



# KINDER 2/22

**In Krisengebieten  
machen WIR humanitäre  
Hilfe möglich.**

**Gemeinsam** mehr erreichen

 **HAMMER  
FORUM**  
Medical Aid for Children

# INHALT

- 03 Vorwort
- 04 Aktuelle Themen
  - 04 Guinea Bissau  
*Extremer Vitamin-D3- und Calciummangel*
  - 08 Somaliland  
*Nur Männer dürfen die Einwilligung zur OP geben*
  - 12 Kongo  
*Anästhesie im Kongo – eine Herausforderung in jeder Hinsicht*
  - 16 Lesbos  
*Zweitägige Kurzvisite auf Lesbos*
  - 20 Nablus / Westbank  
*Klinischer Einsatz in Nablus / Westbank*
  - 24 Nablus / Westbank  
*Zahnärztlicher Einsatz in Nablus / Westbank*
  - 26 Somaliland  
*Ein erfolgreiches Staatsmodell?  
Zwei Wochen in Somaliland*
  - 30 DR Kongo  
*Stressige Tage vor dem Abflug –  
Einsatz in der DR Kongo*
  - 36 Burkina Faso  
*Burkina Faso, ein armes Land  
mit kriegerischen Konflikten*
  - 42 Kongo  
*Grundsteinlegung: Neuer Ambulanzbau  
in Kikwit / Kongo*
  - 44 Danksagung
- 46 Sonstiges  
Impressum und Kontakt



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

Menschen werden plötzlich  
reich, aber nicht plötzlich gut.

Griechische Weisheit

heute möchte ich Ihnen die kurze Vorgeschichte eines kleinen Kindes nahe bringen. Am 3.Tag in Gabu / Guinea Bissau kam eine Mutter (Mitte 30) mit ihrem 14 Monate alten Kleinkind zu uns. Sie beschrieb exakt Folgendes. „seit der Geburt erbricht das Kind einige Minuten nach dem Trinken und zwar heftig. Ich war bei vielen Ärzten, auch in der Universitätsklinik in Bissau. Sie sagten mir, dass etwas im Bauch ist, das dagegen arbeitet, deshalb erbricht das Kind“.

Wir fragten nach dem Erbrochenem, sie sagte, „das, was das Kind getrunken hatte, kam wieder zurück“. Die Ultraschalluntersuchung ergab einen normalen Magenausgang sog. Pylorus (Magenpförtner).

Da die Mutter auch nach mehrmaligen Fragen immer wieder die Art des Erbrechens und das, was das Kind erbrochen hatte, beschrieb und wir keine Hypertrophie nachweisen konnten, dachten wir zunächst an eine Stenose (Einengung) im Duodenum (Zwölffingerdarm). Das Erbrochene war aber nicht gallig, und das passte nicht zusammen.

Eine Röntgenuntersuchung war nicht möglich. Es gibt keinen Röntgenapparat im Hospital. Nur in der Uni in Bissau könnte das Kind geröntgt werden, aber dort soll es kein Gastrografin (Kontrastmittel) geben. Das Kind war schon 14 Monate alt, etwas unterernährt, hatte das Gewicht eines 6-8 Monaten alten Säuglings. Es war die ganze Zeit ruhig, eher etwas apathisch. So haben wir

in der Situation der sehr besorgten Mutter gesagt, wir können auch nicht helfen. Da wir der Mutter auch nichts empfehlen konnten, sagte ich dem Dolmetscher Herrn Dr Lino ganz leise: „wir haben keine Alternative zu bieten und wir reisen bald ab. Gerne würde ich den Bauch aufmachen, um zu sehen weshalb das Kind ständig erbricht“. Herr Dr Lino übersetzte das der Mutter einfach ohne zu zögern. Sie stimmte sofort und ohne zu überlegen und ohne weitere Fragen zu stellen, zu.

Wir operierten das Kind und waren sehr überrascht, denn wir fanden die Ursache, nämlich eine Anomalie: eine ca. 2,5 cm breite Membran komprimierte das Duodenum direkt hinter dem Pylorus – weiterlesen im Bericht Seite 5. Diese Membran wurde nun durchtrennt, und das Duodenum, soweit nötig mobilisiert. Zwei Stunden später durfte das Kind trinken. Die Mutter erzählte uns strahlend und ganz glücklich, dass das Kind nicht mehr erbrochen hat. 5 Tage lang kam die Mutter zu uns. Das Kind hat nie wieder erbrochen.

Liebe Leserinnen und Leser, diese einfachen Erfolge geben uns Mut und Kraft, weiter zu machen. Sie sind ein kleiner Lichtblick in unserer schwierigen und dunklen Zeit.

**Bitte unterstützen Sie mit Ihren Spenden auch in Zukunft unsere Arbeit, damit wir die medizinische Hilfe für Kinder in den Krisengebieten dieser Welt fortsetzen können.**

Ganz herzlichen Dank

Ihr Dr. Emmanouilidis

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





# EXTREMER VITAMIN-D3- UND CALCIUMMANGEL

Guinea Bissau  
Bericht von Dr. Emmanouilidis  
(vom 09.-26.09.2022)

Nur zwei Fluggesellschaften fliegen an unterschiedlichen Tagen nach Guinea Bissau. Wie geplant, landeten wir am 10.09.22 um 01:15 Uhr in Bissau. Bis alle Formalitäten fertig waren und wir unsere Koffer bekamen, war es 03:00 Uhr geworden. So beschlossen wir, gleich nach Gabu zu unserem Zielort, ca. 200 Km entfernt, zu fahren. Nach gut 6 Stunden Fahrt kamen wir unausgeschlafen und müde an. Ca. 4 Stunden ausruhen, und um 14:00 Uhr waren wir im Hospital. Ich begann mit dem Screening der auf uns wartenden Kinder. Der Rest der Mannschaft bereitete den Op-Saal vor (Sterilisieren der Instrumente, Narkosegerät funktionsfähig einrichten usw.). Unsere vor 3 Jahren installierte Photovoltaikanlage hat diesmal leider keinen Strom geliefert. Wir haben Kontakt mit dem Elektriker in Deutschland aufgenommen, auch er konnte bis zum Schluss den Grund nicht verifizieren. So musste die ganze Zeit der Generator laufen.

## Sozial-Ökonomische Situation vor Ort

Durch den Klimawandel beeinflussen extreme Naturereignisse, wie Hitze, Dürre, Sturm, Überflutungen negativ die Produktivität. Folglich führt das zu Ernteausfällen und Hungersnöten. Dies führt zur Frustration, Resignation, Ausgrenzung, und letztlich zwingt es die Menschen zur Migration. Die Kinder leiden am meisten darunter, sie sind stark unterernährt, was das Immunsystem schwächt und anfällig für Infektionen macht. Die Unterernährung beeinflusst auch die körperliche und geistige Entwicklung. Vom Jahr zu Jahr werden auf dem Markt in Gabu immer weniger Produkte angeboten. Die Qualität der Produkte ist auch schlecht, z.B. Tomaten, Kartoffeln, Kohl und anderes Gemüse sind deutlich kleiner, aber noch teurer geworden. Die Menschen wirken nicht mehr so fröhlich wie vor 5 Jahren.

## Situation im Hospital

Im Vergleich zum letzten Einsatz im März hat sich die Situation eher negativ entwickelt. Es gibt nicht nur politische Instabilität, sondern das Karussell der führenden Angestellten, hier Ärzte, drehte sich heftig. Der ehemalige Gesundheitsamtsarzt wurde entlassen und von dem ehemaligen Hospitaldirektor ersetzt. Der wiederum hat gleich nach dem Amtseintritt den Klinikdirektor abgesetzt und die zwei Freistellen, nämlich Hospitaldirektor und Klinikdirektor, durch ganz junge Ärzte, die erst vor 2 Jahren ihr Examen abgelegt haben, ersetzt, natürlich aus seiner Sippe. Wir haben mit beiden gesprochen und haben den Eindruck gewonnen, dass beide jungen Ärzte nicht wissen, was sie überhaupt tun sollen/müssen. Unsere Fragen wollten sie an dem Amtsarzt weitergeben, weil sie nichts dazu sagen können. Das Hospital hat kein Material und hat auch kein Geld, das Material



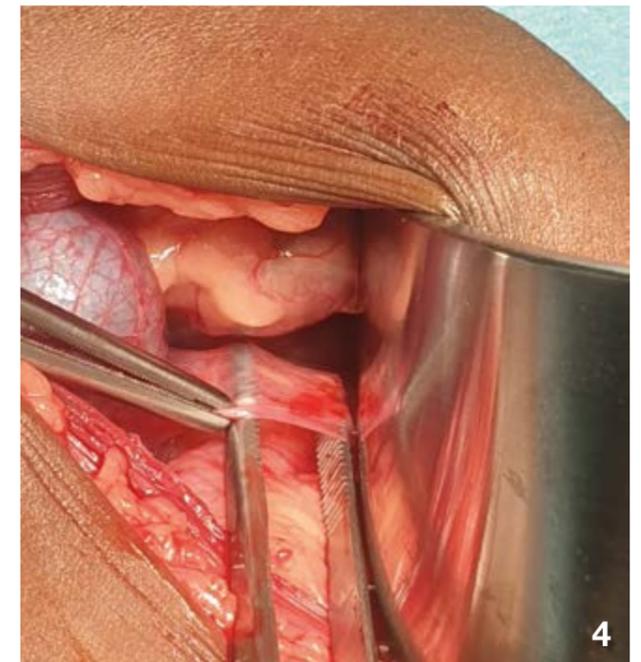
1

zu kaufen. Es ist halb leer, und alles verfällt langsam. Während unseres Einsatzes wurden vom Hospital alle jungen Ärzte und Schwestern entlassen, weil die Gehälter nicht bezahlt werden konnten. Wir erfuhren, dass dies im ganzen Land so geschehen ist. 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.

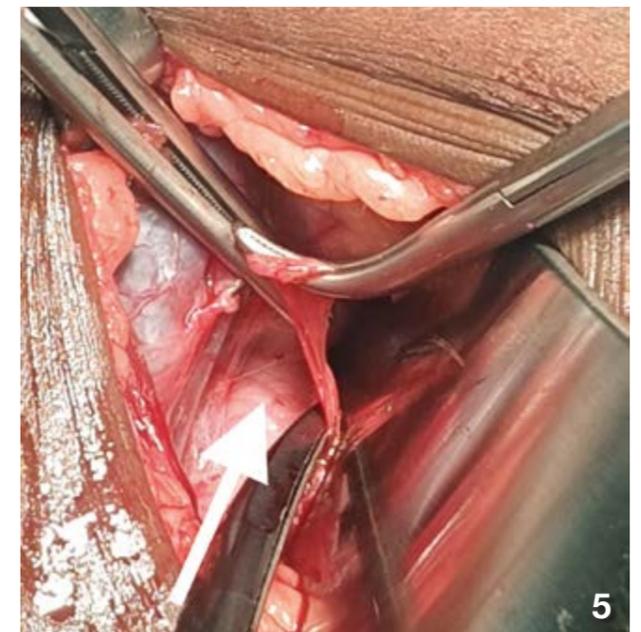
Auch deshalb finden kaum Operationen statt. So haben in den 9 Op-Tagen, in denen wir in den Op-Sälen anwesend waren, die einheimischen Kollegen tagsüber nur 5 Kaiserschnitte, 2 Knochenbrüche, 3 Notfallaparotomien und 3 elektive Eingriffe durchgeführt.



