



KINDER 2/20 DR KONGO

Trotz Corona
Auslandseinsatz gewagt

Gemeinsam mehr erreichen

 **HAMMER
FORUM**
Medical Aid for Children

INHALT

- 03 **Vorwort**
- 04 **Aktuelle Themen**
 - 04 **DR Kongo**
Kampf für die Gesundheit der Kinder
 - 06 **DR Kongo**
Eindrücke vom ersten Einsatz
 - 09 **DR Kongo**
Einsatz in Corona-Zeit
 - 14 **DR Kongo**
Wahrnehmen und schätzen wie gut es uns in Deutschland geht
 - 19 **Burkina Faso**
Urlaubsvertretung in meiner zweiten Heimat
 - 22 **Moria**
Unwürdige Zustände im Flüchtlingslager Moria auf Lesbos
 - 24 **Tansania**
Medizinische Unterstützung für die Kinderhilfe Tansania
 - 28 **Nachrufe**
- 30 **Sonstiges**
- Impressum und Kontakt**

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

Es kommt nicht darauf an,
die Zukunft zu kennen,
sondern auf die Zukunft
vorbereitet zu sein.

Perikles, 490 - 429 v. Chr.

Ende des Jahres 2020 wollen wir über die diesjährigen Aktivitäten berichten. Wir hatten 13 Einsätze eingeplant, aber nur 4 konnten wir durchführen. Covid-19 hat auch in unserem Plan Akzente gesetzt, wir mussten 9 Einsätze absagen. Für die Vorbereitung der Einsätze braucht man viel Zeit, die Teammitglieder mussten ihren beantragten Urlaub für die Einsätze jetzt unplanmässig zuhause verbringen. Wir konnten 2 Einsätze im Januar normal durchführen, die anderen zwei unter Corona-bedingungen im Juli in Moria/Lesbos/Griechenland und einen im November in der DR Kongo .

Wir mussten nicht nur wie auch sonst die Materialien, Medikamente usw. , die wir für den Einsatz benötigen, beschaffen, sondern beim letzten Einsatz mussten die Teammitglieder beim Abflug einen negativen Coronatest nachweisen und einen Test im Einreiseland noch im Flughafen durchführen. Auch beim Rückflug mussten wir Coronatests vor Abflug vorlegen und nach Ankunft in Deutschland eine Einreiseanmeldung digital durchführen und somit in Quarantäne gehen, weil das Robert Koch-Institut alle afrikanischen Länder als Risikogebiete eingestuft hat. Das aber entspricht nicht der Realität, weil es in fast allen afrikanischen Ländern sehr wenig Covid-19 Fälle gibt, nicht nur aus klimatischen Gründen, sondern vor allem, weil die Menschen die meiste Zeit sich draußen aufhalten und draussen leben. Ihre Häuser sind immer deutlich belüftet, Fenster oft nur mit Moskitonetz, Türen nicht dicht.

Die Pandemie hat die Weltwirtschaft sehr stark negativ beeinflusst, dies bedeutet für die globalisierte Welt, dass auch die sog. Drittweltländer stark betroffen sind, obwohl sie am Rande der Weltwirtschaft hängen. Der Hunger in Afrika war immer präsent in der Corona Zeit ist er zu einem noch grösserem Problem geworden. Wir haben bei unserem November-Einsatz im Kongo 22 stark unterernährte Kinder neu registriert und in unser Ernährungsprogramm „Milchkinder“ aufgenommen. Da ihre Mütter auch unterernährt sind, werden auch diese mit versorgt. Mit Lebensmitteln werden auch zwei Waisenhäuser in Kikwit/Kongo monatlich versorgt.

Auch dieses Jahr konnten wir das „Food Basket Projekt“ (Lebensmittelkörbe) im Jemen monatlich mit finanzieller Unterstützung von ADH fortsetzen. In Zusammenarbeit mit einer griechischen NGO auf Lesbos werden in der Pandemie- Zeit das „Hand Washing Projekt“ und das „Baby Box Projekt“ für die Flüchtlinge auf Moria fortgeführt.

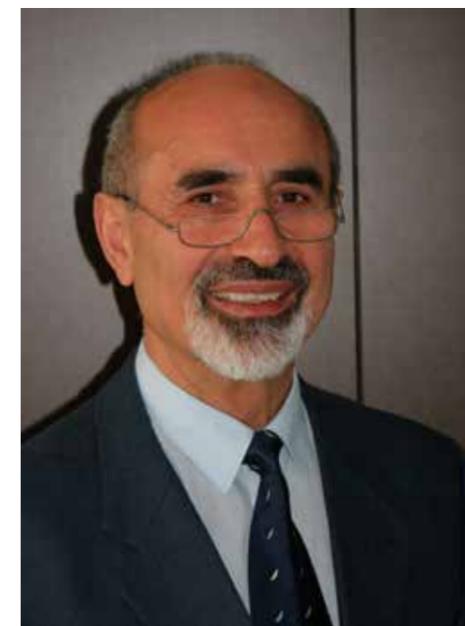
Liebe MitstreiterInnen, liebe SpenderInnen, liebe Hammer Forum Freunde und Helfer, liebe MitarbeiterInnen, ich sage Ihnen allen einen herzlichen Dank, sie alle haben unsere Hilfe ermöglicht. Der Dank gilt allen Aktiven, die die Aufgaben des Vereins ehrenamtlich übernommen haben und ohne deren Engagement wir unsere Hilfe nicht hätten schaffen können.

Von Herzen Danke



Ihr Dr. Emmanouilidis

1. Vorsitzender Hammer Forum
Medical Aid for Children e. V.





KAMPF FÜR DIE GESUNDHEIT DER KINDER

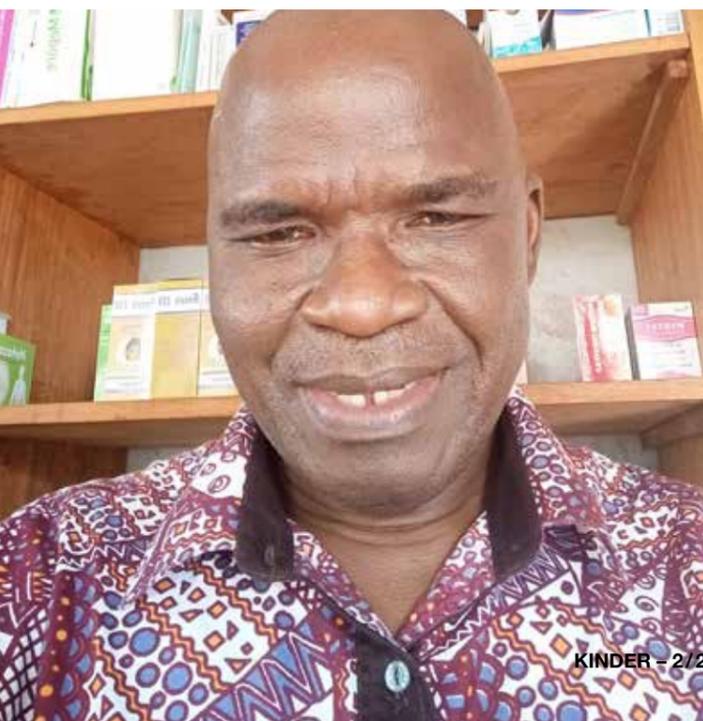
Kikwit

Bericht von Dr. B. Tollo
(bis September 2020)

Bis September 2020 wurden insgesamt 6813 Kinder in der Ambulanz/Notfallambulanz in Kikwit untersucht und mit Medikamenten versorgt. Der Anteil von Malarierisiko-Kindern (0-5 Jahre alt) lag bei 51,93%. Die Hauptdiagnosen sind wie immer Malaria (Nr. 1) gefolgt von bakteriellen Infektionen.

Die Anzahl von Unterernährten Kindern lag bei 136. Sie wurden alle mit Milch direkt in unserer Ambulanz versorgt. Weil viele Kinder sehr weit wohnen, geben wir auch ihnen eine ausreichende Milchmenge für 3 bis 4 Tagen, damit sie zu Hause mit Trinkmilch versorgt werden können. Dazu kommen 45 Kinder aus dem Waisenhaus Sr Albertine und 170 aus dem Waisenhaus Simba Mosala (auch aus der Dorfumgebung), die auf dem Weg der Besserung sind.

Die monatlich finanzielle Unterstützung des HFO für die Waisenhäuser Sr. Albertine und Simba Mosala für den Kauf von Nahrungsmitteln aber auch für Trinkmilch läuft weiter.



Coronavirus-Lage

Bis zum heutigen Tag haben wir ca. 11143 Fälle von Coronavirusinfektionen in DR Kongo, wobei die Mehrheit in Kinshasa festzustellen ist. In Kikwit haben wir noch keinen offiziellen Fall. Die Stadt Kinshasa wurde am 18. März vom Rest der anderen Städte abgeriegelt, aber die Zahl der Infizierten stieg seit März weiter von Tag zu Tag. Die Ministerien und die Verwaltung im Stadtteil Gombe wurden zuerst für 2 Wochen geschlossen und dann verlängert. Im ganzen Land waren Schulen und Universitäten, Restaurants und andere Freizeitstätten Ende Februar geschlossen. Versammlungen von mehr als 20 Personen wurden verboten. Auch wegen Covid-19 wurde der OP-Einsatz des Teams aus Deutschland für Mai verschoben. Jetzt plant das Team im November wieder zu kommen. Die Landesgrenzen wurden am 15. August wieder geöffnet.

