



# KINDER 1/22

**Kinder in Not.  
Wir helfen.**

**Gemeinsam** mehr erreichen

 **HAMMER  
FORUM**  
Medical Aid for Children

# INHALT

- 03 Vorwort
- 04 Aktuelle Themen
  - 04 Burkina Faso  
*Schwieriger Einsatz*
  - 08 Kongo  
*Abenteuerliche Auto- und Busreise beim Einsatz im Kongo*
  - 14 Kongo  
*Unmögliches möglich machen – Hautexpander finden Anwendung*
  - 16 Somaliland  
*Ein armes aber zielstrebiges, autonomes Land hofft auf internationale Anerkennung*
  - 20 Somaliland  
*Premiere im Somaliland – erster MKG-Chirurgie Einsatz*
  - 22 Kongo  
*Stagnierende bis negative Entwicklung des Hospitals in Kikwit / DR Kongo*
  - 26 Guinea-Bissau  
*Einsatz mit einem Hauch von Abenteuer – zum vierten Mal in Gabu*
  - 30 Guinea-Bissau  
*Als Dankeschön eine Tüte mit Erdnüssen*
  - 36 Burkina Faso  
*Unsere Erwartungen wurden bestätigt*
  - 38 Jahresabschlussbericht
- 40 Sonstiges  
Impressum und Kontakt

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

Was man lernen muss,  
um es zu tun, das lernt man,  
indem man es tut.

Aristoteles: 384–322 v. Chr.

Für den humanitären Bedarf sind in erster Linie die zunehmenden Auswirkungen von Kriegen und gewaltsamen Konflikten sowie der Klimawandel verantwortlich. Die Pandemie hat in den am wenigsten entwickelten Ländern die vorhandene Armut und politische Instabilität deutlich verschärft. Das führt dazu, dass die Rahmenbedingungen für humanitäre Hilfe komplizierter werden. Die Ansprüche an diese Hilfe werden größer, während im Gegenzug die verfügbaren Mittel zur Bewältigung dieser Krise stagnieren oder sogar immer weniger werden

Die Lage der ärmsten der armen Menschen hat sich besonders verschärft, dies führt zu Unterernährung, vor allem der Kinder. Sie werden kraftlos, anfällig gegen Malaria, Cholera, Durchfallerkrankungen und andere Infektionskrankheiten. Die Folgen sind der Tod oder langlebige Entwicklungsschäden. Menschen in Not brauchen effiziente, unbürokratische und würdevolle Hilfe.

Unsere Hilfe ist autonom und unparteiisch. Wir helfen, das Leid der Menschen zu lindern und gleichzeitig die Menschenwürde zu erhalten. Die Umsetzung dieser Prinzipien kann je nach Projektland mal mehr, mal weniger schwierig sein.

Wir haben in der Pandemiezeit trotz der Reise- und Transporteinschränkungen unsere geplanten Einsätze durchgeführt und unsere Hilfe effektiv geleistet.

Allen Widrigkeiten zum Trotz werden wir auch in schwierigen Zeiten versuchen, die medizinische Hilfe für die Kinder in den Krisengebieten dieser Welt zu leisten. Um unsere Arbeit auch in Zukunft fortsetzen zu können, bitte ich Sie, uns weiter zu unterstützen.

**Liebe Leserinnen und Leser, ich danke Ihnen für ihr Vertrauen und Ihre Unterstützung, bitte bleiben sie uns treu.**



Ihr Dr. Emmanouilidis

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





## SCHWIERIGER EINSATZ IN BURKINA FASO

**Burkina Faso**  
Bericht von Dr. Emmanouilidis  
(vom 09.10–24.10.2021)

Wegen der Pandemie und der unklaren Sicherheitslage in Burkina Faso konnte der Einsatz nicht sicher geplant werden. Außerdem war bis wenige Wochen vor dem Einsatz das Team noch nicht vollständig. Deshalb musste unser Einsatz im Zielland spät angemeldet werden, was am Anfang zu Überforderung der lokalen Organisation führte. Der letzte Einsatz war im März 2019 durchgeführt worden.

Die Reise begann ab den verschiedenen Flughäfen in Deutschland und Österreich via Istanbul unproblematisch. Wie bei allen anderen Einsätzen untersuchten wir am nächsten Tag frühmorgens 27 Kinder, 6 davon wurden für die Operation vorgemerkt.

Gegen 16:00 Uhr kamen wir am Zielort an. Dort warteten den ganzen Tag viele Kinder mit Ihren Eltern auf uns. Wir haben bis ca. 19:00 Uhr die meisten untersucht (Bild 1).



Am Montag nach einem Meeting mit den einheimischen Kollegen untersuchten wir zusammen alle Kinder und registrierten sehr viele für eine Operation. Einige Kinder kamen von weit (400–500 Km) weg.

### Sicherheitslage

Seit einigen Jahren gibt es immer wieder Anschläge durch mutmaßlich islamistische Extremisten, vor allem im Nord-Osten des Landes, zuletzt im Juni und August jeweils mit dutzenden Toten. Deshalb gibt es auf dem Weg von der Hauptstadt nach Ouahigouya, unserem Zielort, viele Checkpoint-Kontrollen. In der Stadt Ouahigouya kann man sich frei bewegen.

### Klinikbetrieb

In den letzten zwei Jahren hat sich im Klinikbetrieb des Hospitals viel verändert. Es wurden noch andere Kliniken wie Urologie, Neurochirurgie, Dialyse integriert und mehrere Ärzte in allen Kliniken eingestellt. Die räumliche Op-Kapazität hat sich aber nicht geändert, die 3 vorhandenen Op-Säle für alle Kliniken sind nicht ausreichend. Die Ausstattung des gesamten Op-Traktes ist ungenügend, alte, zum Teil nicht funktionierende Maschinen, Op-Lampen nur mit einer oder 2 Birnen und unzureichende hygienische Verhältnisse – somit ist die gesamte Op-Infrastruktur als mangelhaft zu beurteilen. Der Sauerstoffkonzentrator, der kontinuierlich aus der Luft reinen Sauerstoff produziert, war defekt. Deshalb musste der Sauerstoff aus 2 großen medizinischen Sauerstoffflaschen kommen. Nach einigen Narkosen waren die Flaschen leer, schnell musste eine andere Sauerstoffflasche angeschlossen werden. Dieser Prozess war während der Narkose ziemlich heikel.

Material gibt es kaum, jeder Patient muss vorab das gesamte Verbrauchsmaterial (Abdecktücher, Nahtmaterial, Spritzen, Infusionen, Medikamente, usw.) bei der Apotheke kaufen, damit er operiert werden kann.

Auch deshalb finden kaum Operationen statt. So haben in den 9 Op-Tagen, in denen wir in den Op-Sälen anwesend waren, die einheimischen Kollegen tagsüber nur 5 Kaiserschnitte, 2 Knochenbrüche, 3 Notfalllaparotomien und 3 elektive Eingriffe durchgeführt.

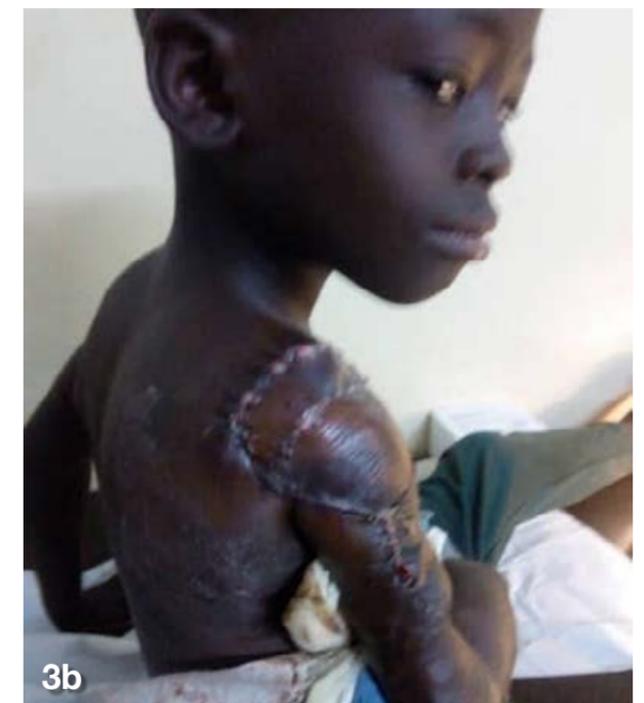


### Klinische Fälle

Dieser 9-jährige Junge (Bild 2) erlitt noch als Säugling einen Unfall. Danach wurde er an der Schulter einige Male operiert. Seither steht der Arm in der Position wie im Foto. Schulter und Ellbogengelenk sind nicht beweglich, die Muskulatur ist atrophisch. Mit der Hand kann er zugreifen und er kann alle Finger frei bewegen.

Die Operation dauerte über 3 Stunden. Um den Arm in diese Stellung zu bringen, mussten der Oberarmkopf und ein Teil des Schlüsselbeins entfernt werden. Durch Verschiebeplastik und Vollhauttransplantation konnte der große Hautdefekt geschlossen werden. Schließlich haben wir den Arm am Körper angelegt und für ca. 3–4 Wochen mit elastischen Binden fixiert. →

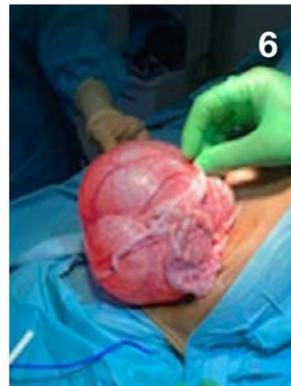
Bild 3: Am Ende der Operation  
Bild 3a: Vier Tage nach der Operation  
Bild 3b: Acht Tage nach der Operation



2-Jähriger Junge mit einer angeborenen einseitigen riesengroßen Nierenzyste rechts. Diese war sehr gut zu sehen und zu tasten. Im CT ist eine normal große Niere links. Das Ausscheidungsszintigramm zeigt, dass die Zystenniere völlig funktionslos ist und die linke normal funktioniert. Nach der Operation fiel der Bauch zusammen. Das Kind konnte und durfte am nächsten Tag trinken. Es erholte sich schnell, sodass wir es am 5. Tag entlassen konnten.



Bild 4: Im Op.-Saal  
Bild 5: Riesengroße Nierenzyste (gelber Pfeil)  
Bild 6: Nierenzyste  
Bild 7: Zyste entfernt, Bauch zusammengefallen



Der 12-Jährige Junge erlitt eine Tibiafraktur, es bildete eine Pseudarthrose und das Wadenbein drehte sich mit der Zeit nach hinten und fand bindegewebig Anschluss an die Pseudarthrose. Das Bein war nach hinten innen um ca. 40° gebeugt. Nach der Operation ist das Bein wieder gerade.



Bild 10: Vor der Op.

Bild 11: Röntgenbild

Bild 12: Nach der Op.



