



# KINDER 2/19 DEMOKRATISCHE REPUBLIK KONGO

**Wunsch und Wirklichkeit,  
Ziel unerreichbar?**

**Gemeinsam** mehr erreichen

 **HAMMER  
FORUM**  
Medical Aid for Children

# INHALT

03 Vorwort

04 Aktuelle Themen

04 Guinea-Bissau

*Der Projektaufbau in Guinea-Bissau*

12 Libanon

*Evaluierungsreise*

13 Westjordanland

*Fort- und Weiterbildung*

16 Griechenland

*Flüchtlingslager in Loutra Volvis*

18 Eritrea

*Geburtshilfe in Asmara*

21 Somaliland

*Eine Reise in ein Land, das es nicht gibt*

24 Unsere Kinder

*Adama*

06 Titelthema

**Einsatz im Kongo**

25 *Eine physische und psychische Herausforderung*

*Ein Bericht von Klaudia Nußbaumer*

28 *Einsatz aus medizinischer Sicht*

*Ein Bericht von Dr. Emmanouilidis*

31 *Die Arbeit am Hôpital Général*

*Ein Bericht von Marie Claire Mumbatu*

22 Helfende Hände

**Spendenaktionen und weitere Events**

32 *ChariTree Spenden-Tradition*

32 *Spendenerlös vom Dorffest in Lippstadt-Lohe*

33 *Vorstandswahl*

34 *Ehrenbürgerschaft Dr. Emmanouilidis*

35 Sonstiges

**Impressum und Kontakt**

VORWORT

## LIEBE LESERINNEN, LIEBE LESER, LIEBE FREUNDE UND FÖRDERER DES HAMMER FORUMS

Unserem „Sorgenkind“ Kongo haben wir uns in diesem Jahr besonders zugewandt. Wir sind nun seit über zehn Jahren in Kikwit tätig und können der stetigen Verschlechterung des Hospitals praktisch zusehen. Durch den ständigen Wechsel der Ärzte und des Direktors vor Ort, kommt keine Ruhe und Stabilität in den Alltag des Hospitals. Das neue Personal ist mit den vielen wartenden Familien mit Kindern während unserer Einsätze maßlos überfordert, was die Situation vor der Ambulanz für alle Beteiligten zu einem reinen Chaos macht.

Außerdem arbeiten die Behörden nur schleppend und sind unvorstellbar korrupt, was viele Dinge nicht gerade erleichtert. Und immer wieder stehen wir vor der Herausforderung, dass es keinen Strom und kein fließendes Wasser gibt. Bei all diesen Problemen, mit denen wir in der DR Kongo konfrontiert werden, gilt es, trotz der Hitze einen kühlen Kopf zu bewahren und die Angelegenheiten Schritt für Schritt anzugehen. Um die Stromversorgung sicherzustellen, wurde eine Photovoltaikanlage auf dem Dach der Kinderambulanz installiert. Eine weitere Photovoltaikanlage ist in Planung. Wir unterstützen das Klinikum bei der Renovierung der Kinderstation, der OP-Säle und der Sanitäreinrichtungen, sodass die Grundvoraussetzung für eine bessere medizinische Versorgung gegeben ist. Ein wichtiger Punkt ist auch die Ausbildung der Ärzte vor Ort. Während unserer Einsätze finden unter anderem Schulungen und Leheroperationen statt, bei denen die einheimischen Ärzte zusehen und ggf. Fragen stellen können. Es gibt noch viel zu tun, aber wir schreiten mit kleinen Schritten voran.

Aus den anderen Projekten gibt es Positives zu berichten. Die Photovoltaikanlage und alle weiteren Elektroinstallationen, die Anfang des Jahres in Gabú, Guinea-Bissau installiert wurden, funktionieren reibungslos. Dies erleichtert die Arbeit für alle Beteiligten vor Ort ungemein.

Der Spendenaufruf im Frühjahr dieses Jahres für unser „Food Basket Project“ im Jemen war sehr erfolgreich, sodass dadurch eine beachtliche Anzahl an Lebensmittelkörben finanziert werden konnte und viele Familien mit Kindern die so dringend benötigte Verpflegung bekamen. Das wäre ohne Ihre Spenden nicht möglich gewesen. An dieser Stelle einen herzlichen Dank!

Auch der letzte Einsatz in Hebron im Westjordanland verlief erfolgreich. Unser Team für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und plastische Chirurgie, welches sich auf die Behandlung von Verbrennungen und Verbrühungen fokussiert, berichtete von einer reibungslosen Zusammenarbeit mit den Ärzten, Krankenschwestern und Pflägern vor Ort. Auch hier wird wieder einmal deutlich wie wichtig die „Hilfe zur Selbsthilfe“ in den Projektländern ist. Die Arbeit des Hammer Forum erfolgt in großen Teams, Hand in Hand mit den einheimischen Kräften, unseren Unterstützern, den ehrenamtlichen Einsatzteams, den Projektleitern vor Ort, den Freunden und Förderern des Hammer Forums, den Mitarbeitern im Büro, den Gastfamilien, den Helfern und natürlich den Spendern. Würde nur ein Glied dieses Teams fehlen, könnte unsere Arbeit nicht in dem Maße stattfinden, wie wir es uns vorstellen und wie es notleidende Kinder verdienen.

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**



Ihr Dr. Emmanouilidis





# DER PROJEKTAUFBAU IN GUINEA-BISSAU

Guinea-Bissau  
Einsatzbericht von Dr. Emmanouilidis  
(vom 07.04. – 20.04.2019)

Beim Hinflug unausgeschlafen erreichten wir nach 24 Stunden unser Ziel Gabú/Guinea Bissao. Wir wurden mit zwei Autos abgeholt und sind dann nach Gabú gefahren – und zwar gleich zum Hospital.



Dort warteten über 36 Kinder auf uns. An diesem ersten Tag konnte ich alle 36 Kinder untersuchen. Mehr als 26 Kinder habe ich auf den Op-Plan aufgenommen. Die anderen aus dem Team haben den Op-Raum vorbereitet, die Instrumente sortiert, die Narkosegeräte und Monitore überprüft und für die Operationen vorbereitet. Die Instrumente und Abdecktücher mussten noch sterilisiert werden. Dafür müssen wir dem Hospital ca. 15 Liter Kraftstoff für den Generator zur Verfügung stellen. Die Elektroinstallationen, die das Team aus Meiningen im Februar installiert hat, arbeiten perfekt. Am Dienstag konnten wir mit den Operationen beginnen. Zwischen den Ops untersuchte ich Kinder.

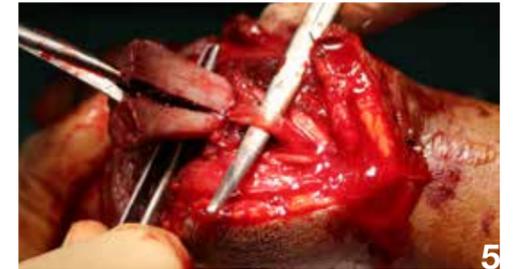
Unsere Ambulanzeinheit mit dem Op-Raum und den übrigen kleinen Räumen ist zwar klein, aber funktional fast perfekt, weil die Wege zu allen Räumen kurz sind. In 9 Tagen konnte ich 277 Kinder untersuchen und 57 operieren. Das war nur deshalb möglich, weil das gesamte Team durch gute Organisation der Abläufe, gute Abstimmung und ohne Zeitverlust das Tagespensum erreichte. Bei vielen Operationen überließ ich den Wundverschluss, Verband und das Vorbereiten des darauf folgenden Patienten Frau Dr. Tsolakidou. Die Anästhesie sorgte für sehr kurze Wechselzeiten und half überall, wo es nötig war. Op-Schwester Vivian, eine sehr erfahrene Schwester, hatte im Op-Saal alles im Griff, sie bereitete auch zwischen den Ops alles schnell vor, sterilisierte zwischendurch auch Instrumente, sodass die nächste Operation reibungslos starten konnte. Wir operierten alle vorgesehenen Kinder und untersuchten alle Kinder, die am Tag kamen, und erst danach verließen wir unsere Ambulanz.

Seit über zehn Jahre wurden in diesem Hospital keine chirurgischen Eingriffe durchgeführt. Im Hospital konnten wir an den ersten Tagen keinen Chirurgen treffen, weil keiner da ist. Deshalb suchten wir das Gespräch mit den Delegado (=Kreisarzt/direktor), um mit ihm diese Misere zu besprechen. Er gab uns zu verstehen, dass er nichts tun kann, und sagte, „seit über einem Jahr kommt der Hospitaldirektor nicht zur Arbeit und einige Ärzte kommen gar nicht zum Hospital“. Die Stationen sind wie auch sonst fast leer. Auf der chirurgischen Station liegen zwei Patienten. Auf der Kinderstation nur vier Kinder. In diesem Hospital werden Studenten ausgebildet – aber wie? Nicht mal Ärzte sind im Hospital – es sind nur zwei bis drei, und die sind überfordert.

## KLINISCHE FÄLLE

1. Bei dem 15 Monate alten Kind hatte im Dorf eine traditionelle Vorhaut-Beschneidung stattgefunden. Nach einigen Monaten waren die Schnittflächen verklebt und das Kind konnte kein Wasser lassen. Die letzten Tage soll das Kind immer wieder geweint haben. Die Ultraschall-Untersuchung der Blase zeigte eine kleine Blase mit sehr stark verdickter Blasenwand und Verdacht auf ein größeres Konkrement. Gleichzeitig bestand Hydro-nephrose (Urin-stau im Nierenhohl-system) beider-seits. Nachdem wir die Vorhaut von der Schleimhaut gelöst hatten (s. Fotos) konnten wir auch die Schleimhaut von der Glans Penis frei präparieren, sie war stark entzündlich verdickt. Es erfolgte die normale Zirkum-cision. Wegen des sonografischen Befundes haben wir gleichzeitig die Blase eröffnet und aus der Blasenwand Biopsie zur histologischen Untersuchung durchgeführt. Nach 5 Tagen haben wir den Blasen-katheter entfernt und das Kind entlassen (Fotos 1–4).

2. Ein 14-jähriger Junge war vom Cashewbaum gefallen und hatte sich dabei eine offene komplizierte Handgelenksfraktur, Oberschenkel-fraktur und multiple Hämatome zugezogen. Vier Tage später konnte ich auch den Oberschenkel mit einer 7-Lochplatte (Foto 9) mit viel Improvisation versorgen. Uns standen keine Repositions- und Halte-zangen zur Verfügung. →



- 1: Erst die Haut frei Präpariert
- 2: Stark entzündete Schleimhaut
- 3: Nach der Zirkumcision
- 4: Kleine Blase mit stark verdickter Blasenwand und Verdacht auf Blasenstein
- 5: Die Sehne ließ sich nicht aus dem Spalt befreien, deshalb musste ich sie durchtrennen und nach der Reposition wieder zusammen nähen. Mit viel Glück gelang es mir, den Nerv aus dem Spalt zu befreien.
- 6: Den Radius nach gründlicher Reinigung reponiert. Die Wunde wurde adaptiert, und der Arm musste in einer Gips-schale ruhig gestellt werden.
- 7: Oberschenkel-fraktur
- 8: Radius fast perfekt reponiert, gelber Pfeil
- 9: Nach der Op



10

3. Seit fast zwei Jahren hat der 11-jährige Junge fistelnde Osteomyelitis an der Hüfte rechts, am Schienbeinknochen proximal rechts und am Schienbeinknochen distal links, gelbe Pfeile. Das Hüftgelenk rechts ist durch die Osteomyelitis ganz aufgelöst und das führte zur Dislokation im Gelenk. Der Junge war inzwischen sehr abgemagert, apathisch, sprach überhaupt nicht, konnte ohne Gehstock nicht mal laufen. Die Sequester konnte/musste ich entfernen.



14



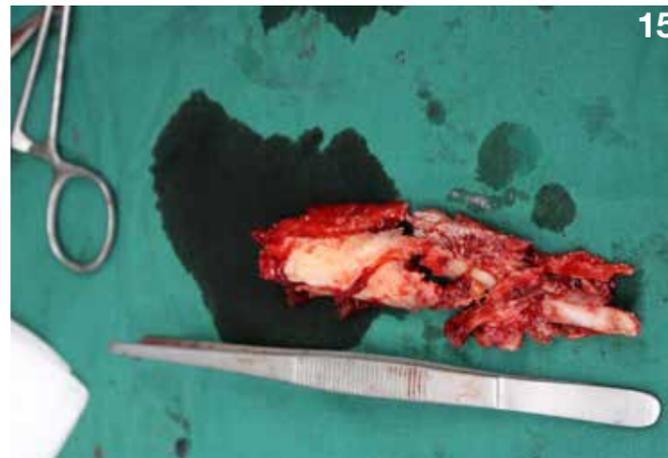
6

11



12

4. Bei dem 8-jährigen Mädchen führte ich letztes Jahr eine Hauttransplantation (Foto 11) in der rechten Hand II-III Finger durch. Diesmal war die linke Hand dran (Foto 13).



