



Benin-Projekt 41. Teil



**„Jeder, der einen anderen aufgibt,
hat ein Stück von sich selbst verloren.“**

Christa Busta

„Keiner von uns ist einzig für sich auf der Welt. Er ist auch für alle anderen da.“

Gregor von Nazians

„Zunächst möchte ich Ihnen aus Benin berichten, auch wenn unsere Reise aus flugtechnischen Gründen für uns im Niger begann.

Die drei größten Epidemien Afrikas: Malaria, Tuberkulose, Aids

Diese Erkrankungen von Millionen Menschen auf dem afrikanischen Kontinent nehmen auch in der Weltaufmerksamkeit, wenn man den Gesundheitssektor betrachtet, derzeit den größten Raum ein.

- **4 Millionen Menschen sterben jedes Jahr weltweit an Aids. Zwei Drittel davon in Afrika, südlich der Sahara.**
- **4 Millionen Menschen sterben jedes Jahr weltweit an Malaria. Vornehmlich sind es Kinder auf dem afrikanischen Kontinent.**
- **2 Millionen Menschen sterben jedes Jahr an Tuberkulose.**

Summe: 10 Millionen Menschen sterben Jahr für Jahr an vermeidbaren oder behandelbaren Erkrankungen.

So ist es nicht verwunderlich, dass sich nun endlich die großen, internationalen Gesundheits-Protokolle mit diesen Erkrankungen für die nächsten Jahre sehr intensiv befassen, und dem zur Folge tun es auch die Regierungen und die großen internationalen Organisationen.

Gute bis sehr gute Medikamente sind gegen Aids, Tuberkulose und seit Neuestem nun auch gegen die Malaria im Einsatz. Moskitonetze werden fast kostenlos an die Familien abgegeben. Man will mit aller Kraft die Gesundheits- bzw. Krankheits-Situation in Afrika verbessern, der Realisierung der Millenniums-Ziele ein gutes Stück näher kommen.

Die Millennium-Entwicklungsziele wurden im Jahre 2000 von den Vereinten Nationen und deren internationalen Organisationen zur Bekämpfung der großen Probleme unserer Welt erklärt und sollen bis 2015 realisiert werden.

Sie haben zum Ziel:

1. Extreme Armut und Hunger beseitigen.
2. Grundbildung für alle.
3. Gleichstellung der Geschlechter.
4. Senkung der Kindersterblichkeit.
5. Bessere Gesundheitsversorgung für Mütter.
6. Kampf gegen HIV/AIDS, Malaria und andere Krankheiten.
7. Ökologische Nachhaltigkeit
8. Aufbau einer weltweiten Entwicklungspartnerschaft

Dies ist auch mit den bereitgestellten Materialien in allen drei Sektoren möglich, wenn medizinische Dienstleistungen incl. der Medikamente, so wie vorgesehen, nahezu oder sogar gänzlich kostenfrei an die Bevölkerung (im Krankheitsfalle und nach entsprechender Diagnostik) ausgegeben werden.

Allerdings, und das macht allen betroffenen medizinischen Dienstleistern große Sorgen: Was auf den ersten Blick medizinisch erstrebenswert ist, gefährdet bei näherem Betrachten eine nachhaltige medizinische Betreuung und Versorgung der Menschen in Afrika. Denn mit der plötzlich angestrebten Preiswert-Versorgung werden mehr als 80 Prozent der Einnahmen für die Krankenhäuser Afrikas verloren gehen.

Die internationalen Geber sind bereit, Sachspenden in Form von Medikamenten oder subventionierten Moskitonetzen etc. zu geben, doch sie bedenken dabei zu wenig, dass sowohl staatliche als auch private Krankenhäuser in Afrika auch wirtschaftlich arbeiten müssen, um die Arbeitsplätze der Mitarbeiter zu sichern und um für die medizinische Versorgung der Bevölkerungen der jeweiligen Regionen wirksam bleiben zu können.

Wenn es keine noch so geringen Verdienstmöglichkeiten mehr gibt für die Krankenhäuser bei den großen Volkskrankheiten Afrikas, die sicher mehr als 80 Prozent des Patientengutes ausmachen, wie soll dann auf Dauer von den Regierungen oder den ONG's (Nicht-Regierungs-Organisation) das Personal für die Krankenhäuser finanziert werden? Wie sollen Labors unterhalten und Apotheken mit den übrigen Medikamenten bestückt werden, die ja nicht geschenkt sondern gekauft werden müssen?

Hier muss ein Wandel im Denken stattfinden – und zwar ganz schnell.

Denn sonst kann es passieren, dass wir in einigen Jahren den Millenniums-Zielen zur Ausrottung dieser großen Epidemien ein gutes Stück näher gekommen sind, das Gesundheitswesen Afrikas allerdings erlahmt am Boden liegt, da keinerlei Rückfinanzierung mehr möglich war.

Möglichst viele Menschen zu möglichst wenig Eigenanteil versorgen, hört sich immer sympathisch an und ist für die überwiegend mittellosen oder sehr armen Menschen in Afrika sicher eine große Chance zur Bekämpfung ihrer Volkskrankheiten. Doch wo wird später ihr Typhus behandelt, ihre Bronchitis, die Blutarmut ihrer Kinder, wo werden noch Operationen durchgeführt?

Politische Situation in Benin

Der **neue Präsident, Dr. Yahi Boni**, hat sich unmittelbar nach seiner Amtsübernahme auf die Reise gemacht in die Nachbarländer. Als wir im Niger ankamen, besuchte er gerade Niamey und wir standen auf der einzigen Brücke über den Niger am Abend lange im Stau, weil er und seine Delegation anreisten.

Die meisten Menschen setzen allergrößte Hoffnungen in ihn, der schon sehr radikal mit den alten Seilschaften gebrochen hat.

Er meint das „Ca va changer“ („Es wird sich ändern“) sehr ernst und wir wünschen diesem neuen Präsidenten, dass er die Kraft und den Mut hat, diesen schweren Weg zu gehen im Kampf gegen Korruption und Machtmissbrauch, negative „Tugenden“, die auch in einem friedlichen, demokratisierten und um wirtschaftliches Vorwärtskommen bemühten Land wie Benin mitnichten verschwunden oder überwunden sind.

Man macht sich mehrheitlich keine Freunde in den betroffenen Kreisen, wenn man gründlich mit der Vergangenheit aufräumen will. Darin liegen auch große Gefahren für den neuen Präsidenten und das Land, die erstmals offen diskutiert wurden, als sein junger, gerade im Amt befindlicher Directeur de Cabinet bei einem Autounfall ums Leben kam.