Bild 8: Während der Op.  
Bild 9: Hauttransplantation

Dieser 3-jährige Junge verbrannte seine Hand vor einem Jahr. Die 4 Finger waren durch die Narben stark gebeugt. Nach Entfernen der Narben wurden die Defekte mit Vollhaut aus dem Unterbauch gedeckt. Nach einer Woche haben wir die Drähte entfernt, die eingepflanzte Haut war angewachsen und gut durchblutet. Nach einer Woche sollte der Verband entfernt und mit der Bewegungstherapie begonnen werden.



## ZUSAMMENFASSUNG

Im Hospital hat sich die Zahl der Ärzte verdoppelt, auch viele Attachés sind hinzugekommen. Sie haben aber wenig zu tun.

Das Team: von rechts Dr. J. Andrae, Schwester Juliane Schreiber, Dr. Mohammad Abadi, Schwester Kathrin Krellig, Dr. Thilo Sauer, Schwester M. Fischer, Dr. Th. Emmanouilidis, Dr. Guido Dubsky

Der Op-Trakt, die Sauerstoffkonzentrationsanlage, Sterilisationsgeräte und der Instrumentenzubereitungsraum sind renovierungsbedürftig. Die Op-Lampen und Narkosegeräte sind nur bedingt funktionsfähig, und das Instrumentarium wird nicht richtig gepflegt.

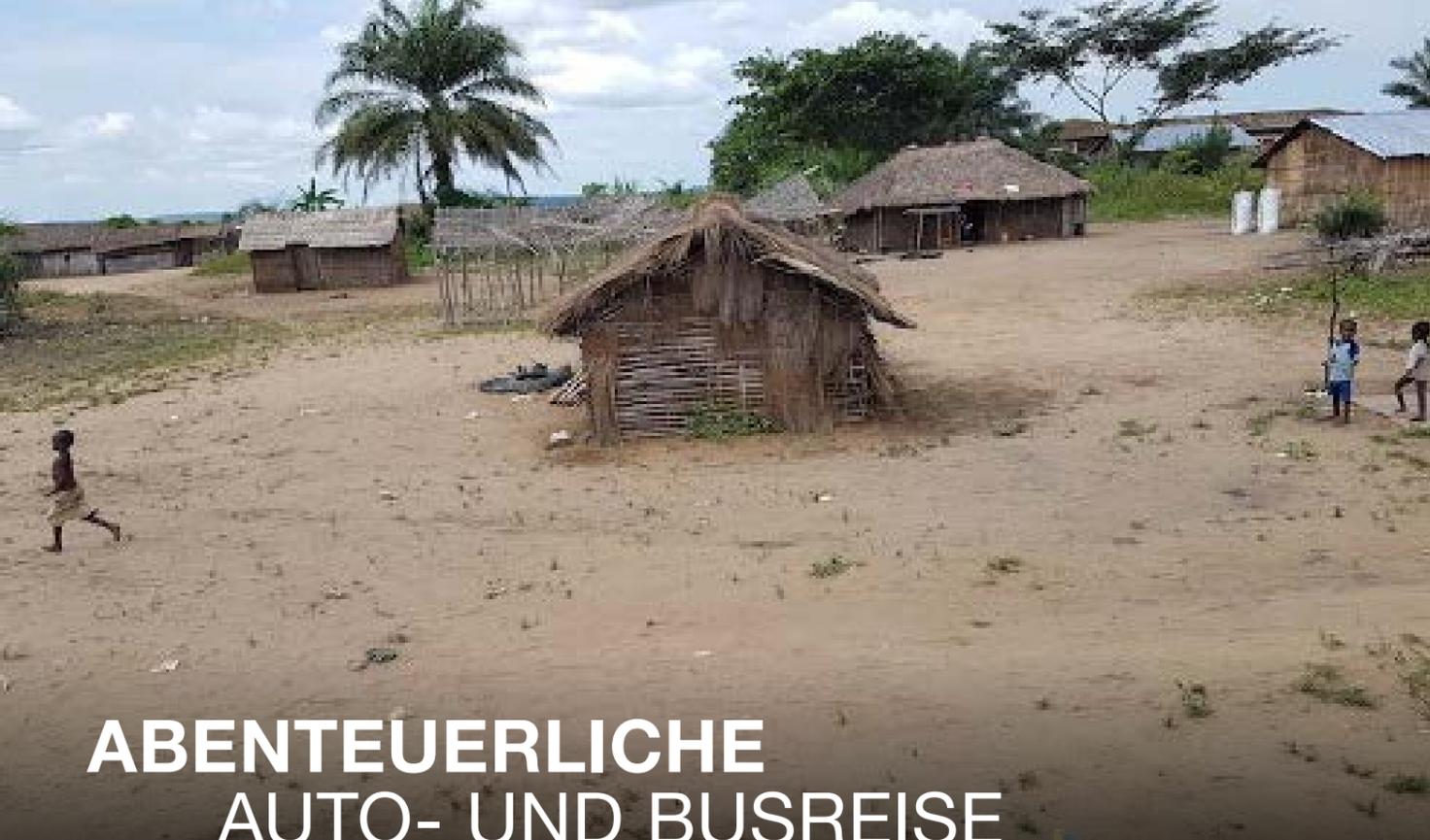
Ich möchte dem ganzen Team für das sehr gute und angenehme Arbeitsklima, den Zusammenhalt und nicht zuletzt die Kochkünste einen Dank aussprechen. Wir waren auch diesmal Selbstversorger, nach dem Abendessen konnten wir über den Tagesablauf und andere Dinge in Ruhe sprechen und den Tag ausklingen lassen.

Wir konnten zusammen in 9 Tagen 149 Kinder untersuchen und 61 operieren.

Der Rückflug ab 05:40 Uhr war zeitlich lang, strapazierend und ermüdend. ■



Bild 13: Beginn einer Narkose



# ABENTEUERLICHE AUTO- UND BUSREISE BEIM EINSATZ IM KONGO

**Kongo**  
Bericht von Dr. Emmanouilidis  
(vom 13.11–28.11.2021)

Der Start im Kongo stand unter keinem guten Stern. Als wir vom Flughafen in Kinshasa abgeholt wurden, hörten wir bereits ein ganz leises undefinierbares Geräusch am vorderen rechten Autoreifen. Am nächsten Tag sollte unsere Weiterfahrt von Kinshasa nach Kikwit um 07:00 Uhr beginnen. Die drei Ärzte sollten mit dem Auto fahren, damit sie am Nachmittag in Kikwit die bereits wartenden Kinder untersuchen könnten. Die drei Krankenschwestern sollten mit dem Bus fahren

Wir machten den Chauffeur erneut auf das Geräusch aufmerksam. Seine Antwort war wieder, „in Kikwit werde ich das Auto in die Werkstatt bringen“. Wir drei Ärzte sind knapp 120 Km gefahren, da gab es ein lauterer Geräusch, und wir konnten nicht mehr weiter fahren. Wir befanden uns dort in der „Pampa“. Der Fahrer stellte jetzt fest, dass rechts vorne das Kugellager kaputt gegangen sei. Man konnte auf der Straße die kleinen glitzernden Metallspäne sehen. Der Fahrer baute schnell das Kugellager aus, notierte die Nummer und rief unseren Projektleiter in Kikwit an. Dr. Tollo zögerte nicht und rief einen Bekannten in Kinshasa an, er solle das Kugellager besorgen und zum kaputten Auto bringen.



Bild 1: Flugstrecke  
Bild 2: Stehen in der Pampa

Was tun wir Ärzte jetzt? Die Idee war, wir fahren mit dem Bus weiter und die 3 Schwestern steigen aus, weil im Bus keine weiteren Plätze mehr frei waren. Der Bus war noch hinter uns. Der Projektleiter Herr Dr. Tollo rief den Busfahrer an und bat ihn, sobald er uns am Straßenrand sähe, anzuhalten. So geschah es auch. Wir fuhrten also mit dem Bus weiter. Nach ca. 150 Km musste einer von uns dringend eine „Pinkelpause“ machen. Da er sich ad hoc nicht erleichtern konnte, entschied er sich, nicht weiter mitzufahren und allein mit seinem Rucksack in der Pampa zu bleiben und auf unser repariertes Auto zu warten und dann weiter mit zu fahren.

Zwei von uns kamen auch mit dem Bus um 18:00 Uhr in Kikwit an. Mehr als 100 Kinder hatten den ganzen Tag auf uns gewartet. Sofort haben wir mit der Untersuchung der Kinder begonnen. Um 21:15 Uhr haben wir aufgehört und die noch nicht untersuchten Kinder nach Hause geschickt. Sie sollten am nächsten Tag wieder kommen. In der Zwischenzeit erwies sich die Situation mit dem Auto erneut als prekär: Das inzwischen gebrachte Kugellager war zwar schon älter, dennoch hat der Fahrer es eingebaut. Nach knapp 50 Km Weiterfahrt brach auch dieses. Jetzt musste wieder ein anderes Kugellager besorgt werden. Das geschah. Dr. Tollo organisierte ein anderes Auto, das die drei Schwestern abholen sollte. Das gleiche Auto sammelte unterwegs auch den dritten Mann auf. Endlich kamen sie um Mitternacht 01:00 Uhr in Kikwit an.



Am Tag darauf sollte jetzt ein neues Kugellager zum havarierten Fahrzeug gebracht werden. Das Kugellager erreichte Spätnachmittag dieses Auto. Am dritten Tag baute der Fahrer das neue Kugellager ein und fuhr schließlich nach Kikwit.

Unsere Rückfahrt am 27.11.21 von Kikwit nach Kinshasa sollte wie auch sonst mit dem Bus sein. Nach knapp 200 Km platzte einer der hinteren linken Reifen. Anhalten, Reifen wechseln in 43 Minuten und weiter fahren. Nach gut 11 Stunden für ca. 550 Km kamen wir endlich im Flughafen in Kinshasa an. Diese Odyssee war natürlich nicht geplant. Trotz dieser Pannen hat es deshalb gut geklappt, weil die digitale Technik gut funktionierte und Dr. Tollo hervorragend organisierte. →

Bild 3: Erster Tag Gedränge vor der Ambulanz  
Bild 4: Am nächsten Tag



Bild 6: Neue modernes Narkosegerät und Monitor

Die Situation des Universität-Hospitals

Obwohl ich wiederholt über die Situation des Hospitals berichtet habe, möchte auch die jetzige katastrophale Situation des Hospitals beschreiben. Der Streik des Personal ist dort zur Routine geworden. Das Hospital ist fast leer, nicht der Personalstreik ist das Problem, sondern das chronische Desinteresse, Demotivation, Gleichgültigkeit und sogar Apathie des gesamten Personals. Die niedrigen Gehälter werden sporadisch oder sogar gar nicht bezahlt, die Inflation nimmt vom Jahr zu Jahr zu. Vor 4 Jahren bekam man für 1 \$ ca. 880 FC, heute ist ein USD 2000 FC wert. Deshalb kommt das Personal nicht zur Arbeit und versucht in Privatpraxen oder Privatkliniken, etwas Geld zu verdienen.