2



4



5



3

## Klinische Fälle

Das jetzt 2 Jahre alte Kind (Bild 1) geriet vor 8 Monaten mit der Hand in kochendes Wasser. Die Finger II-V waren durch Narben gekrümmt. Das Foto 2 zeigt das gute Ergebnis 7 Tage nach der Operation. Die besorgte Mutter (Bild 3) brachte ihr Kleinkind von 14 Monaten zu uns. Sie erzählte im Detail Folgendes: „von Anfang an hat das Kind schwallartig erbrochen. Ich bin bei mehreren Ärzten und auch in der Uni-Klinik in Bissau gewesen. Man sagte mir, dass irgendetwas im Bauch dagegen arbeitet; deshalb erbricht mein Kind, eine Diagnose wurde nicht gestellt“. Wir haben unsere Fragen wiederholt, sie antwortete spontan und beschrieb sehr plastisch, wie das Kind nach Trinken oder Essen erbricht. In Gabu gibt es keine Röntgenmöglichkeit, also →



Röntgenaufnahme mit Kontrast ist nicht möglich. Im Ultraschall konnte ich den Magenausgang nicht darstellen. Wir dachten natürlich an ein Passagehindernis. deshalb mussten wir handeln und sagten der Mutter, wir können jetzt nur der Bauch aufmachen, um evtl. die Ursache zu finden und zu beseitigen. Kaum hatte wir den Satz beendet, war die Mutter sofort einverstanden. Unsere Vermutung hat sich bestätigt.

Über der Pinzette ist eine über dem Zwölffingerdarm (Duodenum) reitende ca. 2,5cm breite tuchförmige Membran zu sehen, die an der Innenseite des Duodenums beginnt und breit-seitlich an die Gallenblasenwand anheftet und so vor allem bei vollem Magen das darunter liegende Duodenum komprimiert. Das hindert die Passage, und so erbricht das Kind schwallartig. Wir haben die Membran durchtrennt und das Duodenum frei gelegt. 2 Stunden nach der Operation durfte das Kind trinken, ohne zu erbrechen. Die Mutter war sehr glücklich und bedankte sich bei uns. Mehrere Tage danach kam die Mutter zu uns. Das Kind hatte nie wieder erbrochen.



Chronisch fistelnde Osteomyelitis mit Sequesterbildung bei 11-jährigem Jungen. Fast die ganze Tibia (Schienbein) ist abgestorben (Bild 7 & 8). Der Sequester konnte entfernt werden. Im Tibiabett legten wir eine 30er Zementkette mit Antibiotikum an.

Die Bilder 9–12 zeigen die krummen Beine der Kinder. Ich berichtete bereits in den vergangenen Jahren über



die Verformung der Beine bei vielen Kindern und über die Ursache, nämlich Vitamin-D und Calcium-Mangel. Darüber haben wir mit dem Gesundheitsministerium konferiert und hatten die Hoffnung, das Ministerium würde zumindest eine Aufklärung der Bevölkerung über die Ernährung starten. Dies geschah bis heute nicht. Von den 251 untersuchten Kindern waren gut 40% unterernährte Kinder mit krummen Beinen. Bei 5 Kindern haben wir Korrektur-Osteotomien durchgeführt.

Dieser 14-jährige Junge ist als Kleinkind von einer Schlange gebissen worden. Danach entstand nach und nach im Sprunggelenk eine Versteifung. Er läuft auf der Ferse. Als wir den Verband entfernten, um die Wunde zu sehen, fielen gut eine handvoll Maden auf den Tisch. Einige sind noch zu sehen -gelber Pfeil-. Nach Angaben des Vaters wurde der Verband längere Zeit nicht gewechselt, eine oder zwei Wochen oder noch länger, konnte uns der Vater nicht genau sagen. Im Moment kann nur die Wunde behandelt werden. Der Madenbefall geht aus einer kleinen Wunde mit Taschenbildung -Spitze weisser Pfeil- aus. Beim nächsten Einsatz soll der Zeh amputiert und die kleine Wundtasche revidiert werden. Gleichzeitig wird auch die grosse Wunde behandelt.



## ZUSAMMENFASSUNG

**Der Hin- und Rückflug war ziemlich ermüdend. Durch Fluglotsen -Streik mussten wir 2 Tage im Hotel verbringen mit der bangen Frage, wann werden wir überhaupt umbuchen können?**

Wir konnten in 10 Tagen 251 Kinder untersuchen und 46 operieren. 11 Kinder haben wir zum Röntgen geschickt, nur 4 haben sich röntgen lassen und kamen zurück. Die anderen 7 sind nicht gekommen. Die Einheimischen meinten, sie haben kein Geld gehabt, in die Hauptstadt zu fahren um röntgen zu lassen. Denn Hin- und Rückfahrt kosten 6.000 CFA = 9€ pro Person und das Röntgen kostet im Durchschnitt 15.000 = 23€ d.h. ca. 30€, so viel Geld haben die Eltern nicht, das sei der Grund, weshalb die Kinder nicht kommen. Während des Einsatzes hat es extrem viel geregnet, vor allem gestürmt und gegossen, die Strassen in Gabu sind nicht asphaltiert, sie sind



*Das Team: von links: Schwester Vivian Schönherr (Op-Schwester), Dr Lino A. Cabral, Schwester Kerstin Meissner (Anästhesie), Studentin Hanna Yaici, Dr Wilma Beyen (Anästhesistin), Dr Th. Emmanouilidis (Chirurg), Frau Nene zuständig für die Pflege des Op-Traktes*

aufgerissen und weggespült. Wie auch sonst, sind wir auch in Gabu Selbstversorger. Wir hatten sehr viel Lebensmittel aus Deutschland mitgenommen und haben selber gekocht, nach dem Essen haben wir stets den Tagesablauf Revue passieren lassen. Danke an das Team für das sehr gute Arbeitsklima, die Harmonie und die tolle geleistete Arbeit.

Ich möchte auch im Namen des Teams Herrn Dr. Lino herzlichen Dank sagen. Er hat im Vorfeld alles perfekt organisiert: uns vom Flughafen abgeholt und wieder hingebacht, die ganze Zeit uns begleitet, gedolmetscht und im Hospital alles geregelt, ausserdem bei den Operationen assistiert. ■



## NUR MÄNNER DÜRFEN DIE EINWILLIGUNG ZUR OP GEBEN

📍 Somaliland  
 Bericht von Dr. Emmanouilidis  
 (vom 15.–28.05.2022)

Diesmal sind wir mit Emirates Airways über Dubai nach Hargaysa/Somaliland geflogen. Die üblichen Reiseformalitäten wurden überraschend schnell und ohne Kontrolle von dem Personal des Hospitals erledigt. Mit zwei Autos wurden wir zum Hotel gebracht. Nachdem wir geduscht und gefrühstückt hatten, gingen wir um 12:00 Uhr zum Hospital. Die Begrüßung im Hospital war herzlich, „wir freuen uns, Euch wieder hier zu sehen“.

Dort haben sich viele Eltern mit ihren Kindern gesammelt, die auf uns warteten. Fast immer sind die Mütter dabei, selten ist ein Vater allein mit dem Kind da. Ich begann eins nach dem anderen mit der Untersuchung der Kinder, die Herr Dr. Hussein bereits registriert und nummeriert hatte. Das Programm für die erste Woche war rasch gefüllt.

Das übrige Team bereitete die Op-Säle, nämlich Narkosegeräte, Monitore, Op-Sets, Sterilisieren der Instrumente, Sortieren der Medikamente und des mitgebrachten Verbrauchsmaterials usw.

Ich diskutiere und bewundere zugleich die Mütter, die die Vorgeschichte der Erkrankung ihrer Kinder im Detail schildern – obwohl mindestens die Hälfte von ihnen Analphabeten sind. Wenn wir dann entscheiden, das Kind kann/muss operiert werden, dann erst merkt man, dass die Mutter keine Zusage machen kann/darf. Nur



der Vater, der Onkel oder der älteste Bruder des Kindes dürfen eine Einwilligung zur Operation erteilen.

Obwohl ich das weiss, weil ich zum dritten Mal dort bin, schüttelte ich unwillkürlich hin und wieder den Kopf und zeige damit mein Unverständnis. Dr. Hussein sah es und sagte „Dr. Theo, das ist Tradition“ und lachte.

Zwischen jeder Operation des täglichen Operationsprogrammes konnte ich weiter Kinder untersuchen und einige in den Op-Plan aufnehmen. Diesmal waren viele Kinder mit alten schief abgeheilten Frakturen, ältere fixierte Klumpfüße, Teillähmungen nach der Geburt oder nach schwerer Erkrankung oder einem Unfall und sogar welche nach intramuskulären Injektionen dabei, denen wir leider nicht helfen konnten. Außer diesen waren auch viele Kinder mit Kontrakturen nach Verbrennungen, meist mit heissem Wasser, dabei.

### Klinische Fälle

Das 14 Monate alte Kleinkind (Bild 1 & 2) hatte seit der Geburt immer wieder schwallartig erbrochen, nachdem es etwas getrunken hatte. Es war ziemlich mager, ausgetrocknet und deutlich unterernährt. Wir konnten die angeborene Magenausgangseinengung (sog. Pylorusstenose) operativ erweitern – gelber Pfeil. Nach der Operation trank das Kind normal und ohne Erbrechen, und bei der Visite am nächsten Tag strahlte die Mutter vor Glück und bedankte sich bei uns. Schon am dritten Tag konnte das Kind entlassen werden.

Vor 3 Jahren klagte das 5-jährige Kind über Schmerzen im Bein. Der Oberschenkel schwoll an, danach entstand eine Fistel, die seither nicht mehr heilte. Die Röntgenaufnahme zeigt die chronische Osteomyelitis und die Sequester – siehe Pfeile. Wir konnten die Sequester entfernen und eine Zementkette mit Antibiotikum anlegen. Die Ketten haben wir, bevor wir abgereist sind, entfernt (Bild 4). Nach Entfernung der abgestorbenen Knochenteile wird sich die Fistel schliessen und somit die chronische Osteomyelitis heilen. Nach ca. 2 Monaten werden Röntgenaufnahmen angefertigt und mir zugesandt.



Der 8-jährige Junge (Bild 5 & 6) erlitt vor 3,5 Jahren eine Verbrühung der rechten Hand. Der Kleinfinger war total gebeugt und ganz in der Hohlhand fixiert, im Grund- und Mittelgelenk ankylosiert (Versteifung der Gelenke). Am vierten Finger entstand eine ausgeprägte Kontraktur. Der fünfte Finger musste amputiert werden, weil eine Mobilisierung nicht möglich war. Wir haben über die Amputation mit den Eltern besprochen und vereinbart.



Ähnlich mussten wir auch bei dem 10-jährigen Mädchen (Bild 7 & 8) handeln. Bei ihr ging die Geschichte auf 5,5 Jahre zurück. Die Operationszeit betrug bei dem ersten Kind zweieinhalb Stunden und über drei Stunden beim zweiten Kind



Das Mädchen erlitt Verbrennungen (Bilder 13 & 14) an verschiedenen Körperteilen. Diese Restwunde am Rücken musste mit Vollhaut gedeckt werden. Diese Operation führte Dr. Filipa Oliveira durch.



