeptieren und die Endgültigkeit des Todes begreifen lernen. Dieses Verständnis kann ein Kind relativ früh (mit 3, 4 Jahren) erworben haben. Insbesondere kleine Kinder fragen ständig nach der verstorbenen Person, um herauszufinden, ob derjenige wirklich nicht wiederkommt.

#### Stufe 2: Den Schmerz des Verlustes erleben

„Wenn ich mich an Dinge erinnere, die ich gerne mit ihm gemacht habe, dann fange ich an zu weinen. Ich erinnere mich daran und weiß, dass ich es nicht wieder tun kann“ (Junge, 8 Jahre alt) (vgl. ebd.).

Durch den Verlust der Eltern können eine Reihe von Gefühlen wie Traurigkeit, Zorn, Schuld und Angst hervorgerufen werden. Vertiefen sich diese Gefühle, weil das Kind sie nicht verarbeiten kann, können diese in Kopf- und Magenschmerzen, Verhaltensauffälligkeiten, Aggressionen, usw. münden. Im fortgeschrittenen Stadium können sich diese post-traumatischen Belastungsstörungen (PTSD) weiter

verschlimmern. Es kann zu Depressionen, Suizidität und unkontrollierter Gewalttätigkeit führen (vgl. Perren-Klingler 1995, S.20).

Es wurde herausgefunden, dass ein Drittel der Kinder zwei Jahre nach dem Verlust der Eltern unterschiedliche Verhaltensauffälligkeiten oder emotionale Störungen aufweisen (HUMULIZA/ Terre des Hommes 1999, S. 27).

Besonders verletzlich sind Kinder zwischen fünf und sieben Jahren. Der Grund hierfür manifestiert sich darin, dass sie zwar verstehen können, dass der Tod etwas Unwiderrufliches ist, aber sie sprachlich ihre Gedanken und Gefühle noch nicht adäquat mitteilen können (vgl. Perren-Klingler 1995, S. 25).

Stufe 3: Sich in einer Umgebung zurecht finden, in der der Verstorbene fehlt

„Ich war es gewohnt, mit meiner Mutter zu reden, wenn ich von der Schule kam“ (Mädchen, 8 Jahre alt) (ebd.).

Die Eltern spielen viele Rollen im Alltag eines Kindes. Sie sagen dem Kind, wann es schlafen oder sich waschen soll, spaßen mit dem Kind uvm. Mit dem Tod der Eltern wird diese Alltagsroutine unterbrochen, wobei, in bezug auf die Veränderungen im Alltagsleben, der Tod der Mutter häufig als gravierender empfunden wird (vgl. ebd.). Auch im Erwachsenenalter wird den Waisen der Verlust der Eltern immer wieder schmerzlich bewusst werden, vor allem in wichtigen Momenten ihres Lebens, wie der Heirat oder der Geburt eines Kindes.

Stufe 4: Den Tod einer geliebten Person in seinen Alltag, sein eigenes Leben einzubauen und Wege zu finden, der Person zu gedenken

„In meinem Herzen sind sie nicht tot“ (Jugendlicher) (ebd.).

Kinder versuchen, nicht nur den Tod zu verstehen, sondern suchen auch eine Möglichkeit, wie der Verstorbene im täglichen Leben einen Platz findet: „In meinen Gedanken spreche ich mit ihm. Ich erzähle ihm, was ich heute gemacht habe“ (Junge, 10 Jahre) (HUMULIZA/ Terre des Hommes 1999, S. 26).

Den Kindern muss jedoch geholfen werden, dieses traumatische Ereignis (den Tod einer geliebten Person) zu verarbeiten und trotz allem neue Freundschaften einzugehen und diese unabhängig von dem Verlust zu betrachten.

Für Kinder kann es enorm hilfreich sein, wenn sie ein Erinnerungsstück an das verstorbene Elternteil haben. In Kagera wird den Kindern oft ein Kleidungsstück des verstorbene Elternteils gegeben (vgl. ebd.).



Insgesamt kann man davon ausgehen, dass Trauerverarbeitung ihre Zeit braucht (man geht von ca. zwei Jahren aus).

Jüngere Kinder brauchen am meisten Hilfe, um die Wirklichkeit des Todes zu verstehen und sich von dem toten Familienmitglied abzugrenzen, sich zu vergewissern, dass sie selber und die verbliebenen Familienangehörigen nicht auch sterben (vgl. Furman 1977, S. 34). Selbst Säuglinge und Kleinkinder ab einem Alter von 12 Monaten bis zu drei Jahren zeigen, nach Bowlby, Reaktionen auf den Verlust der Mutter. In der ersten Phase der Abwesenheit protestieren die Kinder lautstark und zeigen ein dringliches Bestreben wieder mit der abwesenden Mutter zusammen zu kommen. Dieses Verhalten kann längere Zeit andauern. Später kann das Kind apathisch und zurückgezogen werden. Oft sind auch psychische Folgen im Erwachsenenalter nicht auszuschließen (vgl. Bowlby 1991, S. 20). Das bedeutet, dass der Verlust in der frühen Kindheit Trauerprozesse auslöst, die gewöhnlich einen Verlauf nehmen, der bei Erwachsenen als pathologisch erachtet wird. Genau wie Erwachsene empfinden Säuglinge und kleine Kinder, die eine geliebte Person verloren haben, Kummer und Trauer (vgl. Bowlby 1980, S. 69 ff).