Dennoch, wer es nicht versucht, kann es nicht ändern.

So freuen wir uns, dass es für die Aktion pro Humanität einen einzigen wunderbaren Anknüpfungspunkt gibt – wenigstens zunächst für ein Jahr, denn der Präsident hat offenbar alle Minister zunächst nur für ein Jahr benannt. Bewährungsprobe für alle sozusagen.

Die einzige Person, die wir im Kabinett nun noch kennen, ist eine Frau. Und eine fähige, äußerst charmante und liebenswürdige dazu. Eine junge Frau, die einige Jahre in der beninischen Botschaft

in Bonn gearbeitet hat und bei vielen unserer Aktivitäten wie Afrika-Festivals, Weihnachts-Galas, Afrika-Foren, bei uns am Niederrhein war: **Madame Diallo**.

Diese Dame ist jetzt Benins **Außenministerin**. Wir sind ganz, ganz froh darüber und haben ihr in einem Glückwunschschreiben sehr herzlich gratuliert.

Ansonsten bedeutet „nach den Wahlen“ für uns in Benin „vor dem Neubeginn“. Viele leitende Mitarbeiter in den Ministerien werden ausgetauscht, viele Ämter neu besetzt. Bis es da wieder auf beiden Seiten ein solches vertrauensvolles Verhältnis in der Zusammenarbeit gibt, wird es etwas dauern.

Doch **Oliver Bayer**, unser **Projektleiter** in Benin, wird uns voraussichtlich noch bis Mitte 2007 begleiten und helfen, u. a. diese Dinge mit seinen hervorragenden Kontakten auch wieder gut auf den Weg zu bringen.



Bild 2: Oliver Bayer erklärt wichtige Entwicklungen

Für uns stehen in der nächsten Zeit wichtige Kooperationsverträge mit dem Gesundheitsministerium und dem nationalen Aids-Programm an. Denn die nächsten Jahre müssen sowohl in Gohomey programmatisch als auch in der Partizipation der Regierung geklärt werden. Ebenso ist es für das Projekt der mobilen Klinik im Norden Benins sowie der weiter von uns erbetenen Hilfsleistung im Tuberkulose- und Kardiologie-Sektor von größter Bedeutung.

Allerdings eilt dem neuen Präsidenten **Dr. Yahi Boni der** Ruf voraus, er wolle sich sehr um die Hilfsorganisationen im Land kümmern. Doch was will der Mann alles bewegen?

Wir jedenfalls sind hoffnungsvoll, dass es eine gute nächste Zeit wird, in der konstruktive und weichenstellende Arbeit für das Land und seine Menschen möglich werden kann.

Unsere Projekte in Benin:

I. Das Centre Medical Gohomey, die Krankenstation der Aktion pro Humanität

Die Akzeptanz des Zentrums wächst derzeit wieder gewaltig, was sicher auch mit dem Gefühl der Menschen für unsere Nachhaltigkeit, unser Bleiben und Ausharren bei ihnen zu tun hat. Im April kamen ca. 1200 Patienten ins Zentrum, und jeden Morgen während unseres Besuches war es rappellvoll vor den Sprechzimmern des Arztes und des Krankenpflegers.



Bild 3: Centre Medical Gohomey

200 Patienten stehen nun neben der allgemeinmedizinischen Versorgung am Centre Medical Gohomey unter der speziellen antiretroviralen (Aids-) Therapie.

Sie sind jeden Monat im Zentrum, um ihre Kontrolluntersuchungen beim Arzt und den Krankenpflegern bzw. Hebammen sowie im Labor durchführen zu lassen.

Die staatlichen Krankenhäuser in der Region behandeln im Vergleich dazu 20 oder 40 Aids-Patienten.

Dieses Vertrauen der Menschen in unsere Arbeit zu sehen und zu spüren, gibt uns Mut und vor allen Dingen ein sehr nachhaltiges Gespür dafür, wie nötig wir in der Region sind.

Ärzte ohne Grenzen haben angekündigt, dass sie spätestens Ende 2007 das Terrain verlassen werden. Dann muss die Behandlung für 500 – 700 Aids-Patienten fortgeführt werden. Das stellt trotz aller guten Vorbereitungen von MSF für die umliegenden Krankenhäuser sicher ein großes Problem dar.

Auch für das Centre Medical Gohomey wird das so sein. Die Patienten erhalten zwar über den Global

Fond und die Regierung ihre Medikamente weiter, doch das medizinische Controlling, die körperlichen Untersuchungen, Laboruntersuchungen und Dokumentationen sowie die koordinierte Medikamenten-Ausgabe und Betreuung der Patienten wird dann noch ein Problem.

Viele der Patienten werden sicherlich direkt nach Gohomey kommen, da wir das Labor vor Ort haben. Doch wir werden eine solche Kapazität zusätzlich –ohne Hilfe des Staates im Personal und Labor-Rückfinanzierungsbereich - nicht absolvieren können. Hier besteht schneller Handlungsbedarf.



Bild 4: Centre Medical Gohomey

Die monatliche Geburtenrate steigert sich deutlich dank der beiden neuen Hebammen in der Maternité der Krankenstation. Monatlich werden nun zwischen 60 und 70 Kinder dort geboren nach der neuesten Vierteljahres - Statistik, die Oliver Bayer gerade rechtzeitig zum Erscheinen des Mailings übermittelt hat.

Ebenso steigt die Gesamtzahl der Maternité deutlich an durch eine bessere und dynamischere Schwangeren-Vor- und Nachsorge sowie das Mutter-Kind-Transmissionsschutz-Programm.

Januar 2005 : 246 Frauen
Januar 2006 : 293 Frauen

Februar 2005 : 212 Frauen
Februar 2006 : 246 Frauen

März 2005 : 208 Frauen
März 2006 : 286 Frauen



Bild 5: Maternité des Centre Medical Gohomey

Und diese Trends setzen sich für April und Mai deutlich so fort.

Nach gut 18 Monaten haben wir nun eines der ersten Babys aus dem Programm getestet. Es ist HIV-negativ geblieben unter den Vorkehrungen des Transmissionsschutzprogrammes, obwohl seine Mutter aidsinfiziert ist.



Bild 6:
Mutter und Kind im HIV-Transmissionsschutzprogramm

Jubel bei allen und auch die Mama fürchtet sich jetzt nicht mehr so sehr, da sie sehen kann, wie gut sich aidskranke Patienten erholen, wenn sie einer Therapie bedürfen und diese dann auch erhalten.

