



~ Newsletter Nr. 3 ~
März 2008





Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	3
ALLGEMEINES	4
JAHRESRÜCKBLICK 2007	4
NEUES AUS MBALE	5
AKTUELLES PROJEKT – BAU EINES NEUEN WAISENHAUSES	5
TYPISCH UGANDA	6
GEOGRAPHIE IN UGANDA.....	6
BEVÖLKERUNG VON UGANDA	6
TYPISCHES ESSEN IN UGANDA	9
KRANKHEITEN IN UGANDA – MALARIA	10



Einleitung

Liebe Paten, Patinnen und Interessenten,
es ist schon wieder soweit, der erste Newsletter 2008 ist fällig. Derzeit sind schon 30 Patenschaften vermittelt, was wir sehr schön finden.

Der nächste reguläre Newsletter wird erst im November erscheinen, da ich ja erst Mitte August wieder aus Uganda zurückkommen werde. Nach meiner Rückkehr wird es einen Sonder-Newsletter geben, in dem ich euch von meinem Uganda-Aufenthalt erzähle und es natürlich auch die wichtigsten Neuigkeiten nachzulesen gibt.

Dieser Newsletter beinhaltet unter anderem etwas über das letzte Jahr, dem aktuellen Projekt (Neubau des Waisenhauses), der Bevölkerung Ugandas und Allgemeines zu Malaria.

Weiterhin freuen wir uns natürlich auch über Beiträge von den Paten, die jederzeit an Meike (meike@majirani.org) geschickt werden können. Zum Beispiel würden uns Buchrezensionen interessieren, gerne von Büchern, die in unseren Buchtipps auf <http://www.majirani.org/files/buchtipps.htm> stehen.

Wie wünschen Euch viel Spaß beim Lesen dieses Newsletters und auch mit Euren Patenkindern!

Euer Majirani-Team

Allgemeines

Jahresrückblick 2007

Februar:

Majirani wird von Daniela Fries und Christiane Gudelius gegründet.
Die Seite <http://www.majirani.org> geht online.

März:

Der Blog <http://majirani-news.majirani.org/> geht online.

April:

Majirani erhält die Zusage von der Udo-Jürgens-Stiftung „Ihr von morgen“ über 6.000 €

Juli:

Der erste Newsletter erscheint.

August:

Der Verein Majirani wird in Heidelberg gegründet.

Oktober:

Das Stiftungsgeld wurde für neue Betten und die Renovierung des Schlafzimmers der Jungen verwendet und der Abschlussbericht geht an die Stiftung.

November:

Der zweite Newsletter erscheint, es sind nun schon 16 Patenschaften übernommen worden.
Wir bekommen die Bestätigung des Vereinsregisters, Majirani ist nun ein eingetragener Verein und darf auch Spendenquittungen ausstellen.



Deckenkauf vom
Stiftungsgeld

2006.02.28 23:35:18



Neues aus Mbale

Aktuelles Projekt – Bau eines neuen Waisenhauses

Das momentan von unserer Partnerorganisation WCN (Widows and Children in Need) betriebene Waisenhaus ist ein Provisorium, der Neubau war ohnehin geplant. Das Land, auf dem das Waisenhaus steht, gehört nicht WCN. Mit der Besitzerin (Mary) des Landes, die zugleich die Hausmutter des Waisenhauses ist, hat es in den letzten Monaten immer wieder Ärger und Probleme gegeben. Nun hat sich die Situation leider noch mehr zugespitzt: Mary lässt die Kinder spüren, dass sie unzufrieden und verärgert ist und straft sie mit Liebesentzug. Es besteht also dringender Handlungsbedarf.

WCN wurde bereits ein Grundstück für den Neubau des Waisenhauses angeboten. Die Kosten für das Grundstück (inkl. diverser Eintragungen) belaufen sich auf 10.000.000 Uganda-Shilling, das sind in etwa 4.000 Euro. Hinzu kommen die Baukosten für das Waisenhaus, die etwa 10.000.000 Uganda-Shilling oder auch mehr betragen würden. Insgesamt müssen wir also in möglichst kurzer Zeit eine Summe von mehr als 10.000 Euro aufbringen. Glücklicherweise ist der Landbesitzer mit Ratenzahlung (4 x 1.000 €) einverstanden, so dass wirklich jeder Euro zählt, damit wir mit dem Neubau des Waisenhauses beginnen können.

