

Eritrea im November 2025

Wieder einmal im Herbst nach Eritrea. Es muss wohl so etwa meine 70. Reise in dies schöne Land zu diesen außergewöhnlichen Menschen gewesen sein. Viele Freunde und Kollegen, auch ein Kameramann und mehrere Gäste sind mit mir vor Ort.

Sonntag, 16.11.25

Ein neu eingerichteter Ankunftsraum im 1. Stock des Flughafens überrascht mich. Mir scheint die lästige, zeitraubende und nervende Einreiseprozedur geht diesmal ein wenig schneller vonstatten. Dafür dauert die Warterei auf die Koffer umso länger. Und die mitgebrachte schwere Wasserpumpe für unser OP-Zentrum darf ich nicht aus dem Flughafen mitnehmen. Sie verbleibt im Zoll. Aber immerhin: das Mörderteil ist jetzt schon mal in Asmara angekommen um für die dringliche Abhilfe zu sorgen. Ein OP-Zentrum ohne Wasser kann nicht arbeiten.

Überrascht bin ich auch von dem etwas, aber nur etwas besser funktionierendem Internet im Hotel. Auch mein iPhone kann gaaaanz langsam ein paar Mails empfangen und einmal in den fünf Tagen klingeln sogar ein paar WhatsApp Nachrichten.

Bei dem Rundgang durch all unsere Stationen an diesem friedlichen Sonntag können sich Kinderkardiologe Hobby und ich uns Schritt für Schritt den bestehenden Problemen in unserem OP-Zentrum IOCCA (**I**nternational **O**peration **C**enter for **C**hildren in **A**smara) zuwenden. Fehlender Stauraum, unnötig rumstehende alte Schätzchen der Kinderherzchirurgie und technische Probleme können wir mal ganz in Ruhe besprechen so lange der OP-Betrieb noch nicht wieder aufgenommen wurde.



Montag, 17.11.25

Prof. Martina Messing Jünger, Chefärztin für Pädiatrische Neurochirurgin aus St. Augustin, hat nun ihre Arbeit aufgenommen. Aus etwa 150 Kindern werden in den ersten beiden Tagen 59 ausgewählt,

bei denen man eine Operation durchführen kann. Was für ein Andrang der Eltern und Kinder, die hoffnungsvoll auf Martina warteten. Das Bild zeigt nur noch die Nachwehen.



Martinas undankbare Aufgabe ist eine Triage. Nur eines von drei Kindern, die häufig lebensbedrohlich erkrankt sind, kann in den kommenden Tagen operiert werden. Manch eines verbleibt ohne Chance auf den OP-Plan zu kommen, wird in der kommenden Zeit ohne diese Hilfe versterben. Eine stark belastende Untersuchung und Entscheidung, die am Folgetag durch den jungen eritreischen Kollegen Dr. Simon den bange wartenden Eltern verkündet werden soll. Fast 60 Eltern und Kinder werden sich freuen, 90 werden traurig wieder heimziehen. Etliche Kinder werden versterben. Janis Farhat, unser junger Fotograf und Filmemacher aus Hamm, wird aus den zwei Wochen von Martinas Arbeit einen sicher ergreifenden Film erstellen.

Montag früh treffen wir uns zuallererst im Gesundheitsministerium mit Dr. Goitom, dem Director Clinical Services, Orotta Hospital Direktor Tewelde und der Leitenden Kinderärztin Prof. Tzegereda. Bei dem Gespräch sind von unserer Seite Prof. Uta Dirksen, Leitende Kinder-Onkologin der Uni Essen, sowie Dr. Robert Schirmer, genannt Hobby, Kinderkardiologe und Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie aus Hamburg, mit dabei. Allein die Aufzählung meiner Kollegen macht hier schon recht deutlich, mit welch hoher fachlicher Kompetenz die Teams von Archemed in Eritrea vertreten sind.

Thema ist die Einfuhr von Medikamenten und die Bereitstellung der notwendigen Ärzte und Schwestern für den Beginn von Chemotherapien bei Kindern in Eritrea. Nach längerer intensiver Debatte herrscht endlich Konsens. Im Frühjahr kann es losgehen. Uta möchte zunächst mit der Behandlung von zwei Krankheitsbildern starten: der Behandlung des Morbus Hodgkin, einer Krebserkrankung des Lymphsystems, sowie mit dem Wilmstumor, einer Krebserkrankung der Niere. Jährlich erkranken etwa 20 Kinder an einem Hodgkin und zehn am Wilmstumor. 80 – 90% von ihnen wird man demnächst auf Utas Station dann mit der Therapie retten können. Bislang versterben sie alle, denn eine Behandlung im Land ist nicht möglich und die Therapie im Ausland kann niemand bezahlen. Wenn die Therapien der ersten beiden Krankheitsbilder zur Routine geworden sind, werden weitere folgen. Was für ein Quantensprung für die Kinder, für das Land. Endlich eine verfügbare Krebsbehandlung.

Nach einem kurzen Höflichkeitsbesuch bei der Gesundheitsministerin gibt es ein weiteres Treffen mit Klinikdirektor Tewelde und Klinik-Administrator Gedem. Themen sind:

- Unser Auto, der Toyota Landcruiser.