Container von HFO für Hospital General Kikwit

Laut Transportfirma, war der Container am 31. März in Matadi-Hafen angekommen. Dies wurde auch von dem Ministerium für Gesundheit bestätigt. Der Hospitaldirektor hatte alle Unterlagen von dem Container von mir bekommen. Das Dokument für die Zollbefreiung wurde vom Finanzminister Ende Mai unterschrieben. Aber das Hospital hat 3 Monate gebraucht, um den Container nach Kikwit zu bringen.

Nach der Ankunft des Containers am 06.09.2020 in Kikwit hat HFO entschieden, den Notfallwagen an das Hospital zu übergeben und die Bauarbeiten und Renovierung des Op-Trakts für nächstes Jahr, April 2021 geplant.

Übergabe des Notfallwagens an das Hospital General von Kikwit 1: die Übergabe fand am Freitag, den 16.10.2020 im Hospital statt. Anwesende Autoritäten waren: Der Stellv. Bürgermeister Stadt Kikwit, der Stellv. Provinzialgesundheitsdirektor, der Präsident Zivilgesellschaft, Mitarbeiter des Krankenhauses und zahlreiche Journalisten aus Radio und TV. Nach Ansprachen von HFO Projektleiter und der Stadt- und Hospitalbehörden

wurde der Schlüssel an den stellv. Bürgermeister offiziell übergeben und weiter an den Hospitaldirektor. Am Schluss fand ein kleiner Empfang mit Getränke und Kuchen statt.

Administrative Dokumente für HFO

Im Dezember 2019 hatten wir den Antrag für „Arreté Ministeriel, Accord Cadre und Certificat d'Enregistrement“ in Kinshasa bei den Behörden gestellt. Das neue „Certificat d'Enregistrement“ haben wir bekommen. Für die anderen beiden Dokumente haben wir vom Planungministerium generell eine Vorgehen genehmigung bekommen, was dem HFO erlaubt, alle Aktivitäten im ganzen Kongo durchführen zu dürfen. Wegen der Coronasituation müssen wir noch auf diese beiden Dokumenten warten, die wir höchstwahrscheinlich bald bekommen werden.

Medikamente Verteilung in der Ambulanz

Die Ärzte verschreiben Antibiotika ohne Laboruntersuchung. Das führt dazu, dass diese Medikamente an Kinder gegeben werden, die vielleicht keine bakteriellen Infektionen haben. Es ist auch für HFO eine Verschwendung von Medikamenten, weil für jedes Fieber Malariamittel und gleich dazu Antibiotika lieber verordnet werden. In Zukunft werden wir nur Antibiotika auf der Basis von Laborergebnissen verteilen. ■





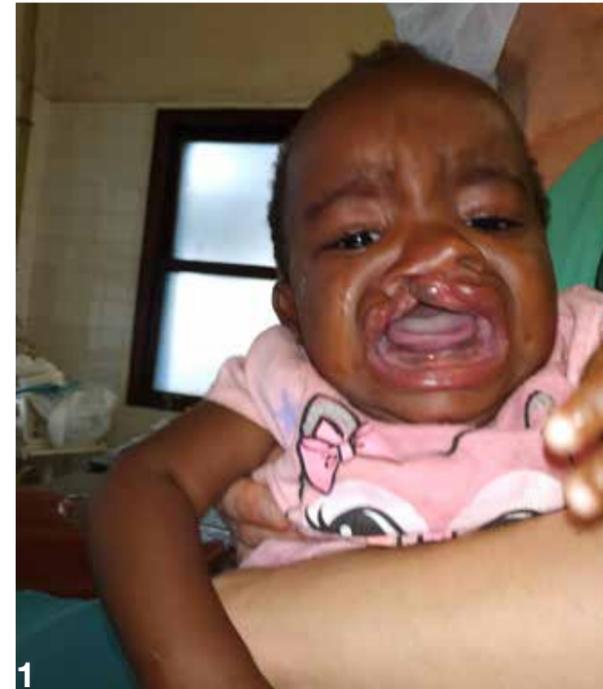
FINDRÜCKE VOM ERSTEN EINSATZ

Kikwit

Bericht von Dr. Romy Palmer
(vom 14.11–27.11.2020)

Wir sind mit dem Hammer Forum zu einem chirurgischen Einsatz als Team aus 9 Personen unter Leitung von Dr. Theophylaktos Emmanouilidis im November in den Kongo gereist. Aufgrund der Pandemielage ist der Termin im Mai ausgefallen und wir haben uns alle sehr gefreut, dass die Reise stattfinden konnte. Für mich war es der erste Einsatz mit dem Hammer Forum und zusammen mit dem langjährig erfahrenen Anästhesisten Dr. Georg Braun und der Fachpflegekraft für Anästhesie Martina Andrae haben wir das Anästhesieteam gebildet.

Morgens nach dem Frühstück bin ich mit einem Teil der Gruppe zu Fuß ca. eine halbe Stunde zum Krankenhaus gelaufen wenn es das Wetter zuließ, denn nur die Hauptstraßen in Kikwit sind asphaltiert und selbst die Zufahrtsstraße zum Krankenhaus ist unbefestigt und verwandelt sich nach Regenfällen regelmäßig in eine Schlammpest. Kikwit gehört zur Provinz Bandundu und es leben ca. 400.000 Menschen in der Stadt, wobei diese Zahl auf Schätzungen beruht. Bei trockenem Wetter ist morgens um halb acht das Leben auf Kikwits Straßen schon im vollen Gange. An kleinen Ständen neben der Straße werden Früchte und Lebensmittel verkauft, in heißem Öl werden kleine Küchlein zum Frühstück ausgebacken und in Körben gibt es sogar Baguette. Die meisten sind zu Fuß unterwegs, man sieht Kinder in ihren Uniformen auf dem Weg zur Schule. Wer es sich leisten kann, hat einen Motorroller und es ist erstaunlich, was alles auf einem Gerät transportiert werden kann. Autos sieht man natürlich auch vereinzelt. Am Krankenhaus angekommen, ist der Wartebereich vor der Kinderambulanz schon voll mit Patienten wie jeden Morgen. Unser Projektleiter vor Ort Dr. Bienvenu Tollo hat im Radio von unserem Kommen berichtet und sogar aus Kinshasa haben Familien die ca. 550 km weite Strecke auf sich genommen, um von uns behandelt zu werden.



Wir haben uns im Lager umgezogen und den OP vorbereitet. Eine Klimaanlage gibt es nicht und tagsüber erreichen die Temperaturen im OP wie im Außen an die 30° Celsius. Die Schiebefenster werden morgen hochgeschoben und mit Hilfe von Steinen offengehalten. Damit wir im OP Wasser haben, wird mühsam Wasser in einen Bottich geschüttet. Fließendes Wasser gibt es nicht, und die Stromversorgung läuft über einen Generator. In diesem Jahr ist auch eine Containerlieferung am Krankenhaus angekommen, und wir konnten u.a. zwei neue Narkosegeräte in Betrieb nehmen. Währenddessen schauten sich die Chirurgen die ersten Patienten in der Ambulanz an. Dr. Omid Barahmand,

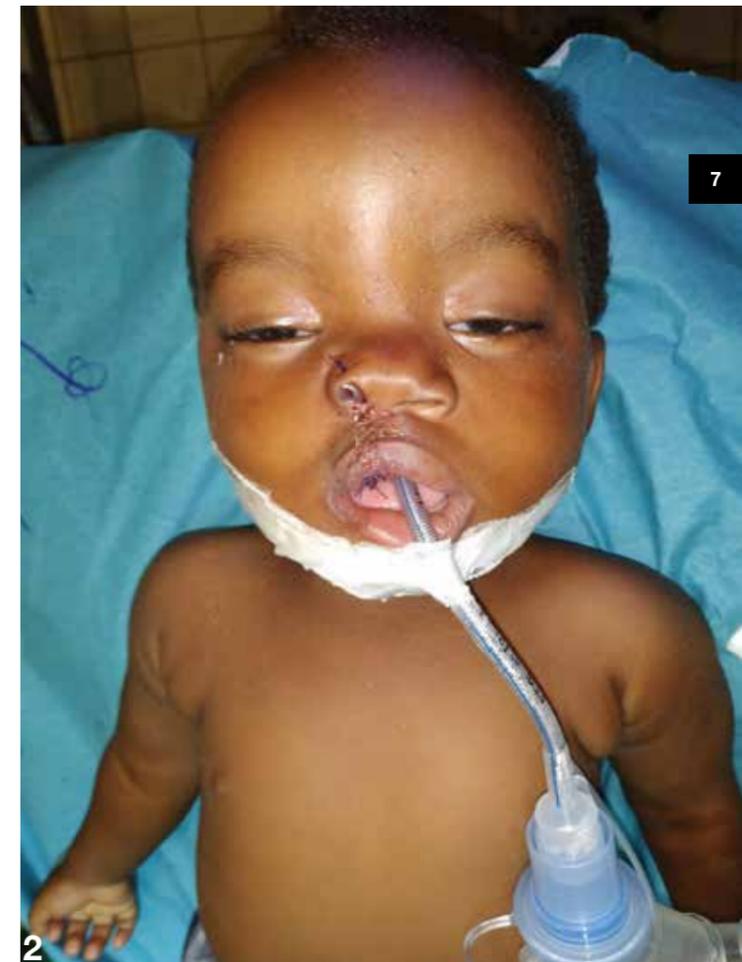
der Mundkiefergesichtschirurg, rief Dr. Georg Braun und mich zu einem ca. 3 monatigen Säugling, das eine komplette Lippen-Kiefer-Gaumenspalte hat. Die kleine Gnadi war in Decken eingepackt auf dem Arm der Mutter, doch es fiel sofort ins Auge, dass es ein stark unterernährtes Baby ist. Im Kongo wie in vielen afrikanischen Ländern stillen die Mütter ihre Kinder meist übers erste Lebensjahr hinaus, denn Muttermilch ist günstig und schnell verfügbar. Das kleine Baby konnte aufgrund der kompletten Lippen- und Gaumenspalte nicht ausreichend Kraft zum Saugen aufbringen und war nach dem Stillen so k.o., dass es umgehend einschlief.