15

- 10: Schwester Vivian hat gleich am ersten Tag die chaotisch gelagerten Instrumente sortiert und für den Steri verpackt.
- 11: Linke Hand
- 12: fistelnde Osteomyelitis an der Hüfte rechts
- 13: Rechte Hand, OP im letzten Jahr
- 14: Röntgenbild
- 15: Der entfernte Sequester
- 16: Zwischen den Ops untersuchen



13



16



## ZUSAMMENFASSUNG

Das Team nach der Landung, um ca. 6 Uhr im Flughafen in Bissau. Von rechts: Dr. Beyen (Anästhesistin), Dr. Emmanouilidis (Chirurg), Schwester Vivian (OP-Schwester), Dr. Tsolakidou (Kinderchirurgie), Schwester Kerstin (Anästhesie), Herr Strauss (Medizintechniker) und Schwester Angelika Schweimnitz (Projektleiterin).

**Durch das Radio haben viele Menschen erfahren, dass das HFO da ist. Aus dem ganzen Land kamen die Kinder zu uns. Vor allem mit vielen komplizierten Krankheitsbildern. Ich sollte einen Vortrag über die Erstbehandlung von Verbrennungsopferten und nach Unfällen für das Hospitalpersonal halten. Ein entsprechender Raum mit Beamer befand sich neben dem Hospital im Gebäude des Kreismedizinaldirektors, der im Übrigen auch der Oberste Chef des Hospitals ist.**

Frau Schweimnitz ging hin und fragte, ob uns an einem Nachmittag der Raum für 1–2 Stunden zur Verfügung stünde. Der zuständige Angestellte sagte uns, der Raum koste 45.000 CFA Miete plus 20 Liter Diesel d.h. 65.000 CFA=100€. Daraufhin haben wir den Vortrag abgesagt.

Das war das erste Mal, dass ein Hammer Forum Operations-Team nach Gabú fuhr. Ich hatte unserem Team gesagt, dass wir wahrscheinlich an den ersten Tagen den Materialbestand sichten, alle Geräte auf Funktion

überprüfen, aufräumen, sortieren, die Instrumente sterilisieren, vorbereiten müssten, und in etwa 2–3 Tagen würden wir erst mit den Operationen beginnen. Wenn wir in der Zeit etwa 50 Kinder untersuchen und ca. 10–20 operieren, hätte sich dieser Einsatz gelohnt. Wir haben aber 277 Kinder untersucht und 57 operiert. Es war ein voller Erfolg.

Ein einheimischer Kollege (Pädiater) begleitete uns jeden Tag. Zwei einheimische Personen, eine Schwester und ein Krankenpfleger waren die ganze Zeit mit und bei uns. Hier möchte ich die Reinigungsfrau Frau Nene für die Ambulanz und Op-Saal nicht unerwähnt lassen, sie hat die ganze Zeit dafür gesorgt, dass nicht nur die Ambulanz, sondern auch der Op-Saal tipp-topp waren, und sie kam immer als Erste und verließ die Ambulanz als Letzte. Wir danken ihr dafür.

Dass wir so viel geschafft haben, ist auch der Verdienst der perfekten Organisation unserer Projektleiterin. Auch der Praktikant Frieder Wagner half überall, wo er gebraucht wurde. Danke, Frieder, für dein Engagement. ■



# MANCHMAL IST IMPROVISATIONSTALENT GEFRAGT

Bericht Guinea-Bissau von  
Schwester Klaudia Nussbaumer und  
Dr. Emmanouilidis (vom 01.10. – 16.10.2019)

**Meine zweite Premiere in diesem Jahr mit dem HFO: Nach dem Kongo lernte ich nun das Projekt in Guinea-Bissau kennen, das erst seit ca. zwei Jahren besteht. Ich war angenehm überrascht. Vielleicht liegt es daran, dass alles von Beginn an gut überlegt organisiert worden war. Meine OP-Kollegin, die den letzten Einsatz dorthin begleitet hatte, tat ein Übriges dazu, um den positiven Eindruck zu verstärken. Jedenfalls bekam ich schnell einen Überblick über die vorhandenen chirurgischen Instrumente und anderen Verbrauchsmaterialien.**

Wie in mir bekannten anderen Einsatzgebieten, konnte ich leider nicht mit der Unterstützung des einheimischen Personals rechnen. In der ambulanten Versorgung half eine einheimische Krankenschwester, die besonders auch für die Übersetzung des Portugiesischen in die vielfältigen Dialekte gebraucht wurde. Warum niemand den Weg zu uns in den OP fand, erschloss sich nicht sofort für mich. Nur eine Praktikantin, Melissa, erschien zu fast jeder Operation und schaute sich alles genau an. So fiel leider die Weiterbildung von einheimischem Pflegepersonal in Vor- und Nachbereitung der Eingriffe aus. Ich hatte reichlich zu tun mit der Reinigung und Sterilisierung des benötigten Materials, da weder der große Haupt-Autoklav im Krankenhaus noch unser neuer mitgebrachter funktionierten. Es gab unerwartete technische Schwierigkeiten. So musste ich die kompletten Instrumente in einem wahrhaftig kleinen Trocken-Sterilisator bearbeiten. Für manch eine der großen Osteotomien waren so vier bis fünf Sterilisationsvorgänge nötig, was viel Zeit beanspruchte. Außerdem brauchte Dr. Emmanouilidis bei jeder OP meine Assistenten, da der einheimische Kollege trotz

Versprechens nicht erschien. Das stellte mich schon vor große Herausforderungen. Aber mit Hilfe des hervorragenden Anästhesieteams ließ sich manche „Hürde“ überwinden und trotz der Arbeitsbelastung blieb der Humor erhalten. Mir fielen die vielen deformierten Extremitäten der Kinder auf. So viele hatte ich in anderen Einsatzgebieten noch nicht gesehen. Die Vermutung, dass es sich hier um Auswirkungen extremer Mangelernährung handelt, bewahrheitete sich schnell. Säuglinge bekamen viel zu spät Beikost und sahen mit etwa einem Lebensjahr aus wie bei uns halbjährige Babys. Auch bei dem Besuch einiger Dörfer (Foto 1) außerhalb von Gabú präsentierte sich uns das gleiche Bild. Mit dem vielen Regen schien uns das Land fruchtbar zu sein. Warum gab es auch bei dem Blick auf die örtlichen Märkte so wenig Obst und Gemüse? Was angeboten wurde, sah erbärmlich aus. War das die Folge von zu wenig Bildung im Umgang mit Landwirtschaft und Anbau? Hat die Bevölkerung zu geringe Kenntnisse?

Der Staat steht offensichtlich vor gigantischen Problemen. Da aber in den letzten Jahren die Regierungen viel zu oft gewechselt haben, ist man mehr mit Wahlkampf und eigener Profilierung beschäftigt, als mit dem Wohl des guinensischen Volkes. Im Ministerium wurde uns die Zahl von 340 ausgetauschten Ministern in acht Jahren genannt. So kann natürlich kein Projekt beendet werden. Die Korruption beherrscht außerdem viele Bereiche der Behörden. Ähnlich dem Kongo präsentierte sich die Bevölkerung initiativlos und lethargisch, aber weitaus freundlicher. So gingen wir nie durch die Straßen, ohne, je nach Tageszeit, von überall ein fröhliches „Bom dia“ oder „Boa tarde“ zu hören, nicht selten begleitet von der dargebotenen Hand

zur Begrüßung. Aus vielerlei Gründen gefiel mir der Einsatz ausgesprochen gut, nicht zuletzt auch dank der hervorragenden Vorbereitung durch die Projektleiterin vor Ort, Frau Angelika Schweimnitz. Das Team verstand sich bestens und konnte sehr produktiv miteinander arbeiten. Guinea-Bissaus Kinder brauchen aber noch lange die Hilfe des Hammer Forums. Wenn man dieses Elend sieht, möchte man ununterbrochen operieren und die kranken Kinder versorgen. Ich käme gern an den Einsatzort zurück, um meine Erfahrung für die Not der Kinder in Guinea-Bissau einzusetzen.

## AUS CHIRURGISCHER SICHT

Am 02.10. kamen wir gegen Mittag in Gabú an. Sofort begannen wir mit der Untersuchung der Kinder (Foto 2). Unsere Ankunft hatte sich durch das Radio, Mund-zu-Mund-Propaganda und durch eine Informationsreise der Projektleiterin vor Ort in den Dörfern verbreitet. Deshalb kamen viele Kinder aus dem ganzen Land zu uns. Diesmal habe ich über 40 erkrankte Kinder mit durch Vit.-D-Mangel verursachter Rachitis untersucht. Fast alle diese Kinder haben gebogene Beine (siehe unten). So viele auf einmal habe ich in all den Einsätzen nie gesehen. Deshalb haben wir gleich auch mit der Aufklärung der Eltern über Ernährung angefangen und alle Kinder mit Vit. D versorgt. Wir vereinbarten einen Termin mit der Gesundheitsministerin. Da sie noch in

einer Sitzung war, kam ein Stellvertreter zu uns, ein Kinderarzt. Wir besprachen die ganze Problematik mit ihm. Anscheinend waren ihm diese Probleme, insbesondere die mit Vit.-D-Mangel, bekannt. Der Staat liegt am Boden und kann seine Bürger weder medizinisch versorgen, noch hat er die Möglichkeit, eine Aufklärungskampagne durchzuführen. Limitierend wirkt nicht nur die Armut der Bevölkerung, sondern vor allem der hohe Analphabetismus-Grad, vor allem der Landbevölkerung. Offiziell sollen über 40 % Analphabeten sein, inoffiziell sind es sicher noch mehr. Außerdem sprachen wir über die katastrophale Situation des Hospitals in Gabú, dass dort das gesamte Personal seit einem Jahr kein Gehalt bekommen hat und deshalb nicht willig ist zu arbeiten. Alle versuchen irgendwie im und außerhalb des Hospitals Geld zu verdienen, um ihre Familien zu ernähren. Das war der Grund, weshalb der ärztliche Direktor und ein Stationsarzt je nur einmal bei uns im Operationssaal waren.

In der Zeit regnet es ständig, Malaria Erkrankungen hatten hohe Konjunktur. Deshalb war diesmal die Kinderstation voll – ausschließlich mit Malaria-Erkrankungen. Die chirurgische Station ist leer, dort lag nur ein Kind mit Verbrennung II-III Grades, ca. 40 % der Körperoberfläche verbrannt. Die Behandlung des Kindes übernahmen die Eltern. Täglich wurde das Kind draußen von den Eltern geduscht. →



1: wartende Patienten mit ihren Eltern  
2: Untersuchung eines Kindes durch Dr. Emmanouilidis  
3+4: Patienten mit X- und O-Beinen aufgrund von Vitamin-D-Mangel



**KLINISCHE FÄLLE**

**Wir konnten alle geplanten Operationen durchführen, weil das gesamte Team dort half wo es nötig war.**

Bei diesem 12-jährigen Mädchen mussten wir eine Osteotomie durchführen.



Das 20 Monate alte Kind erlitt als Säugling mit 8 Monaten eine Verbrennung der linken Hand. Solche Verbrennungen an der Hand im Säuglingsalter entstanden, sind überaus selten. Ich untersuchte und operierte 9 kleine Kinder. Alle Kinder hatten sich an Kohlefeuer verbrannt.



Am ersten Tag machten wir Visite auf der orthopädischen Station des Uni-Hospitals in Bissao. Dort lag seit Monaten dieser 5-Jahre alte Junge mit fistelnden chronischen Entzündungen des Oberschenkelknochens beiderseits, ohne operiert worden zu sein (gelber Pfeil). Die Eltern brachten ihn zu uns nach Gabú. Wir operierten den Jungen und entfernten von seinen Oberschenkeln die abgestorbenen Knochenstücke (Sequester).