Im Bereich der **Pädiatrie** (Kinderheilkunde) versuchen wir momentan Fachkräfte-Unterstützung zu bekommen, um vor allem die schwer mangelernährten, schon früh an Aids-Krankheitssymptomen leidenden Säuglinge und Kleinkinder besser behandeln und auf eine medikamentöse Aids-Therapie vorbereiten zu können. Denn bevor sich die Kinder nicht wenigstens etwas stabilisiert und vor allem an Gewicht zugelegt haben, macht eine Gabe der Antiretroviralien (Aids-Medikamente) wenig Sinn. Die Kinder überleben mit und ohne Medikation nicht.

Für den mobilen Dienst wird nun der Renault Kangoo, den **Professor Dr. Wolfgang Göhde** jetzt offiziell per Schenkungsurkunde der Aktion pro Humanität übergeben hat, einsatzbereit gemacht.

Wir danken ihm sehr dafür! Dieses Fahrzeug eröffnet neue, wichtige Möglichkeiten für uns in Benin.

Wir werden für das **UNHCR-Flüchtlingslager** und die umgebenden Krankenstationen in diesem Jahr mit diesem Service beginnen.

Auch die Bitte um einen mobilen kardiologischen Dienst werden wir – hoffentlich gemeinsam mit **Prof. Dr. Rainer Körfer** - aufbauen können.

Dies war der große Wunsch des medizinischen Zonen-Direktors an uns; ebenso wie die Realisierung einer 10-15 Betten großen Tuberkulose-Station.

Der ärztliche Zonen-Direktor (vielleicht ähnlich in seiner Funktion anzusehen wie der ärztliche Leiter des Kreisgesundheitsamtes bei uns, nur dass er am größten Krankenhaus in einer Gesundheitszone Benins auch noch ärztlicher Direktor ist und dort im Krankenhaus-Alltag praktisch arbeitet und verantwortlich ist) bedankte sich sehr aufrichtig und nicht nur formell bei uns und damit bei Ihnen allen, sehr geehrte Freunde und Förderer. Er betonte, was diese Nachhaltigkeit und kontinuierliche Fortentwicklung der Projekte der Aktion pro Humanität für die Region Couffou bedeute.

„Schon jetzt tut der Staat alles dafür, dass ihr wie ein Zonen-Krankenhaus behandelt werdet, auch wenn eure Position mitten im Busch eher einem kommunalen Krankenhaus entspricht. Eines Tages werden sie dann auch offiziell kommen und Euch bitten, diese Funktion in bestimmten Bereichen zu übernehmen“.

Eine Begebenheit möchte ich Ihnen noch berichten, damit Sie erkennen, wie anders alles für die

Kranken und notfall-versorgungsbedürftigen Menschen in Benin noch ist.

Wir fuhren eines Morgens unsere Piste bis zur Asphaltstraße entlang, da wir um 9 Uhr einen Termin bei Bischof Viktor in Lokossa hatten.

Als wir an der Kreuzung ankamen, wo wir auf die Asphaltstraße nach Lokossa einbiegen mussten, fuhr ein Auto frontal in zwei Mopedfahrer, die diese Straße kreuzten. Wir sahen nur noch zwei Menschen durch die Luft fliegen, auf das Dach des Autos aufprallen und dann auf den Asphalt aufschlagen.

Ein Schreien ging durch unser Auto und ich bat Felix, unseren Chauffeur, nach einigen Sekunden, sofort zurückzufahren ins Centre Medical, um Handschuhe, Verbandsmaterialien, Infusionen etc. zu holen; aber auch um Verstärkung und Transportkapazität einzufordern. Oliver wollte mit dem Jeep nachkommen, doch ich konnte ihn telefonisch nicht erreichen.

Sofort bildete sich eine große Menschentraube um das Unfallgeschehen und man konnte gar nichts mehr erkennen.

Da ich ohne Handschuhe und sonstige Utensilien gar nicht arbeiten konnte und es für einen Weißen allein immer noch problematisch ist, an solch einer Unfallstelle alleine zu sein, rasten wir zusammen mit Felix zurück und holten die Materialien und weitere personelle Hilfe.

Auf der Rückfahrt an die Unfallstelle ging mir durch den Kopf, was bei uns geschehen wäre:

Telefon und 112. Der Notarzt kommt und evt. später ein Rettungshubschrauber. Sichern der Unfallstelle. Damit hatten erste beninische Helfer schon sofort begonnen – allerdings nicht mit Warndreieck etc. sondern mit Zweigen, die man möglichst weit vor und hinter der Unfallstelle auf die Straße legt. Jeder versteht das Zeichen in Benin: Achtung – Gefahrenstelle.

Zurück am Unfallort fanden wir einen Mopedfahrer mit getübtem Bewusstsein, einer Schädelverletzung und vielen Wunden am Körper. Zuerst versorgten wir den Kopf, dann die übrigen Wunden. Der Bauch schmerzte, der Brustkorb schien fest, die Lunge gut belüftet, Atmung und Kreislauf schienen stabil. Die Beine und Arme konnte er auf Bitte bewegen. Doch er war somnolent, also nicht 100-prozentig klar bei Bewusstsein. Sein Beifahrer auf dem Moped war deutlich weniger verletzt, hatte jedoch auch einige stark blutende Wunden abbekommen.

Er war gut ansprechbar und konnte aufstehen.

Allerdings stand auch er unter dem Schock der Ereignisse.

Eine Missionarin, die mit ihrem Toyota Pick up inzwischen ebenfalls angehalten hatte, bot an, ihr Auto als Kranken-Transport-Fahrzeug zu nutzen.

Der Notarzt kommt natürlich nicht, weil es kein Rettungswesen gibt. So wurde der schwerer Verletzte aufgerichtet und musste mit Unterstützung einiger Helfer auf die Ladefläche des Pick up verfrachtet werden. Keine Trage, keine Liege, keine Federung, keine Erstversorgung am Unfallort, wie man es bei uns kennt. Holpernd geht es über die Piste ins Krankenhaus.

Können wir uns das wirklich vorstellen?

Die Menschen in Afrika kennen das nicht anders und tolerieren – allenfalls stöhnend - diese Qualen, die so einfach vermeidbar wären.

Dennoch waren alle froh, dass die Leute vom Centre Medical Gohomey da waren. Viele Menschen an der Unfallstelle bedankten sich bei uns.

Die Frage, wohin zumindest der eine schwer verletzte Patient gebracht werden sollte, erübrigte sich.



Bild 7 : Sorgen um den schwerverletzten Mann

Er wurde zuerst nach Gohomey, in unser Krankenhaus gebracht zur intensivierten Erstversorgung mit Infusion, Schmerzmitteln, Labor- und Befundkontrollen.