Wie Kinder den Tod verarbeiten können, hängt von mehreren Faktoren ab, u.a. von der Entwicklungsphase, in der sich das Kind gerade befindet, den Umständen des Todesfalles und den Beistand durch überlebende Angehörige. Manche Kinder können mit einem hohen Grad an Schmerz zurecht kommen, dennoch benötigen die meisten die Hilfestellung einer Bezugsperson. Auch können Kinder den Verlust nur schwer verkraften, wenn sie gleichzeitig mit anderen Belastungen ringen müssen, die ihre emotionale Bürde vermehren (vgl. Furman 1977, S. 25 ff). Deshalb ist es wichtig für Kinde, Kontinuität in ihren Alltag zu bringen, Gewohnheiten beizubehalten. Ebenso spielt die Unterstützung des verbliebenen Elternteil eine wichtige Rolle.

Den Alltag beizubehalten, ist vor allem in dem Bereich der afrikanischen Kultur - so auch in Kagera - schwierig, da Mädchen oft gezwungen sind, die Arbeiten der Mutter zu übernehmen und auch Jungen neue Tätigkeiten übernehmen müssen (s. auch Pkt. V, 2.1.1).

Zu beachten ist weiterhin, dass Kinder nicht nur mit ihrer eigenen Trauer konfrontiert werden, sondern auch mit der ihrer Geschwister und des verbleibenden Elternteils. Zudem beginnt die Belastung der Kinder nicht erst mit dem Tod der geliebten

Person, sondern in diesem Falle schon mit Beginn der Krankheit. Zwar wird gesagt, dass die psychologische Auswirkung für Kinder, die ihre Eltern plötzlich verlieren (Unfall, Krieg), weit intensiver sein kann, doch nimmt gerade HIV/AIDS einen nicht vorhersehbaren Lauf. Die Kinder sind lange bevor der Betroffene stirbt, Monate oder gar Jahre der Belastung ausgesetzt. Sie erleben die lange Krankheit der geliebten Person und leiden zudem unter der einhergehenden Verschlechterung des Lebensstandards (vgl. [www.unicef.or.at/gericht/spezial/AIDS/aisdwaisen.html](http://www.unicef.or.at/gericht/spezial/AIDS/aisdwaisen.html), Stand: 25.09.2000; Strategies for hope No. 5 1993, S. 8).

„Für Kinder sind die Probleme ab dem Moment akut, in dem ein Elternteil als HIV-positiv diagnostiziert wird. Wenn Hilfsorganisationen warten, bis ein Kind zur Waise wird, ist es fast schon zu spät. Maßnahmen für das weitere Leben der Kinder müssen vor dem Tod der Eltern getroffen werden“ ([www.unicef.or.at/gericht/spezial/AIDS/aisdwaisen.html](http://www.unicef.or.at/gericht/spezial/AIDS/aisdwaisen.html), Stand: 25.09.2000).

In einer Umfrage von HUMULIZA zeigte sich, dass viele Kinder sich wünschten, ihre Eltern hätten sie über ihren bevorstehenden Tod informiert (HUMULIZA/ Terre des Hommes 1999, S. 28) und jemand hätte ihnen in dieser Zeit zur Seite gestanden. Aber auch für den verbliebenen Elternteil wäre eine Hilfe in dieser schwierigen Zeit wichtig.

Die in diesem Kapitel aufgeführten Aspekte konnten nur angerissen werden. Für das nächste Kapitel ist zu beachten, dass viele der aufgeführten Punkte auf dem Hintergrund westlicher Sichtweise basieren. Somit muss in der Übertragung auf die Intervention immer auch das aktuelle kulturelle Umfeld beachtet werden.

#### **2.4.2 Altersbegrenzung und Zeitpunkt der Interventionen**

Die Interventionen, vor allem die Sitzungen von HUMULIZA, sind meiner Meinung nach eine Reaktion auf Verhaltensauffälligkeiten (post-traumatische Symptome) und keine direkte Hilfe zur Trauerverarbeitung.

Durch die von HUMULIZA gesetzte Altersbegrenzung kann Kindern unter acht Jahren - ich beschränke mich momentan auf die Sitzungen - mit psychischen

Problemen, die durch ein Nicht-Bewältigen des Verlustes entstehen, nicht geholfen werden. Sie müssen mit ihren Problemen allein zurecht kommen, bis sie das „passende“ Alter erreicht haben. Sicherlich verschließt HUMULIZA nicht die Augen vor diesem Problem, aber zur Zeit hat die Organisation keine eigenen Möglichkeiten, diesen Kindern zu helfen.

Eine Hilfe, die diesen Kindern angeboten wird, ist der Besuch einer Vorschule (z.B. bei Tumaini Letu, s. Pkt. III, 4.1.3). Durch den regelmäßigen Besuch dieser Einrichtung kann Kontinuität in den Alltag der Kinder gebracht werden, die gerade bei der Trauerverarbeitung sehr wichtig ist. Dennoch gibt es in den Vorschulen keine Kapazitäten, um sich speziell mit einzelnen Kindern beschäftigen zu können<sup>20</sup>.