Wir entschieden, dass Gnadi mit eiweißreicher Zusatznahrung noch für 3 Tage etwas aufgepäppelt werden sollte. Am Freitag war es dann soweit. Ich trug sie morgens in den OP. In meinen Armen fühlte sie sich so leicht an, da ist ein Neugeborenes am Termin bei uns in Deutschland schon schwerer. Sie wog ca. 3 kg. Über eine Maske erhielt sie Sauerstoff und durch das Narkosegas Sevofluran wirkte die Narkose zügig, und schnell ist sie eingeschlafen. Aufgrund der dünnen Ärmchen war es leicht, einen Venenzugang zu legen. →

Nach der Intubation und Lagerung der Kleinen konnten wir uns den Befund genauer ansehen.

Die Lippe war offen und ebenso der ganze Gaumen, so dass man von der Mundhöhle aus direkt auf die Nasenmuscheln blickte. Den harten Gaumen zu verschließen ist ein großer Eingriff und Dr. Omid Barahmand entschied daher, primär die Lippe zu versorgen, damit Gnadi mehr Druck zum Saugen aufbauen kann, und im Mai, wenn sie zugenommen hat und größer ist, den Rest des Defekts zu versorgen. Nach zwei Stunden war die Operation fertig und die feine Naht wurde mit dünnen Pflastern verklebt.

Nach der Narkose erwachte sie schnell und schrie laut und kräftig, was für uns wie Musik in den Ohren ist. Zurück auf dem Arm der Mutter hatte die Kleine direkt Hunger. Damit die Naht nicht wieder aufging, durfte Gnadi die ersten Tage nicht an der Brust der Mutter gestillt werden. Die Mutter musste abpumpen und hier zeigte sich mal wieder das nötige Improvisationstalent für solche Einsätze, denn eine Pumpe zum Abpumpen der Milch gab es im Kongo nicht. Die Mutter drückt mit der Hand die Milch aus der Brust und fängt sie in einer Tasse auf.



1: Kind mit Lippen- und Gaumenspalte
2: Nach der OP

Die Milch wird dann über eine Spritze aufgezogen und an das Kind gefüttert. Doris Broadbent, unsere Krankenschwester und wertvolle Dolmetscherin, weil sie bereits als Projektleiterin in Kikwit gelebt hat und neben Französisch auch die Landessprachen Kikongo und Lingala spricht, übersetzt für die Mutter.

Am nächsten Morgen warteten wieder viele Patienten vor der Ambulanz. Vor dem OP saßen die Kinder, die an dem Tag operiert werden sollten und die, die bereits operiert waren, zur Wundkontrolle. Im Vorbeigehen sah ich das Baby Gnadi apathisch auf dem Arm der Mutter. Schnell entschieden wir, dass es sofort eine Behandlung brauchte. Auf dem Untersuchungstisch sah ich sie war total ausgetrocknet. Martina legte schnell einen neuen Venenzugang und wir gaben ihr eine zuckerhaltige Infusion.

Daraufhin klarte sie schnell auf und zeigte sich agil. Wir fütterten sie noch mit etwas Zuckerwasser über die Spritze. Doris nahm sich nochmal viel Zeit, der Mutter zu erklären wie wichtig das engmaschige Füttern sei und Gnadi erhielt die eiweißreiche Zusatzmilch. Als wir sie ein paar Stunden später erneut sahen, war sie in einem guten Zustand und wir waren alle erleichtert.



Am letzten Tag unseres Einsatzes mussten wir nach dem OP-Programm noch aufräumen. Der Zustrom an kleinen Patienten nahm nicht ab, und es kamen noch weitere Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Zum Glück waren diese Kinder schon größer und besser ernährt, dass sie einen Termin im Mai zum nächsten Einsatz bekommen konnten. In einer Woche wurden 93 Kinder operiert und über 300 Kinder untersucht. Mit einem guten Gefühl lag ich in der letzten Nacht im Bett unter dem Moskitonetz, als schlagartig das Licht ausging und das Brummen des Generators verstummte. Ich lauschte den Geräuschen der Nacht und war schon voller Vorfreude auf den nächsten Einsatz! ■



EINSATZ IN CORONA-ZEIT

📍 Kongo

Einsatz in der Coronazeit von Dr. Emmanouilidis
(vom 14.11–27.11.2020)

Die Busreise von Kinshasa nach Kikwit (ca. 550 km), die diesmal durch die 11 maligen Kontrollen durch DGM (Direction Général de la Migration) und/oder Polizei, die nicht der eigentlichen Kontrolle dienen, sondern vielmehr um Geld zu betteln für Wasser, Bier oder Essen, dauerte viele Stunden. Es war immer so, aber diesmal waren es extrem viele Kontrollen, und es wurde aggressiv Geld verlangt. Schliesslich erreichten wir nach 8,5 Stunden das Hospital. Bis etwa 19:30 konnten wir bereits über 60 Kinder untersuchen. Das Anästhesiepersonal bereitete zusammen mit dem Techniker und der Op-Schwester die neuen Narkosegeräte, Monitore und das Material aus dem neuen Container für die Operationen vor. Die Op-Schwester bereitete die Instrumente zum Sterilisieren vor. Später haben wir das gesamte medizinische Material aus dem Container ausgeräumt und im Lager sortiert. In dem Container blieben die gesamte Photovoltaikanlage, der Stromgenerator, Klimageräte sowie das Elektroinstallationsmaterial zurück.

Allgemeine Situation im Hospital

Die Infrastruktur des Hospitals wird von Jahr zu Jahr schlechter, weil nichts investiert wird. Es gibt weiterhin kein fließendes Wasser, keine funktionierende Klimaanlage und medizinischen Geräte, in den Op-Lampen brennt nur eine Birne. Jedes mal müssen wir aus unserem Lager unsere medizinischen Geräte und Instrumente mitnehmen, um operieren zu können. Wir operieren bei offenen Fenstern, sonst hält man es im Op-Saal nicht aus. Die Luft ist sehr warm, stickig, und es herrscht ein penetranter Geruch. →





Eine systematische Fort- und Weiterbildung gibt es dort nicht. Alles was sie lernen, ist „learning by doing“. Dementsprechend ist auch die Versorgung der Patienten. Diesmal haben vier Kollegen uns ständig bei den Visiten, Untersuchungen und Operationen begleitet. So haben sie die Chance genutzt, etwas zu lernen. Wir besprechen am Röntgenbild eines 7-jährigen Jungen das Krankheitsbild seiner Hüftkopfnekrose.



Zwischendurch wird Wasser in das Fass geschüttet, damit wir uns die Hände waschen können. Im Hospital gibt es kein Essen, die Angehörigen bereiten das Essen für die Patienten selbst vor. Sie kochen, waschen, servieren das Essen und helfen ihren Kranken beim Essen. schwer.

Inzwischen sind über 115 Ärzte im Hospital angestellt. Sie versorgen aber im Durchschnitt nur 80 stationäre Patienten. Dieses Missverhältnis Arzt-Patienten-Zahl ist von Jahr zu Jahr grösser geworden. Trotzdem ist die Versorgung der Patienten katastrophal, weil es keinen Facharzt gibt, und weil die Kollegen gleich nach Abschluss ihres Studiums sofort alles machen dürfen ohne irgendeine Einweisung. Sie studieren zwar 6 Jahre lang, lernen in der Zeit sehr wenig, weniger, als eine Krankenschwester bei uns. Sie selbst sind absolut nicht zufrieden mit dem, was sie in der Uni gelernt haben. Wenige Vorlesungen finden statt, und diese sind auch noch mangelhaft, wie mir Kollegen sagten.