Oliver, als Projektleiter vor Ort, in Kenntnis der aktuellen Situationen an den anderen Krankenhäusern, entschied das richtig.

Hätten wir ihn ins nächste Zonenkrankenhaus gebracht, wäre das Röntgengerät sowieso defekt gewesen. Also keine Unterschied zu uns im Busch.

Im Prefecture-Krankenhaus in Lokossa (30 Kilometer entfernt) gibt es zwar ein Röntgengerät und einen Chirurgen, wenn er dann in Dienst ist, aber keinen Computer- oder Kernspin-Tomographen, den wir bei der Kopfverletzung des jungen Mannes

benötigt hätten und in Deutschland sofort eingesetzt worden wäre. Den gibt es erst in Cotonou, wenn er funktioniert! Und die Fahrt dorthin dauert mehr als 2 Stunden.

Also, weitere Versorgung im stand-by Modus bei uns in Gohomey.

Bis zum Nachmittag blieb alles einigermaßen stabil; dann allerdings machte uns der Bauch und die rechte Brustkorbseite des Mannes Probleme.

Wir diagnostizierten aufgrund unserer klinischen Möglichkeiten den Verdacht auf einen Milzeinriss und eine Rippenfraktur, evt. auch eine Wirbelkörperfraktur im Lendenwirbelsäulenbereich.

So entscheiden wir uns nach einem Anruf in Lokossa, den jungen Mann in Absprache mit seiner Familie dorthin zu verlegen.

Neurologisch schien er weiter stabil, er war bei Bewusstsein. Seine Schädelkalotte erschien fest, auch wenn die Wunde am Kopf noch sehr stark nachblutete. Doch so mussten wir deshalb nicht nach Cotonou fahren.

Sorgen machte uns allerdings eine hohe Leukozytenzahl von ca. 25.000 obwohl der junge Mann vor dem Unfall nach eigenen Angaben und den Angaben seiner Familie gesund gewesen war.

Er schaute mich an, als wir ihn für die Verlegung versorgten und fragte, ob er denn sofort wieder nach Gohomey zurückkommen dürfe nach den Untersuchungen.

Alle hatten sich sehr gut und sehr liebevoll um den Patienten und die immer größer werdende Familie, die nach und nach eintraf, gekümmert.

Wir erklärten ihm die Notwendigkeiten und dass es von den Ergebnissen der Untersuchungen abhinge, wie es mit ihm weiterginge.

Sein Beifahrer hatte nachmittags mit seiner Familie auf eigenen Wunsch das Krankenhaus verlassen, was auch möglich und vertretbar erschien, da er nur Wundkontrollen und Verbandswechsel benötigte. Dazu wollte ihn die Familie in den nächsten Tagen bringen.

Als wir am Abend anriefen in Lokossa, war der junge Mann noch nicht geröntgt und es hatte noch kein Chirurg nach ihm gesehen. Dr. Allagbé (unser Projektarzt) entschied, persönlich dorthin zu fahren, mit seinen Kollegen zu sprechen und sie zu bitten, die Diagnostik voranzutreiben.

So sieht es aus, wenn man eine Notfall-Hilfe in Benin oder in vielen Teilen Afrikas – außerhalb der großen Städte - benötigt.

Das Einzige, was einem da helfen kann, ist allein ein übergroßer, megastarker Schutzengel. Alles andere wäre vermessen, zu erhoffen.

Das Projekt „Jardin des Enfants“ – Garten der Kinder

In allen vier Waisenhäusern der Aktion pro Humanität geht es gut. Die Kinder entwickeln sich sehr positiv. Ebenso die Mädchen im Internat in Azové. Es sind nun an die 50 Kinder, für die Aktion pro Humanität eine adoptionsähnliche Verantwortlichkeit hat, und bis zu den Sommerferien werden wir noch etwa 5-10 Kleinkinder von unserer Dringlichkeits-Warteliste der nicht versorgten Waisenkinder in den Dörfern in die Waisenhäuser in Gohomey aufnehmen.



Bild 8: Die „Großen“ in ihrem Haus in Azove

Die schulische Entwicklung der meisten Kinder ist hervorragend, so dass sie ihre Chance nutzen.

Sehr gerne würden wir Sie, liebe treue Freunde und Förderer, bitten, in ihrem Bekannten-, Verwandten- und Kollegenkreis wieder zu werben für die Übernahme neuer Versorgungs- und Ausbildungs-Patenschaften für diese neu aufzunehmenden Kinder.

Wir wären sehr, sehr dankbar, wenn wir **10 neue Paten** für ein längerfristiges Engagement (vielleicht zunächst für 5 Jahre) finden könnten, welche uns die komplette Versorgung dieser „verlassenen Kinder“, mehrheitlich aus Aidsfamilien, sicherstellen könnten. Dazu wäre ein monatlicher Betrag von **75 Euro** ausreichend. Er könnte die Unterbringung, Ernährung, Betreuung, medizinische Versorgung und schulische Ausbildung der Kinder im Kindergarten oder der Grundschule sichern.

„Und immer sind es die Menschen. Du weißt es. Ihr Herz ist ein kleiner Stern, der die Erde beleuchtet.“

(Rose Ausländer)

Helfen Sie mit, motivieren Sie ihre Mitmenschen, auch solch ein Mensch für unsere kleinen Men-

schen in Afrika zu werden, die ihre Eltern durch Aids verloren haben.

Ihre Herzen sind wirklich kleine Sterne, die mit der Chance, die sie bekommen dürfen, unsere Erde beleuchten und reicher machen würden.



Bild 9: Die Kleinsten in Gohomey

Wir können diese Kinder nur noch aufnehmen, wenn wir wissen, dass Menschen hinter uns stehen, die für diese Kinder Sorge tragen. Bitte streiten Sie alle mit uns für die Chance eines solchen Kindes, für seine Versorgung!!

Sie kennen schon den kleinen Jean und Sie erinnern sich vielleicht noch an die Bitte der vielen aidskranken Menschen in unserer Aids-Selbsthilfegruppe „Alolé, Alomé“ – Solidarität und Leben.

Sie haben uns vor gut drei Jahren gebeten, dass ihre Kinder, wenn sie einmal sterben sollten, zu uns nach Gohomey kommen dürften, um dort versorgt zu werden. Das würde ihnen, den erkrankten Eltern, viele Sorgen nehmen. Wir haben es zugesagt, wenn sich aus den Großfamilien wirklich keiner ordentlich um die Kinder kümmern kann.