Aus den Aspekten des letzten Kapitels kann man entnehmen, dass gerade kleine Kinder Hilfestellung und damit eine Bezugsperson nötig haben, um mit ihrer Trauer zurecht zu kommen. Wenn beide Elternteile verstorben sind bleiben oft nur die älteren Geschwister als Bezugspersonen zurück. Hierbei ist es für die Kleinen wichtig, mit ihren Geschwistern zusammen bleiben zu können und nicht auf verschiedene „Caretaker“ aufgeteilt zu werden, wie es immer wieder vorkommt. Diese Aufteilung geschieht u.a. deshalb, weil viele Familien nicht über ausreichend Kapazitäten verfügen, um alle Kinder einer Familie aufzunehmen oder, weil sie schon viele Kinder aufgenommen haben.

Bleiben die Geschwister zusammen oder müssen in einem Kinderhaushalt alleine zurecht kommen, sind die älteren Geschwister mit ihren eigenen Problemen zu sehr belastet, um sich um das psychische Wohlergehen der jüngeren Geschwister kümmern zu können.

Bei HUMULIZA müsste der Aspekt, dass Kinder nicht nur mit ihrem eigenen Trauma, sondern auch mit dem der Geschwister zurecht kommen müssen, mehr hervorgehoben werden. Dies kann z.B. dadurch geschehen, dass den älteren Geschwistern eine Hilfestellung angeboten wird, wie sie mit ihren jüngeren Geschwistern umgehen, ihnen vielleicht sogar ein Stück weit helfen können, sowohl im Anschluss an die Sitzungen, als auch in der Waisenorganisation.

Sicher ist, dass die Trauerverarbeitung der Kinder von Beginn an unter erschwerten Bedingungen abläuft, da die meisten noch zusätzlichen Belastungen ausgesetzt sind (s. Pkt. V, 2.4.1). Dies spricht wiederum dafür, dass die Interventionen von

---

<sup>20</sup> Eigene Beobachtung bei Tumaini Letu (Anm. der Verfasserin)

HUMULIZA unabhängig vom Alter einsetzen sollten und zwar spätestens dann, wenn der Verlust eingetreten ist und nicht erst zum Teil Jahre später, wenn sich Verhaltensauffälligkeiten manifestiert haben.

Wichtig finde ich, dass die Hilfe, die HUMULIZA den Kindern anbietet, auch zu einem Zeitpunkt einsetzt, an dem die Eltern noch leben (s. Zitat UNICEF Pkt. V, 2.4.1).

Zum einen kann den Kindern schon während der Krankheit der Eltern / eines Elternteils psychische Unterstützung angeboten werden, und zum anderen kann den Eltern geholfen werden, indem gemeinsam mit den Mitarbeitern einer Hilfsorganisation überlegt wird, was nach dem Tod der Eltern mit den Kindern geschehen soll (z.B. wo können sie untergebracht werden, wer kümmert sich um sie). Es würde eine Beruhigung für die Eltern darstellen, zu wissen, dass ihre Kinder versorgt sind, wenn sie sterben.

Aber auch für den Elternteil, der nach dem Tod eines Ehepartners mit den Kindern alleine dasteht, kann es eine große Hilfe sein, zu wissen, was in den Kindern vorgeht und wie ihnen geholfen werden kann. Das gilt für Kinder aller Altersstufen.

Die kranken Eltern und ihre Kinder sind eine Zielgruppe, die HUMULIZA in Zukunft in ihr Konzept aufnehmen will. Bleiben die Kapazitäten der Mitarbeiter, wie von Dr. K. Madörin geplant, zahlenmäßig gleich, halte ich es für unmöglich mit einer weiteren Gruppe adäquat arbeiten zu können.

Mit diesem Aspekt wird sich das nächsten Kapitel eingehender beschäftigen.

## **2.5 Mitarbeiter**

Wie bereits in dem letzten Kapitel erwähnt, wird die momentane Kapazität an Mitarbeitern zahlenmäßig auch in Zukunft beibehalten. Dabei stellt sich die Frage, ob vier Mitarbeiter für die Umsetzung der Ziele von HUMULIZA ausreichend sind.

Während der beiden beobachteten Sitzungen (s. Pkt. IV, 2.3.2) wurde deutlich, wie wichtig es ist, dass immer die gleichen Gruppenleiter regelmäßig eine Gruppe betreuen. Doch war Mr. D. Bamwenzaki nur unregelmäßig in der Gruppe, da er auch

für die Lehrerseminare zuständig ist (siehe Examensarbeit Nina Hapke). Dies wirkte sich dahingehend auf die Kinder aus, dass sie bei Mrs. M. Biro, die bis zu diesem Zeitpunkt öfter die Gruppe betreut hatte, einen gelösteren Eindruck vermittelten und vertrauter mit ihr umgingen.

Da Mrs. M. Biro, wie auch Mr. M. Rwamulerwa, intensiv mit der Waisenorganisation (s. Pkt. IV, 3.3) beschäftigt sind, kommt es vor, dass einzelne Sitzungen ausfallen und auf die nächste Woche verschoben werden müssen. Damit wird die für die Kinder so wichtige Kontinuität gefährdet.