Dreieinhalb Jahre altes Kind (Bilder 9–11) mit Spitzfußstellung. Achillessehnen-Tendotomie -gelber Pfeildurchgeführt, dadurch konnte nach Spaltung und Naht der Sehnen- Enden die Sehne um 3,5 cm verlängert werden. Anschliessend legten wir Gips für 3–4 Wochen an.



Beim Operieren vom 1,5 Jahre altem Säugling (Bild 12) mit rektovaginaler Fistel (Verbindung zwischen dem Enddarm und der Scheide). Der Darmausgang konnte nach 2-stündiger Operation erfolgreich rekonstruiert werden.



Diesen Säugling (Bilder 15 & 16) mit der sehr großen, aber noch geschlossenen Omphalocele hatten wir bei unserem letzten Einsatz im Dezember 2021 gesehen. Wir haben damals die Omphalocele entsprechend in einen Sack gewickelt und dabei leichten Druck ausgeübt. Dieser Verband sollte jeden zweiten Tag gewechselt werde. Nach knapp 5 Monaten ein erfreuliches Ergebnis. Wir werden jetzt die Operation planen und den grossen Bauchdefekt operativ schliessen.

## ZUSAMMENFASSUNG

**Wir konnten in 12 Tagen 280 Kinder untersuchen und 60 davon operieren. Meist waren es zeitaufwendigen Operationen.**

Die gesamte Organisation übernahm Dr Hussein. Er registrierte und bestellte alle Kinder und war bei den Untersuchungen immer dabei. Nur deshalb konnten wir auch zwischen den Operationen Kinder untersuchen, und so nutzten wir jede Minute aus. Es gab praktisch keine Pause, auch zwischen den Operationen nicht. Dem ganzen Team möchte ich einen Dank für die tolle geleistete Arbeit und das angenehme Arbeitsklima sagen. Der Dank gilt auch dem gesamten einheimischen Personal, sie haben uns begleitet - auch bei den morgentlichen Stationsvisiten - und waren immer bereit zu übersetzen und bei der Arbeit zu helfen.

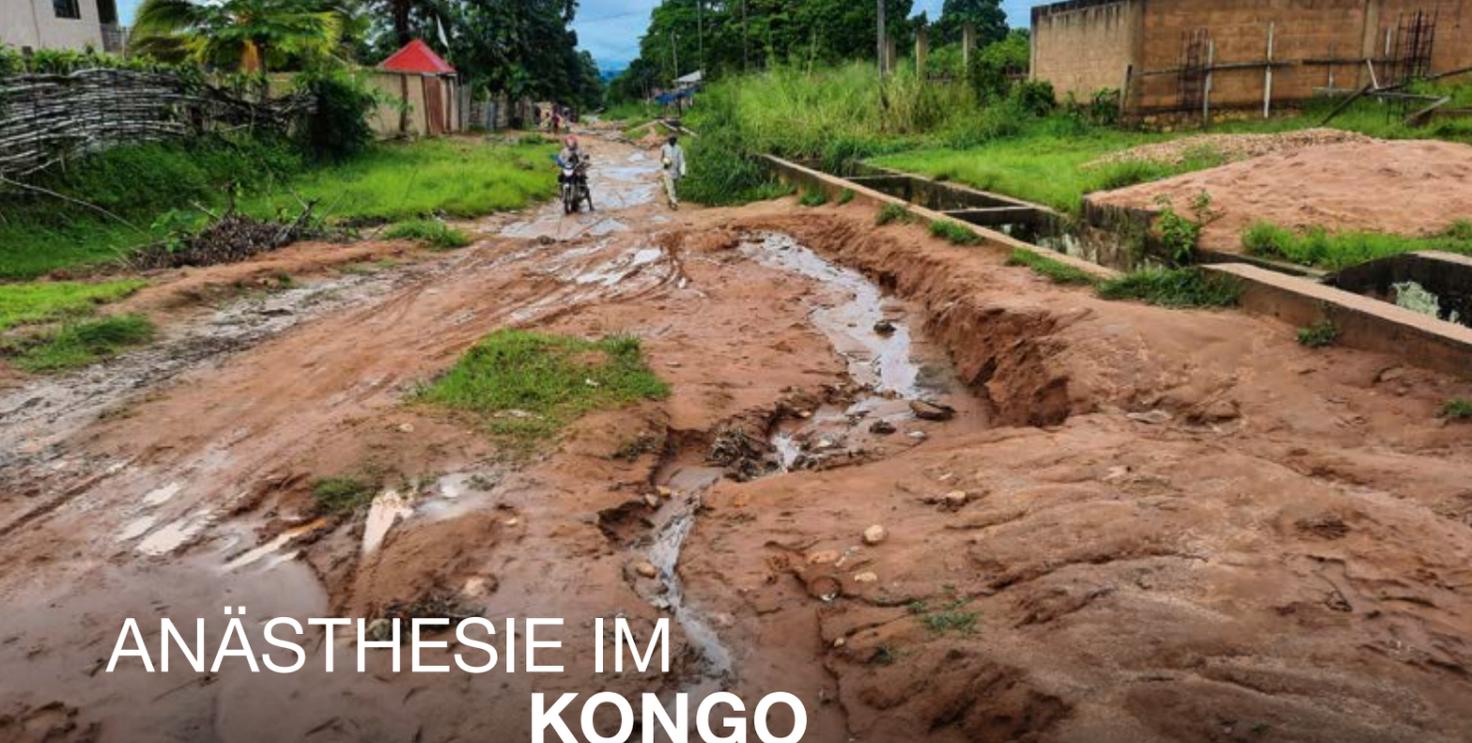


Das Team von rechts: Dr. Filipa Oliveira, Dr. Emmanouilidis, Schwester Klaudia Nussbaumer, Schwester Mirjam Lauterbach, Schwester Anne Fischer, Dr. Brodowski, Dr. Kerth, Herr Joachim Jehle.

Hier muss ich noch erwähnen, dass alle 5 weiblichen Teammitglieder 2 Tage lang mit Erbrechen und Durchfall „platt waren“ und Infusionen benötigten. Wir wissen bis heute nicht, weshalb die drei männlichen Teammitglieder verschont geblieben sind.

Ich möchte auch dem Schwiegervater von Dr. Chr. Brodowski Herrn Hubert Mainusch einen Dank sagen, er hat uns zum Flughafen nach Frankfurt gebracht und auch abgeholt.

Am letzten Tag wurden wir vom Hospital verabschiedet. Die Direktorin Dr Khadra sagte bei ihrer kurzen Abschiedsrede, wir sollen wieder und wieder kommen. Ich antwortete: „wenn sie weiterhin so nett zu uns sein werden, dann werden sie uns nicht los werden.“ ■



# ANÄSTHESIE IM KONGO EINE HERAUSFORDERUNG IN JEDER HINSICHT

**Kongo**  
Bericht von Dr. Claus Fuchs  
(vom 14.04.–01.05.2022)

Im Herbst 2021 las ich in unserer Verbandszeitung, man suche Anästhesisten für einen Einsatz in Krisengebieten für 2022. Eigentlich wollte ich mich nur mal nach den Bedingungen erkundigen, und nach zwei Telefonaten und zwei Emails stand ich auf der Liste für den Kongo vom 14.04.–01.05.22!

Also fing ich an, die Publikationen der anderen Kollegen im Hammer Forum zu lesen und Kontakt zu Leuten aufzunehmen, die schon im Kongo oder anderen Destinationen waren. Es gab viel Ernüchterndes zu hören, aber auch die zunehmende Gewissheit, etwas Gutes tun zu können.

In der Vorbereitungsphase stieg so langsam die Aufregung, es wurden kleine Kuschtierchen für die Kinder gesammelt und fast alle, die vom Einsatz erfuhren, fanden das toll. Da auf der Einsatzliste noch ein weiterer Anästhesist stand, der auch zum ersten Mal an so etwas teilnahm, sprachen wir uns ab über mitzunehmende Medikamente und Materialien; zwei Koffer quollen fast über, persönlich Sachen waren das Allerwenigste.

Zuvor versorgten uns zwei Anästhesieschwester, die schon mal dort waren, mit Informationen über das in Kikwit Vorhandene und beschrieben die örtlichen Gegebenheiten.



1

Auf der Einsatzliste standen 10 Mitstreiter, von denen nur eine Anästhesieschwester und der Techniker jemals im Kongo waren, das beruhigte zunächst. Ich selbst nahm meine Anästhesieschwester mit, wir arbeiten seit Jahren sehr gut zusammen und sind dementsprechend eingespielt, was sich im Nachhinein auch als vorteilhaft erwies.

Ab dem Gate in Brüssel nahmen nun die Überraschungen ihren Lauf:

Da saßen da nur 5 Leute, Dr. Emmanouilidis, Dr. Moussa und drei Schwestern. Der Anästhesie-Kollege war eine halbe Woche vor Abflug krank geworden, die zweite Anästhesieschwester kam somit auch nicht und der Techniker hatte sein Visum nicht rechtzeitig bekommen. Ich dachte: ein Anästhesist mit zwei operativen Kollegen, na denn man Prost! (Später fragte ich die beiden, ob sie denn wohl im Vorfeld gewettet hätten, problemlos mit 5 Neuen erfolgreich zu sein. Antwort: Experiment gelungen!)

Die in anderen Berichten zur Busfahrt erwähnten Probleme blieben auch bei uns nicht aus, hinwärts 13,5h (zusätzlich sind wir noch in einen heftigen Regensturm geraten und das vorab auf einem Jeep transportierte Gepäck war bis Kikwit völlig durchnässt) und rückwärts 12h (u. a. zwischenzeitlich kein Treibstoff mehr!) und die Zeit bis zum Rückflug wurde immer knapper. Das ist halt der Kongo. Geduld und Durchhaltevermögen müssen unbedingt mitgebracht werden.

Von der Unterkunft (Guesthouse) hatten wir nicht viel erwartet, Strom gab es nur von 18-22 Uhr und oft war auch das Wasser weg, wir haben aber immer geschafft, die letzte Seife mit der kalten Dusche noch abzuspülen.

Der Weg bis zum Krankenhaus war hinwärts wegen der Hitze, der hohen Luftfeuchtigkeit und des ansteigenden Geländes recht anstrengend und schweißtreibend. Die Bilder (Bild 3) sprechen für sich.



3



2

Das Haus selbst ist in einem miserablen Zustand, in „unserem“ Op hatten wir es aber gut: Klimaanlage und funktionierender Notstromgenerator, das Narkosegerät war ebenfalls in Ordnung. Wohin mit den Sevofluran-Abgasen -> aus dem Fenster. Hier sind einfache Lösungen gefragt so wie die O<sub>2</sub>-Zange zum Aufdrehen der Sauerstoffflaschen, alles machbar. Das alles erinnerte uns an alte Zeiten ebenso wie das fast vergessene Beuteln bei den Milz-Ops.



Was das Alter der Kinder betrifft, so war keine Steigerung nach unten mehr möglich, das jüngste war ein Neugeborenes! Aber auch das ließ sich schultern. Die größten Schwierigkeiten bereiteten die Venenpunktionen, besonders bei den ganz Kleinen. Auch hatten die Kongolesen eine für uns ungewohnte Struktur der Haut hinsichtlich ihrer Festigkeit, aber alle aus dem Team halfen beim Punktieren mit und einer hat immer was getroffen.

Größte Hürden bei der klinischen Beurteilung: kaum erkennbare Cyanose, Anämie und Pupillenreaktion; darauf muss man sich einstellen.