Er trägt ein Nummernschild der Regierung und dies erschwert damit für uns die Nutzung. Er gilt quasi als Fahrzeug des Ministeriums (MoH) und darf nur von Fahrern des MoH gefahren werden. Eine sehr umständliche Regelung. Und mangels Zuteilung von Diesel-Coupons konnte das Fahrzeug ohnehin nicht laufen. Sehr ärgerlich, ein teures, zu unserer Verwendung gespendetes Fahrzeug um unsere Techniker und Teams mobil zu machen, und dann steht das Ding nur in der Garage. Aber: wodurch auch immer, es ist nach vier Jahren Debatte endlich Bewegung in die Sache gekommen. Ab Januar erhält das Auto regelmäßig Diesel-Coupons. Damit auch die Erlaubnis für eine Versicherung. Und wann immer Teams da sind bekommen wir auch einen Fahrer des MoH. Das bleibt aber doch noch ein Hindernis, wende ich ein. Wäre es nicht besser dem Auto ein ziviles Nummernschild für NGOs zu verpassen damit wir es selber fahren können? Dies bleibt weiterhin zu klären.

- Sim-Karten; ohne eine einheimische Sim-Karte kann man in Eritrea nicht telefonieren. Unsere Handys funktionieren dort nicht. Sim-Karten muss man bei der Behörde EriTel beantragen. Dauert 2 – 3 Tage und frisst unnötig Zeit. „Ihr bekommt jetzt zwei Karten von uns.“ Endlich! Unsere Chirurgen müssen doch nachts für einen Notfall erreichbar sein. Und unsere Teams in den entfernten Provinzkliniken müssen doch auch kommunizieren können. Die Teams sitzen ansonsten völlig abgeschnitten in der entlegenen eritreischen Provinz und die Liebsten daheim verbleiben voller Sorge im Ungewissen. Das geht gar nicht. Aber Jahre der Diskussion haben nun scheinbar doch zum Erfolg geführt.
- Unser Lager. Wir senden Zement oder auch Werkzeug mit dem Container nach Eritrea ins Orotta-Hospital. Und weil die Sachen dort registriert werden, dürfen sie im Anschluss das Klinikgelände nicht mehr verlassen. Braucht ein Techniker ein Werkzeug oder etwas Gips am Stadtrand im Halibet-Hospital, dann muss erst die andere Klinik einen Antrag schreiben und um Genehmigung und Um-Registrierung bitten. Das dauert Tage und kostet Nerven ohne Ende. Absurdistan! So geht's nicht weiter. Es hat deshalb schon reichlich Stress gegeben. Mit Tewelde und Gedem komme ich zu dem Schluss: wir werden zukünftig alle Baumaterialien und Werkzeuge an den „Archemed General Store“ schicken. Unser Mitarbeiter Yared registriert die Sachen dort und kann sie gegen Unterschrift an unsere Leute rausgeben. Das ganze Procedere wie es bislang gehandhabt wird, ist keine Willkür, sondern dient dem

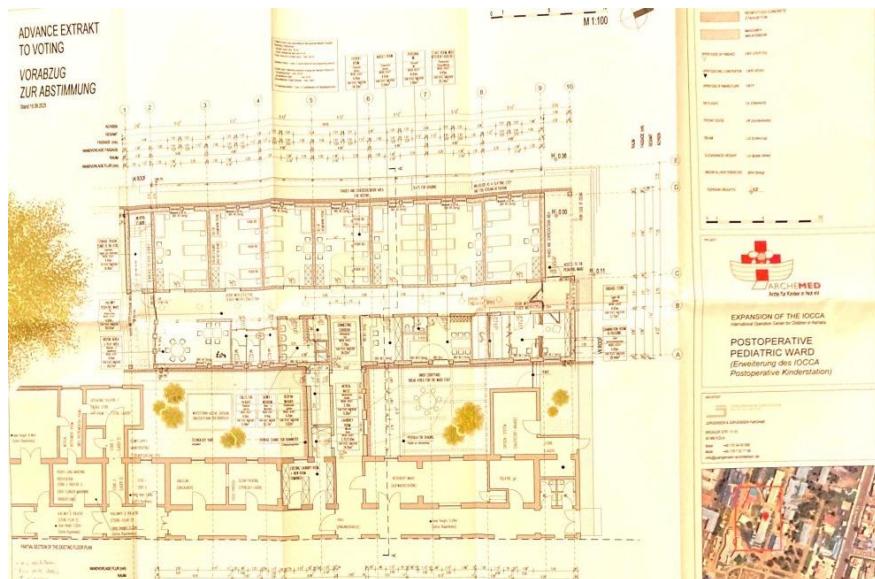
energisch betriebenen Kampf gegen Korruption. Ist aber im Alltag völlig untauglich. Der neue Archemed-Store könnte, wenn er wirklich funktioniert, eine große Erleichterung für unsere Techniker sein. Es bleibt abzuwarten, ob der Plan den Praxistest auch besteht.

- Der seit Jahresanfang fehlende Internetanschluss. Die Regierung Luxemburgs hatte ihr preiswertes Programm für NGOs weltweit eingestellt. Wir hätten durch die Mithilfe von Ingenieur Jan Domisse eine Lösung mit einem Provider aus Südafrika parat (die Firma heißt Paratus), aber an den nicht unerheblichen Kosten sollte sich bitte auch die Regierung beteiligen. Das eritreische Hauptstadt-Krankenhaus und auch die Mediziner-Uni wären schließlich die Hauptnutznießer. Aber das kann Tewelde nicht klären bzw. nicht entscheiden. Ich solle mich an höhere Stellen wenden. Kein Problem, ich werde es mit dem starken Mann im Gesundheitsministerium, Dr. Haile Mehtsun besprechen. Und ich hätte gerne einen Termin beim Präsidentenberater Mr. Tedros.
- Die Witwe unseres beliebten, langjährig Leitenden Kinder-Urologen Marcus Riccabona, der im November 2022 bei seinem Einsatz in Asmara urplötzlich auf der Straße tot zusammenbrach, fragte mich, ob wir einen Grabstein zur Erinnerung an Marcus im Klinikgelände aufstellen könnten? Tewelde und Gedem stimmten der Idee zu, dies in dem kleinen Garten neben der Küche des IOCCA zu realisieren. Bislang gibt es nur einen kleinen „Altar“ im OP-Zentrum selbst.