Jean war so ein Junge. Sein Vater war schon an Aids gestorben und er kam schon seit einigen Jahren mit seiner ebenfalls an Aids erkrankten Mutter immer wieder in das Krankenhaus der Aktion pro Humanität, wenn sie Hilfe brauchte oder in die Kinderkrippe, wenn beide am Ende waren, nach einigen Monaten auf dem Dorf.

Vor wenigen Monaten ist „Mama Jean“ wie es in Afrika heißt, bei uns im Krankenhaus gestorben.

Jean war schon damals mit seiner Mama eines der ersten HIV-infizierten Kinder in der Kinderkrippe.

Er kennt alle Menschen im Projekt und war auch ein gutes Stück weit dort schon zu Hause. Wir alle kannten und mochten ihn, der seine Breischüssel am Anfang immer so hartnäckig verteidigte, und

hatten seine liebenswerte Mama und ihn ins Herz geschlossen.

Jetzt war Jean allein. Seine Großmutter im Dorf war zu krank, um ihn zu versorgen. Geschwister der Mutter kümmerten sich schon um zwei ältere Geschwister, die nicht HIV-infiziert waren, so wie Jean.



Bild 10: strahlender Jean

Immer hatte „Mama Jean“ mich bei unseren Besuchen in Gohomey erinnert und gefragt, ob Jean bei uns bleiben dürfte. Es war ihr Wunsch bis in den Tod.

Und Jean bleibt bei uns. In Waisenhaus III bei Mama Therese lebt er jetzt zufrieden, wie es den Anschein hat. Sie wissen aus dem letzten Mailing, dass er jetzt auch Aids-Medikamente braucht, weil seine Krankheit ausgebrochen ist.

Als wir jetzt wieder nach Gohomey kamen, trug ihn ein älteres Kind zu uns zur Begrüßung. Jean hatte seinen Mittagsschlaf gehalten und konnte sich nicht schnell genug hochrappeln. Da hatte er angefangen zu schreien, so dass ein älteres Mädchen aus dem Waisenhaus ihn mitnahm, als alle anstürmten, uns zu begrüßen.

Sofort krabbelte er, die Tränenspuren noch im Gesicht, auf meinen Arm und strahlte. Ein Strahlen, bei dem es mir schwer fiel, meine Rührung zu verbergen.

Helfen Sie uns, Wort zu halten. Helfen Sie uns, Paten für diese Kinder zu finden.

Allerdings können wir diese Patenschaften nicht an konkreten „Köpfen“, Briefwechseln und Besuchen festmachen, wie andere Organisationen das tun. Dies würde einen zusätzlichen großen Verwaltungsaufwand bedeuten, der ebenfalls wieder finanziert werden müsste. Das wollen wir nicht.

So haben Sie bitte Verständnis dafür, dass Sie mit Ihrer Patenschaft einen Versorgungsplatz für ein Kind wie Jean sichern.

Gemeinsam mit dem Verein „Entwicklungsförderung für Benin“ aus dem Saarland werden wir in diesem Jahr nun definitiv beginnen können, ein Multifunktionsgebäude auf unserem Waisenhausgelände zu errichten.

Dies gibt uns die Möglichkeit, für die heranwachsenden Kinder auch adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten (neben Schule und Sport) zu schaffen und schon früh die Potentiale, die in den Kindern liegen, zu entdecken und zu fördern. Der Verein wird auch die Folgekosten für 5 Jahre für entsprechende Ausbilder / Ausbilderinnen tragen, so dass das Chancenpotential der Waisenkinder in Gohomey noch einmal beträchtlich steigen wird.

Wir freuen uns darüber sehr und berichten weiter über die Realisierung!

Das **Schülerhilfe-Projekt** wird durch die Sozialarbeiterin, Madame Judith, koordiniert und man ist nun schon in der Vorbereitung für das nächste Schuljahr 2006/2007. Gleiches gilt für das Kinderdorf-Betreuungsprojekt, welches durch unsere Kinderschwester Madame Katharine betreut wird.



Bild 11: Die Schülerhilfe der Aktion pro Humanität bedeutet eine Zukunftschance für so viele Kinder

Sie leitet auch die Kinderkrippe, die bis auf den letzten Platz gefüllt war bei unserem Besuch jetzt.

Gemeinsam mit einer Hebamme aus dem Centre Medical Gohomey wird Madame Katharine jetzt auch eine Frauengruppe betreuen, die aus fast 20

Frauen des Mutter-Kind-Transmissionsschutzprojektes besteht.

Diese Frauen werden jetzt mit Mikrokrediten versorgt, so dass sie sich in ihren Dörfern für sich und die Kinder eine Existenz aufbauen können.

Dieses Mikrokredit-Projekt ist eines der wunderbarsten Beispiele dafür, welche Vitalität in den Frauen und Müttern Afrikas steckt – trotz Aids.

Sie schaffen es fast alle, mit diesem kleinen Startkapital von 15-20 Euro auf Kreditbasis ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit wieder realisiert zu bekommen – für sich und die Kinder.

Vorausgesetzt, ihre gesundheitliche Situation mit Aids lässt das zu. Das ist aber nahezu immer der Fall, wenn sie regelmäßig ihre Medikamente abholen und sich untersuchen lassen.

Für die Frauen mit Aids, deren Physis noch nicht so stabil ist, werden wir ein solches Rückfinanzierungsprojekt in der Kinderkrippe beginnen. Sie werden mittels eines Startkapitals von Aktion pro Humanität eine proteinreiche Mehlmischung selbst herstellen unter der Anleitung unserer Mitarbeiterinnen in der Kinderkrippe, dieses in Kilo-Beutel abfüllen und an uns zurückverkaufen zur Kranken- speisung im Krankenhaus.

Diese Dienstleistung müssen wir wegen der vielen Aids-Patienten dort fortführen, damit sie überhaupt ihre Medikamente vertragen. Und viele internationale Geber ziehen sich nun schon aus dem Problemkreis „Nahrungsmittelhilfe für Aids-Patienten“ zurück.

Fallbeschreibung

Wir haben im Juni/Juli letzten Jahres über eine junge, aidskranke Mutter berichtet, die ihre schwer an Aids erkrankten und mangelernährten Zwillinge Jean und Jeanne verloren hatte.

Sie kehrte nach dem Tod der Kinder zu uns ins Krankenhaus zurück, weil sie dringend selbst therapiert werden musste.

Sie benötigte jedoch nicht nur die Hilfe für ihren Körper sondern auch für ihre Seele. Denn im Dorf ihrer Eltern war sie nicht mehr willkommen und es galt, das schwere Trauma der eigenen Aids-Infizierung und -Erkrankung zeitgleich mit dem Tod ihrer beiden Kleinsten zu überwinden.