Die Milzkinder kamen oft mit einem sehr, sehr niedrigen Hb an, so dass in einem Fall eine Drucktransfusion notwendig war, da kam die V.jug. externa gerade recht. Auch das Bild vom Aufwachraum (Bild 5) spricht für sich.



Am Ende des Tages ist man müde und dennoch geht man mit einem wohligen Gefühl der Zufriedenheit schlafen. Vielen Kindern konnte geholfen werden, und das ist das Wichtigste. Auch brauchten wir keinen Wecker, dafür sorgten zwei Hähne in der Nachbarschaft.

Es ist uns mehr denn je bewusst geworden, in welcher verwöhnten und verzogenen Welt wir zu Hause leben; diese Kinder hier waren für uns überraschend ruhig und tapfer und die Dankbarkeit der Eltern treibt einem fast die Tränen in die Augen.

Auch von der Anästhesie-Seite betrachten wir den Einsatz als sehr erfolgreich, wir durften vieles Neues kennenlernen, uns an probates Altes erinnern und die Zusammenarbeit in unserem kleinen Team war sehr gut; danke an alle. ■



# ZWEITÄGIGE KURZVISITE AUF LESBOS

📍 Lesbos  
**Bericht von Dr. Emmanouilidis**  
 (vom 04.-05.08.2022)

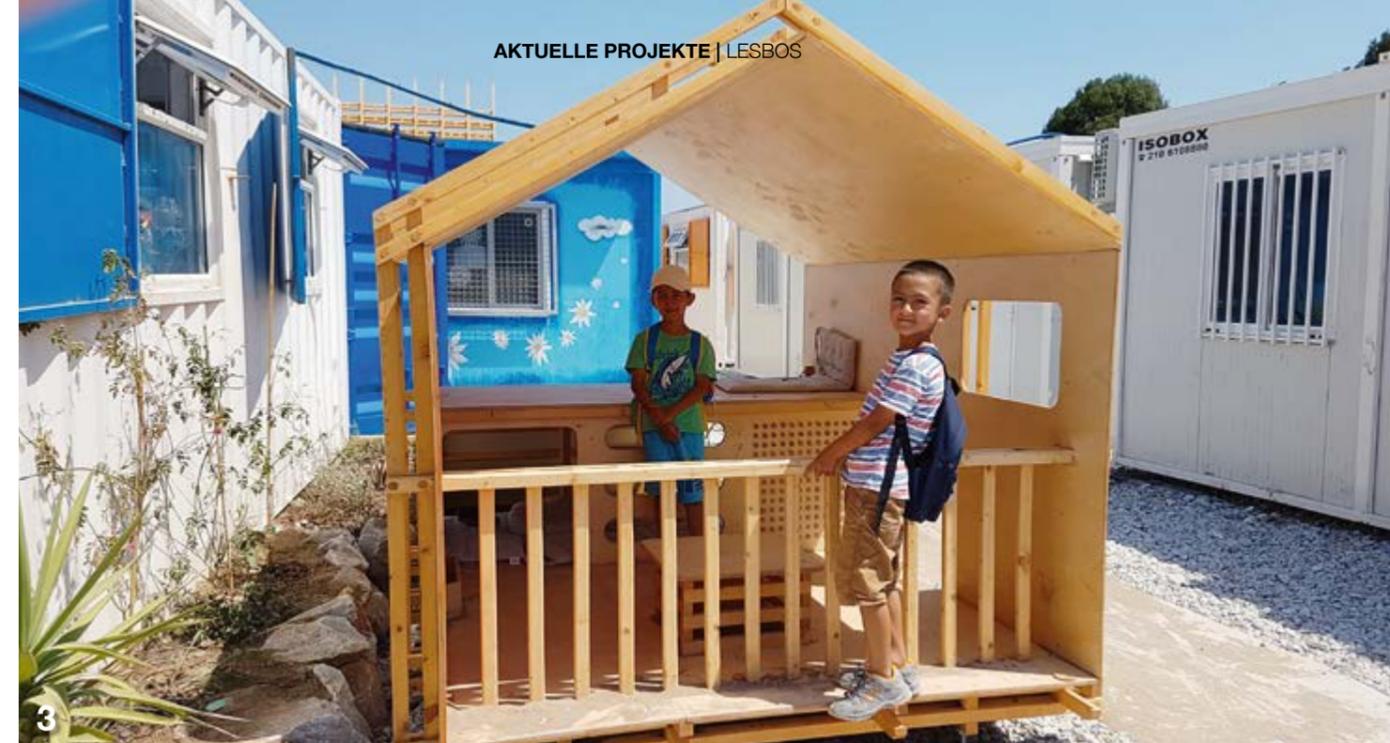
**Diesen Einsatz habe ich vor Monaten zusammen mit der einheimischen NGO Asterias besprochen und geplant.**

Zuerst plante ich, drei Tage zu bleiben. Da es aber am 05.08. spät nachmittag keinen Flug mehr gab, entschloss ich mich, früher zurück zu fliegen, nachdem ich das Flüchtlingscamp, „Folia“ (=Nest) besucht und mit den Verantwortlichen von Asterias gesprochen habe. So hatte ich meinen Urlaub für zwei Tage unterbrochen. Am ersten Abend habe ich einige Stunden mit der Vorsitzenden vom Starfish = Asterias über viele Themen und die Situation von Flüchtlingen sowie die Kooperation gesprochen.

In Camp sind zur Zeit 1468 Flüchtlinge untergebracht. 158 unbegleitete Minderjährige sind woanders zu ihrem Schutz untergebracht. Sobald sie aber volljährig werden, müssen sie diesen Schutz verlassen. Diese (meist Mädchen) werden vom Starfish in das Schutzprogramm aufgenommen und betreut.



2



3

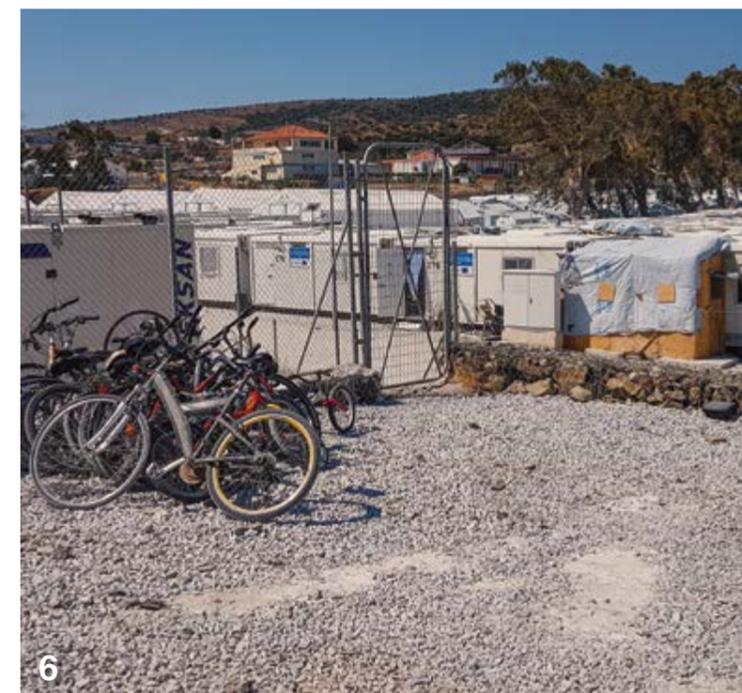
## Besuch des Camps

Letztes Jahr im Juli besuchte ich das Camp, dort lebten 4.462 Flüchtlinge. Damals wurde an der Infrastruktur gebaut. Jetzt befinden sich keine Zelte mehr im Camp, die Strassen sind befestigt, Nasszellen und Toiletten sind für über 3.000 Flüchtlinge errichtet worden (Bilder 1, 4 & 5). Ausserdem sind auch Schulräume hinzugekommen. Einige Container sind zu Werkstätten, Spielräumen für Kinder und Jugendliche und zu einer Bibliothek umfunktioniert (Bilder 2 & 3). →



4

Bild 4: Toiletten und Wasch-Duschräume



6



Die Menschen leben in klimatisierten containerähnlichen Unterkünften. Auf diesem fünf bis sechs Fußballfelder grossen Areal (Pfeil 3) hatten Zelte gestanden, diese wurden entfernt, das Areal blieb frei, weil die Zahl der Flüchtlinge abgenommen hat.

#### Kleines Projekt

Starfish hatte die Idee, innerhalb des Camps eine Fahrradwerkstatt (Bild 6) zu errichten, um die vielen Fahrräder, die die Flüchtlinge, die das Lager verlassen haben, zurücklassen, wieder von Flüchtlingen reparieren zu lassen. Vorab wurde im Hof vor den Gebäuden einigen Flüchtlingen von Fahrradkennern vom Starfish in Kursen das Reparieren von Fahrrädern gezeigt (Bild 7). Sie lehren dann in der Werkstatt im Camp andere und helfen bei Bedarf jedem Flüchtling, ein Fahrrad zu reparieren.

Jeder Flüchtling kann dort ein Fahrrad oder sein Fahrrad reparieren. Alle Ersatzteile und sämtliche Werkzeuge stellt Starfish zur Verfügung. Alte Fahrräder, die nicht repariert werden können, werden von den Flüchtlingen in Ersatzteile zerlegt und wieder verwendet. Das Ziel war, durch Beschäftigung den Kampf gegen die Langeweile, Monotonie, Hoffnungslosigkeit und Unterforderung aufzunehmen. So können Apathie, aufkeimende Aggressionen und Intoleranz abgebaut werden.



Dasselbe will Starfish mit dem Projekt Fussballtraining erreichen. 68 Jugendliche sind angemeldet. Mit Begeisterung spielen sie 2 mal wöchentlich gegeneinander und auch gegen einheimische Mannschaften. So entsteht eine multikulturelle Gemeinschaft. Das Problem ihrer unsicheren Zukunft bleibt jedoch bestehen.

In einem vom Starfish gemieteten Haus „Folia“, werden misshandelte und vergewaltigte Frauen mit oder ohne Kinder untergebracht. Sie werden versorgt und erhalten bürokratische und psychologische Unterstützung. Sie lernen Englisch und Griechisch. Das fröhlich lachende dreijährige Kind wohnt dort seit seiner Geburt (Bild 8). Letztes Jahr berichtete ich bereits darüber.

## ZUSAMMENFASSUNG

Im Vergleich zu den Zuständen im letzten Jahr ist eine deutliche Besserung der Infrastruktur zu erkennen. Durch kleine Projekte versucht Starfish, die Monotonie im Leben von Flüchtlingen zu vertreiben. Das Hammer Forum kooperiert seit 3 Jahren mit dem Starfish (Seestern) und unterstützt alle diese erwähnten kleinen Projekte. Es hat sich eine fruchtbare und vertrauensvolle Zusammenarbeit entwickelt.

An den eigentlichen Problemen hat sich nichts geändert, weil fast alle Flüchtlinge ohne Papiere ankommen und so das Asylverfahren erschweren. ■



# KLINISCHER EINSATZ IN NABLUS/ WESTBANK

Nablus / Westbank  
Bericht von Dr. Ayad  
(vom 18.-26.03.2022)

Die Vorbereitung eines humanitären Einsatzes nach Nablus hat eine besondere Bedeutung. Der ist nämlich der erste Einsatz nach zwei Jahre Pause Corona-Pandemie bedingt. Ursprünglich war der Einsatz auch für den Gaza-Streifen vorgesehen. Da aber nicht alle Einsatz-Teilnehmer die Einreisegenehmigung für den Grenzübergang Erez (im Norden des Gaza-Streifen) erhalten haben, entschieden wir uns für Nablus in der Westbank.