Des Weiteren kann das von HUMULIZA gesetzte Ziel, eine optimale Betreuung der Kinder während der Sitzungen durch die Anwesenheit von zwei Gruppenleitern zu gewährleisten, nicht erfüllt werden.

Wie in den letzten Kapiteln dargestellt, wäre es wichtig, die Zielgruppe „kranke Eltern und ihre Kinder“ (s. Pkt. V, 2.4) sowie den Bereich der Prävention (s. Pkt. V, 2.3) in das Tätigkeitsfeld von HUMULIZA mit aufzunehmen.

Sollen - wie von Dr. K. Madörin geplant - in Zukunft diese Zielgruppe und weitere Aufgabenfelder hinzukommen, sehe ich es als unwahrscheinlich an, dass dies von den jetzigen Mitarbeitern noch zusätzlich bewältigt werden kann, da sie schon jetzt mehrere Bereiche abdecken müssen.

Bleibt meiner Meinung nach für die Zukunft nur die Überlegung, sich auf einige Aufgabenfelder zu beschränken oder aber weitere Mitarbeiter für HUMULIZA auszubilden, um neue Aufgabenbereiche umsetzen zu können.

## VI Resümee

In Tansania wird erst jetzt - vor allem von Seiten der Regierung - das Problem der AIDS-Waisen erkannt und die Notwendigkeit gesehen, den Kindern in ihrer Situation zu helfen. Dafür sind solche Organisationen wie HUMULIZA wichtig, die auf die Situation der AIDS-Waisen und ihrer Familien aufmerksam machen.

HUMULIZA versucht, der Stigmatisierung von HIV/AIDS betroffenen Familien entgegen zu wirken und vor allem die Kinder - auch gegen bestehende Normen - zu stärken. Somit sollen die Kinder befähigt werden, mit ihrer Situation und ihren Problemen umgehen zu können.

Die Veränderungen, die HUMULIZA anstrebt, müssten eigentlich von innen, von den Menschen in diesem Land und nicht von ausländische Hilfsorganisationen kommen. Durch die Arbeit dieser Organisationen wird verhindert, dass sich die Menschen selber stark machen und aus eigener Anstrengung einen Weg finden, den AIDS-Waisen zu helfen. Aber angesichts der Vielzahl der Probleme, mit denen die Menschen in Tansania aufgrund der Epidemie von HIV/AIDS konfrontiert sind, ist das Problem der AIDS-Waisen nur eines von vielen und die Dringlichkeit, die AIDS-Waisen zu unterstützen, nicht primär wahrgenommen.

Es ist sicherlich eine schwierige Situation, zu entscheiden, ob eine Hilfsorganisation wie HUMULIZA verändernd eingreifen darf. Dennoch denke ich, dass es die aktuelle Notlage der Kinder nicht zulässt, tatenlos zu zusehen, sondern Unterstützung anzubieten, wenn die Möglichkeiten dazu gegeben sind.

Aufgrund dieser Tatsachen finde ich die Vorgehensweise von HUMULIZA sehr gut. Zusätzlich zu der aktiven Hilfe für Kinder versucht sie, das soziale Umfeld der Betroffenen zu mobilisieren und ihnen bewusst zu machen, dass das veränderte Verhalten der Kinder (s. Pkt. V, 2.1.1, Gespräch mit einem Mitglied der Gemeinde, Nshamba) kein böswilliger Verstoß gegen bestehende Regeln darstellt, sondern eine aus der Situation heraus gegebene Notwendigkeit ist.

Das für die Umsetzung der Ziele von HUMULIZA gewählte „mental-health“ Konzept für die Arbeit mit den AIDS-Waisen ist sehr erfolgreich. Es ist zu beobachten, dass die Kinder das nötige Selbstvertrauen aufbauen und den Mut finden ungewohnte Aufgaben in ihrem täglichen Leben zu übernehmen und zu bewältigen, was auch aus der Umfrage von HUMULIZA hervorgeht (s. Pkt. V, 1). Dieses Konzept kann aber nur dann gänzlich erfolgreich sein, wenn auch ein Umdenken bei der Gruppe der „Caretaker“ stattfindet.

Die von HUMULIZA gewählte Form der Gruppenintervention (s. Pkt. IV, 1.2) - in den Sitzungen und ansatzweise in der Waisenorganisation - bietet den Kindern die Geborgenheit der Gruppe, die in diesem kulturellen Kontext eine große Rolle spielt. In den Sitzungen wird zudem Kindern geholfen, u.a. ihre Trauer zu verarbeiten.

Dennoch sind in dieser Arbeit eine Reihe von Problemfeldern (s. Pkt. V, 2) angesprochen und diskutiert worden. Dabei traten Aspekte zu Tage, die von HUMULIZA nicht bearbeitet werden und bei der Umsetzung ihrer Arbeit keine Berücksichtigung finden. Das bedeutet nicht, dass HUMULIZA sich dieser Probleme nicht bewusst ist. Es wurde festgestellt, dass die Arbeit mit der Gruppe der AIDS-Waisen nicht oder nur schwer multiplizierbar ist. Des Weiteren wurde die Dringlichkeit der Arbeit mit der Zielgruppe der kranken Eltern und ihrer Kinder und somit eine möglichst frühe Unterstützung der Kinder, unabhängig von ihrem Alter dargestellt. Diese Gruppe ist ein Arbeitsziel von HUMULIZA, die Notwendigkeit einer Unterstützung in diesem Bereich wurde erkannt und soll umgesetzt werden. Damit ist aber schon das nächste Problem angesprochen: die Anzahl der Mitarbeiter von HUMULIZA. Bleibt - wie von Dr. K. Madörin geplant - die Zahl der Mitarbeiter unverändert, werden nicht genügend Kapazitäten vorhanden sein, um die geplante Arbeit mit kranken Eltern und ihren Kindern umzusetzen.