Auf unserer Homepage (<http://www.majirani.org>) erhaltet ihr weitere Informationen und Berichte zum Fortschritt des Projektes.

Um WCN helfen zu können, versuchen wir derzeit auf unsere Homepage und dadurch Majirani aufmerksam zu machen, um dadurch an Spenden zu kommen. Ich, Meike, habe zum Beispiel allen Freunden und Bekannten darüber berichtet, auch in Internet-Foren und – Plattformen habe ich vielen etwas von unserem Projekt erzählt und dadurch sogar schon einige zum Spenden gebracht. Ihr könnt helfen, in dem ihr auch auf diese Situation aufmerksam macht.

Chrissi hat zum Beispiel einen Artikel in einer lokalen Zeitung veröffentlicht, auch dadurch kann man potentielle Spender erreichen. Vielleicht könntet ihr dies auch machen, Chrissi (christiane@majirani.org) kann euch mit einem Beispiel-Artikel dabei helfen.

Wir hoffen noch darauf über eine Stiftung an eine größere Summe zu gelangen. Die BILD-Stiftung „Ein Herz für Kinder“ wartet auf Unterlagen von uns, die wir bei Loran eingefordert haben, um dann zu überprüfen, in wie weit sie uns unterstützen können. Wir würden uns natürlich sehr freuen, wenn wir über diese Stiftung Geld erhalten würden.

Derzeit haben wir schon für dieses Projekt Spenden in Höhe von mehr als 1.000 € eingenommen.



Typisch Uganda

Geographie in Uganda

Uganda ist ein Binnenland im östlichen Afrika.

Das südliche Landesdrittel wird vom Äquator durchschnitten. Der größte Teil des Landes bildet eine einheitliche, hügelige Hochfläche (1.000 - 1.500 m Höhe). An der Westgrenze verläuft das Kluftsystem des zentralafrikanischen Grabenbruchs (Albertine Rift Valley) mit den Seen Edward, George und Albert. Im Südwesten liegen die Ausläufer des ruandischen Berglands mit den Virunga-Vulkanen (Höhe bis 4127 m). Im Norden und Nordosten geht der Zentralteil des Landes in das Acholi-Plateau und die Karamoja-Ebene über. Die höchsten Erhebungen in Uganda sind der erloschene Krater Mt. Elgon (4321 m) im Osten und das Ruwenzori-Massiv im Westen (bis 5109 m Höhe).

Ungefähr die Hälfte des 1143 m hoch gelegenen Viktoriasees, der zweitgrößte Binnensee der Erde, gehört zum Südosten von Uganda. In den See mündet der in Ruanda entspringende Quellfluss des weißen Nils (Akagera) und verlässt den Viktoriasee wieder bei Jinja als Viktoria-Nil.

Die natürliche Vegetation in Süd- und Westuganda sind die Feuchtsavanne und kleine tropische Restwälder. In den Höhenlagen findet man dichten tropischen Bergwald. Im Norden und Nordosten gibt es trockene Dornbuschsavanne und Halbwüste. Der Waldanteil in Uganda beträgt 8 %, was für die ostafrikanischen Länder überdurchschnittlich ist.

Quelle: „Uganda/Ruanda – Reise Know-How“ von Christoph Lübbert (Seite 98)

Bevölkerung von Uganda

Ethnische Gruppen

Einen Großteil des Volks in Uganda machen die Bantu, Niloten und zentralsudanische Völker aus.

Die Bantu stellen zahlenmäßig die meisten Einwohner. Dazu gehören:

Ethnische Bantu-Gruppen	Gebiet
Baganda	Im Bereich der großen Seen Ostafrikas
Basoga	Südöstliches Gebiet
Banyankole	Südwesten
Bakiga	Südwesten
Banyoro	Im zentralen Westen
Batoro	Osten
Bagisu	Osten
Bahima	Im Bereich der großen Seen Ostafrikas
Banyarwanda	An der Grenze zu Ruanda

Die nilotischen Sprachgruppen sind im Norden vorherrschend, mit den Lango (6 %) und Acholi (4 %). Im Nordwesten leben Lugbara (4 %), im Nordosten die Karamojong (2 %).

Nur rund 1 % des einheimischen Volks machen Europäer, Asiaten und Araber aus.