Die Sozialmitarbeiterin der „Palestine Children Relief Fund (PCRF)“ Frau Hana Abdeen und Frau Dr. Aziza Nassar (Vorstandsmitglied der PCRF) haben sehr schnell reagiert und uns die Patientenlisten mit den entsprechenden Diagnosen zukommen lassen. Auch die Verbindung zu den einheimischen Kollegen wurde besonders für den neuen kinderorthopädischen Kollegen hergestellt und die Kommunikation hat sehr schnell funktioniert.

Diesen Ersatzplan hatten wir prophylaktisch mit unserer Partner-Organisation PCRF bereits ausgearbeitet, falls nicht alle Teammitglieder die Genehmigung erhalten sollten.

So konnte das gesamte Team bestehend aus Dr. Barbara Duenzl (Anästhesie), Dr. Beate Jonas (Anästhesie), Herrn Ibrahim Kassim (Intensivpfleger), Herrn Mostapha

Blalate (Intensivpfleger), Dr. Anna-Christina Sofroniou (Kieferchirurgin im letzten Jahr der Facharztweiterbildung), Dr. Dr. Ibrahim Moussa (MKG- und plastische Gesichtschirurgie) und Dr. Malik Abdelrazeq (Kinderorthopädie) Dr. Dr. Walid Ayad (MKG- und plastische Gesichtschirurgie) am 18.03.2022 gemeinsam von Frankfurt nach Tel Aviv fliegen.

Bei der Einreise am Flughafen in Tel Aviv mussten wir ca. 3 Stunden wegen Sicherheitskontrolle und Befragung durch die Grenzpolizei auf den Kollegen Abdelrazeq warten. Herr I. Kassim und Dr. Dr. I. Moussa hatte eine kürzere Wartezeit. Alle anderen Teammitglieder haben die Passkontrolle und den Zollbereich ohne Probleme passieren können. Danach mussten wir alle nochmal am Flughafen erneut einen PCR-Test auf eigenen Kosten durchführen lassen. Das Ergebnis bekommt der Reisende per Email innerhalb von ca. 12-24 Stunden.

Der Fahrer unserer Kooperationspartner PCRF hat uns dann in Empfang genommen. Wir sind dann direkt nach Nablus gefahren. Um ca. 21:00 Uhr kamen wir im Hotel an. Nach Abladen unserer Koffer haben wir eine Kleinigkeit gegessen. Das Ergebnis der PCR-Tests hatten wir schneller als erwartet per Email kurz nach Mitternacht bekommen. Erfreulicherweise waren wir alle wieder negativ.



Bild 1: Wartende Eltern und Kinder am 19.03.2022 um ca. 07:45 Uhr

Am nächsten Morgen, Samstag, den 19.03.2022 sind wir gegen 07:30 Uhr Richtung Rafidia-Krankenhaus los-gelaufen. Es ist ein rein chirurgisches Krankenhaus und liegt ca. 10 Fußminuten von unserem Hotel entfernt. Das war sehr praktisch.

Alleine am ersten Tag wurden von Dr. Dr. I. Moussa und mir 82 Patienten bis in die späten Abendstunden untersucht. Von dem kinderorthopädischen Team wurden 71 Patienten untersucht. Anschließend sind wir mit den einheimischen Kollegen in den OP-Trakt gegangen, damit unsere Anästhesie-Kolleginnen und Intensivpfleger eine Orientierungsrunde erhalten und die Geräte sowie Medikamentenlager vorgezeigt bekommen. Weitere Screening fand immer wieder zwischen den Operationen. →



Bild 2 & 3: Dr. M. Abdelrazeq bei der Untersuchung von den kleinen Patienten



Die Drei Teams von links: Dr. Dr. Moussa, Dr. Ali Hanttash (MKG) und Dr. Khalil Albarq (HNO) sowie Anästhesieteam Dr. Dr. Ayad mit Frau Dr. Sofroniou (MKG) Frau Dr. B. Duenzl (Anästhesie) und Intensivpfleger I. Kassim, Dr. M. Abdelrazeq mit Frau Dr. B. Jonas (Anästhesie) und Intensivpfleger Herr M. Blalate.

Am Sonntag, den 20.03.22 konnten wir dann nach kurzer Begrüßung durch den Generaldirektor des Krankenhauses Dr. Kasim Daghlas in drei OP-Räumen parallel mit den Eingriffen beginnen. Herr Dr. Kasim Daghlas war sehr froh und erleichtert, dass wir wieder da sind, da viele Patienten pandemiebedingt durch Ausbleiben der medizinischen Einsätze (nicht nur aus Deutschland) nicht versorgt werden konnten.

In der Zeit vom 19.03.-24.03.2022 wurden insgesamt 34 Kinder mit kieferchirurgischen/plastischen Krankheitsbildern operativ versorgt. Kinderorthopädisch waren es 21 Operationen.



8

Die meisten kieferchirurgischen und orthopädischen Operationen waren kompliziert oder als Rezidive einzustufen und erforderten somit längere OP-Zeiten.

Parallel zur Aus- und Einleitung der Patienten wurden immer wieder von Dr. Dr. Moussa oder von mir weitere Kinder untersucht. Dadurch erhöhte sich die Zahl der untersuchten Kinder auf 96. Das Gleiche gilt für die Kinderorthopädie. Hier erhöhte sich die Zahl der untersuchten Kinder auf 91.

Mit den einheimischen Kolleginnen und Kollegen wurden täglich Visiten abgehalten. Die Zusammenarbeit mit den Kollegen des Krankenhauses lief sehr gut.

Wir haben immer versucht gemeinsam mit den einheimischen Kolleginnen und Kollegen zu operieren, um ihnen neue Standards, Ideen und OP-Techniken im Sinne einer Fortbildung zu vermitteln.

Die Ehrung des Hammer Forum Teams durch den Generaldirektor des Rafidia-Krankenhauses fand auf unsere Bitte hin kurz vor 08:00 Uhr am letzten Arbeitstag statt. Der Generaldirektor des Krankenhauses hat sich bei

uns für die geleistete Arbeit und vor allem für die Kontinuität unserer Einsätze bedankt. Immer wieder hat er von dem Patientenstau durch die Corona-Pandemie gesprochen. Auch deshalb wurden wir von ihm und des gesamten Personal des Rafidia-Krankenhauses gebeten wiederzukommen.

An unserem Abreistag Samstag, den 26.03.2022 wurden wir vom Dekan der zahn/medizinischen Fakultät der Jerusalemer Universität eingeladen. Hier wurden wir nach den Möglichkeiten einer Zusammenarbeit und vor allem der Unterstützung bei der Behandlung von Kindern in Lachgas- oder Analgo-Sedierung. Dankenswerterweise wird das begleitende Anästhesieteam uns ein Konzept vorschlagen.



9

Bild 9: Ausgeprägte Weich/Hartgaumenspalte

Bild 10: Tägliche Visite und ggf. Entlassung von Patienten



10



7



11

Bild 11: Bei der Ehrung durch den Krankenhausdirektor

## STATISTIK

### MKG/Plastischen Operationen

Zahl der Operationen	34
Zahl der untersuchten Kinder	96

### Krankheitsbilder:

- Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten
  - Lippenverschluss
  - Weich/Hartgaumenspalte
  - Velopharyngoplastik als sprachverbessernde Operation
  - Revision solcher verschiedener Art
  - Kieferspalte Osteoplastiken
- Rhinoplastik
- Verbrennungschirurgie
- Orthognathe Chirurgie am Ende der KFO-Behandlung
- Syndaktylie
- Kontrakturen

### Kinderorthopädie

Zahl der Operationen	21
Zahl der untersuchten Kinder	91

### Krankheitsbilder:

- Hüftdysplasien
- Knicksenkfuß (Pes plano valgus)
- Hohe Hüftluxationen bei Hüftdysplasien
- Klumpfuß
- Verkürzung der Achillessehne
- Retrotorsion der Hüfte
- Syndaktylien und Polydaktylie

## ZUSAMMENFASSUNG

Glücklicherweise kam es bei keinem unserer operativ versorgten Kindern zu anästhesiologischen oder chirurgischen Komplikationen. Die weitere Nachsorge der frisch operierten Patienten wurde noch mal vor der Abreise genauestens besprochen.

Die Zusammenarbeit mit den Kollegen, Krankenschwestern und Pflegern vor Ort lief sehr gut. Für die Behandlung unserer Kinder mit den verschiedensten, komplizierten Krankheitsbildern und Syndromen ist jedoch die ständige Fort- und Weiterbildung und der Erfahrungsaustausch essentiell wichtig. Gerade dies fehlt den Kolleginnen und Kollegen dort. Die Corona-Pandemie hat auch diese Situation deutlich verschärft.

Dass dieser Einsatz in kürzester Zeit in Nablus und nicht wie ursprünglich geplant in Gaza möglich war, verdanken wir der PCRf und ihrer dortigen Sozialarbeiterin Hana Abdeen. Sie hat sich bestens um uns gekümmert. Ganz besonders möchte ich die Rolle von Frau Kollegin Dr. Aziza Nassar hervorheben, die uns als Mund-Kiefer-Chirurgisches Team ständig begleitet hat. Die Behandlung der Kinder mit LKG-Spalten muss multidisziplinär erfolgen. Hier hat sie uns als Fachärztin für Kieferorthopädie häufig beraten und die Verbindung zu den lokalen mitbehandelnden Ärzten schnell herstellen können sowie im Notfall eine schnelle Konsiliar-Untersuchung ermöglicht.

Abschließend möchte ich mich bei allen Teilnehmern des Teams bedanken, die trotz der politischen Lage und der Anspannung die Reise angetreten sind und eine hervorragende Arbeit geleistet haben. ■

Dr. Dr. W. Ayad  
Projektleiter



# ZAHNÄRZTLICHER EINSATZ IN NABLUS/ WESTBANK

Nablus / Westbank  
Bericht von Dr. Lubna Thüning  
(vom 01.-09.07.2022)

Eingangs muss ich sagen, dass dies mein erster humanitärer Einsatz seit nunmehr 12 Jahren war. Vor ca. 2,5 Jahren kam Herr Dr. Dr. Ayad auf mich zu und fragte, ob ich mir einen Einsatz im West-Jordanland vorstellen könne. Was absolut der Fall ist. Ich bin ursprünglich Palästinenserin, spreche die Sprache einigermaßen und bin mit der Kultur vertraut. Es wurden Materialien und eine mobile, dentale Einheit, sowie ein digitales Kleinröntgengerät angeschafft und bereits nach Nablus transportiert. Vor Ort wurden sie in die Hände von Fr. Dr. Azziza Nasser übergeben. Pandemiebedingt konnte der Einsatz bzw. die folgenden Einsätze nicht stattfinden. Ende Mai diesen Jahres kam Hr. Dr. Dr. Ayad erneut auf mich zu und bat mich den zahnärztlichen Part der Einsätze zu übernehmen und ggfs. langfristig zu koordinieren. Aus diesem Grund sollte ich 5 Wochen später nach Nablus fliegen, mich vor Ort orientieren, die Lage und das Equipment sondieren und mir schon einmal ein Bild machen.