Stationen, Institute und sogar der Operationstrakt werden weder richtig geputzt, gereinigt noch wird dort seit Jahrzehnten ein Cent investiert.

Im Universität-Hospital sind 135 Ärzte angestellt. Die Zahl des gesamten Personals ist über 500, und im Hospital liegen im Durchschnitt nur 45 Patienten. So ein Hospital kann natürlich niemals existieren. Der Staat will das so, weil der Staat selbst korrupt ist.

Die Gehälter des gesamten Personals sollen von Kinshasa aus nach allen Regionen des Landes gesendet werden, aber das Geld kommt nicht ans Ziel. Irgendwo bleibt das Geld hängen, und niemand will wissen, wo es geblieben ist. So werden die Politiker reicher und der Rest noch ärmer. Die Armut ist überall zu spüren. Auch ein Grund, weshalb die Menschen sich nicht behandeln lassen können.

Renovierung und Ausstattung des Operationstraktes.

Damit wir bei unseren Einsätzen weiter operieren können, haben wir 2019 beschlossen, mit Hilfe von ADH (Action Deutschland Hilft) den Op-Trakt zu renovieren. Wegen Corona konnten unsere Techniker 2020 nicht hin, um mit der Renovierung zu beginnen. Wir sendeten einen 40 Fuß Container mit dem notwendigen Material (Narkosegeräte, Monitore, Operationslampen, Mobiliar usw. sowie Photovoltaikanlage, einen Generator und diverses Material) hin. Im Oktober 2021 reisten 6 Techniker nach Kikwit und installierten die Photovoltaikanlage, erneuerten die Stromleitungen, Wasserleitungen, hängten die Op-Lampen an und machten vieles mehr fertig. Es wurde auch ein grosses Fass zum Sammeln von Regenwasser installiert. So wurde der Op-Trakt absolut autonom und wir konnten jetzt in zwei Op-Sälen parallel operieren.

Bilder 7+8: Photovoltaik und grosses Fass. Neuer Generator.

10



Klinische Fälle

Dieser 12-jährige Junge bekam vor einem Jahr hohes Fieber. Danach unklare Schmerzen am Unterschenkel. Nach einigen Wochen entstand eine Wunde vorne am Schienbein, aus der Eiter floss. Er wurde von einem Mediziner (Buschmann) behandelt. Jetzt kam er zu uns. Ein Teil des Schienbeinknochens ist abgestorben, es bildete sich ein sog. Sequester, gelber Pfeil. Neben dem Knochen lief weiter Eiter aus. Wir haben den abgestorbenen Knochen entfernt, den Defekt gereinigt und eine Antibiotika-Kugel in den Knochendefekt gelegt.

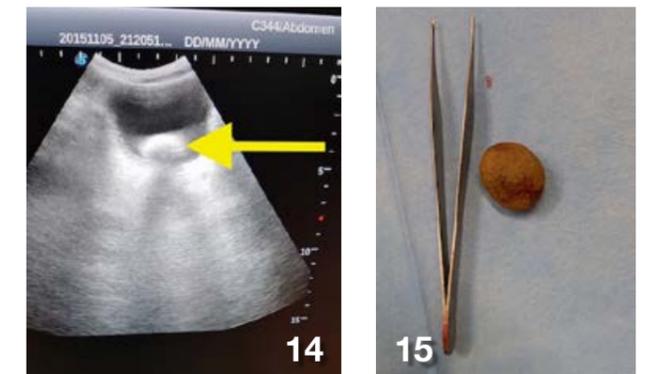


Bild 10: Röntgenbild  
Bild 11: Abgestorbener Teil vom Schienbeinknochen  
Bild 12: Sequester

Ein weiterer Fall hat uns sehr beschäftigt: ein 12-jähriger Junge klagte seit über einem Monat über Bauchschmerzen und war die ganze Zeit zuhause. Er war abgemagert, lag fast apathisch, als er ins Hospital gebracht wurde, hatte hohes Fieber. Wir wurden gleich gerufen. Sein Bauch war hart, tympanisch und druckempfindlich. Er hatte seit über einer Woche nicht abgeführt. Durch die angelegte Magensonde entleerte sich stark grüne Flüssigkeit.

Wir haben den Jungen laparotomiert. Im Bauch waren fast 2 Liter Flüssigkeit, gelblich, stark riechend und sehr ausgedehnte Verwachsungen. Direkt oberhalb der Iliozäcalklappe war ein Loch von gut 1cm Durchmesser. Es handelte sich um eine Typhusperforation. Bereits am 2. Tag konnte der Junge trinken, und am dritten Tag hatte er abgeführt.

Dreijähriger Junge hatte seit 2-3 Monaten Schmerzen beim Wasser lassen. Ausserdem war der Urin seit ca. 10 Tage blutig. Wir führten eine Ultraschalluntersuchung durch. In der Blase befand sich ein grosser Stein. Gelber Pfeil auf dem weissen Punkt zeigt den Stein. Stein mit einem Durchmesser von 3cm. Diesen konnten wir operativ entfernen. (Bilder 14 - 15)



9 Jahre altes Kind brach sich den Unterarm komplett. Die Behandlung übernahm der Mediziner. Er versuchte mit zwei kleinen Holzstäbchen, ca. 12 cm lang, den Bruch zu schienen. Das gelang ihm nicht, weil der Bruch oberhalb der Stäbchen war und die Stäbchen zu kurz sind. Also mit einer sog. Pseudoschiene ging es nicht. Für seine Behandlung kassierte er 20.000 FC = 10 €, viel Geld für kongolesische Verhältnisse. Nach Wochen kam der Junge nun zu uns. Wir legten den ganzen Arm ruhig mit einer Gipsschiene und stabilisierten den Bruch für noch einigen Wochen. (Bild 13)



Diesmal kamen 19 registrierte Kinder mit unterschiedlich stark vergrößerte Milz bei nachgewiesener Sichelzellanämie zur Untersuchung. Bei 11 davon konnte ich die Milz entfernen. Die anderen 8 Kinder habe ich für den nächsten Einsatz bestellt. Erst jetzt erfuhr ich, dass es in Kikwit für die ganze Region Bandundu ein Labor- und Behandlungszentrum für diese Kinder gibt.

Der Leiter dieses Zentrums kam zu uns mit der Bitte an das Hammer Forum, dass es auch dem Zentrum helfen möge. Er sagte uns, dass im Zentrum 1.032 Patienten, aber vor allem Kinder mit Sichelzellanämie, registriert sind. Ich war von der hohen Zahl sehr überrascht und fragte wiederholt, ob er sich evtl. mit der Zahl vertan hat. Nein, war seine Antwort und er lud uns ein, nächstes Mal das Zentrum zu besuchen. →

11



Bild 16: Operieren mit richtiger Op-Lampe

**Das Waisenhaus Simpa Mosala**

Am Sonntag, unserem einzigen freien Tag, fuhren wir zum Waisenhaus Mosala, ca. 10 Km entfernt von Kikwit. Über das Waisenhaus haben wir einige Male berichtet. Monatlich bekommen die Kinder für 500\$ Lebensmittel. Inzwischen sind dort 135 Kinder untergebracht. Es soll jetzt eine Schule gebaut werden. Die jetzige Schule befindet sich 4-5 Km entfernt. Täglich müssen die Kinder dahin laufen.



Gleich kamen Kinder, um untersucht zu werden. Mehrere habe ich untersucht, 3 davon habe ich registriert. Diese werden wir nächstes Mal operieren. (Bilder: 17-18)



**ZUSAMMENFASSUNG**

In ca. 10 Tagen haben wir – Dr. Moussa MGK-Chirurg und ich – zusammen 408 Kinder untersucht (336 Dr. Emmanouilidis und 72 Dr. Moussa und 160 operiert (102 Dr. Emmanouilidis und 58 Dr. Moussa). Das gesamte Team und die einheimischen Kollegen, die mit uns zusammen gearbeitet haben, sind der Meinung, dass der Einsatz sehr erfolgreich war. Dieser Erfolg kam zustande, weil wir alle die ganze Zeit aktiv gearbeitet haben.

Die anfänglichen Schwierigkeit mit dem Auto und die Strapazen haben uns nicht gehindert, unsere Ziele zu erreichen.

Dem Projektleiter Herrn Dr. Tollo möchte ich für die Organisation und für die Aufnahme in seinem Haus herzlichen Dank sagen, wir haben uns wie immer wohl gefühlt. Wir waren auch diesmal Selbstversorger. Einige von uns konnten ihre Kochkünste demonstrieren und unter Beweis stellen, das Essen hat immer sehr gut geschmeckt.

Danke auch an das Team für die geleistete Arbeit. An dieser Stelle möchte ich auch einen Dank an das Techniker-Team aus Meinigen aussprechen. Sie haben hervorragende Arbeit geleistet, wir hatten immer Strom im Op-Trakt, in der Ambulanz und auch im Haus von Dr. Tollo. ■

Das Team von rechts: Dr. Tollo, (Projektleiter), Dr. Emmanouilidis (Chirurg), Schwester Heike, Dr. Bodrowski (Anästhesist), Schwester Kerstin, (Anästhesie), Dr. Moussa (MGK-Chirurg), Schwester Doris.





# UNMÖGLICHES MÖGLICH MACHEN HAUTEXPANDER FINDEN ANWENDUNG

**Kongo**  
Bericht von Dr. Moussa  
(vom 13.11–28.11.2021)

Ich flog mit meiner Mitarbeiterin Frau Buhler in den Kongo Einsatzgebiet Kikwit. Dr. Emmonouilidis und ich sind nach zweitägiger Einreise mit Übernachtung in Kinshasa trotz Autopanne und wechseln des Verkehrsmittels mitten auf der Strecke zwischen Kinshasa und Kikwit am Sonntagabend im Krankenhaus etwas 2 Stunden verspätet, aber gut angekommen.

Die anderen mitreisenden Teilnehmer von unserem Team sind nach einer strapaziösen Fahrt kurz nach Mitternacht im gemieteten Haus vom Hammer Forum in Kikwit heil angekommen.

Dr. Emmonouilidis und ich haben am Sonntagabend noch eine Sprechstunde abgehalten, viele Kinder, aber auch dieses Mal viele Erwachsene mit Verdachtsdiagnosen von bösartigen Tumoren waren dabei. Diese Patienten wurden ausschließlich in meiner Sprechstunde vorgestellt, wobei der größte Teil davon Frauen waren. Wie in den vergangenen Einsätzen wurden die Patienten auf die 2 Wochen ab dem 15.11 bis zum 26.11.2021 jeden Tag mit Ausnahme von Sonntag eingeteilt und operiert.

Insgesamt konnte ich 53 von 72 Patienten in dem neu eingerichteten und renovierten OP-Trakt erfolgreich operieren.

Es wurden 27 Präparate freundlicherweise von dem Institut für Pathologie Standort Höxter unter der Leitung von Dr. Wullbrand und seinem großartigen Team kostenfrei untersucht.