Bevölkerungsgliederung

Uganda hat im Durchschnitt das jüngste Volk der Welt. Mehr als die Hälfte des Volks ist unter 15 Jahre alt.

Die Bevölkerungsdichte ist hauptsächlich in den südlichen Regionen sehr hoch.

Statistiken

In Uganda gibt es folgende Sprachen:

Englisch (Amtssprache, verwendet in Schulen, Zeitungen und manchen Radiosendern)

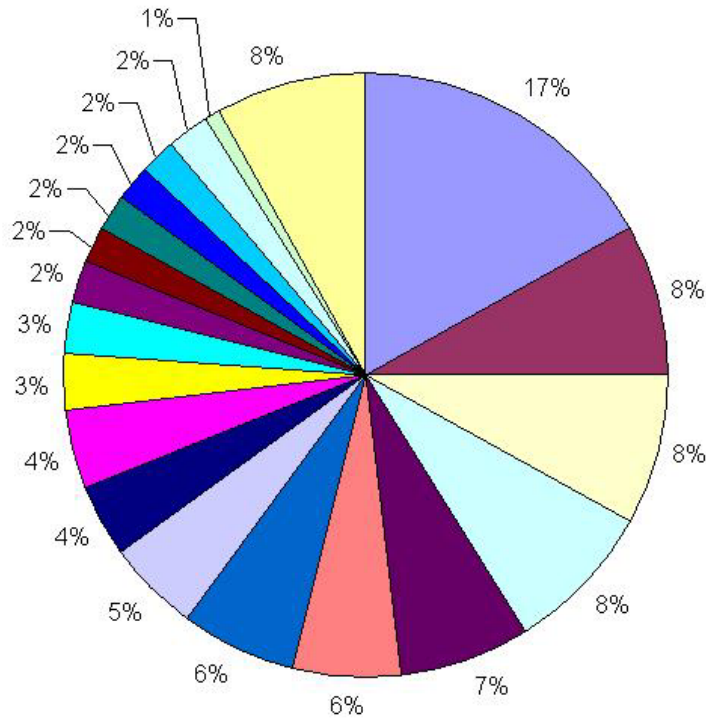
Luganda

Bantusprachen

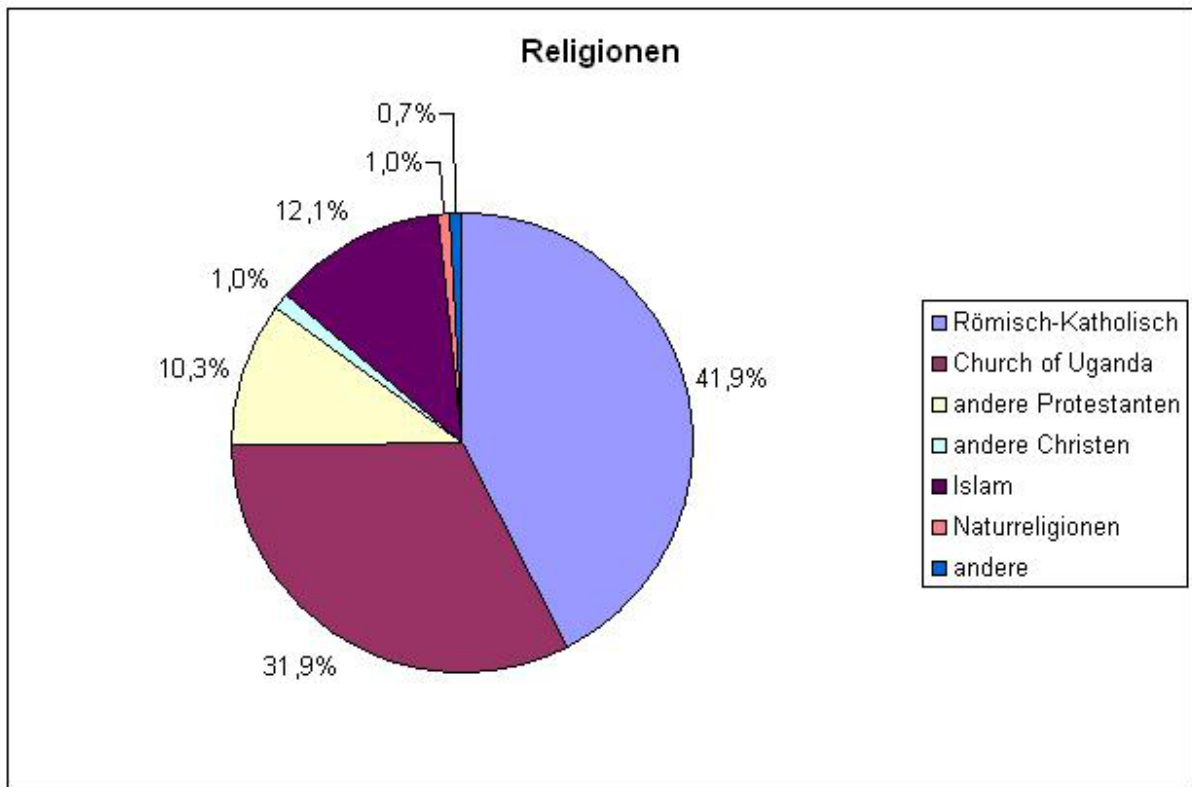
Swahili

Arabisch

Bevölkerungsanteil



Baganda	Ankole
Basoga	Iteso
Bakiga	Langi
Banyarwanda	Bagisu
Acholi	Lugbara
Batoro	Banyoro
Alur	Bagwere
Bakonjo	Jopadhola
Karamojong	Barundi
Nicht-Afrikaner (Europäer, Asiaten, Araber)	andere



Quelle: http://de.wikipedia.org/wiki/Bev%C3%B6lkerung_von_Uganda

Typisches Essen in Uganda

Ugali wird auch Sima oder Posho genannt, ist eine Hauptstärkekomponente in vielen afrikanischen Mahlzeiten, besonders in Süd- und Ostafrika. Es ist üblicherweise aus Maismehl und Wasser gemacht und variiert in seiner Konsistenz von Brei bis zu einer Teigartigen Substanz. Wenn Ugali aus einer anderen Stärke hergestellt wird, bekommt es normalerweise einen spezifischen regionalen Namen.

Die traditionelle Methode Ugali als Hauptspeise zu essen, ist es ein Stück in einen Ball zu rollen und diesen dann in eine Soße zu dippen oder in einen Gemüse- und / oder



Fleischeintopf. Wenn man eine Vertiefung mit dem Daumen in das Ugali macht, kann man es als Löffel verwenden und Fleisch einwickeln, um es aufzunehmen in der gleichen Art, wie es mit Brot in anderen Kulturen gemacht wird. Ugali kann auch mit einem Löffel oder mit Messer und Gabel gegessen werden.

Ugali kostet wenig in der Herstellung und das Mehl kann für längere Zeit in

durchschnittlichen Konditionen halten. Auch die Saat, die das Getreidemehl produziert, kann zuverlässig in dürrigen Jahreszeiten wachsen. Durch diese Gründe ist Ugali ein wichtiger Teil der Ernährung von Millionen von Afrikanern.

Ugali ist ähnlich wie Fufu von West-Afrika, Pap von Südafrika, Polenta von Italien und Grits aus dem Süden der USA. Es wird oft als ein Teil von traditionellen afrikanischen Mahlzeiten serviert.

In Uganda hat Ugali mehrere regionale Namen inklusive „Posho“.