So beschloss man in Gohomey, dass diese Mama noch einige Wochen in der Kinderkrippe bleiben sollte, um sich zu erholen. Dort übernahm sie sofort ein Baby einer verstorbenen Mama und kümmernte sich darum.



Bild 12: Die Mama der Zwillinge „Jean und Jeanne“, die vor einem Jahr gestorben sind, jetzt mit ihrem Pflegekind.

Als ich bei meiner Begrüßungstour in der Kinderkrippe ankam, begegnete mir eine junge Frau, die mich sehr unterwürfig begrüßte. Ich erkannte sie jedoch nicht.

Irgendwie allerdings kam mir diese Gestik einen Moment lang bekannt vor. Wir begannen gleich mit der Visite und ich fragte während des Geschehens Dr. Allagbé, ob er noch etwas von der Mama von Jean und Jeanne gehört habe. Er schaute mich mit großen Augen an und sagte: „Die hast Du doch eben begrüßt.“

Da fiel es mir wie Schuppen von den Augen und ich eilte zu dieser Mama zurück. Wir lagen uns jetzt in den Armen und sie zeigte mir stolz ihr Pflegekind auf dem Rücken. Sie lachte wieder und fortan gab sie ihre so unterwürfige, demütige Haltung auf. Ich hatte sie darum gebeten, denn ich fand, dass wir fast schon Freunde geworden waren und ich es war, die sich entschuldigen musste, weil ich sie gar nicht mehr erkannt hatte.

Doch sie hatte mindestens 10 Kilo an Gewicht zugenommen und war im Vergleich zum Jahr zuvor eine kräftige, dynamische Frau geworden.

Einfach toll!

Doch dann ereilte sie ein Rückschlag. Sie hatte sich mit der Mama von Nicesse in der Kinderkrippe angefreundet. Diese war ebenfalls wie ihr Kind aidskrank.

Nicesse starb während unseres Projektaufenthaltes genauso erbärmlich wie Jeanne, das Kind der jungen Mutter, die ich nicht mehr wieder erkannt hatte.

Mama Jeanne und Mama Nicesse waren immer unzertrennlich, wenn es Nicesse schlecht ging. Sie trugen das Auf und Ab des Kindes gemeinsam.

So auch an dem Tag, als Nicesse starb. Ich bleibe bei den beiden Frauen im Kinderzimmer unserer Krankenstation.



Bild 13: Nicesse kurz vor seinem Tod

Als es mit dem kleinen Nicesse zu Ende ging, kam unsere Kinderschwester Madame Katharine und nahm beide Mütter, die seit der Nacht bei ihm gewacht hatten, mit in die Kinderkrippe. Ich versprach zu bleiben und die beiden gingen mit. Sie mussten etwas trinken, essen, sich ausruhen.

Als Mama Nicesse „losgelassen“ hatte, konnte es auch der kleine Nicesse tun. Seine Hände hatten meine Finger umfasst und noch einmal drückte er fest meine Finger, bäumte sich etwas auf und tat seinen letzten Atemzug.

Dieses abermalige Durchleben des gleichen Schicksals warf Mama Jeanne natürlich wieder zurück. Als wir uns in der Kinderkrippe begegneten, lagen wir uns still und schon weinend in den Armen.

Gemeinsam mit Mama Nicesse, Madame Katharine und Mama Jeanne nahmen wir Abschied von Nicesse in unserem kleinen Salle de Garde an der Krankenstation. Ein Krankenpfleger hat Nicesse etwas gewaschen und in eine frische Panje gehüllt.

Hier wirken Judiths Bemühungen um einen würdevollen Abschied deutlich nach. Eine Kerze aus Kevelaer wurde neben dem kleinen Nicesse entzündet und wir beteten gemeinsam. Als die Mama und

Nicesse in unser Auto stiegen, damit wir sie aufs Dorf zurückfahren konnten, kamen die meisten Mitarbeiter/innen des Centre Medical, um „Adieu“ zu sagen.

Eine schöne Geste.

Auch Mama Nicesse hatte auf ihrem Dorf einen äußerst schweren Stand, wie wir am eigenen Leib erfuhren, als wir mit ihr und dem toten Nicesse dorthin zurückkehrten.

Auch sie hatte mich gefragt, ob sie noch einmal zurückkommen dürfe nach Gohomey. Wir konnten es ihr zusagen.



Bild 14 : Rückkehr auf 's Dorf

So sind wir mehr als Therapie-Station, als Krankenhaus für die Menschen geworden. Wir sind ihre Zuflucht in größter Not und Perspektive für ein Leben mit der Krankheit in Unabhängigkeit. Das gilt sowohl für die betroffenen kranken Menschen, die ihre Therapie und die Mikrokredite erhalten, als auch für die nahezu 900 Waisenkinder aus Aidsfamilien, die durch die Aktion pro Humanität ihre Schülerhilfe erhalten, welche durch mehrere Partner finanziert wird.

Eine größere Anerkennung und Bestätigung kann unserer deutsches und beninisches Team in Gohomey nicht mehr bekommen.

Wir danken allen – hier und dort - auch für diese Chance auf Menschlichkeit und Brüderlichkeit.

Hermann Tebarts aus Kevelaer, seit November 2005 in der deutschen Projektleitung mit Oliver Bayer tätig, hat sich sehr gut eingelebt und findet die große Akzeptanz und Zuneigung aller Mamas und Kinder.



Bild 15: Hermann Tebarts im Kreise „seiner“ Kids

Mit Ruhe und Umsicht plant und realisiert er seine Aufgaben.

Gemeinsam mit Birgit Schryvers (Vorstand Aktion pro Humanität), die uns auf dieser Reise begleitet hat, hat Hermann viele neue Wege zur Entscheidung und Verbesserung von Ist-Situationen angeregt, und Birgit und er haben mir in der Zeit dort sehr viel Arbeit abgenommen.



Bild 16: Birgit und Jean beim „Studium“ des letzten APH-Mailings

Meine Aufgabe war es, zusammen mit Oliver und Dr. Allagbé die medizinischen Themen, den Alltag

am Centre Medical Gohomey und die Zukunftsgedanken um unser Krankenhaus voranzubringen.

Immer noch ist mein Gedanke an eine Hospiz-Station nicht verworfen, doch die Tuberkulose-Station muss Vorrang haben in der jetzigen Situation.

Allerdings werden wir die Prinzipien der Palliativ- und so genannten „Lebensende“-Therapie schon jetzt verstärkt in unseren stationären Sektor aufnehmen und auch die ambulante „Hospizarbeit“ - im Rahmen unserer Kräfte - für die Familien auf den Dörfern intensivieren. Dies können wir sehr gut gestalten mit den Mitgliedern unserer Aids-Selbsthilfegruppen, und es wäre dann ein Dienst von Betroffenen für Betroffene.