Es ist fraglich, inwieweit die oben aufgeführten Problemfelder gelöst werden können. Hierbei darf nicht vergessen werden, dass HUMULIZA erst seit drei Jahren in diesem Bereich arbeitet. Nach Staewen (vgl. Staewen 1991, S. 141) ist dies kein Zeitraum, um den Erfolg eines Projektes endgültig beurteilen zu können.

Ein wirkliches Manko der Organisation ist die fehlende Prävention. HUMULIZA erreicht durch ihre Arbeit viele Kinder und Jugendliche, aber auch Erwachsene. Die Organisation hat die Möglichkeit, das Potential und die Pflicht, Prävention zu betreiben und somit die Mauer des Schweigens zu durchbrechen. Ferner sollte sie dazu beizutragen, dass die Kinder von heute in Zukunft nicht selber an HIV erkranken, an AIDS sterben und somit eine neue Generation AIDS-Waisen zurücklassen!

Wichtig finde ich, dass das Konzept von HUMULIZA, vorsieht die Kinder in ihrer gewohnten Umgebung, möglichst bei Verwandten und nicht in Waisenhäusern unterzubringen. Waisenhäuser sollten nur der letzte Ausweg sein. Denn die Verbindung zur eigenen Familie, der gewohnten Umgebung und den eigenen sozialen Wurzeln ist sehr wichtig für ein Kind (vgl. [www.unicef.or.at/gericht/spezial/AIDS/aidsweisen.html](http://www.unicef.or.at/gericht/spezial/AIDS/aidsweisen.html), Stand: 25.09.2000).

„Kinder aus Waisenhäusern haben erwiesenermaßen Probleme mit der Reintegration in ihre Heimatgemeinde und leiden unter mangelndem Selbstvertrauen“ (ebd.)

Somit denke ich, dass die Arbeit mit AIDS-Waisen immer in der gewohnten Umgebung der Kinder ansetzen und stattfinden sollte.

Ziel der Arbeit war es, die Situation von AIDS-Waisen in Tansania in der Kagera Region darzustellen und auf die Probleme der Kinder aufmerksam zu machen. Des weiteren sollte am Beispiel der Organisation HUMULIZA ein möglicher Umgang mit diesen Problemen und somit Hilfestellung für die Kinder dargestellt werden. Zugleich habe ich die Arbeit von HUMULIZA kritisch untersucht. Dabei wollte ich u.a. auf Aspekte aufmerksam machen, die in der Umsetzung der Hilfen Beachtung finden sollten.

Die Arbeit konnte nur einen kleinen Überblick über die mögliche Arbeit mit AIDS-Waisen vermitteln. Es gibt eine Vielzahl anderer Projekte speziell für AIDS-Waisen, die sich in ihrem Konzept und ihrer Umsetzung von der Arbeit von HUMULIZA unterscheiden. Die Betrachtung weiterer Projekte hätte jedoch den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.



Ich hoffe, mit dieser Arbeit dem Leser die Probleme der AIDS-Waisen ein Stück näher gebracht zu haben und zeigen zu können, in welcher Lebenssituation sie sich befinden.

Für mich persönlich war es sehr beeindruckend, die Veränderungen der Kinder sowohl während der Sitzungen, als auch in der Waisenorganisation zu beobachten. Mit Hilfe der Interventionen von HUMULIZA haben viele Kinder ihr Selbstvertrauen wiedergefunden und Verhaltensauffälligkeiten konnten „therapiert“ werden.

Die Kinder in der Waisenorganisation zu erleben, bedeutet, den Zusammenhalt und die Kraft die sie sich gegenseitig geben, zu spüren. Ihnen tut diese Gemeinschaft merklich gut und sie haben in dieser Organisation mit den anderen Kindern eine „Familie“ gefunden, die ihnen bei ihren Problemen helfen kann und diese auch versteht.

Es ist wichtig die Problematik der AIDS-Waisen in Zukunft verstärkt zu thematisieren und den Kindern in ihrer Situation Hilfestellung anzubieten.