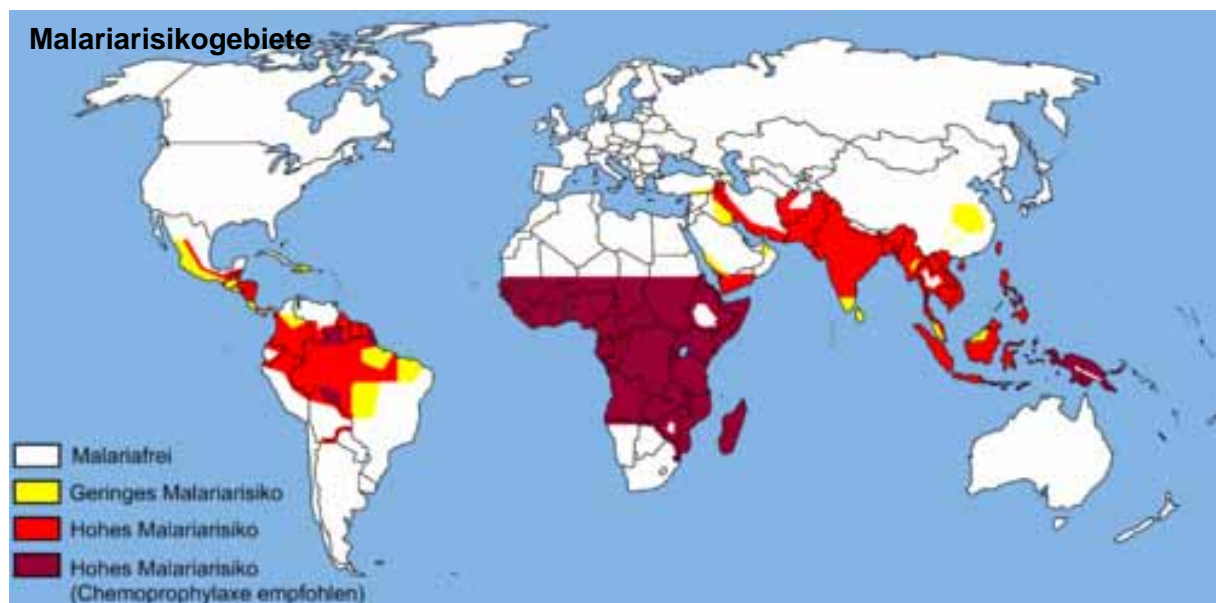
Quelle: <http://en.wikipedia.org/wiki/Ugali>

Krankheiten in Uganda – Malaria

Der Begriff Malaria kommt aus dem italienischen: mal'aria bedeutet „schlechte Luft“. Malaria wird auch Sumpffieber oder Wechselfieber genannt und ist eine meldepflichtige Tropenkrankheit, die von einzelligen Parasiten hervorgerufen wird. In den Tropen und Subtropen wird die Krankheit durch den Stich einer weiblichen Stechmücke (Moskito) der Anopheles-Gattung übertragen. Außerhalb dieser Gebiete lösen gelegentlich durch Flugreisende eingeschleppte Moskitos die sogenannte „Flughafen-Malaria“ aus. Bis auf eine Übertragung durch Bluttransfusion und Laborunfälle ist eine Mensch-zu-Mensch-Ansteckung nur gelegentlich von der Mutter auf das ungeborene Kind möglich, wenn die Plazenta verletzt wird.



Die Malaria hat folgende Symptome: hohes, wiederkehrendes bis periodisches Fieber, Schüttelfrost, Beschwerden des Magen-Darm-Trakts und Krämpfe. Im Besonderen bei Kindern kann die Krankheit auch schnell zu Koma und Tod führen.





Arten der Malaria

Die Arten der Malaria werden aufgrund der verschiedenen Verläufe unterschieden, Malaria tropica, Malaria tertiana und Malaria quartana. Dabei ist die Malaria tropica die schwerste Verlaufsform von Malaria.

Malaria tropica

Die Charakteristika der Malaria tropica sind die hohe Parasitämie (Parasiten im Blut), die teils ausgeprägte Anämie (typisch dabei ist eine blasse Zunge) und die häufig vorkommenden neurologischen Komplikationen (Bewusstseinsstörungen bis zum Koma, Krampfanfälle). Es kann ein rhythmischer Fieberverlauf vorliegen, aber dies muss nicht immer der Fall sein.

Die Inkubationszeit, also die Zeit zwischen dem Stich der Anopheles-Mücke und dem Krankheitsausbruch, liegt bei ungefähr 12 Tagen. Bei einer Infektion mit erregerehaltigem Blut verkürzt sich die Inkubationszeit, unter Einnahme einer unzureichenden Chemoprophylaxe verlängert sich diese.

Malaria tertiana

Die Malaria tertiana ist eine der gutartigen Verlaufsformen der Malariaerkrankung. Hierbei treten im Gegensatz zur Malaria tropica keine Komplikationen auf. Das Hauptproblem besteht darin, die unspezifischen Vorsymptome von der bösartigen Malaria tropica abzugrenzen. Dies gelingt meist nur in der mikroskopischen Diagnostik.

Hier beträgt die Inkubationszeit zwischen 12 und 18 Tagen, kann aber auch bei Einnahme von Chemoprophylaxe mehrere Monate betragen.

Nach wenigen Tagen stellt sich normalerweise die typische Dreitagesrhythmik ein, die der Malaria tertiana ihren Namen gab, zwischen zwei Fiebertagen liegt im Normalfall ein fieberfreier Tag, aber auch hier kann es Abweichungen geben.