1: Wassernachschub
 2: Maniok- und Maismehl werden gemischt und mit Wasser zu einem Brei (Foufou) gekocht.
 3: Besprechung mit den Kollegen
 4: Gekaufte Lebensmittel für Musala und für S. Albertinez
 5: Kind mit Keloid vor und nach der OP
 6: Waisenhaus Musala

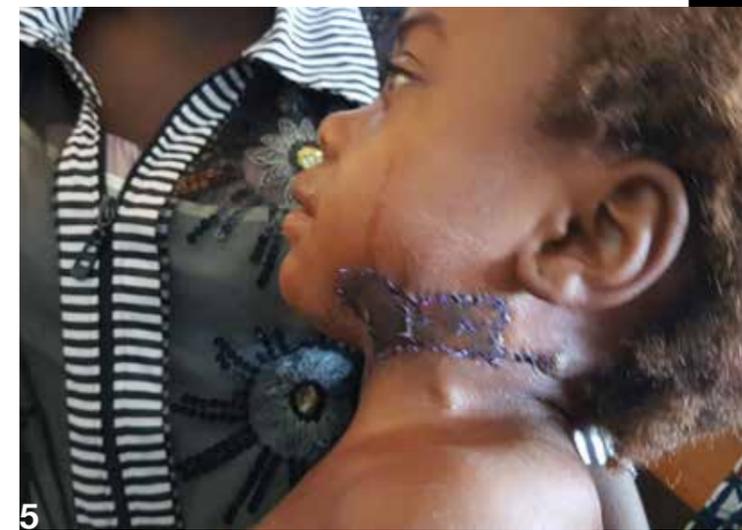
Waisenhaus Musala

An letzten Sonntag haben wir 6 Kinder operiert und nachmittags das Waisenhaus Musala besucht. Dort befinden sich z.Z. 49 Kinder. Die meisten von ihnen kommen aus dem Kriegsgebiet Karsai, aus Angola, einige waren Strassenkinder und sogar 2 Kinder kamen aus Kamerun. Die Lebensmittel werden vom Hammer Forum mit finanzieller Unterstützung von ADH monatlich gespendet. Dasselbe geschieht auch mit dem Waisenhaus von S. Albertine.



Klinische Fälle

Dieses kleine Mädchen erlitt vor einem Jahr Verbrennungen in Gesicht, Brust, rechter Schulter und am linken Arm. Danach bildete sich ein Keloid. Das Keloid im Gesicht und am linken Arm wurde entfernt und der grosse Hautdefekt im Gesicht musste mit Spalthaut gedeckt werden. Die Operation führten Dr. Barahmand (MGK-Chirurg) mit Dr. Derani zusammen durch.



Der 9-jährige Junge wurde vor 6 Monaten auswärts wegen eines perforierten Dünndarms operiert. Man legte das Ileostoma auf der linken Seite statt auf der rechten und ziemlich nah am Beckenkamm an. Den distalen Teil hat man blind verschlossen und seitlich am Colon (Dickdarm) angenäht. Ziemlich ungewöhnliche Operation. Den angelegten Dünndarm-Ausgang sollten wir zurückverlegen. Operation dauerte etwas länger, weil massive Verwachsungen bestanden. Der Junge erholte sich schnell und konnte nach einer Woche entlassen werden. ■ →



7: Das kleine Baby wurde von dem MGK-Chirurgen an einer Lippenspalte operiert.

8: Der Notarztwagen wurde von unserem Projektleiter vor Ort Herrn Dr. Tollo (l.) an das Hospital übergeben.



ZUSAMMENFASSUNG

Nach einer Woche sind 7 Teammitglieder zurückgefliegen. Mit einer Krankenschwester blieb ich zurück und operierte noch 37 Kinder in 5 Tagen. Insgesamt konnten wir 461 Kinder untersuchen und 155 operieren. Zusätzlich konnten wir 21 Ultraschalluntersuchungen durchführen. Während des Einsatzes haben wir 22 unterernährte Kinder registriert, sie wurden in unser Milchprogramm aufgenommen.

Leider erst am letzten Tag kamen 4 Kinder mit grosser Milz bei Drepanocytose (Sichelzellanämie) und nach einigen Transfusionen zur Operation.

Auch 3 Kinder mit Missbildungen am Anus konnte ich nicht mehr operieren, weil mein Koffer mit dem EMG-Gerät eine Woche verspätet nachkam und das Anästhesieteam bereits zurückgefliegen war. Diese Kinder habe ich für den Mai 2021 einbestellt.

Wie immer waren wir auch diesmal Selbstversorger. Wir hatten viele Lebensmittel aus Deutschland mitgenommen. Dem Projektleiter vor Ort Herrn Dr. B. Tollo danken wir für die gut organisierte Planung des Einsatzes und die Unterkunft in seinem Haus. ■



Das Team im Flughafen in Paris: von links: Dr Omig Barahmand (MGK-Ch-), Jürgen Strauss (Medizintechniker), Dr G.-Braun (Anästhesist), Dr Emmanouilidis (Chirurg), S. Barbara Jüdemann (OP-Schwester), S. Martina Andrae (Anästhesieschwester), Dr. A. Derani (Orthopäde-Unfallchirurg), Dr. R. Palmer (Anästhesistin), S. Doris Broadbent (Krankenschwester).



WAHRNEHMEN UND SCHÄTZEN, WIE GUT ES UNS IN DEUTSCHLAND GEHT.

Kongo
Bericht von Dr. Derani
(vom 14.11–27.11.2020)

Wie alle ärztlichen Kollegen möchte ich immer Menschen helfen, soweit ich kann. Vor einem Jahr habe ich meine Facharztprüfung in der Orthopädie und Unfallchirurgie absolviert. Ich bin seit 2 Jahren im Klinikum Ingolstadt tätig. Eine Klinik der maximalen Versorgung in Deutschland, wo wir viele verletzte Patienten täglich behandeln.

um ich nicht auch Menschen außerhalb von Deutschland helfe. Menschen, die vielleicht nicht die gute medizinische Versorgung bekommen, die wir hier in Deutschland bekommen. Über einen guten Kollegen erfuhr ich von der Organisation „Hammer-Forum“. Nachdem ich mich im Internet über die Organisation informiert habe, wollte ich unbedingt ein Teil davon sein, um Kindern in den armen Ländern zu helfen.

Als ich dann ein Mitglied geworden bin und die Nachricht bekommen habe, dass ich an einem Einsatz in der DR Kongo teilnehmen kann, war ich überglücklich.

So bin ich dann als Teil dieses Teams in die DR Kongo mitgereist. Dies war mein erster Auslandseinsatz in einem der ärmsten Länder der Welt. Das Team bestand aus 5 ärztlichen Kollegen, Anästhesie- und Op-Schwester, Krankenschwester und einem Techniker.



Der Leiter der Gruppe ist Dr. Emmanouilidis, ein ehemaliger Chefarzt für Allgemeinchirurgie. Er leitet seit mehr als 25 Jahren die Auslandseinsätze des Hammer-Forums. Nach einer langen Flug- und Busfahrt von ca. 20 Stunden sind wir im Krankenhaus gegen 15:30 angekommen, wo bereits dutzende von Kindern, begleitet von ihren Eltern, auf uns warteten. Ohne eine Pause starteten wir mit der Arbeit und der Sprechstunde bis ca. 20:30 Uhr.

Ich kann es nicht vergessen, die Gesichter der Kinder und deren Eltern, die auf uns warteten. Auf Nachfrage erfuhr ich, dass einige bereits seit ein bis zwei Tagen hier auf uns warteten und aus entfernten Regionen angereist waren, um uns ihre Problemen zu schildern.

Es war für mich eine großartige Erfahrung, eine Erfahrung mit gemischten Gefühlen. Gefühlen der Freude, vielen Kindern und wenige Erwachsenen notfallmässig helfen zu können und Gefühle der Trauer, in welcher Lage und Situation die Menschen hier leben und wie schlecht ihre medizinische Versorgung ist.

Ich war fasziniert, wie das Team zusammenhielt und den ganzen Tag im Krankenhaus verbrachte, um Patienten zu untersuchen und Operationen durchzuführen. Wie der Teamleiter trotz seines Alters den ganzen Tag notwendige Operationen bei den kranken Kindern durchführte. Dabei assistierten ihm zwei einheimische Ärzte, um von ihm zu lernen. Das Zusammenspiel zwischen den Operateuren, der Operationspflege und dem Anästhesieteam war reibungslos, nur mit einem Ziel, so viele wie möglich zu behandeln. In dieser kurzen Zeit von einer Woche konnten 155 Operationen durchgeführt werden.

Jeden Abend haben wie dann in unsere Unterkunft zusammen gekocht und gegessen. Anschließend haben wir uns unterhalten über die spannenden Fällen, die wir gesehen haben und wie wir den Patienten am besten helfen können. Sehr viel haben wir uns aber auch über die schlechte medizinische Situation in diesem Ort unterhalten. Denn die erfreulichen Ereignisse, die ich erlebt habe, stießen aber leider auf eine Vielzahl von traurigen Kenntnissen über die medizinische Versorgung vor Ort. →





Es tat mir sehr leid, als ein junger Mann Mitte Zwanzig nach einem Motorradunfall in die Klinik kam mit einer I° offenen Unterschenkelfraktur. Erst nachdem die Medikamente besorgt wurden, bekam er nach einer Stunde eine Infusion mit intravenöser Schmerztherapie. Die Anfertigung der Röntgenbilder hat dann mehr als zwei Stunden gedauert, da die zuständige MTA dort den ganzen Radiologie-Bereich abgesperrt hatte, um private Sachen außerhalb der Klinik zu erledigen. Nach schließlich diagnostizierter Unterschenkelfraktur mit Etagenfraktur der Tibia (AO 42C2) beschloss der Orthopäde in der Klinik, die Operation am Folgetag durchzuführen, da aktuell die Uhr auf 14:30 gezeigt hat und die reguläre Arbeitszeit um 15:00 Uhr endete. Nur auf Druck konnte der Patient durch uns operiert werden. Am Folgetag hat er sich dafür sehr bedankt und war glücklich. ■

Das Krankenhaus in Kikwit ist theoretisch eine Universitätsklinik für die medizinische Fakultät in der Stadt, praktisch aber weit davon entfernt. Die Patienten müssen für die stationäre Behandlung eine Pauschale zahlen, die nur die Übernachtung und die ärztliche Untersuchung beinhaltet. Um alles andere müssen sie sich selber kümmern. Die Stationen bestehen aus großen Räumen, wo die Patienten nebeneinander liegen. Jeder Patient muss sich selber um seine Mahlzeiten kümmern, daher wird im Krankenhaus durch die Angehörigen gekocht und Wäsche gewaschen.