An dieser Stelle möchte ich mich im Namen vom Hammer Forum Verein bei Herrn Dr. Wullbrand und seinem Team und bei Herrn Prof. Dr. Stöbel und seinem Team (Institut für Pathologie der Uni-Klinik Göttingen) für ihre unschätzbare Arbeit und wertvollen Nachberichten einiger Verdachtsdiagnosen ganz herzlich bedanken.

Bei zwei erwachsenen Patientinnen und einem Kind wurden Malignome (bösartige Geschwülste) und bei einem anderen Kind eine Tuberkulose nachgewiesen. Die Patienten mit Malignitätsdiagnosen (Krebsdiagnosen) wurden entsprechend wegen der weiteren notwendigen Behandlung informiert und an die entsprechenden Adressen in Kinshasa vermittelt.

Das Kind mit der Diagnose Tuberkulose wurde in der Kinderklinik in Kikwit aufgenommen und eine entsprechende Tuberkulosetherapie eingeleitet.

Das Kind mit der möglichen Diagnose eines Hodgkin Lymphomes wird im nächsten Einsatz am 8. Januar 2022 einbestellt und es wird abgeklärt, wie die Behandlung weiter geht.



Zum ersten Mal wurde bei einem Kind mit einer ausgedehnten Verbrennungsnarbe der Brustregion ein Expander in ein gesundes Unterhautareal im Brustbereich implantiert und mit 100 ml sterilem NaCl (Kochsalzlösung) befüllt.



Bilder 1-5: Patienten nach der Op

In den Expander passen insgesamt 500 ml NaCl, die auf 5 Monate 1 Mal 100 ml pro Monat nach und nach injiziert werden. Das gewonnen gesunde Areal mit einer normalen Hautfläche wird im April 2022 im Rahmen meines nächsten Einsatzes nach Entfernung des Expanders und der Verbrennungsnarbe zur Deckung der Hautwunde verwendet. Den Ärzten vor Ort wurde gezeigt, wie sie 1 Mal monatlich die Injektion von 100 ml NaCl durchführen können.

Insgesamt war es ein guter Einsatz. Die Rückreise von 2 Tagen verlief ohne nennenswerte Zwischenfälle gut. ■





# EIN ARMES, ABER ZIELSTREBIGES, AUTONOMES LAND HOFFT AUF INTERNATIONALE ANERKENNUNG

**Somaliland**  
 Bericht von Dr. Emmanouilidis  
 (vom 08.12–21.12.2021)

Die Flugzeit bis zum Ziel in Hergaysa/Somaliland betrug ca. 9 Stunden. Wir wurden auch diesmal von der Direktorin Frau Dr. Khadra abgeholt. Der Flughafen ist ca. 9 Km von unserem Hotel bzw. Hospital entfernt, für diese Strecke brauchten wir mit dem Auto gut 22 Min. Obwohl die Fahrt „stop und go“ ging, gab es kein einziges mal Hupen. Das fanden wir sehr diszipliniert. Anscheinend hat England auch beim Autofahren Disziplin hinterlassen.

Nachdem wir im Hotel unsere Koffer abgelegt und uns etwas frisch gemacht haben, sind wir zum Hospital gelaufen, ein Fußweg von 5 Min. Das Hospital befindet sich etwa in der Mitte der Stadt, ist durch eine hohe Mauer geschützt. Hinein können nur Patienten/Kinder mit Ihren Angehörigen und Besucher, wenn sie eine entsprechende Erlaubnis vom Hospital bekommen haben. Alle werden am Tor kontrolliert, so kann niemand hinein gehen, wenn nicht vorher ein Besucher die Erlaubnis bekommen hat. Nicht nur das Hospital, sondern auch der gesamte Garten ist sauber gepflegt.

Ich begann mit den Untersuchungen der Kinder, der Rest des Teams bereitete den Operationssaal für den nächsten Tag vor. Zwischendurch machte ich mit dem Leiter des Hospitals, Dr. Hussein Visite auf der Station. Er ist der Dreh- und Angelpunkt des Hospitals. Er genießt das Vertrauen, den Respekt des gesamten Personals. Er kennt alle stationären Kinder, macht täglich Visiten mit und führt Gespräche mit den Eltern und führt immer das Aufklärungsgespräch vor jeder Operation.

## Ein anachronistisch verkrustetes und praktiziertes Relikt?

Beim Operieren eines Bauchhodens eines 3-jährigen stellte ich fest, dass dieser Hoden maximal so groß war wie eine Linse und der gesamte Samenstrang sehr kurz war, sodass dieser stark atrophische Hoden nicht in die Leiste geschweige denn in den Hoden gebracht werden konnte. Daraufhin habe wir die Mutter aufgeklärt und fragten, ob wir diesen atrophischen und funktionslosen Hoden entfernen können. Die Mutter sagte, sie darf nicht entscheiden, und ihr Mann ist nicht erreichbar. Sie rief ihren ältesten Sohn. Er kam und er durfte entscheiden. Danach haben wir erfahren, dass eine Operationsgenehmigung nur der Vater, der Onkel oder ein älterer erwachsener Bruder erteilen dürfen, niemals die Mutter. Wir waren schockiert von diesem noch heute praktizierten Relikt sehr alter Zeit.

Bis 1991 soll es in den Familien zwischen Mann und Frau Macht- und Gewaltenteilung gegeben haben!!!

## Die Kinderklinik

Die Kinderklinik wird um 60 Betten erweitert. Der Neubau soll Ende März 2022 fertig werden. Das Hammer Forum hat sich bereit erklärt, die 60 Krankenbetten der Klinik zur Verfügung zu stellen. (Bild 1)



1

In diesem Raum im Operationstrakt untersuchten wir alle Kinder. Der Klinikleiter Dr. Hussein (mit Stethoskop) war stets dabei. (Bild 2)



2

## Klinische Fälle

2-Monate alter Säugling mit Pylorusstenose (Magenausgangsstenose). Bekam eine Pyloromyotomie. Nach der Operation konnte er endlich viel trinken, und bereits nach 3 Tagen sah er ganz anders aus. Bei jeder Visite strahlte seine Mutter und bedankte sich bei uns. Als das Kind entlassen wurde, kam sie extra zu uns und bedankte sich erneut. (Bild 3) →



3



Bild 4: Vor der Operation  
Bild 5: Direkt nach der Operation



Operation an der Hand wegen Kontraktur – wir setzten Hauttransplantat an. Zwei Jahre nach Verbrennung war die Kontraktur der 4 Finger entstanden.

Die Bilder zeigen drei Jahre alte Verbrennungen an dem Arm eines Jungen. Wir haben eine Vollhauttransplantation vorgenommen.



Bild 6: Vor der Operation  
Bild 7: Direkt nach der Operation – Vollhauttransplantation

Ein 3 Monate alter Säugling mit sehr dickem rechten Arm, einschließlich der Finger, Axilla und rechter Brustseite bis zum Sternum, wurde von einer Privatklinik mit der Diagnose Thrombose der Vena Subclavia zu uns gebracht. Die Finger waren kalt und etwas blau und auch die Hand war kalt, irgendwelche diagnostische Maßnahmen gab es nicht. Anamnestisch war nur zu erfahren, dass am Handrücken etwas gespritzt worden sei. Ich musste schnell handeln, totale Fasciotomie im gesamten Arm außen- und -innenseitig einschließlich Hand und Axilla zur Entlastung durchgeführt.



Die Muskulatur war stark ödematös, Oberarm- und Unterarmmuskulatur war weißlich geworden, aus dem Ellbogengelenk und der Axilla entleerte sich viel Eiter. Fascie war teilweise nekrotisch wie auch die Ellbogengelenkapsel. Proximaler Ulnateil (Speichenknochen) lag frei. Täglich haben wir in Kurznarkose die großen Wunden gereinigt und verbunden. Drei Tage lang kam Eiter nach. Danach bildete sich die Schwellung zurück, die Wunde reinigte sich, sodass ich die stark klaffende Wunde proximal und distal des Armes mit je 2 Adaptionnähten versorgen konnte. Ob später das Kind den Arm normal gebrauchen kann, konnten wir den Eltern nicht versprechen. Wichtig war für uns, den Arm erst vor einer Amputation an der Schulter zu retten. Wir glauben, das ist uns gelungen.



## ZUSAMMENFASSUNG

In 10 Tagen untersuchte ich 237 Kinder und operierte davon 63. Dr. Moussa und ich untersuchten insgesamt 306 und operierten 102 Kinder. Es waren viele größere Operationen, wie Darmoperationen, Missbildungen am After und am Magenausgang, Gaumen-Lippenspalten, aufwendige plastische rekonstruktive Operationen nach Verbrennungen, Blasensteine usw.

Unser Team hat auch diesmal tolle Arbeit geleistet. Nebenbei Material aus dem Container ins Lager gebracht, den Rest beschriftet und übersichtlich sortiert, gleichzeitig aufgelistet, was fehlt, damit wir das beim nächsten Einsatz mitbringen können. Auch dafür verdient das Team ein großes Lob.



Bilder 8+9: Am letzten Tag spät am Abend wurden wir im Flur der Klinik vom Personal (Ärzten und Schwestern) feierlich verabschiedet.

Das Team vor der Kinderklinik: Von rechts: Dr. I. Moussa (MKG-Ch.), Schwester Anne Fischer (Op-Schwester), Schwester Barbara Jüdemann (Op-Schwester), Schwester Martina Andrae (Anästhesie Schwester), Dr. Wilma Beyen (Anästhesistin), Dr. Kinga Kuzera (Anästhesistin), Felice Emmanouilidis (Praktikantin), Dr. Theo Emmanouilidis (Chirurg).

Die Arbeitsatmosphäre war hervorragend, die Zusammenarbeit mit dem einheimischen Personal war auch diesmal angenehm. Das einheimische Personal war immer präsent, selbst an sonst freien Tagen, im Op-Trakt, in der Ambulanz und bei den Visiten. Dr. Hussein war stets hilfsbereit, organisierte alle Abläufe in der Klinik und hatte noch dazu immer ein offenes Ohr für die Belange der Kinder und deren Mütter.

Wir sagen allen Beteiligten ein grosses Dankeschön. Die Direktorin Dr. Khadra brachte uns auch diesmal zum Flughafen und verabschiedete uns mit den Worten: „have a good flight and see you in May“.





# PREMIERE IM SOMALILAND – ERSTER MKG- CHIRURGIE EINSATZ

**Somaliland**  
Bericht von Dr. Moussa  
(vom 10.12.–21.12.2021)

Nach einem Nachtflug von Frankfurt nach Addis Ababa in Äthiopien ging es am 11.12.21 gegen Mittag mit einem Anschlussflug nach Hargeisa weiter. Dort bin ich gegen 13:00 Uhr Ortszeit am internationalen Flughafen angekommen.

Ich wurde von einem Mitarbeiter des Mohamed Aden Sheikh Children Hospital Hargeisa abgeholt und in ein Hotel in der Nähe des Krankenhauses gefahren. Nach einer kurzen Dusche bin ich mit zwei vollgepackten Koffern mit medizinischen Instrumenten und Materialien ins Krankenhaus gebracht worden.