Am 01.07.2022 begann dann die Reise am FMO und ich hatte einen 23 KG zusätzlichen Koffer mit zahnmedizinischem Equipment dabei. Unter anderem befanden sich darin Grundbesteck, Füllungsinstrumentarium, Composite-Materialien, Ätzelgel, Bonding, Injektion/Anästhesien incl. Karpulen & Injektionsansätzen, eine Polymerisationslampe, Material zur Trockenlegung, Bohransätze (Diamanten & Polierer), Milchzahnzangen etc. und vieles mehr. Im Grunde genommen, alles was man in einer zahnärztlichen Praxis zur konservierenden Versorgung benötigen könnte.

Angekommen in BenGurion/Tel Aviv gestaltete sich die Einreise sehr einfach und ich konnte mich mit dem Fahrer des PCRf's gut zusammen telefonieren und so wurde ich nach Nablus in mein Hotel gebracht. Am nächsten Morgen gegen 7:45 Uhr traf ich mich dort mit Fr. Dr. Nasser, die das aufbewahrte Equipment mitbrachte und wir fuhren zu unserer ersten Destination nach Aqqaba, ca. 1,5 Stunden Fahrt von Nablus entfernt. Uns wurde in einem Gemeindezentrum ein Konferenzraum zur Verfügung gestellt. Dort packten wir erst einmal aus und sichteten das gesamte Material. Vor Ort lernte ich auch die beiden Sozialarbeiterinnen Mona Fayed und Dima Barahme, die für spontane (da nur 5 Wochen Vorlaufzeit) Koordination der Räumlichkeiten, Patienten, den Transport des Materials und wohl auch für mich zuständig waren, kennen. Beide wirkten sehr engagiert, erfreut und irgendwie dankbar, dass wieder Missionen in ihrem Gebiet stattfinden würden. Außerdem wurde mir ein Student der Zahnmedizin Hr. Basil Daragmeh als Assistenz zur Seite gestellt. Bereits am ersten Tag beließen wir es nicht nur bei „Orientierung & Screening“, sondern behandelten am Ende 20 Kinder.



An Tag 3 sollte es nach Al Aquaba gehen. Die Orte ähneln sich zwar im Namen, liegen im dörflichen Umland um Nablus, allerdings in 40 KM Entfernung. Bereits morgens früh traf ich mich mit Fr. Dr. Azziza Nasser, aber leider kam das vom PCRf angeforderte Taxi erst mit einer halben Stunde Verspätung zum vereinbarten Abholort, was eine verspätete Ankunft, sowie einen verspäteten Start der Behandlungen usw. nach sich zog. Aus diesem Grund organisierte Fr. Dr. Nasser an den Folgetagen privat einen Fahrer, der uns immer pünktlich abholte, mit dem Material, dem Equipment half, und wenn etwas fehlte in andere Dörfer/Städte fuhr, es im Namen von Frau Dr. Nasser bei Kollegen oder anderen Praxen organisierte, abholte, zu uns brachte und uns am Ende des Tages auch wieder zurück nach Nablus fuhr.



alleine zum Arzt zu schicken, darauf zu vertrauen, dass sie den Weg finden und dann noch zusätzlich ohne zumindest ein Getränk loslaufen zu lassen.

Tage 5-7 waren wir in Tubas und behandelten dort in einem Raum im Rathaus der Stadt. Dies führte dazu, dass der Bürgermeister der Stadt manchmal vorbeikam und sich nach unserer Arbeit erkundigte. Am Donnerstag, dem 08.07.2022 fand noch eine Ehrung aller Beteiligten mit besonderem Augenmerk auf Fr. Azziza Nasser und mich statt. Anwesend waren noch die Sozialarbeiterinnen, unser Student und ein Vorstandsmitglied des PCRf's, der extra aus Ramallah angereist war. Der Bürgermeister ehrte uns und bedankte sich für unseren Einsatz. Danach galt es nur noch alles ordentlich zusammenzupacken, das Equipment zu reinigen und wieder sicher in der Praxis von Fr. Dr. Nasser zu verstauen.

## ZUSAMMENFASSUNG

Die Zusammenarbeit, insbesondere mit Fr. Dr. Nasser lässt sich nur als außergewöhnlich beschreiben! Gleichzeitig möchte ich mich bei den Sozialarbeiterinnen Fr. Dima Brahme und Fr. Mona Fayed bedanken, die mit ganz viel Herzblut, Liebe, Empathie aber auch mit Tatendrang und organisatorischem Geschick alles wunderbar gemanagt haben, so dass ich mich auf meine Arbeit und Kernkompetenz konzentrieren konnte. Man sollte immer noch bedenken, dass ich erst 4 Wochen vor Antritt angekündigt wurde und wenn man diese Umstände mit in Betracht zieht, haben die Damen einen unglaublichen Job geleistet.

127 Kinder konnte ich untersuchen und 97 davon operieren.

Leider konnte ich in der Kürze der Zeit nicht allen Kindern gerecht werden und habe für meinen nächsten Einsatz eine Liste mit kleinen Patienten & Patientinnen erstellt, die dringend in ITN behandelt werden müssen. Ich hoffe, dass ich diese gemeinsam mit einem Anästhesisten bald nachholen kann.

Außerdem möchte ich mich herzlich beim Hammer Forum und Herrn Dr. Dr. Ayad bedanken, dass sie diese Erfahrung, den Weg für den Einsatz geebnet sowie das Equipment ermöglicht und bereitgestellt haben. ■

Dr. Lubna Thüning



# EIN ERFOLGREICHES STAATSMODELL? ZWEI WOCHEN IN SOMALILAND

**Somaliland**  
Bericht von **Klaudia Nußbaumer**  
(vom 14.–28.05.2022)

Zum ersten Mal konnte ich ein Team nach Somaliland begleiten. Voller Spannung erwartete ich den Abflugtag. Ich hatte sehr viel Positives über das Land am Horn von Afrika gehört. Der von Somalia unabhängige Staat ist seit dem 18. Mai 1991 autonom. Leider wird die Republik bisher nur von Taiwan anerkannt. Etwa 3,5 Millionen Einwohner leben auf dem Gebiet der ehemaligen britischen Kolonie Somaliland.

Die Hinreise ging von Frankfurt aus mit „Emirates“ bis Dubai und dort weiter nach Hargeysa, der Hauptstadt von Somaliland. Am Montagmorgen erreichten wir den Flughafen von Hargeysa und wurden sehr schnell in die VIP-Lounge geschleußt. Die Einreiseformalitäten wurden für uns erledigt und wir fuhren zum Hotel im Zentrum.

Somaliland ist sehr islamisch geprägt, wenn auch die Einwohner und besonders die Frauen, dort etwas freier leben können. Überall sah man auf dem Weg Moscheen.

Um als Europäerinnen nicht unangenehm aufzufallen, trugen wir schon seit Dubai einen Kopfschleier. Mein Eindruck war, das uns Damen so viel mehr Respekt gezollt wurde.

Das Hotel bot eine angenehme Überraschung. So ein komfortables Zimmer hatte ich während früherer Einsätze noch nie bewohnt. Außerdem sollte es so gut wie nie Stromausfall geben und das Wasser floß ebenfalls immer in der Dusche.

Die zweite Überraschung folgte sofort nach dem Frühstück. Die Kinderklinik liegt von Mauern umgeben eingebettet in eine Parklandschaft. Ursprünglich von einer italienischen NGO gebaut, bot die Klinik ein europäisches Bild.

Meine Kollegin, Anne Fischer, eine sehr erfahrenen OP-Fachschwester aus Jena, hatte den OP und das Lager Vorbildlich eingerichtet, so dass ich mich sehr schnell zurecht fand.

Wir sterilisierten die gepackten Instrumente und bereiteten alles für den ersten OP-Tag vor. In der Zwischenzeit hatten die Ärzte in der Ambulanz schon etliche Kinder untersucht und der OP-Plan füllte sich.

Aber das Leben passiert, während man plant. Schon am Dienstag hatten wir den ersten Ausfall zu beklagen. Unsere plastische Chirurgin musste das Bett hüten. Und dann verabschiedeten sich in den folgenden Tagen weitere Teammitglieder mit fieberhaften Infekten aus dem OP.

Alle rätselten, warum nur die weiblichen Teammitglieder erkrankten. Ein Gender-Virus war niemandem bekannt. So hatten die Ärzte nicht nur die Kinder zu versorgen. jeden Tag brachten sie Infusionen mit. Die Hotelzimmer verwandelten sich in ein Lazarett. Erst am Wochenende waren alle Frauen wieder gesund.

So viele Erkrankungen im Team hatte weder Dr. Emmanouilidis noch ich erlebt.

So bald wir aufstehen konnten, erholten wir uns auf der idyllischen Dachterrasse, um sehr schnell wieder die Arbeit aufnehmen zu können.

Die Kinderstation machte einen freundlichen Eindruck. Das Pflegepersonal schien sehr bemüht und auch kompetent. Sie wollten alle gern dazulernen und fragten viel. Viele Kinder stammten aus Nomadenfamilien, die normalerweise so gut wie nie einen Arzt konsultieren. Lange Wegstrecken hatten die Eltern zurückgelegt, um die Kinder von den Ärzten des Hammer Forum untersuchen zu lassen. Viele Kinder kamen mit schrecklichen Folgen von Verbrennungen zu uns. So gab es viel für unsere plastische Chirurgin Filipa Oliveira zu tun. Sie lernte in dem Einsatz noch viel dazu und schätzte die große Erfahrung von Dr. Emmanouilidis.

Mir bleiben einige Kinder in Erinnerung. Bei etlichen hatte ich die Redon-Drainage gezogen oder einen Verbandwechsel gemacht. Die Kinder schienen mir immer sehr tapfer und zeigten kaum Schmerzreaktionen. Fast, als wenn man sie trainiert hätte, Schmerzen zu ertragen.



Bild 1: Kampf mit dem Gips



Aber so abwegig war der Gedanke gar nicht. Bei etlichen Kinder zeigten sich kleine Narben, sogenannte Skarifikationen, die ihre magische Bedeutung haben. Dazu trifft man noch immer viele beschnittenen Frauen. In den meisten Fällen würde ich von Verstümmelung sprechen. Die Mädchen und Frauen werden ihr Leben lang unter den Folgen der Beschneidung leiden. Außerdem gibt es bei den vielen Entbindungen immer große Probleme. Aufgrund des sehr stark vernarbten Geburtskanals bleiben die Babys zu lange in diesem stecken und der Sauerstoffverlust führt zu etlichen Behinderungen.

Der Islam als Religion trägt aber in keiner Weise daran Schuld. Es sind sehr alte Traditionen, der arabisch-afrikanischen Welt. Forciert werden die Beschneidungen sogar mehr von Frauen, überwiegend den Großmüttern, die aber nur das Beste für die kleinen Mädchen wollen. Es ist für uns völlig unverständlich und braucht sicher noch eine lange Zeit der Aufklärung über die Folgen dieses barbarischen Eingriffs.

Bild 2: Immer wieder ist Trost nötig

Die OP-Tage flogen nur so dahin. Wir haben uns aufgrund der krankheitsbedingten Ausfälle auch keinen Ausflug gegönnt. Wir wollten so viele Kinder wie möglich behandeln.

Aber mit dem ausgezeichnetem Team war die Arbeit leicht zu bewältigen. Es ging Hand in Hand und jeder trug zum Gelingen bei. Außerdem hatten wir auch viel Spaß bei der Arbeit im OP und es wurde manches Mal gelacht.