- 1+2: vor und nach der Operation  
(Bei diesem 12-jährigen Mädchen mussten wir eine Osteotomie durchführen)
- 3+4: Eitrigende Wunde an der Ellenbogenspitze
- 5: 7 Tage nach der Operation (gelber Pfeil)
- 6: Hand vor der Operation nennen
- 7: Röntgenbild Squester (gelber Pfeil)
- 8: entfernte Squester

Der 6-Monate alte Säugling wurde zu uns mit einer großflächigen eitrigten Wunde an der Ellenbogenspitze links gebracht. Angeblich war die Wunde gleich nach der Geburt entstanden. Seither eitert sie. Am Wundgrund konnte man die Ellbogenspitze sehen. In Kurznarkose wollte ich die Wunde reinigen. Zu unsere Überraschung kam die gesamte Ulna = Elle, als Sequester (abgestorbener Knochen) heraus. Das gesamte Bett der Ulna war voller Eiter. Auch nach der Operation konnten wir nicht erfahren, wie die Wunde bzw. diese massive Knochenentzündung entstanden ist.



**ZUSAMMENFASSUNG**

Das Team (von re.) Medizintechniker Herr Strauss, Dr. Emmanouilidis, Chirurg, Frau Nene, Schwester Janka (Anästhesie-Schwester), Schwester Klaudia (OP-Schwester), Dr. Beyen (Anästhesistin), Schwester Genabu und Schwester Angelika Schweinnitz (Projektleiterin vor Ort).



**Unsere Photovoltaikanlage und alle Elektroinstallationen, die das Team aus Meinigen Anfang des Jahres fertig gestellt hatte, funktionierten weiterhin perfekt. Ebenso unser Generator, der nur während den Operationen lief. In 10 Tagen konnte ich 243 Kinder untersuchen und 46 operieren.**

Der mitgebrachte neu gekaufte Autoclav funktionierte leider nicht, weil der Druck in den Wasserleitungen zu niedrig war. Unser Medizintechniker war deshalb ziemlich frustriert und brauchte von uns einige Trostworte. So musste auch diesmal viel improvisiert werden. Dank der großen Erfahrung von OP-Schwester Klaudia, der perfekten Organisation in allen Belangen von Angelika und der Mithilfe des gesamten Teams, konnten wir alle geplanten Operationen durchführen.

Wieder möchte ich Frau Nene, unsere Reinigungsfrau, lobend erwähnen, ohne ihr Engagement hätten wir das alles nicht geschafft – sie kam als Erste an und verließ die Ambulanz als Letzte. Einen Dank richte ich auch an Schwester Genabu für ihre Mithilfe beim Übersetzen, Verbandwechsel und überall, wo sie gebraucht wurde. ■

# STÄNDIGE FORT- UND WEITERBILDUNG DES EINHEIMISCHEN PERSONALS VON GROSSER BEDEUTUNG

📍 Hebron

Einsatzbericht Hebron von Dr. Dr. Walid Ayad  
(vom 13.09. – 20.09.2019)

Am 13.09.2019 reiste unser Einsatzteam, bestehend aus Dr. Santosh Dias (Anästhesie), Dr. Dr. Ibrahim Moussa (MKG- und Plastische Gesichtschirurgie), Dr. Dr. Walid Ayad (MKG- und plastische Gesichtschirurgie) und Inas Ayad (Zahnmedizinstudentin im letzten Ausbildungsjahr) nach Tel Aviv. Der Flug dauerte circa vier Stunden.

Bei der Einreise am Flughafen in Tel Aviv haben wir ca. 2,5 Stunden warten müssen, da Dr. Dr. Moussa und Inas Ayad von den Grenzbeamten sich einige Fragen stellen lassen mussten. Hinzu wurde das Gepäck kontrolliert, was dazu geführt hat, dass wir erst gegen 18:00 Uhr den Flughafen verlassen konnten. Eine Begründung dafür gab es nicht. Der Fahrer unserer Kooperationspartner Palestine Children Relief Fund (PCRF) hat uns dann in Empfang genommen. Wir sind dann direkt weiter Richtung Hebron losgefahren. Wir kamen dort um 19:30 Uhr an und wurden in einem Hotel untergebracht. Am nächsten Morgen gegen 08:00 Uhr wurden wir von dem lokalen Fahrer der PCRF abgeholt und zum Governement Hospital Aalia gebracht. Dort wurden wir von den einheimischen Kollegen empfangen und konnten mit der Untersuchung der Kinder anfangen. Die Patienten mit ihren Eltern bzw. Angehörigen warteten schon auf uns. 91 Kinder wurden von uns bis in die frühen Abendstunden untersucht.

Da die Kinder bereits von den einheimischen Kollegen in Kooperation mit den Mitarbeiterinnen des PCRF ausgesucht, untersucht und vorbereitet waren, ließ sich das Screening zügig durchführen. Die OP-Pläne wurden dann für die ganze Woche erstellt. Am Sonntag 14.01.2018 konnten wir mit Verzögerung die ersten Patienten operieren. Zwischen den verschiedenen Operationen wurden uns immer wieder weitere Fälle vorgestellt. Täglich machten wir mit den einheimischen Kollegen gegen 08:00 Uhr morgens und bei Verlassen des Krankenhauses – meistens abends – Visiten. Dabei wurden ggf. Verbandswechsel, Entfernungen von Drainagen oder Spülungen durchgeführt.

Nach dem ersten Screening-Tag konnten wir an den darauffolgenden fünf Operationstagen 38 komplexe Operationen durchführen. Hier haben wir immer versucht gemeinsam mit den einheimischen Kolleginnen und Kollegen zu operieren, um ihnen neue Standards, Ideen und OP-Techniken im Sinne einer Fortbildung zu vermitteln.

Am letzten Tag (Donnerstag 19.09.2019) wurden wir nach unserer letzten Operation vom Generaldirektor des Krankenhauses geehrt. Er hat sich bei uns für die Hilfe und Unterstützung bedankt und gebeten wiederzukommen. Speziell hat er auch nach den Möglichkeiten einer 3 – 6 monatigen Hospitation für sein Team gefragt und ob das Hammer Forum dabei unterstützen kann. Am gleichen Abend und kurz vor unserer Abreise Richtung Jerusalem wurden wir von der Zahnärztkammer – Zweigstelle Hebron – noch einmal geehrt. →



1: Das Team: Dr. Dr. Ibrahim Moussa, Dr. Santosh Dias, Dr. Dr. Walid Ayad, Cand. med. dent. Inas Ayad (von rechts)

2: Wartende Kinder mit ihren Angehörigen

3: Dr. Dr. Moussa während einer OP mit zwei einheimischen Kollegen

# EIN KURZER EINSATZ IM LIBANON

📍 Libanon

Evaluierungsreise vom 18.6 bis 22.6.19  
von Dr. Emmanouilidis

Nach dem Aprileinsatz 2018 hatten wir im Hammer Forum geplant, noch einen Evaluierungseinsatz in dem Libanon durchzuführen. Dieser sollte in Zusammenarbeit mit den PCRF stattfinden. Das funktionierte aber nicht. Herr Dr. Ayad nahm mit der „Palestine Red Crescent Society“ Kontakt auf. Die Vorbereitungszeit war wegen des Ramadans ziemlich lang, bis wir die Einladung bekamen. So flogen wir, Dr. Nahid Al-Falahi und ich, in den Libanon. Wie geplant, wurden wir abgeholt und gleich nach Tripoli gebracht.

Am nächsten Tag führten wir mit dem Direktor, dem Personalchef und anderen Kollegen das erste Gespräch. Auch diesmal wurde uns bestätigt, dass die Behandlung im Safad Hospital kostenlos sei. Wir untersuchten insgesamt 33 Kinder und operierten 4 Kinder. Es waren über 90 % syrische Kinder. Wir haben ein Kind nach dem Röntgen seines Oberarmes zur Metallentfernung für den Orthopäden vorgesehen, weil wir der Meinung waren, dass das Kind von ihm operiert wurde und er könnte auch die Metallentfernung durchführen. Am Ende der Untersuchungen baten wir den Orthopäden, sich das Kind und die Röntgenbilder anzuschauen und es auf seinen Op-Plan aufzuschreiben.

Erst klärte er uns ziemlich aufgeregt in arabischer Sprache auf, dass das Kind nicht von ihm operiert worden sei, sondern von einer englischer NGO und er wurde dann noch lauter, reagierte ziemlich unprofessionell und unkontrolliert und sagte, der Vater hätte damals auch gewartet, bis die NGO da sei, damit sie das Kind kostenlos operierten. Das ginge so nicht und, „wie kommt dieses Kind zu Ihnen? Das Kind muss von Orthopäden untersucht werden.“ Das sei ein syrisches Kind, und

die Syrer und andere Nationen müssten zahlen. Nach dieser kleinen Episode mit dem Orthopäden, erfuhren wir jetzt erst, dass außer den Palästinensern alle anderen Nationalitäten zahlen müssen, um im Hospital behandelt zu werden. Ich / wir waren überrascht, weil ich 2018 von dem Hospital die Info hatte und uns jetzt erneut am Anfang auf Nachfrage bestätigt wurde, dass im Hospital die Behandlungen kostenlos seien. Deshalb waren wir im Glauben, dass alle Patienten und nicht nur die Palästinenser kostenlos behandelt würden.

Nach erneuter Nachfrage beim Direktor wurde diese Vorgehensweise bestätigt. Weiter sagte er uns, dass, wenn Palästinenser-Kinder eine spezielle Behandlung benötigen, sie zu den Libanesischen Hospitälern verlegt werden. Die Kosten dafür übernimmt die UNRWA (United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East). Alle anderen Nationalitäten müssen selbst zahlen. Er sagte uns weiter, mit Ausnahme von einigen Missbildungen können die Kinder hier im Libanon behandelt werden. Außerdem kommt seit Jahren eine englische NGO hierher, sie war vor ca. 2 ½ Monate hier und in 2 Monaten kommt sie wieder, um Missbildungen wie Lippen-Gaumenspalten und andere im Gesicht zu operieren. Auf meine Frage, ob Missbildungen wie Rectovaginale Fistel (Fistel zwischen dem Enddarm und der Vagina) oder Anus imperforatus (Fehlbildung des Enddarmes) vorkommen, antwortete er auch als Kinderarzt, in den letzten 10–15 Jahren könnte er sich nur an 2–3 Fälle erinnern. Somit war für uns klar, dass das Hammer Forum und auch andere NGOs nicht benötigt werden. Dies wurde vom Direktor erneut bestätigt, und er fügte zum Schluss hinzu, wir sollten im Kontakt bleiben. So beschlossen wir, unsere Evaluationsreise früher zu beenden und flogen am 22.6. zurück. ■



## ZUSAMMENFASSUNG

Nach der Ehrung durch den Generaldirektor Dr. Zalloum des Krankenhauses

Während des Einsatzes wurden **112 Patienten untersucht und 38 von ihnen operiert**. Zu den behandelten Krankheitsbildern zählten Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Missbildungen (hauptsächlich) am Ohr, ausgedehnte Infektionen, Verbrennungen, Frakturen, Dysgnathien (Fehlentwicklung der Zähne, der Kiefer und/oder des Kausystems) und diverse Unfälle.

Die Zusammenarbeit mit den Kollegen, Krankenschwestern und Pflegern vor Ort war nach einer kurzen Anlaufzeit gut. Man muss hier erwähnen, dass in dem Krankenhaus keine Abteilung für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie existiert und die plastische und Verbrennungsabteilung sehr jung und unerfahren ist. Für die Behandlung unserer Patienten mit den verschiedensten komplizierten Krankheitsbildern und Syndromen, ist jedoch die ständige Fort- und Weiterbildung und der Erfahrungsaustausch essentiell wichtig. Gerade dieser fehlt den Kolleginnen

und Kollegen dort. Hier spielen die sehr schwierige politische Lage und die desolante wirtschaftliche Situation eine starke Rolle. Das gesamte Personal bekommt seit einem halben Jahr nur die Hälfte des monatlichen Gehaltes. Dass dieser Einsatz in Hebron möglich war, verdanken wir der PCRf und ihren dortigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Sie haben sich um Transport, Organisation und auch um unser tägliches Wohl gekümmert. Trotz der gespannten Situation im Nahen Osten und speziell in Israel/Palästina war die Lage in Hebron sehr ruhig. Wir fühlten uns sicher und hatten zu keinem Zeitpunkt irgendwelche Vorkommnisse, die uns beunruhigt hätten.