## VII Verzeichnis der Tabellen/ Abbildungen und Karten

### Tabellen

- Tab. 1: epidemiologische Zahlen, HIV-Infektionen weltweit (vgl. [www.hivinfo.de/handbuch/epiwelt.htm](http://www.hivinfo.de/handbuch/epiwelt.htm), Stand: 10.02.01).
- Tab. 2: steigende Anzahl der AIDS Fälle in verschiedenen Regionen Tansanias (vgl. National AIDS Control Programm, 1998, S.12)

### Abbildungen

- Abb. 1 : Zielgruppen und Arbeitsfelder von HUMULIZA
- Abb. 2: Zusammenspiel der drei Ebenen I wirtschaftliche Ressourcen, II geistige Ressourcen, III soziale Fähigkeiten
- Abb. 3: Theoretische Auswirkung der Arbeit von HUMULIZA auf AIDS-Waisen
- Abb. 4: Auswirkungen der Gruppenintervention/ Gruppenerfahrung

### Karten (im Anhang)

- Karte 1: Afrika
- Karte 2: Tansania
- Karte 3: Kagera-Region

## VIII Abkürzungsverzeichnis

AZT	Azidothymidin
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IWF	Internationaler Währungsfond
NACP	National AIDS Control Programme
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
NGO	Non Government Organisation
STD	Sexually Transmitted Diseases
UNAIDS	Joint Unites Nations Programm on AIDS
UNESCO	United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization

## IX Erklärung englischer Begriffe

Caretaker	Person in deren Obhut sich das Kind befindet, die Eltern, Lehrer, Verwandte oder Freunde usw.
Chairman	Dorfchef, aber auch Leiter von Einrichtungen, Organisationen
Day Care Center	Kindertagesstätte (auch Vorschule) für Kinder von 0-7 Jahren (oder mehr)
Handout	Handbuch
Modul	wörtlich: Bauelement; Darstellung der Seminare von HUMULIZA
Primary School	entspricht der deutschen Grundschule
Secondary School	entspricht dem deutschen Gymnasium
witchcraft	Hexerei, Zauberei

## **X    Literatur- und Quellenverzeichnis**

### **Literaturverzeichnis**

Andersen, U.: „Grundlegende Probleme der Entwicklungsländer“. In: Informationen zur politischen Bildung 252 Entwicklungsländer Hrsg.: Bundeszentrale für politische Bildung. Franzis-Druck GmbH. 3. Quartal 1996

Andreas, Groß, Piroth, Schreiber: Sozialkunde. Ein handlungsorientiertes Lernbuch. Stam-Verlag Köln, München, 1991

Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Hamburg e.V. (1998): HIV-betroffene Kinder im Kindergarten, Informationen für MitarbeiterInnen; Hamburg

ASA Studien, Anja Bestmann (1997), AIDS – weltweit und dichtdran, Saarbrücken: Verlag für Entwicklungspolitik Saarbrücken

Barley N.: Die Raupenplage. Von einem der auszog, Ethnologie zu betreiben. Klett-Cotta Deutscher Taschenbuch Verlag, Stuttgart 1999.

Bepperling, A.: „Oh Dear, who will look after my children?“ Beratungsarbeit in der Mbeya-Region, Tansania. In: AIDS weltweit und nahdran, ASA-Programm 1997.

Bowlby, John (1991): Verlust. Trauer und Depression, Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH

Bowlby, John (1980): Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen, Stuttgart: Klett-Cotta Verlag

Bronfenbrenner, Urie (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung, Stuttgart: Klett-Cotta

Buchkremer, H.: Handbuch Sozialpädagogik. Dimensionen sozialer und gesellschaftlicher Entwicklungen durch Erziehung. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt, 1995

Deutsche AIDS – Hilfe e.V. (1998): HIV, AIDS, heutiger Wissenstand; Berlin

Bundesministerium für Gesundheit (1999): AIDS – Bekämpfung in Deutschland, Köln: Kölnische Verlagsdruckerei

DSE (Deutsche Stiftung für internationale Zusammenarbeit) Ländermappe (1999): Zentrale Dokumentation-Bonn: Frankfurter Rundschau, 20.10.1997, Nur eine mwali wird respektiert

Lamnek (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken; Beltz, Psychologie Verlagsunion: Weinheim

Larousse (1996): Aimer le Kenya, la Tanzanie, Monde et Voyages; Larousse : France

dtv-Lexikon (1977): Ein Konversationslexikon in 20 Bänden: Deutscher Taschenbuch Verlag, Band 18

Fatzer, Gerhard (1980): Die Gruppe als Methode. Gruppendynamische und gruppentherapeutische Verfahren und ihre Wirksamkeit, Weinheim, Basel: Beltz

Furman, Erna (1977): Ein Kind verwaist. Untersuchungen über den Elternverlust in der Kindheit, Stuttgart: Klett-Cotta

Gabriel, Jörg: Tansania, Sansibar, Reise-Know-How-Verlag Därr, Hohenthann 1999

Geiser, Anton (1998): „Aus Fehlern wird man klug“. Eine empirische Untersuchung bestehender Entwicklungshilfeprojekte im Bereich der Behindertenarbeit unter Berücksichtigung des Ansatzes der Community-Based Rehabilitation am Beispiel Kenia; Aachen: Verlag Mainz

Gleiss, Fritz: Ostafrika-Gesellschaft, Politik, Wirtschaft. Leer 1991.

Hofmann A.: Seminararbeit zum Thema: Behinderung in Tansania. Bayrische Julius-Maximilians-Universität Philosophische Fakultät III. Dozent: AL Munaizel, 1995

Hofmeier R.: Tanzania, Wirtschaftsgeographische Grundlagen und Bevölkerung. In: Nohlen Nuschler (Hrsg.) Handbuch der Dritten Welt Ostafrika, Bonn, 1993, S.178-200.