Die Kinderklinik verwöhnte uns mittags auch mit einem Essen, das aber schon gewöhnungsbedürftig war; Immer Kohl-Möhrensuppe mit Fisch. Nur an einem Tag gab es keinen Fisch und das Rätseln ging los. Von Kamel über Schlange bis sogar zum Gürteltier war alles an Vorschlägen dabei.

Nebenbei konnte wir von den einheimischen Mitarbeitern so einiges über das Land erfahren. Auf allen Privatschulen ist die Unterrichtssprache Englisch. Und daher waren bei allen Mitarbeitern die Sprachkenntnisse ausgezeichnet.

Da die junge Republik nicht international anerkannt ist, braucht man als Bewohner des Landes einen Zweitpass, um ausreisen zu können. Zur Auswahl stehen ein Pass aus Somalia, Äthiopien oder bei entsprechendem Vermögen auch ein Land der arabischen Emirate. Die Sicherheitslage ist bei weitem nicht so angespannt wie in Somalia. Beim Militär dienen etwa 28.000 Soldaten. Unruhen gibt es an der Grenze zu Somalia und Äthiopien. Aber auch an der Küstenregion, aufgrund der vielen Piratenschiffe.

Wir waren am Nationalfeiertag, dem 18. Mai, im Lande. Die Straßen waren für Paraden gesperrt und die Bevölkerung war mit Fahnen unterwegs und oft in den Farben Somalilands gekleidet. Nur mit Begleitung von Sicherheitskräften erreichten wir die Kinderklinik.

Das Highlight des Aufenthalts begegnete uns am letzten Tag. Schon auf der Kinderstation war munteres Treiben. Man hatte einen Tisch geschmückt, eine große Torte mit der Aufschrift "Hammer Forum" besorgt, Getränke und andere Leckereien bereit gestellt.



Bild 3: Und schnell zwischendurch mal assistieren!

Mit dem einheimischen Personal feierten wir unseren erfolgreichen Einsatz, der ohne die große Unterstützung von Dr. Hussein, dem Leiter der Kinderklinik, nicht möglich gewesen wäre. Nach dem Austausch von Reden gab es für alle Teammitglieder Geschenke. Die Männer bekamen einen Spazierstock mit silbernem Knauf. Das sollte eine Art Königswürde sein. Natürlich wurde gelästert, ob die Männer schon so gebrechlich seien. Aber zur Not würde man Dr. Emmanouilidis auch mit einem Rollator an den OP-Tisch stellen.

Bei dieser Abschiedsfeier lernte ich dann auch Frau Dr. Khadra kennen, von der ich vieles gehört hatte. Mir begegnete eine lebensfrohe, intelligente Frau mit einem für die islamische Welt unglaublichem Selbstbewusstsein. Sie hatte zwanzig Jahre in Italien gelebt, dort studiert und ihren Facharzt in Gynäkologie gemacht. Sie ist die geborene Chefin und alle hören auch auf ihr Kommando. Frau Dr. Khadra lud uns zum Abendessen in ein chices Gartenrestaurant ein, wo wir Kamelfleisch in allen Variationen angeboten bekamen. Das Fleisch entpuppte

sich als wahrer Hochgenuss. Dazu noch eine Tasse Kamelmilch, die dann die Runde machte. Aber es war wohl zu wenig, um uns zu verschönern.

Vieles, was ich erlebte, begeisterte mich für dieses Land. Aber man darf nicht vergessen, das trotz vieler Fortschritte die meisten Menschen auf dem Land als Nomaden in Armut leben. Diese Menschen haben keinen Zugang zu Schulen und auch kaum zu medizinischer Versorgung. Die Nomaden leben von der Viehzucht und exportieren erhebliche Stück Vieh nach Saudi-Arabien.

Und in den Städten kann man sein Geld mit IT-Technologie machen. Diese Fachleute erreichen Spitzenverdienste bis zu 8000 \$ pro Monat. Die vielen chicen SUVs in den Straßen von Hargeysa dürfen auch nicht über die Armut hinwegtäuschen.

Paläste stehen neben Ein-Raum-Wellblechhütten. Die Gegensätze in der Gesellschaft sind sehr groß. Der Staat erhält ca. 40% seiner Einnahmen von im Ausland lebenden Ex-Somalilandbewohnern. Mir scheint aber, bei kluger Politik hat das Land viel Entwicklungspotential.

Ich freue mich jetzt schon auf den Einsatz in Somaliland im Oktober und auf die vielen freundlichen, höflichen Menschen dort. ■

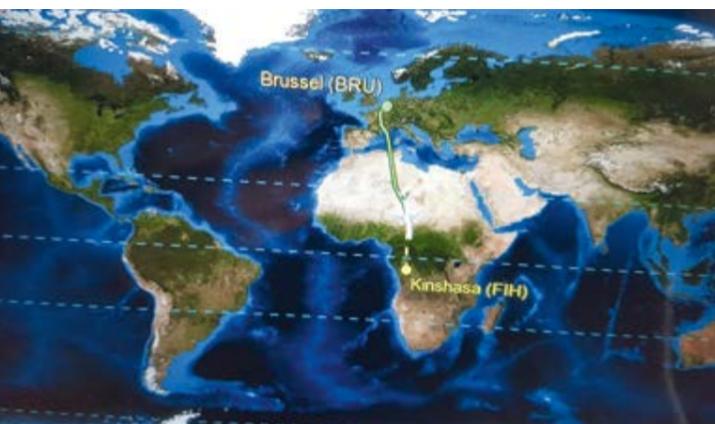




# STRESSIGE TAGE VOR DEM ABFLUG – EINSATZ IN DER DR KONGO

DR Kongo  
Bericht von Dr. Emmanouilidis und Dr. Moussa  
(vom 18.04.–01.05.2022)

Knapp eine Woche vor dem Abflug rief mich Herr Dr. Neuling, Anästhesist und Teammitglied an und sagte: „ich bin Corona Positiv getestet worden und habe starken Husten und hohes Fieber“ und fügte weiter hinzu, „wenn ich am kommenden Mittwoch (also 5 Tage später) negativ sein sollte, würde ich gerne mitfahren“. Wir mussten die Flugtickets stornieren, einem anderen Teammitglied, nämlich der Anästhesie-Helferin, Bescheid geben, dass auch sie leider durch den Ausfall des Anästhesisten nicht mitfahren kann.



Zwei Tage (48 Stunden) vor dem Abflug mussten wir einen PCR-Test machen lassen. Ich erkundigte mich beim Labor Krone in Bad Salzuflen, ob auch an den Osterfeiertagen PCR-Tests gemacht werden würden. Das wurde bestätigt. Ich hatte am 16.4.22 um 09:00 Uhr den Abstrich für den Test zum Labor gebracht und schrieb dazu, dass ich am Sonntag Vormittag anrufen würde, um das Ergebnis zu erfahren.

Ich rief am Sonntag früh beim Labor Krone mehrfach an. Später auch den diensthabenden Arzt, der war auch nicht erreichbar. Spätvormittag rief er mich zurück und sagte, „ja Ihr PCR-Test wird in einigen Stunden fertig sein“. Nachmittags habe ich wieder versucht, das Labor in Bad Salzuflen anzurufen, um das Ergebnis zu bekommen. Ich konnte niemanden mehr erreichen. Dann wandte ich mich an das Labor im Lukas Krankenhaus (auch Labor von Krone), wo ich das Präparat abgegeben hatte. Die Mitarbeiterin rief parallel zu mir auch das Labor in Bad Salzuflen an und rief mich zurück und sagte mir, leider erreiche ich auch niemanden. Sie konnte aber auf der Homepage vom Labor sehen, dass mein Test erst gegen 15:00 Uhr angelegt wurde. Mein Einsatzplan drohte zu scheitern und damit auch der gesamte Einsatz. Vier Teammitglieder von uns hatten geplant, zwischen 20:00 und 21:00 Uhr im Hotel in Hamm zu übernachten und am Montag früh gegen 05:00 Uhr mit dem Auto nach Brüssel zum Flughafen zu

fahren. Ich fuhr ohne den Test nach Hamm und hoffte, irgendwann in der Nacht oder spätestens am Montag gegen 09:00 Uhr das Ergebnis zu bekommen, das ja auch negativ ausfallen könnte, um fliegen zu können. Um 11.20 Uhr sollten wir fliegen.

Die Mitarbeiterin des Labors im Lukas Krankenhaus erreichte mich so gegen 22:00 Uhr im Hotel und sagte mir, sie habe von sich aus Herrn Prof. Dufaux, ihren Chef des Labors Krone, angerufen und ihm meine Situation erklärt. Herr Prof. Dufaux rief mich an und sagte mir, dass auch er leider im Labor niemanden erreichen kann. 7X haben wir miteinander telefoniert. Letztlich sagte er mir, „Herr Emmanouilidis, es tut mir sehr leid, versuchen Sie in Brüssel im Flughafen einen Test machen zu lassen“.

Ich weiss, dass dafür die Zeit nicht ausreichen würde. Ein paar Minuten später rief er mich wieder an und sagte; „ich habe jetzt das Ergebnis, wie soll ich es Ihnen senden?“. Er schaffte es, per Mail zu senden und um 23:19 Uhr erkundigte er sich, ob seine Mail angekommen sei. Ich hatte die Mail um 23:10 Uhr bekommen, war sehr-sehr erleichtert und bedankte mich. Herrn Prof. Dufaux und seiner Mitarbeiterin im Lukas Krankenhaus Bünde, sage ich nochmal herzlichen Dank, dass sie sich aktiv eingeschaltet und die Angelegenheit zum Positiven gewendet haben.

Nach 8 Stunden Flugzeit landeten wir in Kinshasa. Am nächsten Morgen fuhren drei von uns mit unserem Auto und dem gesamten Gepäck nach Kikwit. Für die ca. 500 Km. brauchten wir auch diesmal über 9 Stunden. Dort angekommen, haben wir sofort mit den Untersuchungen der Kinder angefangen, die fast den ganzen Tag geduldig auf uns gewartet hatten (Bild 2). Bis 19:30 Uhr haben wir gearbeitet.



Die anderen 4 Teammitglieder sind mit dem Bus gefahren und kamen erst nach 14 Stunden an. Unser Tagesablauf: 07:00 Uhr frühstücken wir zusammen und gehen oder fahren zum Hospital. Um 08:00 Uhr beginnen wir mit der Arbeit. Im Durchschnitt sind wir nicht vor 18 Uhr fertig, das heisst, wir arbeiten ohne Pause 10 und mehr Stunden täglich. Danach wird gekocht, gegessen und über den Tag diskutiert. So vergehen die Tage im Fluge, ohne zu merken, dass wir schon wieder abreisen müssen.

## Klinische Fälle

Sieben Kinder mit alter Ellbogenfraktur zwischen drei und 12 Jahren kamen zur Untersuchung. Drei von ihnen waren beim Mediziner behandelt worden, und 4 sind gar nicht zum Arzt gegangen. Bei 4 war das Gelenk versteift, und bei 3 war nur minimale Beweglichkeit vorhanden. Insgesamt schlechtes Ergebnis.



3-Jähriger Junge (Bild 4) mit einem ca. hühnereigrossen Tumor an der Spitze des Ellbogens. Nach Angaben der Mutter soll schon bei der Geburt ein kleiner Knoten dort bestanden haben. Dieser wuchs langsam. Wir entfernten den Tumor und liessen ihn in der Pathologie im Klinikum Herford untersuchen.