Malaria quartana

Auch die Malaria quartana ist eine gutartige Form der Malaria. Eine charakteristische Komplikation ist das nephrotische Syndrom. Besonders an dieser Form ist, dass es selbst nach einer sehr langen Zeit (mehr als 50 Jahre) noch zu Rezidiven (Rückfällen) kommen kann.

Die Inkubationszeit beträgt zwischen 16 und 50 Tagen und ist somit erheblich länger als bei den anderen Malariaarten.

Nach wenigen Tagen stellt sich hier ein Vier-Tages-Rhythmus ein, auf zwei Fiebertage folgen zwei fieberfreie Tage, aber auch hier kann eine fehlende Fiebrerrhythmik die Diagnose Malaria nicht ausschließen.

Bei dieser Malariaerkrankung kann es zu einer schweren Nierenbeteiligung (Malarianephrose) kommen mit folgenden Symptomen: niedriges Serumweiß Albumin, Wasseransammlung im Bindegewebe und der Bauchhöhle durch den Albuminmangel, erhöhtes Serumcholesterin. Diese Komplikation tritt häufig bei Kindern zwischen zwei und zehn Jahren im tropischen Afrika auf.

Vorbeugung und Behandlung

Es besteht kein hundertprozentiger Schutz gegen Malaria durch einen fehlenden Impfschutz, daher sollte das Risiko einer Malariaerkrankung gesenkt werden. Der wirksamste Schutz ist der Verzicht auf Reisen in Malariagebiete. Da dies nicht immer möglich ist, sollten Insektenstiche (Expositionsprophylaxe) vermieden werden, dies ist das wichtigste Element der Malariavorbeugung. Zusätzlich sollte durch vorbeugende Einnahme (Chemoprophylaxe) oder Mitführen (Stand-By-Therapie) von Malaria-Medikamenten das Risiko verringert werden, an Malaria zu erkranken.

Unabhängig von der Behandlung muss bei jedem unklaren Fieber in den Tropen und auch lange Zeit nach der Rückkehr aus solchen Gebieten umgehend ein Arzt aufgesucht werden.



Dieser sollte mittels eines Bluttests schnellstmöglich einen Malariaverdacht untersuchen, da eine nicht rechtzeitig behandelte Malaria tropica tödlich verlaufen kann.

Impfung

Zu Zeit steht noch kein Impfstoff zur Verfügung, es wird jedoch auf diesem Gebiet schon geforscht, aber kurzfristig ist hier noch nicht mit wirksamen Ergebnissen zu rechnen.

Insektenschutz

Dies ist der wichtigste Bestandteil der Vorbeugung. Dazu zählt das Tragen heller, hautbedeckender, langer Kleidung, der Aufenthalt in mückensicheren Räumen (insbesondere nachts; Klimaanlage, Fliegengitter, Moskitonetz) sowie die Behandlung von Haut und Kleidung mit moskitoabweisenden Mitteln, sog. Repellents. Die zusätzliche Verwendung von Insektiziden in Sprays, Verdampfern, Räucherspiralen („mosquito coils“) und ähnlichem kann zusätzlichen Schutz bieten. Nach wie vor schützen sich jedoch viele Reisende nicht konsequent gegen Mücken.

Chemoprophylaxe und Therapie

Für viele Reiseziele reicht es aus, für den tatsächlichen Krankheitsfall ein Medikament zur notfallmäßigen Eigenbehandlung (Stand-by-Therapie) mitzuführen. Trotzdem wird eine Chemoprophylaxe unter Beachtung möglicher Arzneimittelnebenwirkungen bei Reisen in Malariagebiete mit hohem Übertragungspotential in aller Regel empfohlen. Das größte Problem bei der medikamentösen Vorbeugung (Chemoprophylaxe) und Behandlung ist eine zunehmende Resistenz des Erregers.

Für weitere Informationen bezüglich der Chemoprophylaxe und Therapie stehe ich, Meike, euch gerne zur Verfügung, da ich mich ja wegen meinem Uganda-Aufenthalt ab Mai, darüber genau informiert habe, ansonsten gibt es auch eine gute Beschreibung im Buch „Uganda Ruanda – Reise Know-How“ von Christoph Lübbert oder auch auf der genannten Quelle.

Quelle: <http://de.wikipedia.org/wiki/Malaria>