- Anbau einer Station für Kinder, die zuvor im IOCCA operiert worden sind. Mitunter werden während eines unserer Teameinsätze bis zu 25 Kinder am Herzen oder 60 – 70 Kinder von den Kinderchirurgen, Urologen oder Neurochirurgen operiert. Das IOCCA hat maximal 10 Plätze für Frischoperierte. Manchmal werden auch zwei Kinder in einem Bett untergebracht. Das Problem ist nämlich, dass die eigentliche Kinderstation im „China-Krankenhaus“, etwa 400 Meter entfernt liegt und der Zustand der Station sagen wir mal „verbesserungswürdig“ erscheint. Die normale postoperative Betreuung der Kinder, ein Verbandswechsel oder gar ein akuter Notfall sind so nur schwer zu handhaben. Alle Chirurgen, die einheimischen wie die von Archemed, wünschen sich eine Station neben bzw. hinter dem IOCCA. Mit einem

kurzen unmittelbaren Zugang. Dies wäre für die kompetente Betreuung der zuvor bestens operierten Kinder optimal. Ein frisch am Herzen operiertes Kind oder ein schwer krankes Kind welches neurochirurgisch versorgt und ggf. mit einem Implantat, einem Infekt gefährdeten Shunt, versorgt wurde, möchte man nicht durch eine zweifelhafte postoperative Versorgung gefährdet wissen. Ursula und Uwe Jürgensen, Architekten aus Köln, haben nach Maßgabe unserer Chirurgen ganz hervorragende Pläne für eine 24 Betten-Station entworfen.



Alle sind begeistert. Um das Vorhaben umzusetzen müssen aber die meisten unserer 25 See-Container, die sich inzwischen hinter dem IOCCA angesammelt haben, verkauft werden. So wie wir es unter dem vorherigen Gesundheitsminister Saleh Meky bis 2009 problemlos betrieben haben. Seit Jahren drückt sich das Ministerium vor einer Entscheidung. Sie behaupten, die Container wären Eigentum des Staates. NEIN, sind sie nicht. Wir haben sie in Deutschland gekauft. Also möchten wir sie auch gerne selbst verkaufen, denn leer zurückzuschicken macht keinen Sinn. Die Entscheidung wird seit Jahren verschoben. Und die Container werden immer mehr. Nur für den Anbau müssen sie jetzt endgültig weg. Jemand muss jetzt endlich mal entscheiden!



Und noch ein Problem habe ich:

So schön die Pläne auch sind, der Bau kostet Geld. Viel Geld. Den Rohbau würde ich gerne wie damals in Keren geschehen, von der Regierung erstellen und finanzieren lassen. Den technischen Ausbau, die Ausstattung der Zimmer und auch die Beschaffung spezieller Materialien, wie z.B. die Dachbleche, würde Archemed übernehmen. Timm Mitzenheim, unser Leitender Bau-Ingenieur aus Köln, hat die Kosten für Archemed auf 980.000 Euro kalkuliert. 300.000 würden wir davon selber aus Rücklagen stemmen können. Die Differenz müsste ich aber durch Spenden aufbringen. Ich hoffe, dass der RTL-Spenden-Marathon vielleicht einen Teil dazu beitragen kann. Den staatlichen „Rest“ muss ich versuchen durch großzügige Sponsoren zu erhalten. Kein kleiner Auftrag. Aber ich lasse mich durch die große Summe nicht schrecken. Schritt für Schritt kann man das packen.

Director Tewelde hat noch eine Bitte: der von der Lippstädter Firma Krämer gespendete Gabelstapler läuft nicht mehr. Sie bitten um Ersatzteile für das in die Jahre gekommene Schätzchen. Ok, ich werde mein Bestes versuchen. Stellt mir bitte eine Liste zusammen.



Und dann kommen sie mit noch einem Problem: ich möchte mir doch bitte mal den alten Steri im Orotta-Hospital anschauen. Den hätten Techniker von uns dort einmal hingestellt. Er sei jetzt schon seit Jahren kaputt. Und der chinesische Steri nebenan funktioniere nur sehr unzuverlässig. Sie würden ihre Sachen jetzt teilweise bei uns im IOCCA sterilisieren. Ja ja, so ganz langsam entsinne ich mich. Unser leider viel zu früh an Leukämie verstorbener Techniker Peter Koch von der Firma MMM, hatte einst auf eritreische Bitte einen großen Steri im Haupthaus der Klinik installiert. Ich schaue mir das gute alte Stück einmal an. In der Tat. Der Steri ist reichlich ramponiert. Aber ob ich dafür Ersatz bekomme, das weiß ich nicht. Und versprechen möchte ich auch nix.



Und überhaupt, auch die Zahnklinik benötige jetzt noch einen Anschluss von der chinesischen Sauerstoffanlage bis zur Verteilung im Haus, die unser Techniker Stefan Fuchs dort aufgebaut hat. Die chinesischen Techniker wären nicht so zuverlässig. Mir reicht es jetzt. Wir können doch nicht alle Probleme der Hauptstadtklinik lösen. Erstmal, so gebe ich ihnen zu verstehen, möchte ich, dass die bestehenden Probleme unserer laufenden Projekte geklärt werden bevor wir immer neue Aufgaben übernehmen. Nein, die Sauerstoffleitung werden wir nicht verlegen.