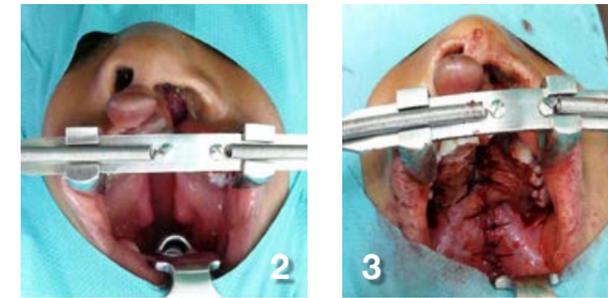
Nach freundlichem Empfang und Begrüßung des Krankenhauspersonals und des bereits am Donnerstag eingetroffenen Projektleiters Herrn Dr. Emmanouilidis und der anderen Einsatzteilnehmer, Frau Dr. Wilma (Anästhesie), Frau Dr. Kinga (Anästhesie), den Krankenschwestern Martina, Barbara und Anne, sowie Medizinstudentin Felice, ging es mit der Sprechstunde und Untersuchung der insgesamt 33 Kinder los. 80% der untersuchten Kinder wurden wegen angeborenen Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalten vorgestellt und auf die Tage vom 12.12.–19.12.21 zur operativen Behandlung eingeteilt. Insgesamt wurden 34 Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalten und 11 weitere Kinder mit anderen Diagnosen, hauptsächlich

mit narbigen Kontrakturen der oberen Extremitäten, mit Funktionseinschränkungen des jeweiligen betroffenen Gelenks bzw. Armes und ausgedehnten Verbrennungsnarben im Rumpf-, Kopf-, und Halsbereich operiert.

Nach fünf Tagen wurden drei der 34 operierten Kindern mit Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalten ein zweites Mal in Maskennarkose zur Entfernung der individuell angebrachten Kunststoffverbände am Gaumen komplikationslos nachbehandelt.



## Klinische Fälle



Zum ersten Mal wurde ein Expander unter ein gesundes Hautareal implantiert. Nach Füllen von insgesamt 700–800 ml NaCl, verteilt auf 5–6 Monaten zu jeweils 1x monatlich 100 ml NaCl, wird der Expander entnommen. Das gedehnte normale Hautareal wird zur Deckung der zu entfernenden breiten Narbe im Thorax- und Abdominalbereich (siehe Bild, linke Körperseite) verwendet. Den Ärzten vor Ort wurde gezeigt, wie sie 1 Mal monatlich das Nachfüllen durchführen können. Insgesamt ist der Einsatz in Somaliland erfolgreicher gelaufen als alle anderen Einsätze, in denen ich von 2004 bis dato im Hammer Forum mitwirken durfte.

Bild 1 + 2: Präoperativ  
Bild 3: Intraoperativ  
Bild 4: Postoperativ

## ZUSAMMENFASSUNG

Insgesamt habe ich 49 von 69 untersuchten Kindern operiert. Dank der hervorragenden Arbeit unserer beiden Anästhesisten und Anästhesie-Pflegekräfte, aber auch der sorgfältigen und guten Vorbereitung seitens der einheimischen Ärzte vor Ort, insbesondere Frau Dr. Khadra und Herr Dr. Hussein, aber auch der Stationsärzte und die reibungslose Zusammenarbeit mit dem Krankenhauspflegepersonal, verlief der Einsatz ohne ernsthafte Zwischenfälle und zu meiner vollsten Zufriedenheit.

Die Rückreise verlief an den beiden Tagen 20.12 und 21.12 nach Zeitplan. Wir sind alle müde, teilweise erschöpft, aber gesund zu Hause angekommen. Meine persönlichen Eindrücke vom Land und den Menschen sind mit positivem Feedback behaftet. Die Gastfreundlichkeit, Disziplin, vorbildlichen Respekt, Menschlichkeit, Engagement und vor allem die Neugier zum Lernen und Erfahrungen zu sammeln, haben mich sehr beeindruckt. Das Land befindet sich in seiner Autonomie in der Aufbauphase. Aber die Menschen von Somaliland sind zuversichtlich und hoffnungsvoll. Jeder versucht, bei dem Aufbauprozess mit zu wirken. Wir haben nichts von Korruption oder sonstigen Vetterwirtschaften erlebt. Das Krankenhaus wird erweitert und ein neuer Flügel befindet sich in der Bauphase. Sie brauchen unsere Unterstützung, die wir Ihnen sowohl materiell als auch fachlich in Aussicht gestellt haben.

Ich bin froh und stolz darüber, dass ich ein solches Land und die Menschen kennenlernen durfte. Für das kommende Jahr werden mindestens 2, eher 3 Einsätze in Somaliland geplant. ■



Bild 5: Präoperativ  
Bild 6: Intraoperativ  
Bild 7: Expander  
Bild 8: Postoperativ



# STAGNIERENDE BIS NEGATIVE ENTWICKLUNG DES HOSPITALS IN KIKWIT / DR KONGO

**Kongo**  
Bericht von Dr. Emmanouilidis  
(vom 08.01 – 23.01.2022)

Am Gate in Brüssel lernte ich den deutschen Botschafter im Kongo Herrn Dr. Schnakenberger kennen. Wir haben kurz über unsere Einsätze und die kongolesischen Probleme gesprochen.

Die Reise mit unserem Auto und dem gesamten Team-Gepäck von Kinshasa nach Kikwit dauerte 10 Stunden bei 9 Checkpoint- Kontrollen. Auch diesmal ging es nicht um die Kontrolle für Sicherheit, – bei jeder Kontrolle fragten die Beamten nach Geld für Bier, Kaffee, Wasser . Vier Teammitglieder kamen nach 12 Stunden mit dem Bus in Kikwit an.

Nach der Ankunft gingen wir gleich zum Hospital, um die auf uns schon fast den ganzen Tag wartenden Kinder zu untersuchen. 40 Kinder konnte ich bis 19:30 Uhr untersuchen, viele davon hatten wir bereits im November registriert, sodass ich ihnen jetzt nur einen Op-Termin gab.

### Die ewigen Probleme des Hospitals

Mehrfach berichtete ich, dass seit dem Abzug der Belgier 1960 kein Cent für die Infrastruktur im Hospital investiert wurde. Wir hatten im Oktober 2021 mit der Renovierung des Op-Traktes begonnen. Elektrophotovoltaik, Klimaanlage und Wasserleitungen wurden angelegt, Toiletten renoviert und neue Türen im Flur installiert. Die restlichen Arbeiten wie Fliesen und Wände streichen sollen im Februar-März erfolgen.

Das Hospital ist, wie ich im November 2021 berichtete, weiterhin fast leer, knapp 50 Patienten befinden sich dort, die Mehrzahl davon Entbindungen, häufig durch Kaiserschnitt, und einige Notfälle.



1

Die Frustration vor allem der ganz jungen Ärzte ist gross, weil sie weder etwas zu tun haben, noch etwas lernen können. In kurzen Gesprächen äußerten sie sich verbittert und enttäuscht über die Untätigkeit des gesamten Personal. Sie wirkten lustlos, lethargisch, apathisch und erklärten, warum sie nicht zur Arbeit kommen. Denn von den 135 angestellten Ärzten im Hospital kamen nicht mal 20–25 zur Arbeit. Der Rest bleibt zuhause oder versucht, in Privatpraxen und Privatkliniken etwas Geld zu verdienen. Seit 5 Monaten streikt das Pflege-Personal im gesamten staatlichen Gesundheitswesen in DR Kongo und ein Ende ist noch nicht in Sicht.

Auch für uns ist es frustrierend mitzuerleben, wie sich das Hospital von Jahr zu Jahr negativ entwickelt. Bei einem Gespräch mit dem Stellvertreter-Direktor sagte er, „wenn ich irgendeine Möglichkeit bekäme, das Land zu verlassen, ich würde sofort gehen“.

Das Foto (Bild 1) auf der linken Seite zeigt, wie in einer Universitätsklinik Instrumente sterilisiert werden: das sagt schon alles, mehr braucht man nicht zu schildern.

### Klinische Fälle

Dr. Derani stabilisiert mit einem antiken Fixateur (in Hospital gefunden) eine Oberschenkelfraktur. (Bild 2)



2



3

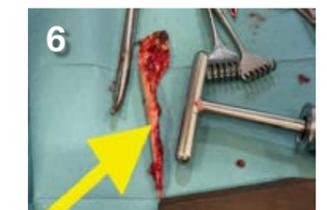
Dieser 11 jährige Junge nach offener Oberschenkel-fraktur, die zur Osteomyelitis führte, läuft mit einem Gehstock mit dem offenen Oberschenkel und dem Sequester (Pfeil Femorspitze). Auch diesen versorgte Dr. Derani mit dem antiken Fixateur. →



4

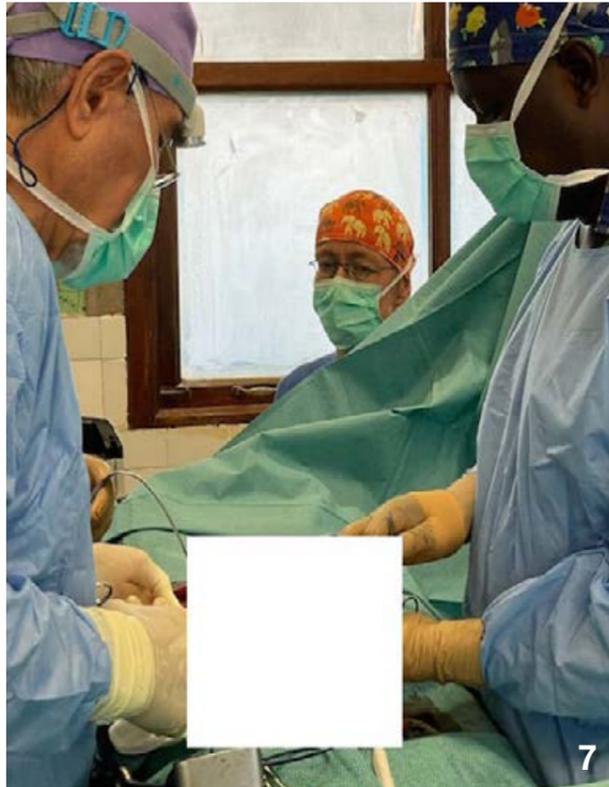


5



6

Bild 3: In der Ambulanz unter-suche ich ein einjähriges Kind. Bilder 4-6: Sequester:



7

Beim Entfernen einer großen Milz bei Sichelzellanämie. Beim letzten Einsatz operierte ich 11 Kinder mit Sichelzellanämie. Jetzt kamen über 35 Kinder, von ihnen konnte ich 24 operieren. Der Leiter des Zentrums hatte diese Kinder für den Eingriff registriert. (Bild 7)

In einem Kinderzimmer mit 20 Betten werden die Kinder von ihren Müttern betreut. Eine einzige Krankenschwester sollte da sein, die häufig abwesend ist, und wenn sie dort ist, dann zieht sie sich einen kleinen Nebenraum zurück und manchmal schläft sie auch. (Bild 10)



8

#### Bau von Schulgebäude für das Waisenhaus

An dem freien Sonntag besuchten wir das Waisenhaus Simba Mosala. Inzwischen ist das Fundament für die 6 Schulräume gelegt worden. Ende März soll das Gebäude fertig sein. Die Kinder freuen sich jetzt schon auf das Gebäude. Endlich müssen sie nicht mehr täglich 4-5 Km zur Schule laufen. Weiterhin bekommen die Kinder monatlich vom Hammer Forum Lebensmittel im Wert von 500 USD.