Die Patienten müssen selber die Medikamente besorgen, die während des stationären Aufenthalts gegeben werden sollen. Wenn Patienten sich die Medikamente nicht leisten können, dann bekommen sie keine Medikamente von der Klinik. Das gleich gilt für die Gipsschienen. Ich war fassungslos, als ich Männer und Frauen auf den Stationen sah, die seit Tagen oder auch Wochen mit ihren gebrochenen oder luxierten Frakturen in einer Kartonschiene ruhiggestellt wurden. Auf Anfrage, warum die Frakturen nicht in einem Gips ruhiggestellt wurden, bekam ich die Antwort, dass das Krankenhaus keinen Gips hat und die Patienten selber den Gips besorgen müssen, was sich viele nicht leisten können. Viele offene Unterschenkelfrakturen entwickeln aus diesen Gründen chronische Infekte und enden in Amputationen.

Die Operationssäle sind sehr schlecht ausgestattet und die Sterilitätsbedingungen erfüllen nicht mal den Mindeststandard.



Der Hauptoperationssaal

Eine intraoperative radiologische Kontrolle der Frakturversorgungen ist nicht vorhanden. Die osteosynthetischen Implantate sind eine Sammlung aus vereinzelt Platten und Schrauben von unbekanntem Hersteller. Wenn Implantate entfernt werden, werden sie meistens wieder sterilisiert und für andere Patienten erneut verwendet. Die Osteosynthesen werden durch nicht ausreichend ausgebildete Operateure durchgeführt und enden meistens in Komplikationen. Eine notfallmäßige Behandlung kann erst durchgeführt werden, wenn vorher die Kosten bezahlt werden.



1: Eine 6 Tage alte III° offene Unterschenkelfraktur links in einer Kartonschiene ruhiggestellt nach initialem Wundverschluss durch die einheimischen Ärzte
2: Warten vor der Ambulanz



ZUSAMMENFASSUNG

Schließlich bin ich froh ,an diesem Einsatz teilgenommen zu haben und freue mich auf die nächsten Einsätze mit dem Hammer-Forum. Ich bin froh, dass es solche Organisationen gibt, die Menschen helfen.

Menschen, die eine schlechte allgemeine und medizinische Versorgung in ihren Heimatländern haben, obwohl sie nichts dafür können, in diesen Ländern geboren zu sein. Ebenfalls ist mir bewusst geworden, in welchem

wunderbaren hochwertigen Zustand wir in Deutschland leben und welche exzellente medizinische Versorgung uns gewährleistet wird, die wir manchmal nicht genug schätzen. Wenn wir uns als medizinisches Personal oder Patienten über Kleinigkeiten ärgern, muss in unseren Gedanken immer die wahre Vorstellung vorhanden sein, dass es andere Menschen auf der Welt gibt, die nicht mal das Minimum einer notwendigen medizinische Leistung bekommen. ■



URLAUBSVERTRETUNG IN MEINER ZWEITEN HEIMAT

📍 Burkina Faso
 Bericht von Doris Broadbent
 (vom 02.09.–14.09.2020)

Nach negativem Covid Test durfte ich am 02.09.2020 von Frankfurt aus via Addis Abeba und Niamey/Niger nach Burkina Faso fliegen. Noch am gleichen Tag fuhr ich mit dem Bus nach Ouahigouya und kam nach 4 Std. an. Der Bus war voll, und nur ich trug Mundschutz. Dort holte mich Marie Claire, unsere Projektleiterin, um 21 Uhr ab.

Freitag, 4.9. fahren wir zusammen ins Krankenhaus. Es warten einige Kinder in unserer Ambulanz, wir versorgen sie, gehen dann rüber zur CREN, der Rohbau ist fertig, gekachelter Fußboden, Kabel verlegt, hängen von den Decken und Wänden. Der Architekt ist da. Er versichert uns, es lief alles nach Zeitplan. Nur bei den Toiletten gibt es ein Problem, der Schacht muss mindestens 3 Meter tief ausgehoben werden, aber zur Zeit steht das Grundwasser so hoch, dass der Schacht gleich voll läuft.

Marie Claire geht zur Ambulanz, ich gehe in die Pädiatrie. Zwei Neugeborene sollen Ernährungssonden erhalten. Es gibt dort nur CH 6, aber die Winzlinge wiegen nur 800, bzw. 1200 Gramm. →





So gehe ich zurück, hole 2 Sonden CH 4 aus meinem Koffer mit passender Spritze, Mutter, Oma, Pflegepersonal sind dankbar. Alle werden von mir aufgeklärt, wie man die Sonden richtig benutzt, pflegt und wie das Kind gehalten werden muss. Denn hier wird die Muttermilch abgepumpt, mit der Hand in eine Tasse, dann mit passender Spritze aufgenommen und durch die Sonde gefüttert. Von den Angehörigen!!! nicht vom Pflegepersonal. Auch die Reinigung ist wichtig, damit die Sonde lange hält. Alle bedanken sich für die Info, besonders die Schwester, die die Sonde legte. Sie hatte das alles noch nie gehört. Dann fehlte wieder ein Stethoskop zum Nachprüfen, ob die Sonde richtig liegt, auch so eines war im Koffer und hängt nun im Reanimationsraum.

Das ganze Krankenhaus ist grün bewachsen, Bohnen, Mais... es sieht gut aus. Im OP finde ich die Operateure in ihrem Aufenthaltsraum. Sie wollen ihre geplanten OPS zurückstellen, damit unser Einsatzteam 2 OP Säle bekommt. Sie würden nur Notfälle behandeln. Ein Chirurg spielt mit einem AP Beutel, er hat 2 Patienten, die einen brauchen, aber nur diesen einen Beutel. Auch da kommt mein Kofferinhalt gut an, ich habe in Werl viel Material bekommen, der Arzt bedankt sich herzlich für die Spende. Der Orthopäde fragt nach dem Dermatol, das wir bitte nicht vergessen sollen mitzubringen.

Marie Claire müssen wir wecken, noch eine Kleinigkeit essen, dann zu 18 Uhr zum Bus. Ihr Bekannter fährt mit, er nimmt sein Motorrad auch mit im Bus und das muss eher da sein, verpackt und verstaut zu werden. Neben Ziege und Huhn ist noch Platz im Gepäckraum. Es klappt sogar schon im 18:30 Uhr Bus und so müssen

sie nicht so lange warten. Es wird dunkel, wie immer gegen 18 Uhr, und ich will nicht warten bis schwarze Nacht herrscht, mit dem Auto durch die grossen Pfützen zu fahren, die jetzt in der Regenzeit die Straßen zu Seen werden lässt. So verabschiede mich und fahre nach Hause. Der kurze Weg geht auch nicht, ab 18 Uhr sind alle Straßen um Kasernen gesperrt, der Überfälle im Norden wegen. So müssen alle, auch der Bus, einen Umweg nehmen. Da gibt es viele Schlaglöcher und eben viel Wasser. Aber kaum Straßenlaternen.

Montag zum Dienst, da ist wieder der Kinderarzt da. Untersuchungen der Kinder, nette Gespräche und Adama kommt mit Vater auf dem Motorrad aus Gourcy, 40 KM entfernt. Er geht auf der Prothese ohne Probleme. Ich schau mir alles an, messe aus. Adama hat einfach abgenommen seit Dezember 2019, als ich ihn zurück brachte. Jetzt wackelt der Oberschenkel in der Gummimanschette, die außerdem einen Riss hat. Bei der trockenen Hitze bis 60 Grad in der Sonne, leidet das Material. O.k, ich mache einen Gipsabdruck im Stehen, dann polstere ich alles mit Watte ab und das Wackeln hat ein Ende.

Dienstags kommt der Kinderchirurg zur Konsultation zu uns. Dr. Bere, die sonst immer kommt, hat Urlaub, nach der Besprechung kommt Dr. Erwe, ein Arzt aus Kamerun. Wir konsultieren gemeinsam und haben fast immer die selbe Meinung. Bei einer Analatresie haben sie schon eine Kolostomie angelegt, das sieht gut aus, nun soll noch die Recto-Vaginale Fistel entfernt und der Anus konstruiert werden. Das machen sie dann mit unserem Team mit Dr Theo zusammen. Der bringt das EMG Gerät mit, damit der Ausgang an die richtige Stelle kommt.



Einige Verbände, immer wieder Osteomyelitiden, eine Tibia (Schienbeinknochen) schaut mich an aus dem Unterschenkel, seit Wochen schon sei das so. Keiner traut sich den Sequester zu entfernen, weil dann die Stabilität nicht gewährleistet wäre. Das Mädchen 6 Jahre alt, läuft sowieso nicht. Papa trägt sie. Auch sie wird im Oktober endlich versorgt. Eine Hauttransplantation am Fuß heilt gut ab, aber mit Vollahaut vom Oberschenkel kommen Keloide. Hier warten alle auf das Dermatol. Aguera aus Titao, 80 km nördlich, kommt mit Bruder mich besuchen. Ich hatte sie Montag anrufen lassen. Auch sie war in Deutschland mit einer Mundfistel. Ich verbringe den Abend weiterhin mit Abrechnungen.