Nachmittags haben wir zusammen mit unserem Gast Michael Andreae-Jäckering, einem Maschinenbauer und Großmühlen Unternehmer aus Münster, zusammen mit seiner Frau Gabriele und unserem langjährigen Freund Dr. Habteab ein Treffen mit Agrar-Minister Arefeine vereinbart. Michael stellte seine Technik und die erzeugten Produkte vor. Vielleicht gibt es ja auch in Eritrea Interesse und Verwendung für seine innovativen Mühlen. Mal sehen was daraus wird. Es war jedenfalls ein überaus nettes Fachgespräch mit einem ebenso freundlichen wie kompetenten Minister.



Warum funktionieren unsere zwischenstaatlichen Beziehungen eigentlich so schlecht? Ich sehe großes Potential zur fruchtbaren Zusammenarbeit. Trotz aller sicherlich bestehenden Probleme im Lande. Aber kooperieren wir nicht auch mit Staaten wie China? Der Unterschied ist die politische und wirtschaftliche Relevanz. Eritrea ist zu klein um als relevant genommen zu werden. Dabei spielt es eine wichtige Rolle am strategisch bedeutenden Horn von Afrika und hat entgegen der landläufigen Meinung doch auch große Erfolge seiner Politik vorzuweisen: das kostenlose Gesundheitswesen, die afrikaweit besten Impfprogramme, Schulpflicht gegen das Analphabetentum, der erfolgreiche Kampf gegen FGM, das absolut friedliche Miteinander von neun Ethnien und den Religionsfrieden bei 50% Christen und 50% Muslimen in der Bevölkerung. Die Menschen sind so friedlich, dass ich mich auch nachts um drei noch in dunkelsten Straßen der Hauptstadt bewegen könnte. Zur gleichen Uhrzeit, z.B. am Frankfurter Hauptbahnhof, wäre das Gefühl ein anderes. Aber die Interessen des Westens konzentrieren sich auf das wesentlich größere Äthiopien mit seinen 134 Millionen Einwohnern. Ein Land, welches Eritrea seit 1961 mit Krieg und Terror überzogen hat. Gerade jetzt äußert der äthiopische Premierminister, ein Friedens-Nobelpreisträger (!) erneut unverhohlen den Anspruch auf eritreisches Gebiet: man möchte den Hafen von Assab am Roten Meer einnehmen. Kein Wirtschaftsabkommen, wie es Eritrea immer wieder anbot, nein, man möchte ihn sich einverleiben. Das bedeutet Krieg. Die Frage ist nicht ob, sondern nur noch wann. Und in dieser Situation stellt der Westen, auch Deutschland, Eritrea immer wieder an den Pranger, als Land mit der höchsten pro Kopf Militarisierung. Ja aber warum ist das denn so, wenn 3,5 Millionen Menschen sich einem aggressiven Nachbarn mit 134 Millionen Einwohnern gegenüber sehen. Deutschland hat in Eritrea diplomatisch nur einen Geschäftsträger. Einen Botschafter haben wir seit Jahren nicht mehr. Ebenso wenig einen eritreischen Botschafter in Berlin. Die Beziehungen sind stark abgekühlt. Dies liegt an den angespannten Beziehungen, seitdem Deutschland vor Jahren auf Geheiß der Amerikaner ein fest vereinbartes Abkommen zur Gewinnung von Kali in letzter Minute abgeblasen hat. Konnte man über Wikileaks alles nachlesen. Hinzu kam große Enttäuschung, nachdem auf unsere Bitte Entwicklungshilfeminister Dr. Gerd Müller im Jahr 2015 Eritrea besuchte und zunächst hoffnungsvolle Gespräche mit Präsident Isayas Afewerki führte. Und danach auch mit Erstaunen und Bewunderung unsere medizinischen Projekte besuchte. Der nachfolgende Besuch von Günter Nooke, Afrikabeauftragter von Kanzlerin Merkel, brachte sodann Ernüchterung und wie es heißt auch erneute unnötige Verstimmung. Jammerschade, so finde ich. Eine zerstörte Chance. Eritrea hat so viele intelligente, wissensdurstige junge Menschen. Ein Riesenpotential für das Land selbst und bei guter Kooperation auch für uns hier in Deutschland.

Am Spätnachmittag folgt noch ein längeres Gespräch mit Dr. Andat aus dem Gesundheitsministerium (MoH). Er ist hier federführend für das Programm zur Bekämpfung der Beschneidung der Mädchen (FGM = female genital mutilation) zuständig. Zusammen mit dem Sozialministerium (Ministry of Labour and Human Welfare) und der eritreischen Frauen-Union führen sie die von UNICEF und UNFPA jährlich mit 1 Mio. Dollar geförderte Arbeit in den Provinzen durch. Beim ersten Zensus im Jahr 2002 lag die Zahl der beschnittenen Mädchen und Frauen noch bei 89% ! Da wir bereits viele Jahre zuvor seit 2004 ebenfalls Programmarbeit gegen FGM in Eritrea durchführten sind wir mit den Aktiven und dem Problem vertraut. Leider verstarb 2023 unsere eritreische Aktivistin Worku Zerai, mit der zusammen wir in den Provinzen Gash Berka und Anseba aktiv waren. Finanziell können wir mit den großen UN-Organisationen nicht mithalten. Aber vielleicht können wir die engagierte und recht erfolgreiche Arbeit der eritreischen Regierung anderweitig unterstützen. Zum Beispiel durch die wissenschaftliche Begleitung seitens der Charité in Berlin. Mit PD Dr. Theuring, der Wissenschaftlichen Mitarbeiterin des Instituts für Internationale Gesundheit an der Charité, hatte ich