Abschließend möchte ich mich bei allen Beteiligten für ihre Einsatzbereitschaft und für die harte Arbeit bedanken. Mein Dank gilt ganz besonders dem einheimischen Personal, welches mit uns durchgehalten hat und sicherlich einige Überstunden geleistet hat. ■

- 4: *Verbandswechsel nach einer Lippenpalt-Operation (Dr. Dr. W. Ayad)*
- 5: *Dr. Santosh Dias bei der Vorbereitung für eine fiberoptische Intubation bei einem Kind mit verbrennungsbedingten Mundöffnungsbehinderung*
- 6: *Dr. Santosh bei der Ehrung durch den Präsident der Zahnärztekammer / Zweigstelle Hebron Dr. Adnan Amr*
- 7: *Patientin mit z. n. neun Operationen im Januar 2019 durch Dr. Dr. Moussa. Diesmal wurde eine weitere Exzision und Dermabrasio von Dr. Dr. Ayad durchgeführt.*
- 8: *Patientin mit erleichterter Mutter nach der operativen Versorgung der Lippenpalte (Dr. Dr. I. Moussa und Inas Ayad)*



# DAS FLÜCHTLINGSLAGER LOUTRA VOLVIS IN GRIECHENLAND

Griechenland  
Ein Report von Dr. Mantios

Seit Juli 2018 bis heute unterstützt das Hammer Forum den erschütternden Kampf um die Versorgung schwacher Flüchtlingsgruppen im Norden Griechenlands. In Kooperation mit den zuständigen Staatsbehörden (National Agency for Public Health – KEELPNO) wird die medizinische Grundversorgung, sowie die pharmazeutische Abdeckung sichergestellt.

Seit dem 6. November 2018 ist das Hammer Forum im offenen Flüchtlingslager in Loutra Volvis, Nea Apollonia, aktiv. Dies ist eine Siedlung See Volvi 48 Km östlich von Thessaloniki, die dazu vermietet wird, die steigende Anzahl der Flüchtlinge auf den Inseln (Lesvos, Chios, Leros) und Neuankömmlinge an der türkischen Grenze auf das Festland umzusiedeln. Wir betreuen im Durchschnitt 1.100 Menschen. Diese Zahl ändert sich aber mit der Zeit. Die Bevölkerung des Lagers setzt sich aus 60 % Afghanen, 30 % Araber (Syrier und Iraker) und 10 % Subsahara-Afrikanern (Kongolesen, Kameruner, Somalier) und Kurden zusammen.

Etwa 85 % dieser Bevölkerung wurde von Aufnahmeeinrichtungen für Migranten auf die Inseln der Ägäis umgesiedelt, und der Großteil wurde von den medizinischen Behörden als medizinisch gefährdet eingestuft. Dies bedeutet eine erhöhte Verantwortung und Arbeitsbelastung für Gesundheitsdienstleister, einschließlich des Hammer Forums. Schwangerschaften, Neugeborene, minderjährige Kinder, ältere Menschen, behinderte Menschen, chronisch Kranke, Opfer von Misshandlungen und Folter machen einen sehr großen Teil derer aus, die wir betreuen und wir sind täglich aufgefordert, der schwierigen Aufgabe gerecht zu werden, so viel medizinische Versorgung bereitzustellen, wie nur möglich und für die Überweisung von Patienten an die spezialisierten Gesundheitszentren zu sorgen, wenn ihr Zustand dies erfordert.



Aus medizinischer Sicht wurden wir in diesen Monaten mit einer Vielzahl von pathologischen Zuständen konfrontiert. Einige Beispiele sind nachfolgend aufgeführt:

Die gebürtige Somalierin Frau Maryan litt viele Monate unter dem Verdacht einer zervikalen Läsion (Verletzung der Halswirbelsäule) auf der linken Seite. Die Untersuchung ergab eine harte und schmerzhaft palpation mit einem Durchmesser von 5 cm. Die Patientin wurde anfangs mit Breitband-Antibiotika behandelt, jedoch ohne die erwarteten therapeutischen Wirkungen. Nach sorgfältiger Anamnese hielt es der Arzt unseres Teams, George Mantios, für notwendig, Material aus dem Bereich zu gewinnen und bakteriologisch und histologisch untersuchen zu lassen. Als sich herausstellte, dass die mikrobielle Kultur für gewöhnliche Mikroben negativ war, kam der Gedanke einer möglichen Tuberkulose auf und die Patientin unterzog sich einem Mantoux-Test (Tbc-Test), welcher stark positiv ausfiel (25mm). Die Diagnose wurde durch histopathologische Untersuchung des Präparats bestätigt: extrapulmonale Tuberkulose. Die Patientin wurde mit Tuberkulostatika behandelt und erholt sich seitdem sehr gut.

Ali ist ein 17-jähriger Junge aus Syrien, der schon in seinen jungen Jahren mit vielen Schwierigkeiten zu kämpfen hatte. Als ehemaliger Athlet war er nach einer Schusswunde im Bauch gelähmt und hat sich bei Auseinandersetzungen in Nordsyrien die Wirbelsäule durchbohrt. Seitdem ist er auf den Rollstuhl angewiesen und besitzt einen permanenten Harnkatheter. Trotzdem verliert er nicht den Mut und ist ein freundlicher und intelligenter junger Mann. Er besucht wöchentlich unsere Klinik, um den Harnkatheter auszutauschen. Zusätzlich leidet Ali aufgrund einer Rückenmarksverletzung an einer neurologischen Erkrankung, die als spastische Anomalie bezeichnet wird und unbeabsichtigte Kontraktionen in seinen Beinen hervorruft, was sein tägliches Leben noch mehr erschwert. Nachdem eine Magnetresonanztomographie angefordert wurde und man sich vergewissert hat, dass kein Fremdkörper in seiner Wirbelsäule



zurückgeblieben war, wurde er neben einem speziellen Physiotherapieprogramm, das er bald erhalten wird, einer speziellen neurologischen Behandlung unterzogen.

Marwa ist ein kleines 8-jähriges Mädchen aus Syrien. Leidet sie an einer großen Hypermetropie an beiden Augen und kann deshalb nicht einmal richtig sehen. Die Brille, die sie besaß, ist während ihrer Reise aus Syrien kaputt gegangen, und im letzten Jahr hatte sich ihr Sehvermögen verschlechtert, sodass sie eine neue Brille brauchte. Das Hammer Forum fühlte sich verpflichtet, der kleinen Patientin schleunigst wieder eine Brille zur Verfügung zu stellen. Das Mädchen besuchte ein privates Augenzentrum und erhielt nach der Untersuchung eine Brille ihrer Wahl. Alle Kosten wurden vom Hammer Forum gedeckt und heute ist das Mädchen bereit wieder in die Schule zu gehen. Atemwegsinfektionen, Bronchiolitis bei Kleinkindern, Insekten- und Schlangenbisse (vor allem in den Sommermonaten), Wunden nach Unfällen und Schlägereien, Verbrennungsoffer, Krätze und virale Gastroenteritis sind zum größten Teil die Fälle, mit denen wir täglich konfrontiert werden. Häufige akute Fälle, bei denen ein sofortiger Transport mit dem Krankenwagen in die Notaufnahme erforderlich ist, sind Verdacht auf akute Blinddarmentzündung, wiederkehrende Beschwerden bei Herzkranzgefäßerkrankungen und neu diagnostizierten Diabetes. Im Rahmen der medizinischen Grundversorgung führt das Hammer Forum in Zusammenarbeit mit der Internationalen Organisation für Migration (IOM) Informationsveranstaltungen zur Gesundheitslehre durch. Bisher wurden drei pädagogische Workshops zu den Themen „Krätze“, „Sexuell übertragbare Geschlechtskrankheiten“ und „Gesundheitsrisiken in der Sommerperiode“ abgehalten. Ziel dieser Programme ist es, die Bevölkerung auf wichtige Gesundheitsprobleme aufmerksam zu machen, um pathologische Zustände, die Migranten sehr häufig auftauchen, zu verhindern, sie frühzeitig zu diagnostizieren und zu bekämpfen. Unsere Schulungen stoßen auf positive Resonanz in der Bevölkerung des Flüchtlingslagers. Unsere Konferenzräume sind stets gefüllt und uns wird ein großes Interesse und Lernbedürfnis entgegengebracht. ■

# GEBURTSHILFE IN ASMARA

📍 Eritrea, Asmara



von Dr. Beurer

**Das Orotta-Krankenhaus, als Zentralkrankenhaus, die größte Entbindungsklinik des Landes bekommt zunehmenden Konkurrenz durch das seit nunmehr einem Jahr gut geführten und sich ständig weiter entwickelnden städtischen Krankenhaus Adagahamus. In der geburtshilflichen Abteilung des Orotta-Krankenhauses werden zum aktuellen Zeitpunkt bis zu 9.000 Entbindungen im Jahr durchgeführt. Während einer normalen Tagschicht werden damit ca. 10 – 17 Kinder geboren.**

Unser geburtshilfliches Team traf auf ein komplett neues Team an Hebammen und Entbindungspflegern. Fast alle der bekannten Gesichter sind entweder versetzt oder geflohen. Durch diesen andauernden Wechsel an Personal gibt es wenig Zugehörigkeitsgefühl und Identifikation mit dem Arbeitsplatz. Vielen Dinge der Ausstattung und Ausrüstung werden daher nicht sehr pfleglich behandelt, und wenn etwas zu Schaden kommt, wird es häufig nicht repariert. Besonders erfreulich haben wir die Arbeit von dem leitenden Entbindungspfleger erlebt. Ein sehr engagierter Kollege der Freude an der Organisation und auch Weiterentwicklung der Abteilung hat. Vielleicht gelingt es ihm auch den Teamgeist seiner Kollegen zu einen. Kein einfaches Unterfangen da er mit erheblichen Widerständen von „oben“ zu kämpfen hat.

Unser zweiter Einsatzort, das Adagahamus-Krankenhaus zeigt sich hier mit einem festen Team von Hebammen, Ärzten und Pflegern. Es herrscht ein Zusammenhalt mit klar definierten Zielen: Senkung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Da wir dieses Jahr ein sehr breit aufgestelltes Team waren, entschlossen wir uns auf beide Standorte und innerhalb der Abteilung aufzuteilen. Pro Tag wurde eine ärztliche Kollegin oder ärztlicher Kollege der präpartalen Station zugeordnet, ein zweiter

befand sich im Kreißsaal und assistierte und entband Schwangere. Ein dritter, oder aber der Arzt des präpartalen Bereiches, führte mit den lokalen Kollegen und in Kooperation mit unserem pädiatrischen Team auf der Wochenbettstation eine postpartale Visite durch.

#### Durch die postpartale Visite konnten wir

- Mütter mit postpartalen Komplikationen erkennen und eine entsprechende Therapie einleiten (Revision Dammrisse, um einer Fistelbildung vorzubeugen, Nachblutungen frühzeitig erkennen und antizipieren, um einer Hysterektomie oder schlimmerem vorzubeugen u.a.)
- Deprimierte Kinder erkennen, Stillproblemen vorbeugen und Mütter mit Kinder einer Trinkschwäche beraten, Infektionen vor einer Entlassung des Kindes erkennen und eine entsprechende Therapie einleiten, Unterkühlung von Neugeborenen vermeiden und kranke Kinder, die einer weiteren Therapie bedurften, diagnostizieren und auf die Neonatologie zu verlegen.

Von Vorteil wäre hier für die Zukunft einen Untersuchungsplatz zu installieren, auf dem die Kinder mit Licht und unter einer Wärmelampe untersucht werden könnten, anstatt dem mütterlichen Bett. Im präpartalen Bereich führten wir mit dem lokalen Personal täglich eine Visite durch. Die Patientin wurde von gescreent, mögliche Komplikationen erkannt und das weitere Vorgehen interdisziplinär besprochen.

Nach der Visite begann die Ultraschallsprechstunde. Zwischen 8 – 12 Patientinnen per Sonographie untersucht, die unterschiedlichsten Diagnosen gestellt. Von zu kleinen und zu großen Kindern, Schwangerschaftsdiabetes, Mehrlingen, Lagekontrollen, Fehlbildungen, Doppler-Kontrollen bis zu IUFTs. Im Kreißsaal selbst war

immer ein Arzt sowie unsere Hebamme aktiv bei den werdenden Müttern. Durch unsere Anwesenheit und die kontinuierliche Betreuung wurden neue Geburtspositionen mit dem lokalen Personal ausprobiert und eine fortlaufende Überwachung der Kinder unter den Wehen erreicht. Dazu wurde das CTG aktiviert und mit großem Interesse angewendet. Die jungen Kollegen sogen alles Wissen in sich auf und freuten sich Neues unter unserer Anleitung auszuprobieren.