Mittwoch ist HIV Tag, da kommen alle positiven Kinder aus dieser Gegend für ihre Medikamente und Kontrollen, die Neuen zur Erstuntersuchung.

Am Samstag um 10 Uhr fährt der Bus pünktlich nach Ouagadougou ab. Die üblichen Passkontrollen unterwegs. Wir kommen nach 4 Stunden an. Kali kommt und wir warten auf Ernest, der uns mit seinem Auto nach Ampo bringen will. Dort warten Irene mit Onkel aus Sabou, 80 km westlich. Irene ist ebenfalls ein Kind, das in Deutschland war, auch mit einer Beinprothese. Mit ihrer

Skoliose wächst sie nicht so schnell und alles passt noch. Das Wiedersehen war kurz, aber herzlich. Es war eine lange An- und Heimreise, aber es war gut, alles erlebt zu haben. Ich habe mich zu jeder Zeit sicher gefühlt, weder politisch noch medizinisch gab es Probleme. Es gibt genügend Nahrung für die Bevölkerung, auch erschwinglich. Busse fahren normal jeden Tag mehrfach von und zur Hauptstadt. Es gab zu der Zeit 1400 Corona Fälle in Ouagadougou, wie viele Tote konnte mir der Krankenhausbereich nicht sagen. Ein Pater aus Ouahigouya hatte sich in Ouagadougou infiziert und starb, für ihn las der Bischof eine Messe in Ouahigouya. In Ouaga gibt es 5 Testzentren und ab dem 18.09. soll auch im Unikrankenhaus, wo wir arbeiten, ein Teststand hinkommen.

Die Kinderambulanz läuft gut. Marie Claire ist überall beliebt. Es kommen täglich Kinder zur Untersuchung. Der Bau der CREN (Centrum zur Rückgewinnung der Gesundheit, Ernährungs- und Nahrungsanbauberatung) liegt voll im Zeitplan, müsste Ende Dezember bezugsfertig sein. Der Einsatz war sehr kurz, aber ich konnte alle Aufgaben erledigen und noch privat etwas unternehmen. Danke dem Hammer Forum und meinem Arbeitgeber für das Vertrauen und die Möglichkeit des Einsatzes. ■



UNWÜRDIGE ZUSTÄNDE IM FLÜCHTLINGSLAGER MORIA AUF LESBOS

📍 Moria
Bericht von Dr. Emmanouilidis
(vom 29.07.–31.07.2020)



Im Januar 2016 besuchte ich zum ersten Mal die Flüchtlingslager auf Lesbos. Damals waren in den beiden Camps Moria und Kara-Tepe auf Lesbos insgesamt ca. 4.300 Flüchtlinge untergebracht. Jetzt Ende Juli 2020 befanden sich ca. 17.000 Flüchtlinge auf Lesbos (in Moria 15.501 und in Kara-Tepe 1.300, aber nur Familien).

In Moria leben über 12.000 Flüchtlinge im sog. „Wilden Camp“, d. h. um das eigentliche Camp herum haben die Flüchtlinge seit 2016 nach und nach selbst kleine Hütten aus Plastikplanen, Wellblech, Holzbrettern usw. errichtet. Das gesamte „Wilde Camp“ ist ca. 40 Fußballfelder groß.

Weder Wasser noch Strom gibt es dort. Dennoch haben die Flüchtlinge aus eigener Initiative eine Infrastruktur aufgebaut, sogar eine Halle für Filmvorführungen und einen Raum, wo man musizieren kann, geschaffen und die täglichen Abläufe geregelt. Man hat den Eindruck, dass im „Wilden Camp“ zwar das Chaos herrscht, aber



selbst im Chaos gibt es Regeln und eine gewisse Ordnung, an die sich die Flüchtlinge halten. Außerdem gibt es dort auch Geschäfte, man kann fast alles, was man zum Leben braucht kaufen, z. B. Kleidung, Mehl, Brot, Fleisch usw. Woher die Flüchtlinge dies alles besorgen, insbesondere das Fleisch, konnte ich leider nicht erfahren und durfte auch nicht die kleine Metzgerei fotografieren. Dieser Basar liegt zu fast 100 % in den Händen von Afghanen. Diese Basar-Straße erinnert mich an die engen Gassen in jemenitischen Basaren.

Die Afghanen backen ihr Fladenbrot im Erdofen. Beheizt wird er mit Holz. Gut ein Drittel der Flüchtlinge sind Kinder und über 500 von ihnen ohne Begleitung. Alleinstehende Mütter mit ihren Kindern sind im offiziellen Lager in einer Baracke untergebracht.

Die Verteilung der Mahlzeiten erfolgt durch ein Catering Unternehmen, allerdings bekommen nur die Flüchtlinge Essen, die im eigentlichen Camp wohnen. Die andern im sog. „Wilden Camp“ erhalten 150€ monatlich und müssen sich selbst versorgen.

Ca. 78 % der Flüchtlinge sind Afghanen, 7 % Syrer, 4,9 % Kongolesen, 2,5 % Sudanesen, 2 % Iraner, 0,9 % Jemeniten, weitere aus Irak, Palästina, Kamerun, Eritrea, Gambia, Ägypten, Libyen, Pakistan, Myanmar usw. aus insgesamt 33 Ländern. Die Leiterin der Statistik in Moria, sagte mir, dass weiterhin 25-28 Flüchtlinge wöchentlich kommen, über 40 % von ihnen sind Kinder.

Ich sprach mit einigen Flüchtlingen. Ein 24 Jahre alter Iraner, der seit 4 Jahren als Flüchtling dort lebt, hat die griechische Sprache gut gelernt und fungiert für die



Afghanen als Dolmetscher. Ein Arzt sagte mir, dass man Personen mit schweren Krankheitsbildern ins Hospital überweise. Die medizinischen Zelte befinden sich außerhalb des eigentlichen Kerncamps.

HandWashing Project

Schon seit langem hat die Starfish-Foundation angefangen, an 5 verschiedenen Stellen in dem „Wilden Camp“ Waschstellen für die Flüchtlinge einzurichten. Die Flüchtlinge selbst sind für den reibungslosen Ablauf verantwortlich, wofür sie mit Wasser und Essen belohnt werden.

Hier werden einige Flüchtlinge als Helfer für Hygieneregeln trainiert, sie helfen an den „Hand Wash“ stellen und fordern die Menschen auf, sich an die Hygieneregeln gerade in der Corona-Zeit zu halten, und sie haben auch in dem „Wilden Camp“ damit viel zu tun.

Baby Box Projekt.

Das Hammer Forum beteiligt sich seit Anfang des Jahres auch an diesem Projekt. Hierbei wird den Müttern eine Erstausrüstung für ihr Neugeborenes übergeben. Einige Wochen nach meinem Besuch brannte Moria vollständig nieder. ■





MEDIZINISCHE UNTERSTÜTZUNG FÜR DIE KINDERHILFE TANSANIA

📍 Tansania
Bericht von Gabriel Tewes
(vom 14.02. – 01.03.2020)

Nach intensiven Vorbereitungen reiste auch in diesem Jahr, unter der Leitung von Dr. Gabriel Tewes, eine Gruppe von Spezialisten für 2 Wochen nach Tansania, um vor Ort Kinder zu operieren, die aus finanziellen Gründen nicht behandelt werden können und deshalb auf Hilfe von außen angewiesen sind. Wie in jedem Jahr traf sich die Gruppe in Zürich am Abfluggate, um zu dem ca. 11000 km entfernten Ifunda, einer Missionsstation der Diözese Iringa, zu reisen. Gleich nach der Ankunft in Ifunda versetzten wir die Operations- und Ambulanzräume in den gebrauchsfähigen Zustand. Bereits zu diesem Zeitpunkt hatten sich ca. 160-200 Patienten mit unterschiedlichsten Erkrankungen eingefunden, sodass wir sofort mit dem Screening beginnen konnten.

Eines hatten alle Patienten gemeinsam: sie sind alle bitterarm und viele befanden sich in einem katastrophalen Allgemeinzustand. Wir fragten uns, woher diese Menschen die Kraft für den mehrtägigen beschwerlichen Weg (bis zu 700 Km) nahmen, denn viele Mütter trugen ihre

kleinen Kinder im Tragetuch über die ganze Strecke. Die meisten Eltern besaßen nicht das Geld für die Fahrt mit dem Bus. Wir hatten deshalb ein Sammelkörbchen aufgestellt, aus dem die bedürftigen Patienten das Fahrgeld geschenkt bekamen.

In der Sprechstunde untersuchten wir 366 Kinder, von denen 71 operiert wurden. Dank der Spende einer früheren Patientin aus Ahlen konnten wir den kleinen Kindern handgemachte, 50 farbenfrohe Mützchen gegen das Auskühlen während der Operation aufsetzen. Bei den Voruntersuchungen rückten sehr schnell einzelne Diagnosegruppen in den Vordergrund.

Sehr häufig fanden wir erheblich entstellende und die Funktion absolut behindernde Narben nach Verbrennungen vor. Die ausgedehnten Verbrennungsnarben existierten oft schon über einen längeren Zeitraum. Die zum Teil erheblichen und mit Schmerzen verbundenen Bewegungseinschränkungen der Gelenke wurden von den Kindern mit erstaunlicher Geduld ertragen.

Darüber hinaus befassten wir uns mit ausgeprägten O- und X-Beinen, die das Gangbild bei manchen Kindern deutlich behinderten.