bereits im Vorfeld unserer Reise Kontakt aufgenommen. Vielleicht können wir durch die Begleitung der Arbeit vor Ort dann auch unsere Erfahrung in die Arbeit mit einfließen lassen. Dr. Andat ist der Idee gegenüber nicht abgeneigt. Im Februar 2026 sollen neue Zahlen veröffentlicht werden. Es wird erwartet, dass die Zahlen gegenüber 2002 einen deutlichen Rückgang aufweisen. Unser Gynäkologe und Geburtshelfer Dr. Heiner Hölting aus Warstein berichtet, dass er im Laufe der vielen Jahre seiner Tätigkeit in der Geburtsklinik in Keren wesentlich weniger junge beschchnittene Frauen bei seiner Tätigkeit im Kreißsaal erlebt.

Zum Schluss des Tages besuche ich noch den Chef-Administrator des MoH, Yemane Teadel, der zusätzlich auch für die gesamten Finanzen des Ministeriums zuständig ist. Es sind die immer gleichen Themen: unser Auto, die Sim-Karten für die Mobil-Telefone, der Verkauf der Container und die finanzielle Beteiligung des Ministeriums bei der erneuten Satelliten-Verbindung zur Wiederherstellung des Internets in der Hauptstadtklinik. Ein nettes konstruktives Gespräch. Wird es zum Erfolg führen? Ich weiß es nicht. Aber steter Tropfen...

Zurück im Hotel erwartet mich überraschend Prof. Yosief Tewelde, der sympathische Chef-Chirurg des Orotta-Hospitals. Er bedankt sich sehr für die zwei neuen deutschen OP-Lampen, die wir ihm dank der Spende großzügiger Soester Mitbürger besorgt und installiert haben. Die chinesischen Lampen waren ramponiert und lieferten schlechtes oder gar kein Licht mehr. Eine furchtbare Situation. Ein Chirurg muss doch sehen können wo er schnippelt.

Ich nutze die Gelegenheit und frage ihn, ob seine jungen Chirurgen nicht das IOCCA während der Sommermonate, also Juni-Juli-August, für die Operation von Kindern nutzen möchten, da unsere Teams in dieser Zeit aufgrund der Schulferien keine Freistellung aus den Kliniken erhalten. Es ist einfach schade, wenn dies gut ausgestattete Haus drei Monate lang leer steht und auch das Personal nur Däumchen dreht. Oder schlimmer noch, es deshalb abgezogen wird. Er begrüßt die Idee und möchte es anpacken. Und eine weitere Idee teile ich mit Yosief. Sie kommt von einem jüdischen Urologen aus München. Ob man nicht im Bereich des IOCCA auch einen Raum für kleinere chirurgische Eingriffe einrichten könnte? Zum Beispiel für die Zirkumzisionen, die Vorhautbeschneidungen bei muslimischen und jüdischen Jungs. Damit diese nicht von irgendwelchen Heilern fachunkundig und verstümmelnd, auch mit hohem Blutungs- und Infektionsrisiko vorgenommen werden. Wir haben schon Penis-Amputationen nach solchen missglückten laienhaften Schnitzereien erlebt. Klar, sagt Yosief. Solch einen Raum brauchen wir. Hatten wir früher in der Kinderklinik, wo jetzt unsere Kinder-Intensivstation (PICU) sich räumlich erweitert hat. Vielleicht im Raum der ehemaligen Klumpfußklinik am Eingang des IOCCA. Müssen wir mit unsren Chirurgen abstimmen. Yosief ist ein ebenso liebenswürdiger wie vertrauensvoller und engagierter Partner.

Dienstag, 18.11.25

Zunächst gibt es ein Treffen mit Paola und Dr. Paolo von der befreundeten italienischen Organisation „Annulliamo la Distanza“ (AnlaDi) aus Florenz. Aktuell kooperieren wir mit ihnen bei einem von der EU geförderten Projekt zur Ausbildung einheimischen Personals im Bereich der Kindermedizin. Und über unser Vorstandsmitglied Prof. Wolfgang Holzgreve, weltweit geehrter Gynäkologe und frisch pensionierter Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Uniklinik Bonn, werden wir auch ein innovatives Ultraschallprojekt durchführen. Die alten Ultraschallgeräte sind recht große klobige Kisten. Es gibt jetzt aber Ultraschall-Sonden, die man an ein iPad anschließen kann. Taschen-Ultraschall. Dies hat den Vorteil, dass die Frauen während der Schwangerschaft nicht mehr alle in die Klinik zu dem großen Gerät kommen müssen, sondern der Geburtshelfer kann mit dem kleinen iPad

und der Sonde über die Dörfer ziehen und die Frauen daheim untersuchen. Was für ein, mitunter lebensrettender, Fortschritt, wenn man drohende Komplikationen oder Zwillingsschwangerschaften bereits sehr frühzeitig und nicht erst unter der Geburt erkennen kann. Ich bin mächtig stolz auf dieses Projekt, auf Wolfgang und den ausführenden Kollegen PD Dr. Florian Recker. Realisiert werden kann es dank der freundschaftlichen Kooperation mit AnlaDi.

Sie bauen derzeit die oberen Stationen der Kinderklinik aus und haben jetzt auch die finanziellen Mittel der italienischen Regierung dafür, die Frauen- und Geburtsklinik in Asmara zu renovieren. 2005 hatten wir damals noch mit meinem alten Verein „Hammer Forum“ die Geburtsklinik neu errichtet.