Bild 8: Baubeginn von 6 Schulräumen für die Waisenkinder  
Bild 9: Herzlicher Empfang im Waisenhaus Simba Mosala.



9



## ZUSAMMENFASSUNG

In 11 Tagen konnten wir 207 Kinder (170 Dr. Emmanouilidis und 37 Dr. Derani) untersuchen und 110 operieren (89 Dr. Emmanouilidis und 21 Dr. Derani). Mehr als 20 Kinder waren stark unterernährt, diese haben wir in unser sog. „Milchprogramm“ aufgenommen.

Wie auch letztes Mal waren auch jetzt dieselben einheimischen Kollegen und dasselbe Op-Personal dabei. Anderes Personal kam nicht zur Arbeit. Allesamt sind der Meinung, dass der Einsatz erfolgreich war.

Seit vielen Jahren befundet der Pathologe Herr Dr. Lang (Klinikum Herford) alle Präparate, die wir von den Einsätzen mitbringen, und das kostenlos. Ich bedanke mich dafür im Namen des Hammer Forum und der betroffenen Kindern.



10

Bild 11: Im Hospital kocht eine Mutter für sich und ihr Kind Fufu, ein Brei aus Maniokmehl und Wasser.

Das Team von links: Dr. Derani (Orthopäde), Dr. Emmanouilidis (Chirurg), Schwester Barbara (OP-Schwester), Dr. Rüsse (Anästhesistin), Schwester Martina (Anästhesie), Dr. Kozera (Anästhesistin), Herr Strauss (Medizintechniker).

Ich möchte dem Team danken für die tolle Arbeit, die wir geleistet haben, und für das angenehme Arbeitsklima – nicht zuletzt auch für die Kochkünste, aber besonders von Ayman, der 5 Mal syrisches Abendessen zauberte. Der Dank gilt auch Herrn Dr. Tollo, der uns auch diesmal in seinem Haus aufnahm. ■



11



## EINSATZ MIT EINEM HAUCH VON ABENTEUER – ZUM VIERTEN MAL IN GABU

Guinea-Bissau  
Bericht von Klaudia Nußbaumer  
(vom 12.02–01.03.2022)

Ich freute mich sehr auf meinen Einsatz in Gabu, da ich den Ort doch recht gut kenne und viele positive Dinge damit verbinde. Dieses Mal sollten aber ungewöhnliche Sachen passieren. Nicht nur in der Ambulanz und im OP, sondern auch bei der Reise und auf den Straßen. Das Team stellte sich wieder als sehr harmonisch heraus. Ich kannte außer dem Teamleiter, Dr. Emmanouilidis, und einem Anästhesisten, Dr. Schlüter, niemanden.

Doch nach einem Arbeitstag waren wir so im Work-flow, als hätten wir nie etwas anderes gemacht. Meine dreieinhalb jährige Enkelin hatte mir für den Einsatz einen kleinen Schutzengel mitgegeben. Ich solle ihn solange behalten, bis ich ein Kind träfe, das ein großes „Aua“ habe und den Engel mehr bräuchte.

Schon am ersten Sonntag traf ich auf das Kind. Nach der Visite entdeckte Dr. Emmanouilidis einen etwa 11-jährigen Jungen, der eine schwere Sepsis hatte. Mit mehr als vierzig Grad Fieber vegetierte er auf der Station ohne bisherige Versorgung. Am Sonntagnachmittag entschloss sich Dr. Emmanouilidis zu einer Not-Operation. Es wurden alle eiternden Herde eröffnet und das Kind antibiotisch mit Medikamenten versorgt. Mehrere Tage machten wir bei dem Jungen Verbandswechsel in Narkose. Er schien noch lange nicht aus der Krisis heraus zu sein.

Am dritten Tag ging ich mit Dr. Lino zu dem Jungen auf die Station. Das Kind wurde von seinen Eltern begleitet und versorgt. Ich schenkte ihm den Engel und erklärte auch den Grund. Dr. Lino übersetzte den Eltern alles, die als Muslime aber auch an Engel glauben. Nach einiger Skepsis ergriff der Junge den Engel und ließ ihn von da ab nicht mehr los. Immer befand er sich in seiner Hand, auch während der Narkose. Zunehmend ging es dem Jungen besser... und als wir schon abgereist waren, bekamen wir die Information über seine Genesung. Solche Momente berühren sehr und machen die Arbeit so wertvoll.

Ein kleines etwa sieben jähriges Mädchen hatte zusammen gewachsene Finger und diese noch verkürzt, nicht mit einer normalen Länge ausgestattet. Ich machte bei dem Mädchen mehrfach einen Verbandswechsel nach der gelungenen OP in der Ambulanz. Schließlich sah alles gut verheilt aus und das Mädchen brauchte nicht mehr zu uns in die Ambulanz zu kommen. Die Mutter sagte mir, ihre Tochter sein nun so glücklich, endlich in der Schule auch schreiben zu können. Das Mädchen wollte es mir natürlich sofort zeigen und ich gab ihm ein Blatt Papier und einen Kugelschreiber. Sie strahlte bei dem Schreiben einiger Buchstaben. Erneut ein Moment, indem man nicht weit von Tränen der Rührung ist. Diese beiden Kinder stehen exemplarisch für viele Einzelschicksale, die man hier nicht alle aufzählen kann.

Bild 1: Begegnung in Gabu  
Bild 2: Übergabe einer Gipssäge im  
orthopädischen Zentrum Bissau  
Bild 3: Endlich schreiben können

Die Arbeit des Teams war sehr erfolgreich und so konnten mehr als 100 operative Eingriffe durchgeführt und fast 300 Kinder in der Ambulanz untersucht werden.

Das Land Guinea-Bissau scheint noch ärmer geworden zu sein. Etliche Eltern hatten kein Geld für Essen oder für eine Fahrt mit dem Bus. Kosten für Laboruntersuchung haben astronomische Preise, die selbst für uns zu hoch wären.

Die Straßen im Land sind in einem katastrophalen Zustand. Nur Schlaglöcher, bröckelnder Asphalt, staubige Pisten, auf denen man nicht schnell fahren kann.

Das merkte ich auch bei etlichen Einkaufsfahrten mit dem Auto des Hammer Forum. Nicht nur die Schlaglöcher waren ein Hindernis, sondern auch Kühe, Esel und Schafe, die mitten in der belebten Straße herumlagen. Alles scheint dem Verfall zu unterliegen. Das zeigten auch Viertel in der Hauptstadt Bissau, besonders am Hafen und in dessen Umgebung. Ehemals schöne Villen oder Handelshäuser stehen seit der Kolonialzeit ohne jegliche Renovierung verschlafen da. Im Hafenbecken lagen etliche völlig verrostete Wracks. Dazwischen versuchten Fischer noch ihren Beruf auszuüben mit einem entsprechend geringen Ertrag.



Schließlich kam dann der Tag des Abschieds und des Rückflugs. Zuversichtlich packten wir unsere Sachen, räumten den OP auf, schrieben Bestandslisten. Wir wussten noch nicht, was auf uns zukommen sollte. →





Morgens um 5.30 Uhr holte uns ein nicht ganz vertrauenerweckendes Fahrzeug ab. Die Koffer wurden auf dem Dach mit Gurten befestigt und wir nahmen Platz auf harten Bänken, die den Eindruck einer mir Plastik bezogenen „Schützenfest“- Garnitur machten. Unser Fahrer wollte demonstrieren, dass man die Fahrt in die Hauptstadt in nur vier Stunden schaffen würde. So brettete er ohne Rücksicht auf Verluste los. Die Schlaglöcher umfuhr er nur teilweise, in die restlichen donnerte er hinein, was unsere Bandscheiben sehr spürten. Aber schließlich kamen wir wohlbehalten am Flughafen an. Nach allen Formalitäten mit dem PCR-Test-Ergebnis, der Passenger Locator Card für Portugal konnten wir einchecken. Der Lärm auf dem Flughafen ist unglaublich. Nach kurzer Zeit dröhnt der Kopf. Aber endlich war unser Gepäck abgegeben und wir saßen am Gate und warteten auf den Abflug. Schließlich wurden wir zum Boarding aufgerufen. Das Flugzeug aus Portugal, das uns geplant mitnehmen sollte, war gelandet.

Kurz vor dem Boarding wurden die Passagiere gestoppt. Das Flugzeug hätte einen technischen Defekt und wir könnten alle nicht fliegen. Der Transport zu einem recht ansprechenden Hotel war mit dem Taxi schnell organisiert, aber das war es dann auch. Im Hotel eingeecheckt bekamen wir keine weiteren Informationen. Niemand wusste, wann es weitergehen würde. Sehr zermürbend. Wir versuchten das Beste aus der Situation zu machen. Immerhin war das Wetter angenehm und lud zum Sonnenbaden ein. Wir suchten Kontakt zu anderen gestrandeten Passagieren. Sporadisch sammelten wir kleine Stückchen von Informationen. Niemand wusste, ob wir noch einen neuen PCR-Test bräuchten. Außerdem hätten wir ihn gar nicht mehr zeitnah durchführen können. Das Labor hatte am Sonntag zu und es war Karneval in Bissau. Also alles im Ausnahmezustand!



Bild 4: Vor der Operation

Bild 5: Kleine Patientin in der Ambulanz

Bild 6: Schutzengel als Geschenk

Bild 7: Hafenbecken in Bissau

Endlich erfuhren wir, dass wir am Dienstag fliegen könnten. Nach drei Tagen ohne unser Gepäck waren wir auch etwas auf dem moralischen Tiefpunkt. Es wurden etliche Telefonate nach Deutschland geführt, um den Arbeitsplatz und die Familien zu informieren.

Endlich kam der Dienstag, es sollte nun nach Haus gehen. Recht pünktlich wurden wir wieder von Taxen abgeholt und zum Flughafen gebracht. Dort herrschte sichtbares Chaos! Die „alten“ Passagiere, dazu die neuen, die den Dienstag gebucht hatten, keine Information, ob wir erneut einchecken müssten. Schließlich fragte uns eine Flughafenmitarbeiterin, wo unsere Koffer seien. Wir waren in der Annahme. Diese seinen noch im Flieger. Weit gefehlt. Die Frau führte uns in einen Raum der extrem nach Ammoniak stank und zeigte uns unser Gepäck. Drei Tage hatten die Koffer dort gestanden, im Dreck und Gestank inmitten von ekligen Maden!! Entsetzt nahmen wir unser Gepäck an und checkten erneut ein.