Bei den Geburten erfolgte die Anleitung der lokalen Ärzte und Hebammen. Eine kontinuierliche Herztonüberwachung wurde implementiert um die relativ hohe Zahl an kindlichen Asphyxien zu reduzieren. Auch führten wir unter Anleitung gemeinsam Vakuumextraktionen bei entsprechender Indikation durch. Nach der Geburt erfolgte die Erstversorgung der Kinder durch unseren Kinderarzt oder Kinderintensivpfleger. Es wurde zur Routine, dass die Kinder direkt postpartal untersucht werden und nicht wie sonst so häufig „beiseitegelegt“ werden, bis die Mutter sich um das Kind kümmern konnte. Deprimierte Kinder konnten so identifiziert und entweder stabilisiert, oder auf die Neonatologie verlegt werden. Für diese Tätigkeit wurde die Kinder-Reha-Einheit reaktiviert, welche leider in unserer Abwesenheit wohl weniger genutzt wurde.

Insgesamt sieht man über die Jahre hinweg das sich die Einstellung „das Neugeborene muss den Weg ins Leben allein finden“ zu immer mehr „wir können ja etwas

Unterstützung anbieten“ geändert. Dies ist sehr erfreulich zu sehen, denn das kontinuierliche Aktivieren der Hebammen und Ärzte, die häufig noch einen weiteren Job nachmittags und abends ausüben müssen, um die Familie versorgen zu können, ist in der Vergangenheit sehr mühsam gewesen.

Was wir bei diesem Einsatz als sehr positiv erlebt haben, war die Zusammenarbeit mit der Neonatologie. Durch den gleichzeitigen Einsatz eines Archemed-Teams vor Ort, erfolgte ein sehr angenehmer, niederschwelliger Austausch der beiden Teams. Wenn eine Verlegung eines Kindes notwendig wurde, verlief dies reibungslos. In der zweiten Woche stellten wir dann mit Erstaunen fest, dass das was wir aus Deutschland kennen, eine Hand-in-Hand mit der Neonatologie, auch in Asmara Realität wurde. Lokale Kollegen entschieden selbstständig, dass ein Kind besser verlegt werden sollte. Erfreulicherweise entpuppten sich unsere beiden „Gäste“ als wahre Techniker. Mit Hilfe lokaler Partner schafften Sie es, dass die fehlende Wasserversorgung im Kreißsaal teilweise wiederhergestellt werden konnte. In einem Kreißsaal dieser Größe ein essentieller Vorteil. Des Weiteren wurden Stromleitungen hergerichtet und die Beleuchtung im Kreißsaal somit wiederhergestellt. OP-Lampen, Wagen etc. wurden in einen funktionsfähigen Zustand versetzt. Durch unseren Anästhesisten implementierten wir Standards zur Spinalanästhesie. Parallel dazu erfolgte die Standardisierung der Sectio-OP. Dies kostete uns einige graue Haare, aber es war schön die Begeisterung zu





erleben das Gelernte auch umzusetzen. Das Adahamus-Krankenhaus hatte einen ganz freudigen Tag, als die von Dr. Bahr gespendeten Nellcor-Pulsoxymeter installiert werden konnten.

Die Zusammenarbeit mit dem CA der Abteilung war weiterhin schwierig. Hier haben intensive Gespräche stattgefunden, mit der beidseitigen Absichtserklärung für die Zukunft wieder besser kooperieren zu wollen. Dem CA war es dabei ein großes Anliegen, dass er in die Einsatzplanung miteinbezogen wird und nicht wie in der Vergangenheit durch die Krankenhausleitung vor vollendete Tatsachen gestellt wird. Dies ist aus unserer Sicht nur zu verständlich und wir haben uns auf eine bessere Abstimmung mit dem Chefarzt geeinigt. Die fehlende Kooperation zwischen Geburtshilfe und Neonatologie wird von uns weiter kritisch betrachtet.

Dieses Problem haben wir auch gegenüber der Leitung des Krankenhauses angesprochen, eine Lösung scheint mit den aktuellen Kollegen sehr schwer. Zu weit gehen die eigenen Interessen auseinander. Hier sollte durch eine gute Kooperation der unterschiedlichen internationalen Teams eine Zusammenarbeit vorgelebt werden, welche exemplarisch für die lokalen Kollegen ist. Ggf. wird sich dadurch in der Zukunft ein geändertes Verhalten ergeben.

**Ich möchte mich bei allen Team-Mitgliedern vor Ort und all den Menschen die diesen Einsatz möglich gemacht haben herzlich bedanken! Nur durch die unermüdete Arbeit und das Engagement der einzelnen Personen haben wir das Erreichte erreichen können. ■**

# EINE REISE IN EIN LAND, DAS ES NICHT GIBT

von Dr. Marc Stefaniak

📍 Somaliland

**Dr. Ali Al-Zakhmi und ich reisen im August 2019 nach Somaliland. Sie haben nie davon gehört? Das Land gibt es auch gar nicht! Jedenfalls wird es von der Internationalen Gemeinschaft politisch nicht anerkannt. Somaliland ist eine von mehreren Regionen im ostafrikanischen Somalia, die sich für unabhängig erklärt und von der Regierung in Mogadischu losgesagt hat. Wie das funktionieren kann, ist nach dieser Reise rätselhafter als zuvor. Macht und Kontrolle der somalischen Regierung reichen jedenfalls nicht einmal über die Hauptstadt des so genannten gescheiterten Staates hinaus. Und so berufen sich Ethnien auf ihren historischen Gebieten, zumal sie sich nicht von der Zentralregierung vertreten fühlen, zu eigenen autonomen Quasi-Regierungen und Verwaltungen im Kampf um Unabhängigkeit, internationale Anerkennung, aber auch Frieden.**

Für viele Menschen ist Somaliland ein sicherer Hafen. Sie fliehen aus zum Beispiel Mogadischu oder anderen gewaltvollen Regionen Somalias in den Norden. Sie kommen aber auch über das Meer an die ostafrikanische Küste: Über das arabische Meer liegen etwa 300 Kilometer zwischen der jemenitischen Küste und Berbera, einer Hafenstadt in Somaliland, in der die meisten Menschen vom Meer aus ankommen. Denn im Jemen herrscht ein unerbittlicher Stellvertreterkrieg. Das unfassbare Leiden vieler Menschen und insbesondere der Kinder dort – von der Weltöffentlichkeit, dem medialen und politischen Interesse vergessen oder verdrängt. Die Situation in Jemen, einem der Projektländer des Hammer Forum, in dem u.a. eine Spezialklinik für Kinder mit Verbrennungs-

verletzungen in Taiz im Süd-Jemen betrieben wurde, erlaubt es dem Verein aktuell nicht, in größerem Ausmaß humanitär-medizinische Hilfe zu leisten. Die Frage, die Dr. Ali und mich umtreibt und uns nach Somaliland führt: Wo kann das Hammer Forum Hilfe leisten und damit insbesondere auch Kinder aus dem Jemen erreichen, die mit ihren Familien angesichts des erbärmlichen Krieges fliehen mussten und konnten.

Die Anreise führt Dr. Ali und mich über Dubai und von dort nach Hargeisa, der Hauptstadt Somalilands. Die Reisezeit: etwa 24 Stunden, mit Verspätung, aufgrund eines medizinischen Notfalls an Bord direkt vor dem Start in Dubai. Diese Route ist eine von nur zwei Möglichkeiten, nach Somaliland zu kommen: Ebenso wäre die Anreise über Äthiopien, zu dem Somaliland intensive wirtschaftliche Beziehungen pflegt, möglich. Unsere Einreise geht angesichts der vielen Unwägbarkeiten relativ und überraschend unproblematisch vonstatten. Die Visa mussten vorab durch Mittler vor Ort beantragt werden, am Flughafen in Deutschland sowie in Hargeisa zeigen wir auf unseren Smartphones Fotos unserer genehmigten Visaanträge vor und erhalten damit, gegen eine erneute Gebühr, ein Visum-Stempel für eine Aufenthaltsdauer von 30 Tagen in den Reisepass. Hier begegnet uns bereits eine von vielen Besonderheiten der Reise: Geldzahlungen sind in bar zu leisten – und bevorzugt in US-Dollar. Somaliland erkennt die Währung Somalias nicht an und hat, wie auch immer, eine eigene Währung ausgerufen. Diese fungiert letztlich nur als Binnenwährung, mit magisch anmutender Kursberechnung, die hin und wieder aktualisiert wird. →



Nach einer kurzen Verschnaufpause nach der Landung am frühen Morgen des mittlerweile schon zweiten Tages unserer Reise machen wir uns mit zwei Kontaktleuten vor Ort dann auf zu ersten Gesprächen: welche Einrichtungen – Kliniken, Ambulanzen, WHO, UN Habitat, UNHCR, Ministerien – können wir besuchen. Unterwegs versorgen wir auch gleich erste Kinder, die uns quasi im Vorbeigehen mit bakteriellen – oder Pilzinfekten vorgestellt wurden.

Der nächste Tag beginnt mit einem Besuch des staatlichen Nationalkrankenhauses in Hargeisa, dem Hargeisa General Hospital oder auch Hargeisa Group Hospital. Ein Gespräch mit dem Klinikdirektor, Gespräche mit Ärzt\*innen, der Besuch von Abteilungen und Stationen mit spontanen Visiten auf der Allgemeinpädiatrie, der pädiatrischen Infektiologie und der „Intensivstation“ vermitteln uns erste Eindrücke. Der Direktor ist seit fünf Monaten im Amt und sehr strukturiert, er wünscht sich Fortbildungen und praktisches Training, denn insbesondere fehle Spezialwissen und – können gerade in Bezug auf die medizinische Versorgung von Kindern. Der Direktor klagt über eine hohe Säuglingssterblichkeit in seiner Klinik, teils auch dadurch begründet, dass Patientinnen spät und erst zuletzt in die Klinik kämen. Die Klinik sei immerhin für ein Einzugsgebiet von ca. 1 Mio. Einwohnern in Hargeisa zuständig. Für die weiteren 2 Mio. Einwohner\*innen des Landes gebe es seines Wissens nur zwei weitere staatliche Kliniken. Alles Übrige werde von Privatkliniken und – ambulanz geleistet.

Die Ärzt\*innen, die uns herumführen, machen einen kompetenten, strukturierten und interessierten Eindruck, sie stellen die Patient\*innen strukturiert vor und fragen nach unserer Einschätzung. Auch einige jemenitische

Ärzt\*innen arbeiten hier, insgesamt sind unter den Ärzt\*innen viele Nationalitäten. Die Klinik ist insgesamt recht sauber, die Gebäude sind bungalowartig auf einem weiten Gelände gebaut, das durch die britische Kolonialverwaltung vor etwa einem halben Jahrhundert erschlossen wurde. Bei den Gesprächen dieses Tages erhalten wir die Auskunft, dass Geflüchtete ebenso wie Kinder bis fünf Jahre und Schwangere kosten-

frei behandelt werden sollen. Die Realität sei allerdings deutlich anders: meist würde von Kliniken eine pauschale Gebühr verlangt, teils müssten Diagnostik und Medikamente (mit)finanziert werden. Es fehlten einfach die finanziellen Mittel, um eine kostenfreie Krankenhausbehandlung realisieren zu können. In den Krankenhäusern sind an diesem Tag augenscheinlich nicht sehr viele jemenitische Geflüchtete aufzufinden, denn viele würden ambulant behandelt werden, so sagt man uns.

**Dr. Ali und mir hängt wie dem Hammer Forum viel daran, etwas für die Kinder aus Jemen zu tun. Lähmendes Zusehen und Abwarten, bis der irrsinnige Krieg endet und der Verein wieder vor Ort in Jemen aktiver arbeiten kann, wäre für uns eine allzu schmerzliche, unerträgliche Option.**



Wir besuchen nun den Direktor der Migrationsbehörde des Innenministeriums in Hargeisa. Das Ministerium macht, zu meiner Überraschung, einen sehr strukturierten Eindruck. Wir können schnell mit dem Direktor sprechen, der uns Unterstützung zusagt und uns zur Arbeit im Land einlädt. Der Weg führt uns anschließend, nach einiger notwendiger Recherche, zu mehreren jemenitischen Familien in Hargeisa, die ihr Land wegen des Krieges verlassen haben. Alle Familien hier geben an, letztlich über die süd-jemenitische Hafenstadt Aden nach Berbera/Somaliland gekommen zu sein. Die Überfahrt dauerte acht bis mehr als 24 Stunden, je nach Schiff. Die Preise für diese Reise über das arabische Meer seien explodiert; meist würden Handelsschiffe genutzt. In Berbera angekommen, seien sie von der UNHCR, dem Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen, registriert worden. In Hargeisa hätten sie dann rasch eine Wohnung gefunden – alle Familien leben am Rande der Stadt, weit aus dem Zentrum in einfachen Häusern auf engem Raum. Die Fahrt dorthin dauert fast eine Stunde und ist beschwerlich. Hier erzählt uns eine junge Frau unter Tränen und sichtlich gezeichnet, dass ihr Ehemann aus Sorge um seine jemenitische Heimat zurück in den Ort Dammar gegangen sei.