Insgesamt wurden 37 Patienten mit ausgedehnten Narben vorgestellt, von denen 17 operiert werden konnten. Die anderen Patienten wurden in die Warteliste aufgenommen. Bei den sehr aufwendigen Eingriffen, mit bis zu 6,5 Stunden Dauer, gingen die Operateure sehr behutsam vor. Wir durften keine Blutung riskieren, da sich die nächste „Blutbank“ erst im ca. 45 km (Fahrweg ca. 1 Stunde) entfernten Iringa befand. Auch die Laboruntersuchungen beschränkten sich auf die Bestimmung des Hämoglobins und des Aidstestes, dem alle Patienten vor der Operation unterzogen wurden.

Nach Durchtrennung der hemmenden Narben mussten die entstandenen ausgedehnten Wundflächen durch Aufbringen von Vollhaut, Spalthaut oder gefäßgestielten Schwenkklappen wieder verschlossen werden. Das Ergebnis kann sich sehen lassen, zudem waren keine Wundinfektionen zu beklagen.

Von den vielen vorgestellten Kindern mit ausgeprägten O- und X-Beinen wurden 12 Extremitäten operativ begradigt. Die neue Stellung wurde durch Metallplättchen und einen Gipsverband für mehrere Wochen fixiert. Die Klumpfüße fanden wir in verschiedenen Behandlungsstadien vor, weshalb das operative Vorgehen dem jeweiligen Status angepasst werden musste, um ein späteres Gangbild zu ermöglichen.

Postoperativ waren bei all diesen Patienten multiple ausgedehnte Verbandswechsel notwendig, die wegen der erheblichen Schmerzen und des Zeitaufwandes den Kindern nur in Narkose zugemutet werden konnten. Insgesamt wurden 65 dieser zeitraubenden Verbandswechsel durchgeführt. Daneben wurden noch 30 Verbandswechsel ohne Narkose in der Ambulanz vorgenommen. Bei diesen Verbands- und Gipswechselaktionen wurden die einheimischen Schwestern mit einbezogen, da sie nach unserer Abreise die Pflege weiterführen sollten. In der zweiten Woche unseres



Aufenthaltes haben wir überwiegend weniger aufwendige Eingriffe vorgenommen, um sicher zu sein, dass die Wunden ungestört abheilen und keiner besonderen Nachsorge mehr bedurften. Nach wie vor stehen wir den Schwestern über WhatsApp beratend zur Verfügung.

Abends wurde das endgültige Operationsprogramm für den nächsten Tag festgelegt. Direkt nach dem Frühstück begannen wir mit dem vorgesehenen 12 stündigen Tagesprogramm, was nach Bedarf auch verlängert wurde. Organisatorisch günstig wirkte sich für uns das Vorhandensein von zwei Operationssälen aus. Da unserem Team ein Plastischer Chirurg und ein Kinderorthopäde angehörten, konnten sie ungestört und ohne Zeitnot auch große Eingriffe durchführen.

Nach getaner Arbeit freuten wir uns auf das gute Abendessen, das wir, gemeinsam mit den Priestern und einigen Lehrern der Missionsschule einnahmen. Gekocht wurde es von einheimischen Frauen, die ihr Handwerk verstanden. Ihnen möchte ich im Namen der ganzen Gruppe ein großes Lob aussprechen. Nach dem Essen waren die meisten so müde, dass sie nur noch schlafen wollten.

Zum Sonntag gehörte auch die Teilnahme am Gottesdienst. Wie jedes Jahr freuten wir uns auf die herrlichen Gesänge der Gläubigen mit ihren wunderbaren Stimmen. Auch das sehr bunte lebendige Treiben vor der Kirche zeigte, wie fröhlich und zufrieden diese Menschen trotz ihrer Armut sind. In diesem Jahr hatten die Priester sich etwas Neues ausgedacht. Unsere Gruppe wurde an den Altar gebeten und jeder Teilnehmer wurde persönlich mit dem Namen begrüßt. Dies hatte zur Folge, dass unsere Gruppe in der Missionsstation fester verbunden war als sonst.

Am Wochenende gönnten wir uns eine kleine Auszeit und besuchten den nahegelegenen Ruaha-Nationalpark. Er ist der größte Nationalpark Tansanias und wird vom ostafrikanischen Grabenbruch durch ein 300 Meter tiefes Tal in 2 Hälften geteilt. Die Flora ist sehr artenreich. Von den wilden Tieren trifft man besonders auf Elefanten, die offenbar hier gute Lebensbedingungen vorfinden. Unser Nachtquartier lag auf halber Höhe und so konnten wir die herrliche Landschaft beobachten und in der Dunkelheit die typischen Nachtgeräusche der wilden Tiere wahrnehmen. ■



ZUSAMMENFASSUNG

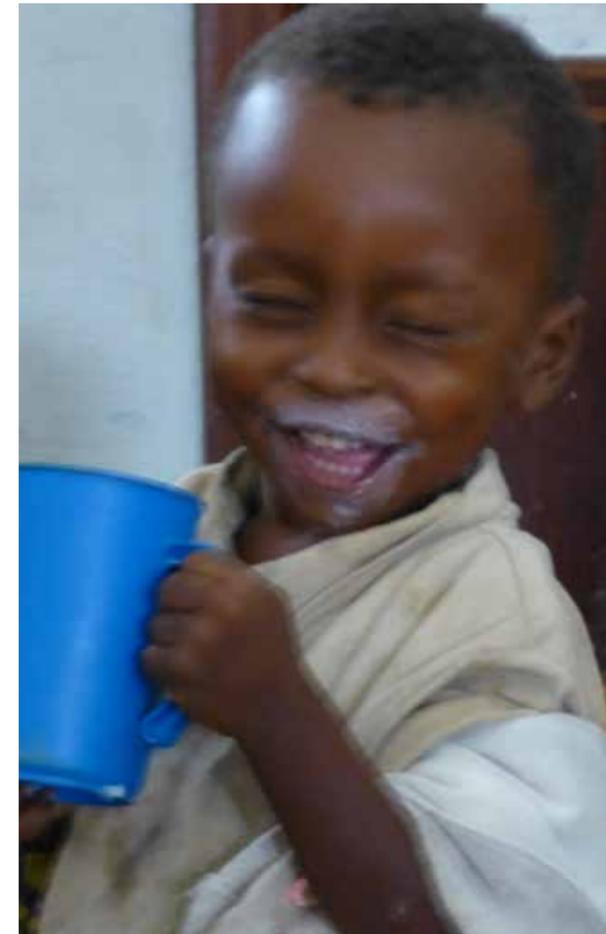
Das Health-Center in der Missionsstation Ifunda ist für humanitäre Einsätze aufgrund solider Ausstattung sehr gut geeignet. Ermöglicht wird das durch die hervorragende Mitarbeit und Logistik von Monika und Horst Blaser sowie ihrer Hilfsorganisation (Kinderhilfe Tansania). Ihnen sei an dieser Stelle herzlich gedankt. Die erbrachte Arbeitsleistung war nur durch die hohe Einsatzfreude und Motivation aller Teilnehmer möglich. Einige von ihnen verwendeten hierfür sogar ihre Urlaubstage, um bei diesem Einsatz mitzuwirken.

Besonders bewährt hat sich, wie in den Vorjahren, die Schwerpunktaufteilung in 2 getrennte Operationssäle, wodurch die Effektivität erheblich gesteigert und der Zeitdruck vermindert werden konnte. Unserer Einsatzgruppe möchte ich für die geleistete hervorragende Arbeit mein besonderes Lob aussprechen.

Als Teamleiter des Hammer Forums möchte ich mich auch ganz herzlich für die mustergültige Zusammenarbeit der beiden Hilfsorganisationen: Hammer Forum und Kinderhilfe Tansania (Klumpfuß -/ Feuerkinder) bedanken. ■

Das Team unter Leitung von Dr. Gabriel Tewes setzte sich wie folgt zusammen:

- 2 Anästhesisten: Dr. Andreas Borgmann, Dr. Wilfried Pöppler,
- 2 Kinderchirurgen: Dr. Naim Fahrat, Dr. Gabriel Tewes,
- 1 Kinderorthopäde: Dr. Johannes Correll,
- 1 plastischer Chirurg: Dr. Deniz Simunec,
- 2 Anästhesiepfleger I/n: Janusz Kowollik, Barbara Dust,
- 2 Instrumentierende Sr./der: Gabi Frek Westphal, Stefan Zug,
- 1 Orthopädisch technische Assistentin,
- 2 Organisatoren: Monika/Horst Blaser.



Miele
IMMER BESSER



Design for life.

Die neuen Küchen-Einbaugeräte von Miele

Wir beraten Sie gern

MöbelWachter
KÜCHE ■ WOHNEN

Kissinger Weg 1 • 59067 Hamm • Tel. 02381/441453 • Fax 02381/443561
info@moebel-wachter.de • www.moebel-wachter.de
Öffnungszeiten: Mo - Fr 9.30 - 19.00 Uhr • Sa 10.00 - 14.00 Uhr



NACHRUF ZUM TODE VON WILHELM PLACKE

– Dr. Emmanouilidis

Das Hammer Forum trauert um sein Mitglied Herrn Wilhelm Placke, der am 13.06.2020 im Alter von fast 81 Jahren verstorben ist.