Am Gate angekommen setzen wir uns mehr oder weniger genervt hin. Nach geraumer Zeit kam ein Mitarbeiter und wollte unsere PCR-Tests sehen. So schnell fand Dr. Emmanouilidis seinen nicht. Wir hielten das auch nicht für wichtig, wussten auch nicht warum der Mitarbeiter die Tests fotografierte.

Kurz vor dem Boarding bekamen einige Passagiere ihre Tests wieder zurück, die inzwischen umdatiert worden waren. Nicht ganz legal, aber eben mit einem aktuellem Datum. Aber etliche Mitreisende waren ohne diesen „korrigierten“ Test. So auch Dr. Emmanouilidis!

Der Abflug verzögerte sich so um mehr als eineinhalb Stunden. Wir saßen in der Maschine, die immer wärmer wurde, und warteten auf unseren Chef. Endlich, fast als letzter Passagier, betrat er das Flugzeug.

Nun war unsere Gruppe wenigstens komplett. Alle zeigten sich sehr erleichtert beim Betreten des europäischen Bodens in Lissabon. Wie ruhig und geordnet ging es hier wieder zu! Das kann man erst nach so einem Abenteuer richtig erfassen!

Trotz dieser kleinen und großen Unannehmlichkeiten waren die zwei Wochen insgesamt sehr erfolgreich. Und niemand ist so abgeschreckt, nicht noch einmal nach Guinea-Bissau, nach Gabu zu fliegen. ■



## ALS DANKESCHÖN EINE TÜTE MIT ERDNÜSSEN

Guinea-Bissau  
Bericht von Dr. Emmanouilidis  
(vom 12.02–02.03.2022)

„Ich geniere mich nicht zu sagen, dass ich weder für die Tickets noch für das Röntgen des Kindes Geld habe“. Das waren die Worte des Vaters von einem Kind, das in einer anderen Stadt geröntgt werden sollte. Ich gab ihm das Geld dafür. Nach 2 Tagen kam der Vater mit den Röntgenaufnahmen zurück. Sein Sohn brauchte nicht operiert zu werden, er bekam ein Rezept für Medikamente. Eine Woche später kam der Vater erneut allein zu uns, um sich bei mir zu bedanken, und gab er mir in einer schwarzen Plastiktüte die Erdnüsse. Ich bedankte mich sehr und mir kamen fast die Tränen. Das ist unser Lohn, und das zu erleben gibt einem Kraft und man wird motiviert, weiter zu machen.

Am 12.02.22 mittags landeten wir in Bissau. Die Fahrt von Bissau zu unserem Zielort Gabu, ca. 190 Km entfernt, dauerte 6 Stunden, weil die Straßen kaputt sind, und weil sehr viele Polizeikontrollen unterwegs waren, die uns allerdings eher das Gefühl der Sicherheit gab. Denn ca. 2 Woche vorher war ein Militärputsch gescheitert.

Seit Juni 2020 gibt es keinen Projektleiter vor Ort. Herr Dr. Lino organisiert nun alles für unseren Einsatz, d. h. unseren Transport, die Reinigung des Hauses, im Radio unseren Einsatz bekannt geben, Op-Säle reinigen lassen usw.

Die Bevölkerung wächst stark wie in allen afrikanischen Ländern. Die Kindersterblichkeit ist ziemlich hoch, im ersten Lebensjahr sterben etwa 14 % der Kinder und jedes fünfte Kind erreicht nicht das 5. Lebensjahr. Weniger als 12 % der Menschen verfügen über sanitäre Anlagen.

Obwohl die Beschneidung der Frauen verboten ist, sind weiterhin ca. 50 % beschnitten. Ein knapp 3-jähriges Kind wurde zu uns gebracht, weil es nach der Beschneidung schlecht urinieren konnte. Erst bei der Untersuchung sahen wir die Narben, und dass die Urethra fast verschlossen war.



### Das Hospital

Vor ca. 60 Jahren verliessen die Portugiesen das Land, seither sind keine Investitionen in der gesamten Infrastruktur getätigt worden, dem entsprechend sind die Gebäude herunter gekommen. Es fehlt an allem, auch an Verbrauchsmaterial. (Bild 1)

Außer der Geburtsklinik sind alle andere Stationen fast leer. Auf der Kinderstation lagen 3 an Malaria erkrankte Kinder, auf der Allg. Chirurgischen und Internen insgesamt 5 Patienten mit Verbrennungen und Durchfall und einer mit Knochenbruch.

Im Hospital wurden seit über 20 Jahren keine Operationen außer Kaiserschnitte durchgeführt. Darüber habe ich bereits berichtet. Selbst Kaiserschnitte können jetzt nicht durchgeführt werden, weil das Equipment im Operationssaal nicht funktioniert.

Deshalb sollte eine Schwangere nachts in die Hauptstadt Bissau notfallmäßig verlegt werden. Als wir das erfuhren, haben wir beschlossen, den Kaiserschnitt bei uns im Saal durchzuführen. Wir bereiteten alles vor und assistierten Dr. Lino dabei. So waren der Frau die Strapazen erspart geblieben.

### Klinische Fälle

Dieser 11-jähriger Junge lag mit septischen Temperaturen von über 40° eine Woche lang in einem Gesundheitszentrum und drei Tage im Hospital. Per Zufall am Sonntagmittag sah ich den Jungen auf der chirurgischen Station.



Beide Unterschenkel waren geschwollen, ebenso der rechte Arm einschließlich der Hand. Die extreme Spannung im rechten Unterschenkel, rechten Arm einschließlich der Hand führte zum sog. Kompartmentsyndrom (krankhafte Druckerhöhung in den Muskellogen und daraus folgende Störung der Mikrozirkulation und Beeinträchtigung der neuromuskulären Funktion). Es bildeten sich Blasen in der Unterschenkelhaut, die Epidermis war nekrotisch geworden und zum größten Teil abgefallen. Über dem Innenknöchel rechts entleerte sich aus einem kleinem Loch Eiter. →

Das Kind klagte über heftige Schmerzen. Wir haben sofort reagiert und den Jungen am gleichen Nachmittag operiert. Wir führten die sog. Fasciotomie in allen Muskellogen des Unterschenkels und des rechten Armes durch, es entleerte sich überall viel Eiter. In einer Loge im Unterschenkel war ein Teil des Muskels bereits lysiert. Diese Nekrose (abgestorbener Muskelteil) musste entfernt werden. Alle Wunden wurden offen gelassen. Täglich erfolgte in Narkose der Verbandwechsel. Der Patient wurde nicht fieberfrei. Wir entdeckten am 3. Tag eine umschriebene Schwellung am Oberarm rechts, diese wurde sofort eröffnet. Die Schwellung und die Schmerzen ließen nach. Nach sechs Tagen, noch vor unserer Abreise, konnten die grossen Wunden adaptiert werden. Der Rest muss sekundär zuheilen.

Da es kein Röntgengerät im Hospital gibt, vermuten wir, dass es sich bei diesem Kind um eine hämatogene Infektion handelt.

Vor 2,5 Jahren bekam der 12-Jährige Junge (Fotos 4-5) Fieber und danach geschwollenes Bein. Nach einigen Monaten traten Fisteln im Unterschenkel auf. Zweimal war er hospitalisiert, es bildeten sich weitere Fisteln, auch im Oberschenkel. Dann übernahm eine Medizinerin die Behandlung.



Bild 4: Beim Operieren einer rectovaginalen Fistel

Das Bein schwoll an, im Knie und Fussgelenk war Beweglichkeit nicht mehr möglich (spontan versteift). Zwei Jahre lang lag er im Bett.

Wir mussten den Vater aufklären, dass wir bei diesem Zustand das Bein nicht mehr retten können, dass nur eine Amputation im Oberschenkel möglich wäre, vorausgesetzt, dass die Entzündung des Hüftgelenks nicht erreicht hat. Wir führten die Amputation durch. Am fünften Post-Op-Tag konnte das Kind entlassen werden. (Bilder 2-4)



Bild 5: Über zwei Jahre Knochenentzündung.  
Bild 6: Das Bein konnte nicht gerettet werden. Es musste amputiert werden



10-jähriger Junge mit Valgusstellung (X-Beine mehr links) und nach Osteotomie links am zweiten Postop-Tag. (Bilder 5+6)

Etwa 40 Kinder mit solchen Beinen wie bei diesen beiden (links 11-jähriger Junge und rechts 14-jähriges Mädchen, untersuchten wir bei diesem Einsatz. (Bilder 7+10) →



7



8



9



10



## ZUSAMMENFASSUNG

Gleich am ersten Tag wurde uns mitgeteilt, dass das Hospital kein Material hat, dass keine Operationen, selbst Kaiserschnitte, nicht mehr stattfinden können, weil auch das Narkosegerät kaputt sei. Im Radio wurde in drei lokalen Sprachen unser Einsatz bekannt gegeben, sogar von den Inseln kamen mehrere Kinder zu uns. Drei von ihnen operierten wir.

Bei diesem Einsatz (12 Tage) untersuchten wir 289 Kinder und operierten 102. Die Zahl der unterernährten Kinder hat weiter zugenommen. Wir haben sehr viele Rezepte für Vitamin D+ Calcium ausgestellt und die Eltern bzgl. der Ernährung aufgeklärt.

Dr. Lino begleitete uns die ganze Zeit, übersetzte, organisierte und besorgte alles, was wir benötigten und assistierte bei den Operationen. Ohne sein Engagement hätten wir nicht soviel Kinder untersuchen und operieren können.

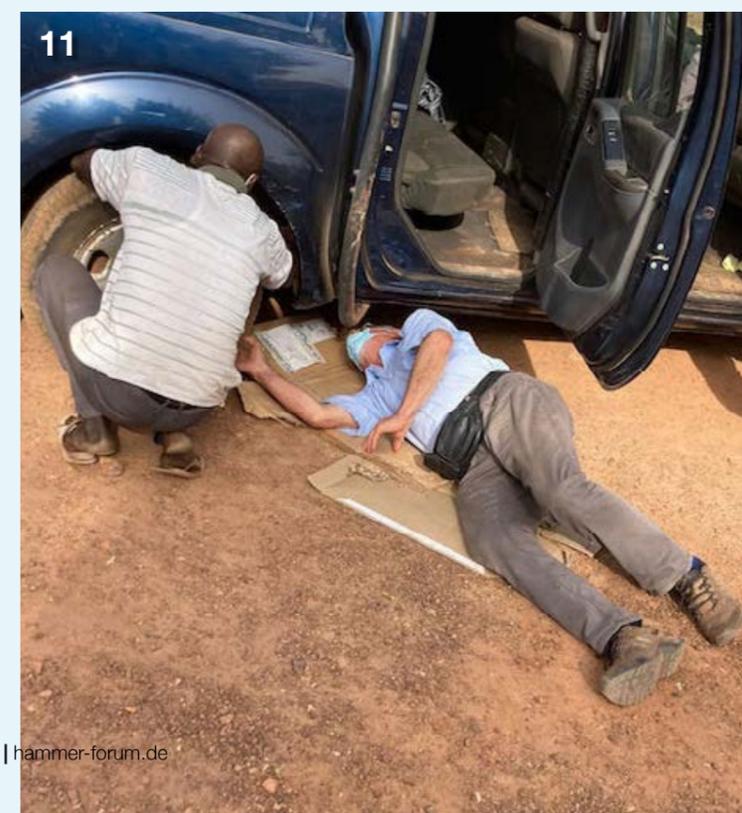
Es muss auch betont werden, dass der Wert einer sehr erfahrenen Op-Schwester wie Klaudia Nussbaumer bei humanitären Einsätzen in der dritten Welt nicht hoch genug eingeschätzt werden kann.