Dr. Ali und ich nutzen den Besuch, um etwa zehn Kinder zu untersuchen: Ein Junge hat Epilepsie, ein Junge hat einen Wasserkopf, mehrere Kinder haben parasitäre Erkrankungen, ein Junge hat eine Narbenhernie, ein Mädchen hat eine genetische Erkrankung. In einigen Fällen können wir schnell mit Medikamenten helfen. In anderen Fällen stehen wir mit leeren Händen da. Der nächste Tag beginnt mit einem Besuch des Gesundheitsministeriums und einem Gespräch mit dem Direktor. Von ihm bekommen wir einige wichtige Informationen und den Hinweis auf die MAS-Kinderklinik in Hargeisa. Diese sei einst von einer italienischen Organisation gebaut worden. Seit einigen Jahren sei die Klinik an das Ministerium übergeben, von hier könne nicht mehr als der Basisbetrieb aufrechterhalten werden. Wir treffen dort also die ärztliche Direktorin, Dr. Khadra. Sie empfängt uns sehr freundlich, berichtet vom Entstehen der Einrichtung und macht einen ausführlichen und informativen Rundgang mit uns. Die Klinik sei 2011 von einer privaten Einzelinitiative aus Italien geplant worden, nach dem Tod des Initiators habe die Witwe die Realisierung und Finanzierung vorangetrieben. 2013 sei die Klinik dann schließlich

eröffnet worden, nach drei Jahren sei die Förderung aus dem Ausland allerdings eingestellt worden. Es werden hier 40 Kinder stationär sowie täglich zwischen 60 und 100 Kinder ambulant von sieben Ärzt\*innen behandelt. Jährlich macht das etwa 12.000–13.000 Kinder, die eine Behandlung bekommen. Die Direktorin kann das auch konkret sagen, alles ist ordentlich in aufgereihten, den Jahren folgenden Aktenordnern dokumentiert. Neben der Behandlung in der Klinik fänden zudem Outreach-Aktivitäten auf dem Land statt. Regelmäßig würden den vielen inoffiziellen Camps insbesondere von Internal Displaced People (IDP), also innerhalb des Landes geflüchteten Menschen, um Hargeisa besucht und kostenlose Behandlungen für Kinder angeboten. Auch Geflüchtete würden mit den Outreach Aktivitäten gezielt aufgesucht, da sie häufig nicht in die Klinik kämen. Vermutlich fehlt Geld für Transport, gibt es Sorgen vor hohen Kosten und Ängste darüber hinaus, können wir nur mutmaßen.

Auch Dr. Khadra weiß zu erzählen, dass Klinken von Eltern verlangen, für Diagnostik und Medikamente zu zahlen. Denn das sagt auch sie: Eine Kostenbeteiligung der Eltern sei nötig, um den Betrieb überhaupt aufrecht erhalten zu können. Die Station sowie die Funktionsräume dieser Kinderklinik wirken durchdacht und insgesamt sehr gepflegt. Die Pflege kümmert sich während unseres Besuches um die Kinder, wirkt interessiert und wissbegierig. Die Direktorin wünscht sich daher Trainings für ihre Ärzt\*innen und Pflege. Die nächsten Tage führen uns immer wieder zu Familien aus dem Jemen. Wir untersuchen und behandeln spontan Kinder, soweit wie es die Umstände erlauben. Wir kaufen also Medikamente in Apotheken und verteilen diese an die Kinder, die wir zuvor untersucht haben. Jemeniten erzählen uns dabei wiederholt, dass in den staatlichen Krankenhäusern lediglich sehr wenige Geflüchtete pro Tag behan-

delt würden, dabei erhielten die Kliniken dafür Geld von UNHCR. Gespannt gehen wir daher unserem Besuch des UNHCR entgegen. Das Büro der UN-Organisation befindet sich am Stadtrand in einem abgeriegelten Viertel mit anderen internationalen Repräsentanzen. Nach einer Sicherheitskontrolle mit dem Passieren mehrerer Schleusen empfängt uns der Direktor des UNHCR-Büros sehr freundlich und auskunftsbereit. Er kann Auskunft über konkrete Informationen und Zahlen geben, die wir seit Tagen suchen: In Somaliland gibt es ca. 21.000 registrierte Flüchtlinge. Die zahlenmäßig größten Gruppen unter ihnen bilden Menschen aus dem Jemen und Äthiopien, dann folgen in kleinen Gruppen u.a. Menschen aus Libyen und Syrien. Er weiß zu berichten und bestätigt damit unsere bisherigen Informationen, dass die Menschen aus Jemen überwiegend über das Arabische Meer nach Berbera kommen. Dort gibt ein UNHCR Office, das die Registrierung vornimmt. Es würde dort eine Unterkunft für einige Tage von UNHCR organisiert und bezahlt, während dieser Tage erfolge eine erste medizinische Versorgung und Einführung sowie Ausstattung in einem Welcome Center. Meist zögen die Menschen dann weiter nach Hargeisa. Die weit größte Gruppe aller Geflüchteten dürfte sich nach Schätzungen in Hargeisa aufhalten. In Hargeisa gibt es das zweite UNHCR Office, das Registrierungen vornimmt. Die medizinische Versorgung werde derzeit durch das Danish Refugee Council (DRC) organisiert. Dieses leite Menschen mit Versorgungsbedarf an kooperierende Kliniken weiter, dies seien allerdings nur wenige wie das Hargeisa General Hospital. Unverständlicherweise steht den Geflüchteten der öffentliche Versorgungssektor allerdings nicht frei zur Verfügung.

Dass insbesondere jemenitische Geflüchtete eher integriert in urbanen Zentren leben, bezeichnet der





Direktor als eine Besonderheit, die einerseits die Erreichbarkeit der Menschen deutlich erschwere, andererseits im Sinne der Integration zu begrüßen sei. Auch sei die jemenitische Community sehr aktiv und gut vernetzt, es gebe z.B. das Yemeni Refugee Council, das den Zugang zu einer großen Zahl jemenitischer Geflüchteter erleichtern würde. Als wesentlich größeres Problemfeld sieht der Direktor die Situation von IDP, die keinen Flüchtlingsstatus und damit deutlich erschwerten Zugang zu Versorgung aller Art hätten. Zudem sei diese Gruppe größer als die der registrierten Flüchtlinge. Über die Zahl nicht registrierter Flüchtlinge konnte der Direktor jedoch auch keine Angabe machen. Da die jemenitische Community in Somaliland schwer erreichbar ist, scheinen Dr. Ali und mir am Ende unserer Reise Projektaktivitäten besonders in Kooperation mit dem MAS-Kinderkrankenhaus und dem Hargeisa General Hospital sinnvoll. Auf diese Weise könnten mehr Kinder mit medizinischem Bedarf erreicht werden. Zudem sind dort eine für die Umstände gute Infrastruktur, motiviertes Personal und bereits etablierte Tätigkeiten wie aufsuchende Outreach Programme vorhanden, die unterstützt bzw. erweitert und durch Trainings verbessert werden könnten. ■

## UNSERE KINDER

Seit November 2018 befindet sich der 10-jährige Junge aus Burkina Faso in Deutschland. Er wurde aufgrund einer schweren Knochenentzündung im Bein in Osnabrück behandelt. Leider führte letztendlich kein Weg an einer Amputation des Beines vorbei. Der Junge befindet sich seit September 2019 bei der Gastfamilie Sobotzick, die ihn herzlich aufgenommen hat und ihm hilft, mit seiner Einschränkung umzugehen. Wann er zurück nach Burkina Faso reisen wird, ist noch ungewiss. ■



# EINSATZ IM KONGO

von Klaudia Nußbaumer  
(vom 19.05. – 02.06.2019)

## EINE PHYSISCHE UND PSYCHISCHE HERAUSFORDERUNG

**In diesem Jahr bekam ich die Gelegenheit, zum ersten Mal an einem medizinischen Einsatz in der Demokratischen Republik Kongo teilzunehmen. Ich habe schon viele Touren mit dem Hammer Forum in den letzten zehn Jahren gemacht. So dachte ich einigermaßen vorbereitet zu sein. Herr Kolovos holte mich und einen jungen, kinderchirurgischen Assistenzarzt, Yusuf Eskikoy, ab um anschließend unseren Projektleiter, Dr.Emmanouilidis, den Medizintechniker Jürgen Strauss sowie später auch Dr. Abdulhadi Molki, den Unfallchirurgen mit einem Auto des Hammer Forum nach Brüssel zu bringen. Dort war eine Übernachtung geplant, da es zu passender Zeit keinen Flug mehr von Hannover in die europäische Hauptstadt gibt.**

Die Fahrt gestaltete sich mehr als lustig. Es gab Verwirrungen mit dem Navigationsgerät. So passierte es, dass wir genau drei Abfahrten verpassten und mehrmals wenden mussten. Schließlich erreichten wir unser Hotel in der Nähe des Brüsseler Flughafens, natürlich „low Budget“ und ohne Frühstück. Wir sind ja sparsam und bescheiden!! Am anderen Morgen brachte uns ein Shuttle-Service zum Flughafen, wo wir dann die Damen der Anästhesie, Frau Dr.Kathrin Rüsse und die Anästhesieschwester Jana Makorvicova aus St.Pölten, trafen. Der Flug war angenehm und wir haben zeitweise geschlafen. Angekommen in Kinshasa gegen 20:30 Uhr Ortszeit klappte auch das Abholen durch einige Fahrer von Sainte Anne, wo wir eine relativ kurze Nacht verbrachten. Das Abenteuer nahm am anderen Morgen um

Demokratische Republik Kongo

fünf Uhr seinen Lauf. Am Busbahnhof begann eine für mich unverständliche, aufwendige Registrierung der Passagiere. Mit viel Palaver und noch mehr Durcheinander wurde versucht, eine gewisse Organisation in den Vorgang zu bekommen. Klappte natürlich nicht. Nachdem wir endlich im Bus saßen, standen unsere Koffer und vier große Kartons mit medizinischem Equipment noch draußen. Mich ergriff ein bisschen die Panik, aber auch Dr.Molki, der in Windeseile hinaussprintete und seine sehr wertvolle Lupenbrille aus seinem Koffer nahm. Dr. Emmanouilidis war die Entspannung in Person und vertraute darauf, dass die Koffer schon mit dem nächsten Bus nach Kikwit gebracht würden.

Die nun etwa achtstündige Busfahrt nach Kikwit war die erste zu meisternende Herausforderung. Der Bus war schon in die Jahre gekommen – ein ausgemusterter Linienbus aus Europa – so hielten die Sitze nicht in ihren Verankerungen und pendelten in jeder Kurve. Die Fenster weit offen, um der schwülen Hitze Herr zu werden, flog uns auch einiger Staub um die Nase. Als wenn das nicht genug gewesen wäre...nein, wir wurden geschlagene acht Stunden Fahrt mit sehr lauter afrikanischer Popmusik beschallt. Unsere Köpfe dröhnten, bis der Bus hielt und die Männer vor den Bus, die Damen hinter den selbigen gebeten wurden, zur Erledigung menschlicher Bedürfnisse. Die Afrikaner zeigten sich dabei doch sehr offen. Ich entschloss mich, lieber nicht zu viel zu trinken.

Aber auch die schönste Fahrt hat mal ein Ende und wir erreichten Kikwit. Im ersten Augenblick für mich eine Ansammlung mehr oder weniger standhafter Wellblechhütten. Später sah ich auch feste Steinhäuser, wenn auch wenige. Entschädigt hat mich die Fahrt mit unglaublich →





schönen Ausblicken in weite, grüne Täler und Flusslandschaften. Am Straßenrand bemerkte ich ein Schild, das die EU eine Aufforstung in dieser Gegend plant.