Gerne möchte ich in diesem Zusammenhang auch noch einmal auf unsere Stiftung Aktion pro Humanität hinweisen.

Sollte es Menschen in oder außerhalb unseres Förderkreises geben, die für das Ende ihres Lebens eine Verfügung, ein Vermächtnis, einen Nachlass angehen wollen zugunsten anderer Menschen, deren Lebensende sich ungleich grausamer, weil ärmer, hilfloser, schmerzvoller darstellt, dann ist die Stiftung Aktion pro Humanität dafür sicher ein angemessener und kompetenter Partner.

Unterlagen hierzu können Sie anfordern beim Kuratoriumsvorsitzenden Rudolf Kersting/Kleve und beim **Vorstandsvorsitzenden Werner van Briel / Uedem**). Telefonnummern oder Adressen für ein persönliches Gespräch erfahren Sie unter 02825-8508.

Die Stiftung fördert den Verein und soll u. a. auch mittels Aufbau eines Stiftungstammkapitals durch Nachlässe und Zustiftungen sowie durch Großspenden die langfristigen Hilfsprojekte absichern – und zwar unabhängig vom Spendenaufkommen des Vereins, welcher der operative Partner vor Ort ist.

Wir setzen jede Spende –ob aus der Stiftung oder dem Verein- in tatsächliche Hilfe für die Menschen vor Ort, in Westafrika, in Benin oder im Niger um.

Bei den Spenden an den Verein Aktion pro Humanität e.V. geht das unmittelbar. Bei den Zuwendungen über die Stiftung kommt das Geld gleich aus den Erträgen des Stiftungstammkapitals; es kann aber auch aus weitergeleiteten Großspenden stammen.

Für Einzelpersonen, Firmen oder sonstige Institutionen, die gerne höhere Beträge spenden möchten, ist es sogar steuerlich oft günstiger, sich für den Weg über die Stiftung zu entscheiden.

Wasser für den Niger

Dieses Mal führte uns unsere 37. Reise nach Westafrika zuerst in den Niger, unser neues Einsatzgebiet. Dort galt es, den ersten Brunnen, der mittels Ihrer aller Hilfe realisiert wurde, selbst in Augenschein zu nehmen und gemeinsam mit den Menschen die offizielle Übergabe zu tätigen.

Früh am Morgen fuhren wir schon los, denn es war heiß, unerträglich heiß in diesen Tagen dort. Abends um 19 Uhr waren es noch immer 44 Grad Celsius, so dass man die Aktivitäten am frühen Morgen schätzen lernt.

Pere Laurent, der junge Vikar aus der Diözese Niamey, hatte – wie immer - alles sehr gut organisiert.

Alle Vertreter der Dörfer, die den Brunnen nutzen, sowie die Vertreterinnen aller Frauengruppen der Dörfer waren als Repräsentanten der Gesamtbevölkerung schon anwesend, als wir Fuamboanu erreichten.

Im Schatten unter einem großen Baum fand die Übergabe-Zeremonie des schon seit Ende Februar/Anfang März von den Menschen genutzten Brunnens statt.

Zwei Mädchen, die gerade dort Wasser holten, erzählten uns, wie das vorher für sie war – ohne Brunnen.



Bild 17 : Pauline am Brunnen

„Morgens, wenn der Hahn krächte und es noch dunkel war, lief ich mit meiner Freundin los. Jeden Tag gingen wir zusammen zum Wasser holen.

Erst wenn die Sonne fast senkrecht am Himmel stand, kehrten wir zurück. Ich mit einer Schüssel Wasser auf dem Kopf und meine Freundin mit einem Kanister für ihre Familie“, sagte die neun Jahre alte Pauline.



Bild 18: Die Tiertränke am Brunnen, gespeist aus überlaufendem Wasser

Das Wasserholen ist Aufgabe der Frauen und Kinder, vornehmlich der Mädchen und wie sich uns schwer errechnen lässt, waren die beiden jeden Tag 4-5 Stunden unterwegs für eine Schüssel Wasser, mit der sich die ganze vielköpfige Familie begnügen musste für einen Tag: Trinken, Kochen und in der Trockenzeit Waschen – oftmals für mehr als 10 Personen.

Auf unsere Frage, ob sie denn jetzt mehr Zeit zum Spielen hätten, sagten die Mädchen: „Nein, jetzt gehen wir morgens mit unseren Eltern aufs Feld“.

Eine Schule gibt es noch nicht in Fuamboanu. Über **90 Prozent** der Menschen dort sind noch **Analphabeten**.

Eine junge Mutter berichtete uns, dass sie sich so sehr freue, weil sie sich nun nicht mehr so viele Gedanken um die Wäsche der Familie machen müsse. Mit dem Brunnen in der Nähe könne man auch zweimal täglich laufen, um Wasser für die Nahrung, für das Trinken und Wasser für die Wäsche zu holen.

Alle waren so froh, dass es hier nun endlich Wasser gab und man meinte, ein kleiner Esel, der mit einer Karre voller gelber Kanister anmarschiert kam, wollte das anhaltend und lauthals bestätigen.

Denn als er von dem Jungen ausgespannt wurde, lief er sofort zur Tiertränke des Brunnens und wieherte in einem fort, als er seinen Durst dort stillen konnte.

Er sprengte irgendwie die Feier, doch alle lachten ganz herzlich.



Bild 19 : Wasser-„Werk“ im Niger. Wasserbeschaffung für entlegene Dörfer am neuen Brunnens.

Die Frauengruppen werden dort in der Nähe des Brunnens eine kleine Plantage für Gemüse anlegen.

Auch eine „Brunnenkasse“ für evt. später anstehende Reparaturmaßnahmen am Brunnens war schon organisiert von der Bevölkerung. Frauen zahlen dort pro Monat 150 CFA für die Nutzung des Brunnens ein (ca. 23 Cent), Männer 250 CFA (ca. 38 Cent) und Familien mit Tierherden zahlen 2500 CFA pro Trockensaison, die im Niger etwa 9 Monate dauert (3,75 Euro).

Nach der Segnung des Brunnens, des Wassers und der anwesenden Menschen und einem gemeinsamen „Vater unser“ aller Menschen, die dort versammelt waren, machten wir uns langsam wieder auf den Rückweg. Natürlich ließ man uns nicht ohne ein Dankesgeschenk zurückkehren: selbst gefärbte Stoffe für Judith Welbers und mich sowie zwei der traditionellen Strohhüte für Werner van Briel, unseren Stiftungs-Vorstand, und meinen Mann Herbert.