Denn uns standen nur zwei kleine Sterilisationsgeräte zur Verfügung, sie hatte während und nach den Ops die Instrumente vorbereitet, sterilisiert und den Instrumententisch vorbereitet, sonst hätten wir nicht so viele und schwierige Operationen durchführen können. Sie hatte die Op-Abläufe immer im Blick.

Drei von uns haben in unserem gemieteten Haus gewohnt, wir waren auch diesmal Selbstversorger, konnten dort kochen, essen und uns am Abend länger über den Tag austauschen. Über die Strapazen des Rückflugs hat Schwester Klaudia berichtet.

Das Team am Flughafen in Bissau: von links: Herr Reinhard Waller (Op-Helfer), Schwester Kathleen Kirchner (Anästhesie), Dr. Andreas Bialas, Anästhesist, Klaudia Nussbaumer (Op-Schwester), Paulina Dorsten, (Medizinstudentin), Dr. Babak Mokhaberi (Kinderchirurg), Dr. Egbert Schlüter (Anästhesist), Dr. Th. Emmanouilidis (Chirurg)

Eines der hinteren Federblätter rechts war kaputt, ich sollte mich überzeugen, meinte der Chauffeur Herr Amadu. So legte ich mich hin und sah die kaputte Feder. Wir fanden eine passende gebrauchte. Die Feder plus Montage kosteten zusammen ca.150€. (Bild 11)



11



# UNSERE ERWARTUNGEN WURDEN BESTÄTIGT

*Dr. Thilo Saul, Schwester Kathrin, Dr. Philippe Parre (v.l. n.r.)*

**Burkina Faso**  
Bericht von Dr. Saul  
(vom 12.03–26.03.2022)

Gemeinsam mit meinem ehemaligen leitenden Oberarzt und guten Freund Dr. Mohammad Abadi konnte ich meinen ersten Einsatz für das Hammer-Forum in Burkina Faso im Oktober absolvieren. Dr. Abadi war in den vergangenen Jahren bereits mehrfach mit dem HF unterwegs gewesen und hat entsprechende Erfahrungen im Auslandseinsatz unter schwierigen Bedingungen.

Insgesamt wurden die Erwartungen, die ich im Vorfeld des Einsatzes hatte, in etwa bestätigt; was ich so nicht erwartet hatte, war die leider schwierige und oft lähmende örtliche Bürokratie, Uniklinikhierarchie sowie das oft unkoordinierte Verhalten der Kollegen vor Ort, was mehrfach zu deutlichen Verzögerungen im OP Ablauf und teils zu abgesetzten/verschobenen Operationen der Kinder führte.

Bereits während der ersten zwei Tage zeigten sich im Rahmen der präoperativen Untersuchungen in der Ambulanz, dass uns ein sehr breites und komplexes Spektrum an meist schweren Krankheitsbildern erwartet. Wir konnten 20 Patienten erfolgreich operieren, darunter waren ausgeprägte Missbildungen wie Lippenspalten, Gesichtsschädelfrakturen, bösartige und gutartige Tumoren, chronische Entzündungen, Ankylosen und funktionsbeeinträchtigende sowie entstellende Narbenkeloide.

Unterstützt wurden wir bei unserer Arbeit vor allem von Dr. Philipp Parre, einem jungen FA für MKG Chirurgie, der in der dortigen neu geschaffenen Abteilung tätig ist und sehr engagiert war. Er war uns vor allem bei der Organisation der Durchführung von Röntgen- und Laboruntersuchungen sehr behilflich, übersetzte und assistierte uns auch bei einigen operativen Eingriffen. Wir hoffen, dass er und seine Kollegen auch die Nachsorge unserer Patienten übernehmen werden. Leider konnten nicht alle Patienten, die unsere Hilfe brauchen, operiert werden; wir wünschen, dass die dortigen Kollegen sich Ihrer annehmen oder die Kollegen im Rahmen des kommenden Märzeinsatzes helfen können.

Unser herzlicher Dank gilt dem gesamten Team, das sich durch eine große Einsatzbereitschaft, großartiges Teamwork und einer sehr guten Stimmung auszeichnete.

Wir freuen uns beide bereits auf einen nächsten Einsatz mit dem HF im kommenden Jahr. ■



*Gemeinsames Abendessen in einem Restaurant vor Ort*



1



2

*Bild 1+2: Patient mit einem großflächigen Keloid des Hals vor und nach Operation*



3

*Bild 3: Junge mit riesigem Ameloblastom in unserer Ambulanz*



4

*Bild 4: Präparat*



5

*Bild 5+6: Kind mit einer ausgeprägten beidseitigen Lippen-Kiefer-Gaumenspalte vor und nach Operation*



6



# JAHRESABSCHLUSSBERICHT

## Dr. Bienvenu Tollo

Im Jahr 2021 wurden insgesamt 9984 Kinder in der Ambulanz/Notfallambulanz in Kikwit untersucht und mit Medikamenten versorgt.

Der Anteil von Malarierisiko-Kindern (0-5 Jahre alt) lag bei 52,87 % (ähnlich wie im Vorjahr mit 51,78 %). Die Hauptdiagnosen sind wie immer Malaria (Nr. 1) gefolgt von bakteriellen Infektionen. Die Anzahl von unterernährten Kindern lag bei 227, etwas mehr als im Vorjahr (206). Sie wurden alle mit Milch direkt in unserer Ambulanz versorgt. Dazu kommen 45 Kinder aus dem Waisenhaus von Sr. Albertine und 67 aus dem Waisenhaus Simba Mosala. Auch diese beiden Einrichtungen bekommen zusätzlich monatlich finanzielle Unterstützung in Höhe von 500 Dollar vom HFO für den Kauf von Nahrungsmitteln und dazu Trinkmilch.

Zusätzlich im Jahre 2021 spendete HFO ein Motorrad an das Waisenhaus Sr. Albertine, damit können sie Nahrungsmittel und andere Waren für das Waisenhaus aus der Stadt transportieren.

## Jährliche OP-Einsätze

Durch die Lockerung der Gegenmaßnahmen für den Covidschutz konnte das OP-Team zwei Einsätze im Kongo im Jahre 2021 durchführen. So wurden im Mai 2021 360 Kinder untersucht und 128 davon operiert. Im November dieses Jahres wurden sogar 408 Kinder untersucht und gleich 160 durch das Ärzte-Team von HFO aus Deutschland operiert. Die Haupteingriffe konzentrieren sich auf Pathologie wie Hernie, Milz-OP, MKG. →



Solarplatten auf Dach des OP-Saal, Hospital General Kikwit 1 (HFO)



Besuch im Waisenhaus Simba Mosala

## Renovierung des OP-Trakts des Hospital General Kikwit 1

Während des Einsatzes im November 2020 hat Dr. Theo das größte Projekt für die Renovierung des OP-Blocks des HGR Kikwit dem Direktor des Krankenhauses vorgestellt

Im Oktober 2021 konnte das Techniker-Team vom Lion Club aus Meiningen nach Kikwit einreisen und eine leistungsstarke Solaranlage für die Versorgung des OP-Gebäudes einrichten. Zuvor versorgte unsere Solaranlage nur die Gebäude der Pädiatrie, der Geburtsstation und der HFO-Ambulanz. Durch die neue Installation mit mehr Solarbatterien, Solarplatten und starke Wechselrichter können diese Gebäude mit dem OP-Trakt zusammen mit Strom ordentlich versorgt werden.

Darüber hinaus wurden andere Bauarbeiten für die Renovierung des OP-Trakts durchgeführt: neue WC-Einrichtung, neue Türen, Malerarbeiten, Fliesen. Zwei OP-Tische und OP-Lampen hat auch HFO in die OP installiert. Auch wurden alle 3 alten Klimageräte ersetzt.

Die Kosten ohne Fliesenarbeit betragen 7093,07 US-Dollar. Die Bauarbeiten für das Fliesenlegen sind für März 2022 geplant.

Unterernährtes Milchkind, HFO Ambulanz Kikwit



## Unterstützung für das Waisenhaus Simba Mosala in Kikwit

Auch im November 2021 hat HFO seine Unterstützung für das Waisenhaus Simba Mosala in Kikwit erweitert. So hat HFO den Bau einer Grundschule mit 6 Schulklassen für Simba Mosala genehmigt, das Geld auch bereitgestellt, und die Bauarbeiten haben schon im November 2021 angefangen. Die Fertigstellung der Schulklassen ist für April 2022 geplant. ■



# mit uns

immer ausgezeichnet versorgt

geprüfte Qualität:  
Strom und Erdgas für Hamm



Hamms gute Geister | [www.stadtwerke-hamm.de](http://www.stadtwerke-hamm.de)

# KOMPLEXE KOMMUNIKATION EINFACH MACHEN.

[www.einfach-wilke.de](http://www.einfach-wilke.de)

**Wilke**  
Einfach **kommunizieren.**



-   
DIGITAL
-   
PORTAL
-   
DRUCK
-   
AKADEMIE
-   
AGENTUR
-   
VERLAG



## Betken & Potthoff

... gut für Ihr Auto

Meisterbetrieb der KFZ-Werstatt

Wir sind gerne für Sie da!

Gewerbepark 36 · 59069 Hamm-Rhynern · Tel. 02385 1755

Weitere Informationen unter [betkenundpotthoff.de](http://betkenundpotthoff.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. 02381 - 8 71 72 - 15  
Fax 02381 - 8 71 72 - 19  
[info@hammer-forum.de](mailto: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. 05223 - 49 39 00  
[info@hoch5.com](mailto:info@hoch5.com)  
[hoch5.com](http://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](mailto: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

Für Überweisungen in Deutschland und in andere EU-/EWR-Staaten in Euro.

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 - 22**

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)



### 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



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](mailto:info@moebel-wachter.de) • [www.moebel-wachter.de](http://www.moebel-wachter.de)  
Öffnungszeiten: Mo - Fr 9.30 - 19.00 Uhr • Sa 10.00 - 14.00 Uhr



## 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