HUMULIZA (17.07.2000): Mind-Mapping about the effect of VSI  
(unveröffentlichtes Material, einzusehen bei der Verfasserin)

HUMULIZA/Terre des Hommes switzerland (1999): Manual psycho-social support of orphans, Basel/Nshamba

HUMULIZA – PROJECT, Terre des hommes switzerland, att. Dr. Kurt Madörin (1997): Psychological support for orphaned children (Draft), Part 2: Manual for group intervention with orphans

Joinet, Fr. Dr. Bernard A.: The Challenge of AIDS in East Africa, Part One: Basic Facts, a letter to my superiors. Dar es Salaam 1991.

Jürgens H.W.: Beobachtungen über das Sozialprestige bei den Haya in Nordwest-Tanzania. In: Zeitschrift für Ethnologie. Braunschweig, Verlag Albert Limbach, 1969.

Kappel R.: Entwicklungsstrategien für Wirtschaft und Gesellschaft. In: Informationen zur Politischen Bildung 264. Afrika I. 3, Quartal 1999

Larousse (1996): Aimer le Kenya, la Tanzanie, Monde et Voyages; Larousse : France

LBS-Initiative Junge Familie (Hrsg.), Fthenakis u.a. (1996): Trennung, Scheidung und Wiederheirat. Wer hilft dem Kind?, Weinheim und Basel: Beltz

Madörin, K.: Evaluation, HUMULIZA/Terre des Hommes Schweiz, 1997.  
(unveröffentlicht)

Madörin, K.: Entstehungsbericht, HUMULIZA/Terre des Hommes Schweiz, 1998.  
(unveröffentlicht)

Madörin, K. (1999): Positionspapier: Warum eine Waisenorganisation  
(unveröffentlichtes Material, einzusehen bei der Verfasserin)

Madörin, K. (1997) Projekt: Psychozoziale Betreuung von AIDS-Waisen in Kagera,  
Tanzania (HUMULIZA), Zwischenbericht per 30. September 1997  
(unveröffentlichtes Material, einzusehen bei der Verfasserin)

Madörin, K. (2000): Seminar with orphans, „To think about a orphan’s  
organisation“, Nshamba/Kagera Tanzania 28.2.-3.3.2000; organized by HUMULIZA  
Project, Nshamba and terre des hommes switzerland (unveröffentlichtes Material,  
einzusehen bei der Verfasserin)

Madörin, K.: Schlussbericht, HUMULIZA/Terre des Hommes Schweiz, 1998.  
(unveröffentlicht)

Mayring (1996): Einführung in die qualitative Sozialforschung; Beltz, Psychologie  
Verlags Union: Weinheim

Munzinger Länderhefte Politik, Wirtschaft, Soziales Tansania. Internationales  
Handbuch.-Länder Aktuell Munzinger-Archiv, Ravensburg, 1999

National AIDS Control Programm HIV/AIDS/STD Surbeillance, Ministry of Health,  
Tanzania Mainland Epedemiology Unit, NACP, Dar es Salaam. Report No. 13  
December 1998

Nohlen/Nuscheler (Hrsg.): Handbuch der Dritten Welt. Grundprobleme, Theorien,  
Strategien. Verlag Dietz, Bonn, 1993

Nuschler F.: Lern- und Arbeitsbuch Etwicklungspolitik. Bonn Dietz, 1996.



Perren-Klingler, Gisela (Hrsg.) (1991): Trauma. Vom Schrecken des Einzelnen zu den Ressourcen der Gruppe, Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Paul Haupt

Schilling, Johannes: Soziale Arbeit, Neuwied, Kriftel, Berlin, 1997

Schumacher, R.: UKIMWI ist Mangel an Schutz. Zwischen Sachzwang und Hoffnung HIV/AIDS in Tansania. In: Bestmann A. (Hrsg.) AIDS weltweit und dichtdran, ASA-Programm Carl Duisberg Gesellschaft e.V., Verlag für Entwicklungspolitik, Saarbrücken, 1997

Smith C. and Stevens P.: Farming and Income-Generation in the Female-headed Smallholder Household: The case of a Haya village in Tanzania. In: Canadian Journal of African Studies 22, 1988

Stawen Christoph (1991): Kulturelle und psychologische Bedingungen der Zusammenarbeit mit Afrikanern. Ansatzpunkte für eine komplemetäre Partnerschaft, Info- Institut für Wirtschaftsforschung München- Afrika-Studien 120: Weltforum Verlag München, Köln, London

Statistisches Bundesamt Länderbericht Tansania 1994

Strategies for hope No. 5 (2000): AIDS Orphans. A Community Perspective from Tanzania; Published by: ACTIONAID, London in association with AMREF (African Medical and Research Foundation), Kenya, AMREF Tanzania and World in Need, U.K.

Strategies for hope series No. 12 (1997): A common cause. Young people, sexuality, HIV and AIDS in three African countries, published by: ACTIONAID, London with UNAIDS, Switzerland

Strategies for hope series No. 13 (1997): Youth-to-youth. HIV prevention and young peoples in Kenya, published by: ACTIONAID, London with Kenya AIDS NGO's Consortium and UNAIDS, Switzerland

Tätigkeitsbericht HUMULIZA (1999), Planung 2000: HUMULIZA Project (unveröffentlichtes Material, einzusehen bei der Verfasserin)

Terre des Hommes (1998): Artikel, K. Madörin

UNICEF (1999): Information, AIDS- Waisen, Kriegswaisen und unbegleitete Flüchtlingskinder, Heimkinder: Kinder ohne Eltern; Köln

UNICEF TANZANIA; National course on psychosocial support for orphaned children, Tanesco Training Institute Morogoro 6<sup>th</sup>- 25<sup>th</sup> September 1999, Report of the course, September 1999

Weiss, B.: The making and the unmaking of the Haya lived world. Duke University Press, Durham and London, 1996.