Inzwischen ist sie bei über 9.000 Geburten pro Jahr ziemlich heruntergekommen. Bei der Gründung von Archemed war der gynäkologische Projektleiter beim „Hammer Forum“ verblieben. Inzwischen ist der Verein überhaupt nicht mehr in Eritrea aktiv. Und da der Leitende Chefarzt der eritreischen Klinik als wenig kooperativ gilt, habe ich auch kein Interesse dort wieder aktiv zu werden. Projekte funktionieren nur dann richtig, wenn man einen engagierten und kooperativen Partner vor Ort hat. Wie macht ihr das, fragt Paola, mit euren Bauprojekten. Wir kommen kaum voran und ihr realisiert ein Projekt nach dem anderen. Ja, an sich ist es ja läblich, wenn man z.B. Handwerker vor Ort in Lohn und Brot setzt. Aber wenn die staatliche Baufirma einerseits mit Projekten überlastet ist und ihnen andererseits ständig wichtiges Material fehlt, weil sie es nicht mit Devisen aus dem Ausland beschaffen können, dann ruht der Bau. Mitunter über Jahre, wie wir es bei unserer Mutter-Kind Klinik in Keren erfahren durften. Es gab keine Devisen um die Dachbleche aus Dubai zu besorgen. Deshalb ging nix mehr voran. Auch bei der Klinik für Brandverletzte, die wir jetzt gerade erst im Oktober 2025 fertiggestellt haben, fehlten diese Bleche. Sie haben sie schließlich aus dem gesamten Land in den verschiedensten Farben zusammengetragen. Entsprechend bunt sieht das Dach aus.



Für die Neu-Eindeckung der Station hat Ingenieur Timm die Bleche per Container geliefert. So konnte das Projekt zeitnah fertiggestellt werden. Und für die Technik des Hauses schicken wir unsere Fachleute. Die haben das nötige Material und Werkzeug um die Technik mit unserer Qualität, und nicht mit chinesischer, einzurichten. Es soll ja auch halten. Nachhaltig soll es sein, was wir da schaffen. Zugleich muss es aber so einfach sein, dass es in Afrika auch gewartet werden kann. Wo bekommt ihr denn all die Techniker her, wie macht ihr das, fragt Paola? Und die arbeiten alle ehrenamtlich? Kaum zu glauben. Ja unsere Leute, Schwestern, Ärzte und Techniker, sie haben schon alle einen besonderen Spirit.

Danach gibt es Treffen mit dem „Bio-Medical Workshop“ des Orotta-Hospital und der Klinikleitung. Woran liegt es, dass in der Sauerstoffanlage die Komponenten so schnell defekt sind? Schneller als sogar in Afghanistan, viel schneller als in Deutschland. Wir haben keine ausreichende Schulung, so der Vorwurf der Eritreer. Stimmt nicht, entgegnet unser Sauerstoff-Techniker Yusuf Yaman. Ihr passt einfach nicht auf. Und die Anlage ist ständig mit Staub verschmutzt, die Filter verstopft. Keiner wechselt diese. 80% aller Störungen und Materialdefekte sind auf Verschmutzung zurückzuführen!



Fazit der Sitzung: die Klinikleitung wird den Vorplatz der Sauerstoffanlage betonieren, um das Staubaufkommen zu reduzieren. Zusätzlich werden Putzkräfte abgestellt, die täglich die Technikräume säubern (warum passiert das nicht schon längst?). Und wir werden Eyob (s.o.), einen eritreischen Kältetechniker aus Asmara, wieder anstellen, damit er einmal wöchentliche Servicearbeiten an der teuren Anlage vornimmt. Er war schon mal da, wurde aber von der Klinikleitung des Geländes verwiesen, da er kein Mitarbeiter des MoH sei. Jetzt darf er also wieder. Zusätzlich überlege ich mit Yusuf, ob es nicht Sinn macht, eine weitere Plattform zur Produktion von zusätzlichen 40 Litern Sauerstoff pro Minute hinzuzufügen, denn der Verbrauch der Neugeborenen-Intensivstation (Neonatologie, kurz Neo) ist durch die Erweiterung um ein großes Zimmer weiter angestiegen. Ich muss es daheim mit unserem Leitenden Techniker Karl Kastien und natürlich mit unserem Schatzmeister Hubertus Bömer besprechen. Immerhin geht es hier um eine weitere Investition von 19.000 Euro.

Nachmittags haben wir, Uta, Hobby, Wolfgang und ich, ein wichtiges Treffen mit Dr. Haile Mehtsun, einem verdienten alten Kriegschirurgen, der inzwischen die Graue Eminenz im Gesundheitsministerium ist, Dekan der Medizinischen Fakultät und President des „Higher Board of Education“. Ich stelle ihm zunächst unsere Neubau-Pläne für das IOCCA vor und all unsere Lieferungen von neuem Equipment für die vier von uns unterstützten Neonatologie-Stationen des Landes, bevor ich auf die aktuellen Probleme zu sprechen komme:

Die mangelhafte Sorgfalt und Pflege des von uns errichteten Mutter-Kind Zentrums in Keren. Das ist ganz klar die Aufgabe der Regierung hierfür Sorge zu tragen, entgegnet er. Er gilt als durchsetzungskräftiger Mann. Ich denke das Gespräch wird Kreise ziehen.