Es war eine schlichte, aber sehr würdige Zeremonie, so wie die Menschen dort leben. Einfach, aber voller Stolz. Große Dankbarkeit und gegenseitiger Respekt waren überall spürbar. Diese Menschen haben sich im Staub ihrer bittersten Armut eine solche Würde bewahrt, dass es für mich unfassbar ist. Zerschlissene Kleider, zerschundene Hände, magere Körper, Gesichter, in denen Entbehrung geschrieben steht.

Sie waren eine sonderbare Art von stolzer Distanz, doch ihre Gesten und Worte sprechen von Wärme und herzlicher Dankbarkeit. Oft denke ich an diesem Morgen, dass die Menschen zu so einer schwingenden, fröhlichen Dynamik wie in Benin körperlich gar nicht in der Lage sind. Ihre Vitalität ist eingeschränkt, nicht jedoch ihr Wille zu leben, ihr Wille auf Zukunft.

Pere Laurent hatte uns schon auf dem Hinweg nach Fuambuano gefragt, ob wir nicht in diesem Jahr noch einen weiteren Brunnens für eine 40 Kilometer buscheinwärts liegende dörfliche Kommune bauen könnten. Dort sei es nahezu die doppelte Anzahl von Menschen, die auf Wasser warten, also 40.000 Menschen!

Wir versprochen, dass wir alles an die Realisierung setzen würden, damit auch für diese Menschen Wasser ermöglicht werden könnte.

Zur Nahrungsmittelsituation im Niger: Nach der Hungerkatastrophe im Niger beschreibt die Caritas Niger im Konsens mit den großen internationalen Hilfsorganisationen, dass es in den nächsten Wochen und Monaten noch 132 so genannte „vulnerable Zonen“ im Land gibt, in denen ca. 2,2 Millionen Menschen massiv an Hunger leiden werden. Deswegen werden überall im Land die Cerealien-Speicher gefüllt oder schnell noch neue gebaut.

Auch die Aktion pro Humanität hat sich entschieden, hier mit Akuthilfe für die Füllung dieser Nahrungsmittelspeicher unterstützend, im Rahmen der Möglichkeiten, zu helfen. Ebenso wie bei den Schwestern der Barmherzigkeit in Niamey.

Schwester Laurene von der Station der Schwestern von Mutter Theresa erwartet in den nächsten Wochen wieder Tausende von Müttern mit ihren unterernährten Kindern.

Es ist einfach unerträglich zu sehen, wie viele schwerst mangelernährte Kinder dort bei den Schwestern um ihr Leben ringen.

Keiner von Ihnen, liebe Freunde, könnte es ertragen, dessen bin ich mir sicher. Keiner könnte die uns so dringlich und existentiell vorgetragenen Bitten einfach abschmettern und sagen: „Sorry, das geht nicht mehr.“

Denn die Konsequenz daraus hieße, sehenden Auges zuzulassen, dass Menschen verhungern, verdursten, unnötig sterben.

So lassen Sie uns gemeinsam unseren Weg fortsetzen. Mobilisieren Sie Ihre Familien, Ihre Freunde, Bekannten und Arbeitskollegen. Denken Sie sich eigene kleine Aktionen der Hilfe aus für diese Menschen in Not.

Die Nöte der Menschen hier und in Afrika sind nicht vergleichbar. Die Lebenssituationen und Zukunftsperspektiven von Millionen Menschen in Afrika haben schon lange die Grenze des Zumutbaren und des Existentiellen überschritten.

Mit all den zerstörerischen Komponenten für die Menschen Afrikas muss sich die Welt, jeder in Afrika und jeder von uns auseinandersetzen.

Doch auch die andere Facette dieses Kontinents, der vitale Überlebenswille, das unbändige Zukunftsverlangen seiner Menschen, die im Nichts der Armut und der Ungerechtigkeit wahrhaft große Menschen und Persönlichkeiten sind in ihrer Duldsamkeit, ist ein Appell an uns alle.

Den Bogen der Duldsamkeit von Millionen Menschen nicht durch unsere Gleichgültigkeit und Bequemlichkeit zu überspannen, dafür ist jeder von uns mitverantwortlich – an seinem Platz, im Rahmen seiner Möglichkeiten.

Ich bitte Sie sehr, sehr nachhaltig darum. Nicht fordernd, sondern eher ergeben in dem Gefühl, dass nur Sie es sind, liebe Freunde, die uns helfen und weiterhelfen können, neue Freunde zu finden.

„Hilfe zur Selbsthilfe“ ist ein abgedroschenes Schlagwort. Bildung ist ein wichtiges Schlagwort, das finden wir uneingeschränkt richtig und darum handeln wir danach in unseren Projekten. Aber vor die Realisierung dieser Chance steht das Überleben der Menschen, der Kinder vor allem. Die Sicherung der Grundbedürfnisse wie Wasser und Nahrung, dort, wo sie nicht möglich sind und die Förderung von Gesundheit, die Behandlung von Krankheiten.

Deswegen hat unsere gesamte Projektarbeit diese multisektorale Ausrichtung. Und deswegen erfordert sie ein sehr großes, nachhaltiges und manchmal Kräfte raubendes Engagement. Von uns allen.

Doch der limitierende Faktor, auch dessen sind wir uns klar bewusst, sind die finanziellen Möglichkeiten, die Sie uns geben. Wenn Ihr Daumen „up“ oder „down“ zeigt, hängen wir daran mit unserem Engagement vor Ort, doch mit ihrem Leben hängen Tausende Menschen an dieser, Ihrer Entscheidung.

Zeigen Sie uns und den Menschen in Afrika den aufwärts gerichteten Daumen! Bleiben Sie an unserer Seite, gemeinsam nicht nur für sondern mit den Menschen in Afrika.



Bild 20: Afrika hat eine Zukunft

Termine:

**26. / 27. August 2006:
Afrika-Camp der Aktion pro Humanität am
Wisseler See**

**Beachten Sie hierzu die Hinweise
in den Medien oder auf unserer Homepage.**

Aktion pro Humanität e.V.

Dr. Elke Kleuren-Schryvers
Wallstr. 4, 47627 Kevelaer-Kervenheim
Tel.:02825-8508/Fax:02825-10329

<http://www.pro-humanitaet.de>

Spendenkonto : 11 0 88

Volksbank Goch-Kevelaer eG. BLZ 322 603 10

Spendenkonto: 43 73 43

Sparkasse Goch-Kevelaer BLZ 322 500 50

Spendenkonto: 1030373128

Sparkasse Kleve BLZ 324 500 0