Wir fahren zunächst zum Krankenhaus und lernten den neuen Projektleiter vor Ort, Herrn Dr. Bienvenu Tollo, kennen. Ein Rundgang durch den OP und durch das Lager ließ mich aber leicht erschrecken. Durch andere Einsätze bin ich ja einiges gewöhnt... aber der Anblick des verrosteten Mobiliars im OP-Saal war ein kleiner Schock. Klar, die enorme Luftfeuchtigkeit trägt dazu bei. Im Moment konnte ich mir nicht vorstellen, am anderen Tag dort operieren zu können. Ebenso der Blick in das Lager ließ mich mutlos werden. Es lag ein leichter Urin-Gestank in der Luft und überall lag Rattenkot. Sehr einladend... Im Halbdunkel verschaffte ich mir einen notdürftigen Überblick, bevor ich mich mit Kathrin Rüsse aufmachte unser nun endlich eingetroffenes Gepäck abzuholen. Das war mit einem sehr schmutzigen Kleinbus, zwischen Teerfässern gelagert, nun endlich angekommen. Im völligen Dunkel, nur mit einer Taschenlampe, versuchten wir Koffer und Kartons zu identifizieren.

Später im Haus angekommen, hatte niemand mehr Hunger. Es gab nur „kalte Küche“ und alle fielen übermüdet in ihre Betten. Der kommende Morgen weckte mich früh um sechs Uhr mit Sonne. Es gab das bekannte Einsatz-Müsli-Frühstück, angerührt mit Baby-Milchpulver und dann ging es auch schon los Richtung Krankenhaus. Mir kam es vor wie der zweite „Kongo-Belastungstest“. Jeden Tag sollten wir nun diesen Weg zweimal machen, über sandige, hügelige und auch heiße Wege ca. 30 bis 40 Minuten zum Krankenhaus. Wer mit dem Schritt von Dr. Emmanouilidis nicht mitkommt, hat schlechte Karten. Unser Projektleiter führt die kleine Gruppe mit strammem Marschschritt, ohne sich umzudrehen, an. So kamen wir jeden Morgen verschwitzt an. Vor der Ambulanz warteten täglich unzählige Kinder mit ihren Eltern. Da das Personal in der Ambulanz gewechselt hatte, plagten sich die neuen Mitarbeiter sehr, in diese Menge eine gewisse Ordnung zu bekommen. Mein Platz war zunächst einmal das Lager. Am ersten Tag wollten wir schon mit

kleinen Eingriffen beginnen. Die einheimischen Schwestern Pascaline und Colette waren mir eine große Hilfe, wenn sie auch sehr unkonventionell mit dem Packen der Instrumente umgingen. Hauptsache, es passte alles in den Container! Aber wir konnten dann operieren. Die Narkosen liefen weitestgehend nur mit Ketanest, ein Mittel, das bei uns ziemlich verpönt ist. Immerhin funktionierten die kleinen und größeren OPs nun. Jeden Tag wurde ich neuer Dinge im Lager fündig. Nach einem Gang über die Stationen war ich noch mehr erschüttert. Das Krankenhaus ist bei weitem nicht voll belegt. Aber die bedauernswerten Seelen, die dort in ihren Betten vegetierten, waren arm dran. Mir begegneten viele Patienten mit völlig unversorgten Frakturen. Teilweise schauten Knochenspieße aus den schmutzigen Verbänden hervor. Die Atmosphäre des alten Krankenhauses, die tropische Hitze ließen mich an Albert Schweitzer denken. Hatte er es noch schlimmer vorgefunden? Aber die Stimmung im Team war ausgezeichnet, besonders die Damen der Anästhesie erwiesen sich als sehr unterhaltsam und wir haben trotz der widrigen Umstände viel gelacht. Der OP-Plan war nun täglich mehr als voll. Es wurde bis zum Einbruch der Dunkelheit operiert. Natürlich dominierten die Leistenhernien und Leistenhoden das Programm. Aber es gab auch weitaus interessantere Eingriffe, wie eine sehr große Splenektomie bei einem neunjährigen Mädchen, den Verschluss einer Spina bifida und einer Dünndarmperforation nach Typhus.

Ich aktivierte mich bei der Assistenz einiger Osteosynthesen, die Dr. Molki durchführte, natürlich ohne Röntgengerät. Die Herausforderung war das Tragen der Einmalkittel, in der sich die Wärme staut. Aber wir wollten wenigstens bei den sonst schon schlechten Bedingungen etwas Sterilität wahren. Also lief uns der Schweiß in Strömen am Körper herunter. Die bei allen Operationen reichlichen Zuschauer – einheimische Mediziner, Studenten und Pflegekräfte – trugen auch zu dem manchmal unerträglichen Klima im Raum bei. Ich half Dr. Molki auch beim Eingipsen einiger Klumpfüße. Der Gips trocknete in der Schwüle nur sehr langsam... Unter diesen Bedingungen durfte man das reichliche Trinken nicht vergessen.

Der Kreislauf hätte sonst gestreikt. Ein Hungergefühl trat bei der Wärme nicht auf. Der Kongo ist also als Kur zum Abnehmen zu empfehlen. Eine Woche dort macht zwei Kilo weniger Körpergewicht. Zwischendurch stellte ich mir schon die Frage nach dem Sinn dieses Unternehmens. Wie hoch musste die Frustrationsschwelle unseres Projektleiters sein? Unter diesen extremen Bedingungen zeigt sich nach nun zehn Jahren nicht viel Veränderung. Die Behörden arbeiten sehr schleppend und sind unvorstellbar korrupt. Überall möchte man gerade weiße Menschen „abzocken“.

Das Personal im Krankenhaus ist schlecht ausgebildet, wird kaum regelmäßig bezahlt und ist daher auch nur schwach motiviert, mitzuarbeiten. Ein Blick in die zugemüllten Straßen mit viel Dreck lässt das Leben auch nicht leichter erscheinen. Über dem ganzen Land hängt eine Apathie. Wir sahen auf der Straße wie ein junger Mann verhaftet wurde. Er hatte offensichtlich ein Huhn gestohlen. Der einheimische Fahrer war sich sicher, dass der Dieb mit dem Tode bestraft würde. Das hat mich bis ins Mark erschüttert, zumal es sich ja nur um Mundraub handelte. Ein korruptes, grausames Regime erstickt alle Initiative im Keim. Geschäfte scheinen dort nur die Chinesen zu machen. Immerhin waren im Flugzeug mit uns sicher 60 Prozent der Fluggäste aus Asien, die aber zum größten Teil bei der Zwischenlandung in Luanda/Angola ausstiegen.

Glücklich und zufrieden machten lächelnde Kinder und der Dank von etlichen Eltern, die draußen vor der OP-Tür saßen. Ich war auch angenehm überrascht von der Anrede „Maman“ durch mir völlig wildfremde Menschen. Jeden Abend wurde im Haus dann gekocht. Auch eine Herausforderung auf einem Zwei-Platten-gaskocher eine Suppe für acht Personen zuzubereiten. Es fehlte auch der Platz für das Putzen des Gemüses. Trotzdem gelangen den Damen jeden Abend kleine „Köstlichkeiten“, von denen die Männer gern einen Nachschlag nahmen. Für mich und Dr. Eskinoy hieß es leider schon nach einer



Woche Abschied nehmen. Am Abfahrtstag waren alle Mitglieder des Teams mit uns um fünf Uhr morgens aufgestanden. Jürgen spielte auf der Mundharmonika „Muss i denn zum Städtele hinaus“. Wenn einem da nicht die Tränen kommen... Der Weg zurück war an der Bushaltestelle vom gleichen Chaos des Registrierens und Wiegen der Koffer geprägt. Einzig der Musikgeschmack des Busfahrers war auf der Rückfahrt erträglicher. Außerdem war die Musik nun leiser. Von Dr. Emmanouilidis hatten wir Kleingeld für Bananen etc. bekommen. An jeder möglichen Haltestelle werden Früchte, Erdnüsse, in Blätter eingewickelter Maniokbrei und Ähnliches angeboten. Die Geschäfte werden durch das Busfenster getätigt. Wir wurden zeitig vor dem Flughafen abgesetzt und die üblichen Mehrfachkontrollen nahmen ihren Lauf. Mit einer Flughafensteuer von 50 Dollar pro Person hatten wir nicht gerechnet und hielten diese für Abzocke. Demzufolge wurden wir laut und beschwerten uns... bis sich schon eine kleine Gruppe hinter uns gebildet hatte. Ein älterer Spanier klärte uns über die Rechtmäßigkeit dieser Steuer auf. Aber wir bezahlten dann in Euro!

#### MEIN FAZIT DIESES EINSATZES

**Der Kongo ist nichts für Weicheier! An allen Ecken warten Herausforderungen, das Klima, die Arbeitsbedingungen, der fehlende Strom oder Wassermangel, trotz des täglichen Regens. Man muss schon über eine sehr große Portion Idealismus, Humanismus verfügen, um sich davon nicht unterkriegen zu lassen. Ich bewundere Herrn Dr. Emmanouilidis und auch Frau Doris Broadbent, die immer wieder dort gegen Windmühlenflügel in den letzten Jahren angekämpft haben für das Wohl der Kinder. Trotz der Widrigkeiten wäre ich bereit erneut dort zu arbeiten... der kranken und notleidenden Kinder wegen. ■**





# EINSATZ IM KONGO AUS MEDIZINISCHER SICHT



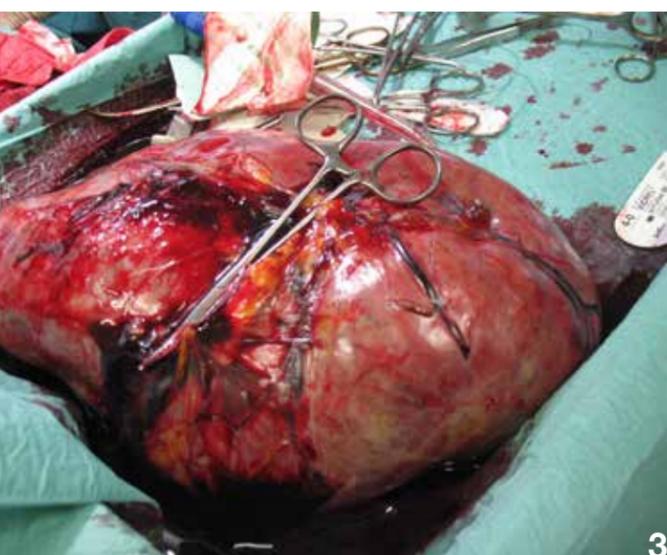
von Dr. Emmanouilidis  
(vom 19.05. – 02.06.2019)

**Frau Klaudia Nussbaumer hat einen allgemeinen ausführlichen Bericht (siehe Seiten 25 – 27) geschrieben, deshalb beschränkt sich mein Bericht ausschließlich auf die medizinisch-chirurgischen Behandlungen.**

Auch diesmal warten sehr viele Kinder auf uns vor der Ambulanz (Foto 1). Wir haben gleich mit den Untersuchungen angefangen. Bereits nach zwei Tagen war der Op-Plan für die nächsten 10 Tage voll. Auf den Op-Plan nahm ich, außer den Notfällen, nur die Kinder, die ich im November 2018 registriert hatte. Ich musste auch diesmal fast 200 Kinder auf den Plan für November 2019 verschieben, weil ich sie jetzt nicht operieren konnte.

## KLINISCHE FÄLLE

Das 11-jährige Mädchen leidet seit über 5 Jahren unter Drepanocytose (Sichelzellanämie). Bisher hatte sie 7 Bluttransfusionen bekommen. Die Indikation zur Milzentfernung war schon vor 3 Jahren festgelegt worden. Jetzt kam das Kind zu uns. Wir konnten die riesengroße Milz (Foto 2) entfernen. Sie war fast 6 Kg schwer (Foto 3). Zwei Tagen später erfolgte die Impfung gegen Pneumokokken und am 4. Tag post Op konnte das Kind entlassen werden.



Bei diesem 5-jährigen Mädchen war vor einem Jahr ein Tumor im Bauch festgestellt worden. Jetzt wurde das Kind zu uns gebracht. Die Ultraschalluntersuchung zeigte einen ca. tennisballgroßen Tumor in der rechten Bauchseite. Der Tumor war mobil. Er wurde entfernt. Es handelt es sich um ein Teratom des rechten Ovars (Eierstock) Fotos 4-5-6.