Und dann folgt das mir so wichtige Thema: Folsäuremangel und Strategien zur Lösung. Martina werden so viele Kinder mit Spina bifida (offener Rücken) und Hydrocephalus (Wasserkopf) zur Operation vorgestellt. Ein Teil davon ist genetisch bedingt und somit unvermeidbar. Ein anderer Teil aber, wohl gut die Hälfte, ist Folge des Folsäuremangels im Lande. Wir haben ein Konzept zur Ausgabe von Tabletten an Schwangere, höre ich. Da die Entwicklung des Neuralrohrs, der Hirnhäute und des Rückenmarks, schon im ersten Trimenon der Schwangerschaft abgeschlossen ist, müssten die Frauen bereits vor Beginn der Schwangerschaft beginnen Folsäure-Tabletten (Vitamin B 9) einzunehmen, um ausreichend hohe Spiegel im Körper zu erzielen. Eine völlig unrealistische Strategie, denn welche Frau weiß denn vorab, dass sie in den nächsten Wochen schwanger wird. Und außerdem wird man mit der Verteilung von Tabletten niemals das ganze Land bis in die abgelegenen Regionen und bis zu den Nomaden abdecken können. Und auch in Deutschland verweigern sich Skeptikerinnen der Tabletteneinnahme. Also müssen andere Strategien her.

Folsäuremangel führt bei Neugeborenen nicht nur zu Spina bifida und Hydrocephalus, sondern auch zu Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und Missbildungen des Herzens. Auch Erwachsene würden von einer besseren Folsäureversorgung profitieren. Anämie (Blutarmut), Morbus Crohn (eine entzündliche Darmerkrankung), neurologische Erkrankungen wie Gedächtnisstörungen und Depressionen können die Folge eines Folsäuremangels sein. Die Substitution des Vitamins würde also Jung und Alt Vorteile einbringen. Andere Länder reichern ihr Mehl mit Folsäure an, um die gesamte Bevölkerung zu erreichen. Das würde in Eritrea ebenfalls nicht genügen, da viele Farmer und ihre Familien Selbstversorger sind. Aber das Speisesalz vom Roten Meer, das konsumieren alle.

Bereits im Jahr 2019 hatten wir Spezialisten von den „Südwestdeutschen Salzwerken“ mit nach Massawa genommen, die einen Report „Folic acid salt fortification Eritrea“ erstellt hatten. Fazit: genauso wie man bereits erfolgreich das Salz mit Jod anreichert, kann man dies auch mit der Folsäure tun. Die Gesamtbevölkerung des Landes erhielt somit ausreichend Folsäure und 75 der 150 von Martina gesichteten schwerkranken Kindern blieb dies schwere Schicksal erspart. Die Operation schließt zwar den offenen Rücken und löst damit das Infektionsrisiko, der ohnehin vorhandene neurologische Schaden aber, z.B. die lebenslange Rollstuhlabhängigkeit bei eingetretener Querschnittslähmung, kann auch die Operation nicht mehr verhindern. Prävention ist das Zauberwort. Sie ist so viel effektiver als die beste Therapie des bereits eingetretenen Schadens. Nach langer Diskussion gewinnen wir den Eindruck, dass zumindest bei Dr. Haile ein Verständnis erzielt werden konnte. Hoffentlich werden daraus die notwendigen Konsequenzen gezogen. Wir werden das Thema weiter verfolgen und nicht locker lassen.

Mittwoch, 19.11.2025

Wir fahren mit unseren Gästen nach Keren, um die von uns erbaute Mutter-Kind Klinik, das erste Perinatalzentrum in Eritrea, zu besuchen. Vorteil dieses Konzeptes ist es, dass hier beide Klinikbereiche nicht mehr getrennt sind, sondern sich Tür-an-Tür befinden.



Hat eine Mutter entbunden und dem Kind geht es schlecht (Atemnotsyndrom, Sauerstoffmangel, Wiederbelebung...), dann kann es hier, nur durch eine Tür getrennt, umgehend zu den Kinderärzten auf eine Neugeborenen-Intensivstation verlegt werden. In Asmara liegen etwa 200 Meter zwischen beiden Stationen. Des Nachts, wenn die meisten Entbindungen stattfinden, läuft keine Hebamme diese Strecke mit dem Neugeborenen. Das Kind verbleibt mehr oder weniger schlecht versorgt in der Geburtsklinik und nimmt dort meist weiteren Schaden. Dies beklagen dann am nächsten Tag die Neonatologen: warum schickt ihr uns immer so „schlechte“ Kinder? Keren ist für das Land ein Vorzeige-Konzept.



Aber: unsere Techniker, unsere Neo-Schwestern und Geburtshelfer beklagen den verschlechterten Zustand der Klinik. Wie so oft in Afrika gibt es kaum Service und Wartung der Geräte. Sie werden hingestellt und laufen, laufen, laufen. Ohne Pflege und Service. Ist dann etwas kaputt, werden die deutschen Techniker gerufen. Das kann es nicht sein. Ich setze mich vor dem anberaumten Gespräch mit der Klinikleitung mit Heike Heinicke (Neo), Christian Schüssler (Technik) und Dr. Heiner Hölting (Geburtshilfe) zusammen. Wie wollen wir vorgehen? An sich möchte niemand dies wunderschöne Projekt, welchen so vielen Müttern und Kindern hilft, verlassen. Aber so geht es auch nicht weiter.

Das Gespräch findet zusammen mit dem Klinikdirektor Dr. Yaphiet, dem Klinik-Administrator Yemane sowie mit dem Leitenden Arzt der Provinz-Administration Dr. Henok statt. Wir tragen einer nach dem anderen unsere Eindrücke und Vorwürfe vor. Dr. Yaphiet ist sichtlich angefasst und verteidigt sich, dass es einfach zu wenig Personal für die Klinik gibt. Stimmt ja auch. Eine Schwester, die des Nachmittags alleine Dienst hat, kann nicht neun kritisch kranke Neugeborene plus Neu-Aufnahmen plus Notfälle versorgen. Das ist der Auftrag an das Ministerium und die Regierung hier für Abhilfe zu sorgen. Aber die Räume sauber zu halten, mal ein paar simple Filter des Notstrom-Aggregats zu wechseln oder die Solarpaneelen einmal wöchentlich vom Staub zu befreien, das sollte machbar sein.