Zuerst seine Biographie:

Geboren 11.07.1939 in Bünde. Besuchte die Grundschule und Realschule in Bünde. Danach Ausbildung als Bundesbahnassistentenanwärter, später Beschäftigung bei der Bundesbahn in Bünde, Kirchlengern. 1961 bis 1962 Grundwehrdienst abgeleistet. Danach Begabten-sonderprüfung und Beginn des Studiums an der Pädagogischen Hochschule in Bielefeld. Nach Abschluss des Studiums Tätigkeit erst in der Gemeinschaftsschule und dann Hauptschule in Bünde. Während dieser Zeit Erweiterungsstudium in Mathematik und Sport und später noch im Fach Physik. Danach bis zur Pensionierung war er an der Realschule Bünde-Mitte tätig.

Seine ehrenamtlichen Tätigkeiten waren:

10 Jahre Mitarbeiter beim Weißen Ring 17 Jahre Schöffe am Jugendgericht in Herford und Bielefeld 20 Jahre Mitarbeit beim Hammer Forum ca. 40 Jahre Schiedsrichter bei Volleyball Turnieren Willi war ein Menschenfreund, nach der Wende er aus Bünders Partnerstadt Leisnig Jugendliche nach Bünde, besorgte für sie Unterkünfte und Lehrstellen. Darüber hinaus war er jahrelang Vertrauenslehrer und ständiger Ansprechpartner für alle Sorgen und Nöte seiner Schüler. 1999 klingelte in meinem Büro das Telefon, am anderen Ende meldete sich einen freundliche Stimme und sagte: „ich bin pensionierter Lehrer und ich habe Zeit, ehrenamtlich zu helfen. Können Sie mich brauchen?“.

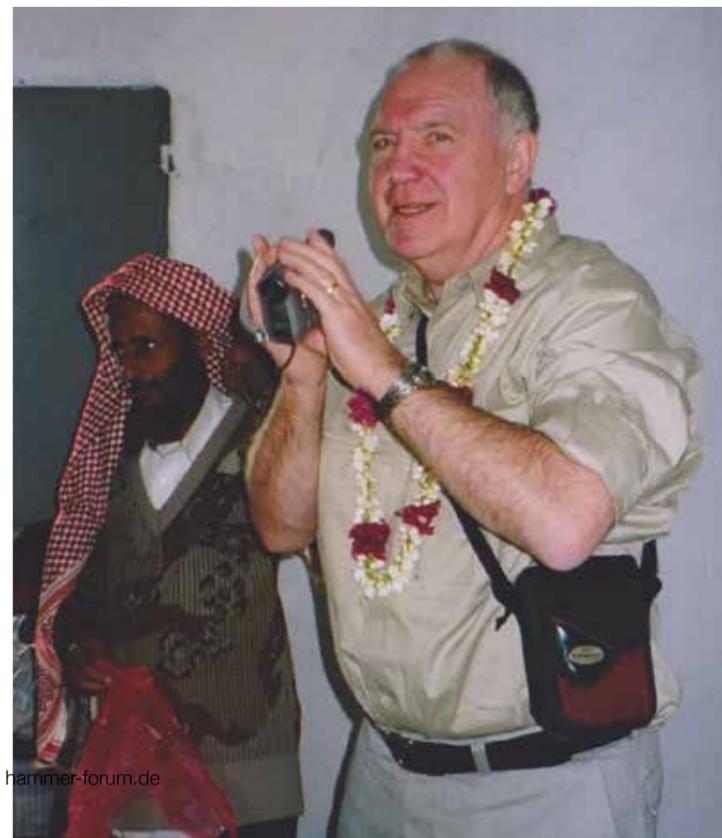
Von da an über 20 Jahre war er immer bereit, ob Tagsüber oder in der Nacht, mich zu den Flughäfen zu bringen und abzuholen bis zuletzt. Er war 100% zuverlässig. Nicht nur das, er fuhr und holte die Kinder aller Einsatzländer von und zu den Flughäfen und zu und von den

Krankenhäusern. Mit Herzenswärme kümmerte er sich um die Kleinen während der ganzen Fahrt. Oft besuchte sie auch in den Krankenhäusern. Gemeinsam mit anderen bereitete und begleitete die Infostände des Hammer Forum auf Festen und Märkten.

Ich hatte die Freude mit ihm und zwei anderen Kollegen zusammen einige Tage auf der Insel Sokotra/ Jemen kurzen Urlaub zu machen. Auch dort kamen des öfteren Kinder und begrüßten ihn per Handschlag. Sie spürten seine Herzenswärme und fassten sofort Vertrauen.

Zuletzt zwei Tage vor seinem Tod habe ich ihn im Hospiz erneut besucht und las ihm unseren Bericht von der Insel Sokotra/Jemen vor. Ich erzählte ihm über unsere vielen gemeinsamen Fahrten und Reisen. Ich fragte ihn, ob ich weiter vorlesen und erzählen soll, er nickte und lächelte. Zwischendurch feuchte ich seine Lippen an und gab ich ihn schluck-weise Wasser zu trinken. Nach gut 2 Stunden schlief er ganz ruhig. Dann verabschiedete ich mich, drückte seine Hand und sagte ihm, ich komme am Sonntag wieder.

Im Herbst 2019 erfuhr er von seiner Krebserkrankung. Trotz seines mutigen Kampfes ist er ganz ruhig und in Würde eingeschlafen und für immer von uns gegangen. Das Hammer Forum wird ihm stets ein ehrenvolles Andenken bewahren. ■



JOSEF BREUER

– Frank Schlichting

Josef (Jupp) Breuer geboren am 19.03.1947, war als Allround-Handwerker seit den frühen 2000er Jahren für das Hammer Forum tätig. Seit seiner ersten Reise ins ostafrikanische Eritrea gehörte sein Herz den Menschen vor Ort. Und so reiste er immer wieder für uns und befreundete Organisationen dorthin. Jupp, wie er von allen genannt wurde, war stets offen für die Belange der Menschen dort. Verständigungsprobleme machte er durch seine offene und herzliche Art wett. Das Improvisieren gehörte ebenfalls zu seinem Geschick. Mit viel Engagement betreute er lange Zeit diverse Baustellen in Eritrea. Dabei lag ihm stets das Wohl und die Gesundheit der Kinder am Herzen. Auf vielen Reisen begleitete er unsere Mediziner, um sie vor Ort bei technischen Problemen zu unterstützen und damit oftmals überlebenswichtige Operationen zu ermöglichen.

Leider mussten wir uns am 8. Februar 2020 von „Jupp“ verabschieden.

Herr Breuer wird uns stets in guter Erinnerung bleiben. ■



wilke MEDIENGRUPPE

SPEZIALISTEN FÜR print+media

Oberallener Weg 1 • 59069 Hamm
 Telefon: 02385-462900
 www.wilke-mediengruppe.de



Hammer Forum
 Medical Aid for Children e.V.

HERAUSGEBER
 HAMMER FORUM e.V.
 Dr. Theophylaktos Emmanouilidis,
 Sabine Huwe,
 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

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.

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich werde Mitglied im Verein der Freunde und Förderer des HAMMER FORUM Medical Aid for Children e. V., Caldenhofer Weg 118, 59063 Hamm.
 Gläubiger-Identifikationsnummer: DE07HFO0000472718

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

E-Mail _____ Geburtsdatum _____

Ich unterstütze die Arbeit des o. g. Vereins mit einem jährlichen Mitgliedsbeitrag von:
 15 € (Beitrag für Personen unter 25 Jahren)
 50 € (Beitrag für Personen über 25 Jahre)
 andere Summe _____

Datum, Unterschrift _____

Widerrufsrecht: Sie möchten keine Mailings mehr von uns erhalten? Schreiben Sie uns unter Angabe Ihrer ID eine E-Mail an info@hammer-forum.de und wir nehmen Sie aus unserem Mailing-Verteiler.

SEPA-Lastschriftmandat für das oben aufgeführte Mitglied

Ich ermächtige den Verein der Freunde und Förderer des HAMMER FORUM Medical Aid for Children e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o. g. Verein auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Meine Bankverbindung lautet:

Kontoinhaber _____ Kreditinstitut _____
 BIC _____ IBAN _____
 Ort, Datum _____ Unterschrift _____

SEPA-Überweisung/Zahlschein

Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts _____ BIC _____

Angaben zum Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 35 Stellen)

HAMMER FORUM e. V., 59063 Hamm

IBAN **DE33410500950004070181**

BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters (8 oder 11 Stellen)

WELADED1HAM

Betrag: Euro, Cent _____

Kunden-Referenznummer - Verwendungszweck, ggf. Name und Anschrift des Zahlers

KINDER 2-20

noch Verwendungszweck (insgesamt max. 2 Zeilen à 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 2 Zeilen à 35 Stellen)

Angaben zum Kontoinhaber/Zahler: Name, Vorname/Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)

IBAN **DE** _____ **08**

Datum _____ Unterschrift(en) _____



Bitte schicken Sie den Coupon an:
 HAMMER FORUM e. V.
 Caldenhofer Weg 118
 59063 Hamm

IHRE SPENDE HILFT!

Zu Beginn des Folgejahres erhalten Sie eine Jahresspendenquittung.

mit uns
 werden Sie zum Energiebündel

energieDACH – Sonnenstrom selbst erzeugen
 hammerE-MOBILITÄT – einfach Energie laden
 hammerWÄRME – Heizung ohne Investition

Hamms gute Geister | www.stadtwerke-hamm.de

STADTWERKE
 HAMM GmbH



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



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