- 1: Warteschlange vor der Ambulanz
- 2: Vor der Operation
- 3: Die entfernte Milz
- 4: Ultraschalluntersuchung
- 5: Ovarialtumor
- 6: Das Präparat mit Knochen und Weichteilen
- 7: Vorher
- 8: Nachher



Die Pseudarthrose des Schienbeines bei einem 14-jährigen Jungen versorgte operativ (Foto 8) Herr Dr. Molki. →



# DIE ARBEIT AM HÔPITAL GÉNÉRAL IN DER DR KONGO

Von Marie Claire Mumbatu  
(vom 01.09. – 21.09.2019)

Am 3. September sind wir am Hôpital Général in Kikwit angekommen und waren bereits einen Tag später tätig. Als erstes haben wir die Visite auf unserer Abteilung durchgeführt und konnten sofort mit der nötigen Versorgung der kleinen Patienten beginnen. Zunächst haben wir uns hauptsächlich den Wundversorgungen gewidmet.

Am zweiten Tag haben wir die Kinder in der Notaufnahme besucht und uns dort mit dem Personal und dem Stationsarzt ausgetauscht. Dort befand sich ein zwei-jähriges Kind mit zerebraler Malaria in der präfinalen Phase. Das Kind lag schon fast im Koma. Wir haben noch weitere Kinder mitversorgt, die zum Beispiel unter Mangelernährung oder Gastroenteritis litten. Hinzu kamen noch viele andere pathologische Fälle.

Ab dem dritten Tag begann die Routinearbeit. Wundversorgungen führten wir mit den wenigen Materialien durch, die noch zur Verfügung standen. Wir haben die Dienstleistungen der Apotheke mit eingebunden. Unsere Fachkollegin hat Neugeborene auf der Entbindungsstation untersucht. Unterernährte Kinder wurden mitversorgt. Leider ist eines aufgrund mangelnder Fachkompetenz des Personals verstorben. Pampers wurden an bedürftige Mütter verteilt. Etwas ältere Kinder bekamen Malstifte und Obst. Wir haben die pränatale Abteilung besucht und werdende Mütter beraten. Kosten für den stationären Aufenthalt oder die Laboruntersuchungen haben wir für arme Kinder übernommen, deren Familien die Kosten nicht tragen konnten. Die Kosten haben wir bei der Buchhaltung des Hammer Forums eingereicht. Außerdem haben wir noch das Waisenhaus Simba Musala besucht und uns ein Bild von der Einrichtung gemacht. Wir hatten jeweils eine Sechstageswoche, von Montag bis Samstag. ■



Vielen Dank an  
Dr. Emmanouilidis  
für das uns  
entgegengebrachte  
Vertrauen!

## ZUSAMMENFASSUNG

Nach der Operation liegen die Kinder auf einer Matratze auf dem Boden zum Ausschlafen.

Seit über 10 Jahren sind wir in Kikwit. Wir stellen fest, dass sich die gesamte Situation des Hospitals stetig verschlechtert. Investitionen für Infrastruktur werden nicht getätigt. Es gibt wie immer kein fließendes Wasser, keinen Strom, die Gebäude verfallen, die Zufahrt zum Hospital ist inzwischen nicht passierbar, der Regen hat die sandige Erde weggespült. Hinzu kommt noch der ständige Wechsel der Ärzte und des Direktors. Die jungen Ärzte sind mit der Versorgung der Patienten überfordert.

Wir konnten in 10 Tagen über 332 Kinder untersuchen und 121 operieren, 21 Ultraschalluntersuchungen durchführen und 13 Kinder mit Klumpfüßen nach der Behandlung nach Methode Ponseti eingipsen. Wir sind der Meinung, dass der Einsatz trotz aller Widrigkeiten erfolgreich verlaufen ist. Herr Dr. Tolle, unser Projektleiter, hat uns in seinem Haus aufgenommen, wir konnten uns selbst versorgen und haben uns im Haus wohlfühlt. Danke dafür, Dr. Tollo. ■

30



Das Team von rechts nach links: Dr. Rüsse (Anästhesistin), Herr Strauß (Medizintechniker), Dr. Emmanouilidis (Chirurg), Schwester Janka (Anästhesie), Schwester Klaudia (Op), Dr. Molki (Orthopäde), Dr. Eskikoye (AA-Kinderchirurgie).



31

**ALLE JAHRE WIEDER –  
DIE CHARITREE SPENDENTRADITION  
DER FAMILIE AL SHAMI**

Bereits zum 9. Mal stellt die Familie Al Shami in ihrer Praxis in Werdohl den ChariTree Weihnachtsbaum auf. Während der Vorweihnachtszeit können Patientinnen und Patienten im Wartezimmer einen Stern gegen eine Spende an den weihnachtlich geschmückten Tannenbaum hängen. Mit den Spenden, die bei dieser Aktion zusammenkommen, unterstützt die Praxis das Hammer Forum. Jedes Mal ist der Baum am Ende der Weihnachtszeit vor Sternen kaum noch zu erkennen. Der Spendenerlös erhöht sich sogar von Jahr zu Jahr. Bei der letzten Spendenaktion kam die beachtliche Summe von 3.678,79 Euro zusammen. Wir sind gespannt, wie sich die Spendenaktion in diesem Jahr entwickelt. An dieser Stelle möchten wir uns bei Familie Al Shami und ihrem Praxisteam für die treue und großzügige Unterstützung bedanken! Ebenso gilt unser Dank allen Spenderinnen und Spendern, die den Baum so üppig mit Sternen bestücken. ■

**ERLÖS VOM DORFFEST SOLL BEDÜRFTIGEN  
KINDERN ZUGUTEKOMMEN**

Annette und Alfons Berglar aus Lippstadt-Lohe spendeten 1.000 € an das Hammer Forum. Das amtierende Schützenkönigspaar veranstaltete im September ein Sommerfest im kleinsten Ortsteil Lippstadts. Bei dem Dorf- und Kinderschützenfest kam diese stolze Summe zusammen. Wir freuen uns sehr, dass das Königspaar und sein Hofstaat den Erlös unserem Verein zugutekommen lassen, und bedanken uns recht herzlich! ■



# VORSTANDSWAHL 2019

„Der neue Vorstand (von links): Dr. Theophylaktos Emmanouilidis, Klaudia Nussbaumer, Nikolaos Kolovos, Dr. Georg Braun, Dr. Dr. Walid Ayad, Doris Broadbent, Dr. Christian Brodowski, Dr. Dr. Ibrahim Moussa“

**Alle zwei Jahre findet bei uns die Wahl des neuen Vorstandes statt. So war es im November 2019 wieder soweit. Zu dieser internen Sitzung kamen Mitglieder des Hammer Forum in der Zentrale zusammen, um über den neuen Vorstand abzustimmen.**

Der geschäftsführende Vorstand setzt sich nach wie vor aus Dr. Emmanouilidis als 1. Vorsitzenden und Dr. Braun als stellvertretenden Vorsitzenden zusammen. Neu in dieser Reihe ist die ehemalige Kinderkrankenschwester für den Op, Klaudia Nussbaumer, die bereits zuvor Mitglied im Vorstand war und nun ebenfalls als stellvertretende Vorsitzende das Trio des geschäftsführenden Vorstandes komplettiert.

Der beisitzende Vorstand hat mit dem MKG – und plastischen Chirurgen Dr. Dr. Ibrahim Moussa ein neues Gesicht bekommen. Altbekannte Vorstandsmitglieder sind nach wie vor Dr. Dr. Ayad, Doris Broadbent, Dr. Brodowski und Nikolaos Kolovos. Neben der Wahl werden die Projektverläufe des Jahres besprochen und Einsatzplanungen für das kommende Jahr konkretisiert. ■



**Hammer Forum**  
Medical Aid for Children e.V.

#### HERAUSGEBER

HAMMER FORUM e.V.  
Dr. Theophylaktos Emmanouilidis,  
Lorena Schulte,  
Klaudia Nussbaumer,  
Caldenhofer Weg 118  
59063 Hamm  
Tel. 0 23 81-8 71 72 – 15  
Fax 0 23 81-8 71 72 – 19  
info@hammer-forum.de

[www.hammer-forum.de](http://www.hammer-forum.de)

#### FOLGEN SIE UNS AUCH AUF SOCIAL MEDIA

[instagram.com/hammerforum](https://www.instagram.com/hammerforum)  
[facebook.com/hammer-forum](https://www.facebook.com/hammer-forum)

#### LAYOUT

HOCH5 GmbH & Co. KG  
Zum Stellwerk 10  
32257 Bünde  
Tel. 0 5223 7923 700  
info@hoch5.com  
hoch5.com



ISSN: 2191-3080

#### SPENDENQUITTUNGEN

Das HAMMER FORUM ist als gemeinnützige und mildtätige Organisation anerkannt. Spenden sind steuerlich absetzbar. Ab 100 Euro bekommen Sie eine Zuwendungsbestätigung. Beträge bis 200 Euro werden auch ohne Zuwendungsbestätigung bei Vorlage des Kontoauszuges in Kombination mit dem Spendenaufruf vom Finanzamt anerkannt.

# EHRENBÜRGERWÜRDE FÜR UNSEREN ERSTEN VORSITZENDEN DR. TH. EMMANOUILIDIS

Am 7. Juni 2019 wurde Dr. Emmanouilidis diese Ehre im Rathaus zu Bünde teil. Seit über 50 Jahren hat diese Stadt nun wieder einen Ehrenbürger. In der feierlichen Umgebung des Sitzungssaales durfte Dr. Emmanouilidis diese Ehrung im Beisein von Familie, Freunden, Bündes Ratsmitgliedern, sowie einigen Vertretern des Hammer Forums, entgegennehmen.

In seiner Rede unterstrich der Bürgermeister der Stadt Bünde, Wolfgang Koch, das unermüdliche Engagement für die Not der Kinder. Durch diese fast weltweite Tätigkeit wird auch der Name der Stadt Bünde über die Grenzen bekannt. Der Fraktionsvorsitzende der FDP, Ernst Tilly, stellte Dr. Emmanouilidis in die Reihe mit vielen berühmten Persönlichkeiten, die für ihre Zivilcourage bekannt sind. Nicht zuletzt der ehemalige amerikanische Präsident John F. Kennedy. Dr. Emmanouilidis sei ein wahres Vorbild, gerade auch für Jugendliche. Die letzte, sehr kurze Rede hielt das Vorstandsmitglied des Hammer Forum und die Vorsitzende des Vereins der Freunde und Förderer, Klaudia Nußbaumer. Sie

lobte das unermüdliche tägliche Engagement für das Hammer Forum. Es folgte eine kleine Rede in griechischer Sprache, über die sich unser Vorsitzender sicher gefreut hat. Umrahmt wurde die feierliche Veranstaltung von einem Streichquartett der städtischen Musikschule Bünde. Nachdem Dr. Emmanouilidis sich in das Goldene Buch der Stadt eingetragen hatte, schloss sich seine Dankesrede an. Er beendete seine Ausführungen mit dem Zitat von Solon von Athen:

**„ICH ALTERE WOHL, DOCH TÄGLICH LERNE ICH ETWAS NEUES DAZU.“**

Wir wünschen unserem Vorsitzenden weiterhin Gesundheit und nie endende Schaffenskraft! Sinxahitiria, to axisis, panta axios. Kali zoi, ygiea kai ateleoti eneryia. Imaste perifani! (Wir gratulieren, du hast es verdient und bist würdig. Ein gutes Leben, Gesundheit und nie endende Energie. Wir sind stolz auf dich!) ■



#### Spendenkonten

Sparkasse Hamm  
IBAN: DE33 4105 0095 0004 0701 81  
BIC: WELADED1HAM

Volksbank Hamm  
IBAN: DE35 4416 0014 0108 5050 00  
BIC: GENODEM1DOR

Volksbank Herford-Bünde  
IBAN: DE07 4949 0070 0150 7313 00  
BIC: GENODEM1HFV



Foto aus unserem „Milchprogramm“ im Kongo

## LAUFENDE PROJEKTE

Burkina Faso  
Eritrea  
Griechenland  
Guinea-Bissau  
Jemen

DR Kongo  
Palästina  
Somaliland  
Tansania

## ABGESCHLOSSENE PROJEKTE

Afghanistan  
Albanien  
Angola  
Guinea  
Irak

Kosovo  
Libanon  
Sri Lanka  
Südsudan  
Bosnien-Herzegowina

Syrien  
Tschetschenien  
Uganda