### **Sonstige Quellen**

[www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de) (Stand 25.09.00) HIV und AIDS weltweit: Zahlen und Fakten

[www.aidsauf.org/allginf.htm](http://www.aidsauf.org/allginf.htm) (Stand: 07.12.99)

[www.deep.ch/aids/kinder.html](http://www.deep.ch/aids/kinder.html). (Stand: 07.12.99): Kinder und AIDS

[www.foundation.novartis.com](http://www.foundation.novartis.com) (Stand: 10.12.99): Wenn Eltern an AIDS sterben: Die Kinder von Kagera

[www.hivinfo.de/handbuch/epiwelt.htm](http://www.hivinfo.de/handbuch/epiwelt.htm) (Stand: 20.10.00)

[www.icn4u.de/TopNews](http://www.icn4u.de/TopNews) (Stand: 25.09.00): Welt Nachrichten, AIDS macht Afrikas Kinder zu Waisen

[info@aidnet.ch](mailto:info@aidnet.ch) (Stand: 25.09.2000): Gruénais, Marc – Eric: Stellt sich das afrikanische Gesundheitssystem der AIDS – Problematik?

[Info@aidnet.ch](mailto:Info@aidnet.ch) (Stand 25.09.2000): Dr. s. Kaliba: Welche Rolle spielt die Familie bei der HIV – Prävention?

[www.spiegel.de](http://www.spiegel.de) (13. Juli 2000): AIDS-Konferenz. Fast 28 Millionen AIDS-Waisen bis 2010 erwartet, Stand: 05.02.01

[www.tanzania-network.de](http://www.tanzania-network.de) (Stand: 25.09.00): Tanzania Information

[www.terredeshommes.ch](http://www.terredeshommes.ch) terre (Stand: 06.09.00): Terre des Hommes Schweiz

<http://www.tdh.de> (Stand: 1.01.00): Basisinformation über tdh

[www.unicef.de](http://www.unicef.de) (Stand: 7.10.00): UNICEF-Jahresbericht 2000 „Fortschritt der Nationen 2000“/Alle Kräfte für den Kampf gegen AIDS mobilisieren

[www.unicef.de](http://www.unicef.de) (Stand 7.10.00): UNICEF. Mehr Mittel für den Kampf gegen AIDS

[www.unicef.de](http://www.unicef.de) (Stand: 07.10.2000): UNICEF fordert mehr Mittel für den Kampf gegen AIDS, Mutter – Kind – Übertragung reduzieren

[www.unicef.de](http://www.unicef.de) (Stand 07.10.00): UNICEF zum Welt AIDS-Tag am 1.12.1999: Die verdrängte Tragödie/ UNICEF: Bald 13 Millionen AIDS-Waisen

[www.unicef.or.at/gericht/spezial/AIDS/aidswaisenhtml](http://www.unicef.or.at/gericht/spezial/AIDS/aidswaisenhtml) (Stand: 25.09.2000)

[www.unicef.or.at/gericht//spezial/AIDS/risiko.html](http://www.unicef.or.at/gericht//spezial/AIDS/risiko.html) (Stand: 25.09.2000): AIDS: Kinder im Schatten des Infektionsrisikos

[www.unicef.or.at/gericht/spezial/AIDS/zukunft.html](http://www.unicef.or.at/gericht/spezial/AIDS/zukunft.html) (Stand: 25.09.00): Kinder mit HIV / AIDS: Eine gefährdete Zukunft

**Video**

AIDS & Kind Schweizerische Stiftung für Direkthilfe an betroffene Kinder (2000);  
Sindi das Aidswaisen – Pilotprojekt von KENOSIS, Pietermaritzburg, Südafrika; 15  
min. Video)

## **Anhang**

- A1: Karte 1: Afrika  
Karte 2: Tansania  
Karte 3: Kagera-Region
  
- A2: Interview Nr. 1: Mr. Kachochu und Mr. Victor
  
- A3: Interview Nr. 2: Mr. M. T. Mwenda
  
- A4: Interview Nr. 3: M. Biro
  
- A5: Interview Nr. 4: Dr. K. Madörin
  
- A6: Darstellung Selbstportrait, (rechte Seite/linke Seite) Antworten der Waisen  
im Original
  
- A7: Ausführliche Beschreibung der Sitzung A im Original
  
- A8: Teil 2 der Sitzung an der Kihumuro Primary School am 11.08.2000;  
Antworten der Kinder auf Englisch
  
- A9: Problem, Aktion, Veränderung, Antworten der Kinder im Original
  
- A10: Mögliche Ziele der Waisenorganisation, im Original
  
- A11: Prävention: Ein Beispiel „The Fleet of Hope“
  
- A12: Seminar with VSI 9.10./8.2000, Protokoll
  
- A13: Fotos aus Nshamba
  
- A14: Erklärung**