Fazit oder „take home message“ wie es heute so schön heißt, ist: wir bekommen bis zum Jahresende von euch ein Konzept wie ihr die Zustände zu verändern und zu verbessern gedenkt, oder wir stellen unser Projekt in Keren ein. Punkt! Ich denke die Botschaft ist angekommen.

Auf dem Heimweg nach Asmara machen wir kurz Pause in Doroq. Dies Dorf besuchen wir regelmäßig. Hatten dort mal eine Grundschule renoviert. Ich unterhalte mich mit dem katholischen Dorfpfarrer Father Russom und übergebe ihm Geld für seine Bedürftigen. Seit 2010 halte ich auch Kontakt zu einer Familie, die damals bei der Reportage für die ZDF-Gala „Ein Herz für Kinder“ mitwirkten. Ghidei als Mutter und damals erneut Schwangere, sowie Zemen, ihre fünfjährige Tochter. Wir besuchen das Zuhause von Ghidei, auch um unseren Gästen einmal das richtige Leben in Eritrea zu zeigen. Asmara verzeichnet das Bild total. „Piccola Roma“, so wie es Mussolini erschaffen wollte, ist nicht typisch für Eritrea. Doroq denke ich schon.



Ghidei sitzt wie versteinert auf dem Boden ihres Hauses. Wie ich erfahre, ist ihre Tochter Zemen vor einem halben Jahr ums Leben gekommen. Sie hatte sich auf den gefährlichen Weg über die sudanesische Grenze gemacht und ist dabei verhungert und verdurstet. Wie grausam, wie tragisch!

Sehr traurig geht die Fahrt für uns weiter. Nach ein paar Kilometern erreichen wir Halibmentel. Dort übergebe ich ein paar Krücken an ein kleines Mädchen, deren Bruder Zerigabir mit verkrüppelten Beinen geboren wurde. Seine alten Stöcke waren zerbrochen. Ein cleverer Junge, aber schwer gehandicapt

Den Abend verbringen wir auf Einladung von Herrn Toralf Pilz, dem Geschäftsträger der Deutschen Botschaft, in seiner Residenz. Sehr nett mal mit ihm und all den Kollegen beim guten Essen zusammenzusitzen und zu klönen.

Donnerstag, 20.11.2025

Früh um neun habe ich einen Termin mit Präsidentenberater Mr. Tedros. Ihn kannte ich bislang noch nicht. Es entwickelt sich ein sehr nettes offenes Gespräch über unsere Arbeit und all die Dinge, die uns das Leben schwer machen. Ich bin froh ihn kennengelernt zu haben und gewinne die Zuversicht, dass sich mit seiner Unterstützung die Dinge wandeln können.

Im Anschluss besuche ich Director Mebrahtu Yassu im Sozial-Ministerium. Wir kennen uns seit vielen Jahren, da wir vor ewig langer Zeit einmal das Waisenhaus Godaif renoviert hatten, in dem das Findelkind und unsere spätere Pflegetochter Little Elsa zeitweise aufgenommen wurde. Mebrahtu ist derzeit der Leitende Ministerialbeamte für das FGM-Programm der Regierung, denn alle drei Jahre

wechseln sich sein Ministerium, das MoH und die Frauen-Union bei der Führung des Programms ab. Mebrahtu nimmt mein Anliegen einer Beteiligung am FGM-Programm freundlich entgegen und stellt mir Material seiner Kampagne zur Verfügung. Bevor die Charité einsteigt, möchte ich mich doch bitte im Frühjahr einmal mit seiner Ministerin Luul zusammensetzen. Ist ok für mich. Bis dahin können wir in Zusammenarbeit mit der Charité unsere Ideen konkretisieren und ich kann es ihnen als Konzeptpapier dann mitbringen. Mal sehen, wie sich das entwickelt. Für mich ist es genauso wie bei der Folsäure eine Herzensangelegenheit hier die Dinge voranzubringen. Prävention bedeutet hier den Mädchen diese grausame Prozedur zu ersparen. Every girl counts!

Nachmittags habe ich noch einen Termin bei Minister Abraha um das Bauprojekt für die chirurgische Kinderstation zu besprechen. Der Staat Eritrea übernimmt wie erhofft die Rohbauarbeiten. Die Ausführung erfolgt wie gewohnt von der staatlichen Baufirma „Segen Construction Company“. Um längere Bauverzögerungen zu vermeiden wird uns Minister Abraha eine Liste mit den Materialien zukommen lassen, die nicht im Lande erhältlich oder einer starken Kontingentierung unterworfen sind. Diese Sachen schicken wir sodann per See-Container. Sehr schön, dass wir mit ihm einen so freundlichen und verlässlichen Partner haben. Aber der finanzielle Druck den ich zu schultern habe ist immens.

Nun ist es ruckzuck Donnerstagabend geworden und die Heimreise steht schon wieder an. Die Tage sind im Nu verflogen. Waren prall voll mit Gesprächsterminen. Waren aber zugleich auch so bereichernd für mich, für all die Kollegen und, ich denke auch für unsere Gäste. Tolle Menschen habe ich gesprochen, auf beiden Seiten. Afrika scheint so fern. Wenn man aber öfters kommt und tiefer in das Leben dieser liebenswerten Menschen eintaucht, dann sind sie einem so nah. „Liebe Deinen Nächsten wie Dich selbst“.