Bild 3: Untersuchen eines 4-jährigen Kindes nach Ellenbogenfraktur



Über die Sichelzellanämie (*Bild 5*) berichtete ich bereits zwei mal. 26 Kinder mit Milzvergrößerung (sog. Splenomegalie) kamen zu uns, 16 davon operierten wir. Alle Kinder hatten mehrfach Transfusionen gehabt, und ihre Milz war sehr gros. Das Hämoglobin war bei allen unter 6 g%. Deshalb bekamen alle intraoperativ Blut. Alle diese Kinder wurden postoperativ gegen Pneumokokken geimpft. Inzwischen sind alle Kinder entlassen worden.



*Bild 8&9: Vor und nach der Operation*



*Bild 6: Entfernung der Milz*

Dieser 6 Stunden alte Säugling (*Bild 7*) mit angeborener Hodenmissbildung wurde von einem anderen Hospital zu uns gebracht. Pfeil zeigt, dass sein rechter Hoden nicht im Hodensack liegt, sondern draussen. Musste operativ in den Hodensack gebracht werden.



**Das Hospital**

Des öfteren berichteten wir über dem schlechten Zustand des Operationstraktes und des Hospitals im allgemeinen. Es wird seit Jahrzehnten nichts investiert. Alles ist verkommen und kaputt. Damit wir dort operieren können, haben wir jetzt das Gebäude renoviert und das Equipment besorgt. Die Arbeiten werden bis Ende Mai beendet sein. So haben wir die Infrastruktur im Op-Trakt deutlich verbessert.

Leider hat das Hospital nicht die Möglichkeit, etwas zu investieren, weil das Geld irgendwo ganz oben in der Hierarchie hängen bleibt. Es fehlt an allem, nicht mal Reinigungsmittel kann das Hospital besorgen.

Die Armut nimmt zu, die Menschen befinden sich in einer negativen Spirale, sie können sich daraus nicht befreien. Der Staat ist unfähig, diese zu beenden, ganz im Gegenteil -die Korruption ist allgegenwärtig.

Wir wollen dort helfen und weiter Solidarität zeigen, gleichzeitig kritisch bleiben und nicht schweigen über die Korruption und das Desinteresse der politischen-Elite, keine falsche Rücksichtnahme gegenüber den Machhabern. Wir versuchen, alle, die mit uns zusammenarbeiten, zu motivieren, sie zu ermutigen, Veränderungen zu wagen und sich selbst zu helfen. Nur dann wird es ihnen vielleicht gelingen, sich aus der negativen Spirale zu befreien.

2020 haben wir im Operationstrakt renoviert (Photovoltaikanlage, Wasserleitungen, Elektroleitungen und die Klimaanlage, Op-Lampen, sowie Fenster neu installiert). Die Solaranlage arbeitete zuverlässig, ebenso die Klimageräte und die Op-Lampen. Jetzt war man dabei, die Fliesen im gesamten Op-Trakt anzubringen.



14

Bild 14: Gang zum Operationstrakt



15



13

Bild 13: Sterilisationsraum

**Waisenhaus in Simpa Mosala**

Für die Kinder im Waisenhaus Mosala in Kikwit sind inzwischen die Schulräume mit Unterstützung durch ADH (Action Deutschland Hilft) gebaut worden.. Die nächste Schule ist über 4-5 Km entfernt, deshalb hatte das Hammer Forum beschlossen, die Schulräume bauen zu lassen. Wir haben jetzt die Schule eingeweiht. Die Kinder und die Verantwortlichen waren sehr erfreut und dankbar. Weiterhin erhält das Waisenhaus Lebensmittel in Wert von 575USD/ monatlich.



16



**ZUSAMMENFASSUNG**

**Dr. Moussa und ich haben zusammen in 9 Tagen 371 Kinder untersucht und 101 operiert. Wir sind der Meinung, dass der Einsatz erfolgreich war. Auch das einheimische Personal, das mit uns zusammen arbeitete, ist der gleichen Meinung.**

*Das Team von rechts: Dr. Emmanouilidis (Chirurg), Schwester Jennifer Hannig, Schwester Jelena Wittmann, Schwester Birgit Ettrich, Dr. Claus Fuchs (Anästhesist), Schwester Jessica Ens, Dr. Moussa (MGK-Chirurg).*

Unserem Projektleiter vor Ort, Herrn Dr Tollo, sagen wir danke für die gesamte Organisation und für die Aufnahme in seinem Haus. Wir waren wie immer Selbstversorger und genossen am Abend die Kochkünste von Dr Moussa.

Danke an das gesamte Team für die tolle geleistete Arbeit und für das harmonische Arbeitsklima.

Plötzlich hörten wir ein starkes pfeifendes Geräusch. Auch bei dieser Fahrt war ein Mechaniker dabei. Sofort sagte er „in 40-50 Minuten könnten wir weiter fahren“. Er begab sich in den Motorraum und holte eine Metallleitung heraus. Sie war gerissen. Er reparierte sie und baute sie wieder ein, und wir konnten tatsächlich nach 50 Minuten weiterfahren. Die Fahrtzeit für 500-550 Km betrug 13 Stunden. Wir erreichten knapp den Flughafen. Als letzte Passagiere konnten wir einchecken. Die Erlebnisse bei der Busfahrt im Kongo sind einmalig. ■



17

Bild 17: Während der Rückfahrt gab der Motor seinen Geist auf



# BURKINA FASO, EIN ARMES LAND MIT KRIEGERISCHEN KONFLIKTEN

**Burkina Faso**  
 Bericht von Dr. Emmanouilidis  
 (vom 19.03.–03.04.2022)

Nicht nur die Armut, Klimawandel, Dürre, Pandemie, sondern auch die kriegerischen Konflikte seit 2 Jahren im Norden des Landes haben das Land in noch tiefere Rezession geführt. Es gibt in der Stadt Ouahigouya sehr viele Binnenvertriebene. Es sollte eigentlich unser letzter Einsatz in Burkina Faso sein. Der erste Anlauf ist wie immer das Zentrum der NGO Ampo in der Hauptstadt Ouagadougou. Wir untersuchten 25 Kinder, 7 davon wurden für eine Operation registriert.

Am gleichen Tag fahren wir einige von uns mit dem Auto – die Übrigen mit dem Bus in unsere Projektstadt Ouahigouya, ca. 190 Km entfernt.

Wir sind oft vom Pech verfolgt, wieder Reifenpanne nach ca. 50 Km Fahrt. Schnell konnte unser Fahrer Herr Nitiema den Reifen wechseln. In der nächstgrößeren Stadt Yako gab es eine Reifenreparaturwerkstatt. Hier kauften wir einen älteren Reifen, den ich aussuchte musste (Bild 1 & 2).

Wir erlebten, wie schnell und effektiv mit ganz einfachem Werkzeug der Mann den alten Reifen von den Felge abbaute und den ausgesuchten Reifen montierte. Auswuchten gibt es in ganz BFaso nicht. Das ganze Prozedere – Abmontieren des Reifens, den gebrauchten



1



2

neuen auf die Felge ziehen und wieder montieren – dauerte knapp 40 Minuten. Kosten insgesamt mit Kauf des Reifens 13.000 CFA = 20 €. Wir setzen unsere Fahrt fort.

Nach 5 Stunden Fahrt kamen wir dort im Universitäts-hospital an.

Nach unserer Ankunft am frühen Nachmittag und trotz der Müdigkeit untersuchten wir dort alle auf uns wartenden Kinder und registrierten einige von ihnen für eine Operation.

Am darauffolgenden Tag hatten wir kurze Meetings mit dem Direktor des Hospitals und einigen Leitern der Kliniken und Institute. Im Anschluss operierten wir 3 Kinder und untersuchten alle Kinder, die an diesem Tag kamen (Bild 1 & 2).



3

Bild 3: Wartesaal in der Ambulanz

Bild 4: Untersuchungsraum



4

## Das Universitätshospital

Inzwischen hat das Hospital alle fachspezifischen Kliniken, einen funktionierenden CT-Scanner und Sonographie-Geräte.

Die räumliche Kapazität im Op-Trakt hat sich nicht verändert. Weiterhin funktioniert die Sauerstoffkonzentrationsanlage nicht. Schnell entleerten sich die medizinischen Sauerstoffflaschen und mussten immer wieder gewechselt werden. Dieser Prozess war während der Narkosen ziemlich stressig.

Das gesamte Verbrauchsmaterial (Medikamente, Spritzen, Abdecktücher, Nahtmaterial, Infusionen usw.) für die Operation muss der Patient vorab kaufen. Wenn ein Patient das nicht kaufen kann, wird er nicht operiert. Die hygienischen Bedingungen waren nicht gut; jetzt stellten wir fest, sie haben sich sogar deutlich seit unserem letzten Einsatz im Oktober 2021 eher verschlechtert. Das wenige Mobiliar in den Op-Sälen, wie Op-Stühle, sind verschlissen und ohne Räder. Im ganzen Op-Trakt funktionierte nur ein Op-Stuhl, alle anderen waren reparaturbedürftig. Nur ein Teil der Op-Lampen funktioniert, das Licht ist für die Operationen unzureichend. Ähnlich ist es auch mit den Sterilisationsmaschinen. Die Waschmaschine ist seit fast 2 Jahren kaputt und wird wegen Geldmangel nicht repariert.

Die Operateure waschen ihre Hände nur mit Seife und ziehen sofort Handschuhe an, ohne die Hände z. B. mit hochprozentigem Alkohol zu desinfizieren, weil Hände-Desinfektionsmittel nicht vorhanden sind. In den 11 Tagen, die wir dort waren, wurden von den Einheimischen sehr-sehr wenige Operationen durchgeführt.

## Klinische Fälle

Bei einem 11-jährigen Jungen (Bild 5 & 6) entzündete sich vor 2,5 Jahren der Unterarm und begann später zu fisteln. 2x wurde er in der Uniklinik erfolglos operiert. Der Unterarm war jetzt stark geschwollen, aus drei Fisteln entleert sich Eiter. Es besteht eine Fallhand (schlaff herabhängende Hand). Dieser Junge kam aus der Hauptstadt Ouagadougou zu uns. Im Röntgenbild ist zu sehen, dass der gesamte Knochen (Radius -Gelb Linie) abgestorben ist, also liegt ein sog. Sequester vor. Dieser musste total entfernt werden. Nur dann würden die Entzündung und die Wunden heilen.



5



6

Auch bei diesem 12-jährigem Jungen (Bild 7 & 8) bestand die Knochenentzündung am linken Oberschenkel seit 2 Jahren mit Fistel. Er kam auch aus der Hauptstadt Ouagadougou. Auch er war voroperiert worden, leider wurde auch bei ihm der abgestorbene Knochen (Pfeil) nicht entfernt. Wir haben diesen Sequester entfernt. So wird der Knochen jetzt ganz sicher heilen und die Fistel sich schliessen.

Bei diesem 11-jährigen Mädchen (Bild 9-11) (X-Bein, fast nur der Unterschenkel betroffen) musste eine Osteotomie in der Tibia erfolgen. Andere Therapiemöglichkeit in BFaso gibt es leider nicht. Bild 9, zwei Tage nach der Osteotomie. Nach ca. 6 Wochen kann das Bein belastet werden und nach 3 Monaten nach einer Röntgenkontrolle kann die Metallplatte entfernt werden.



Bild 12 & 13: Beim Operieren eines angeborenen Analverschlusses (durch Analmembran), und einer Nabelhernie



Mundkieferchirurgische Fälle von Dr Mohammad Abadi

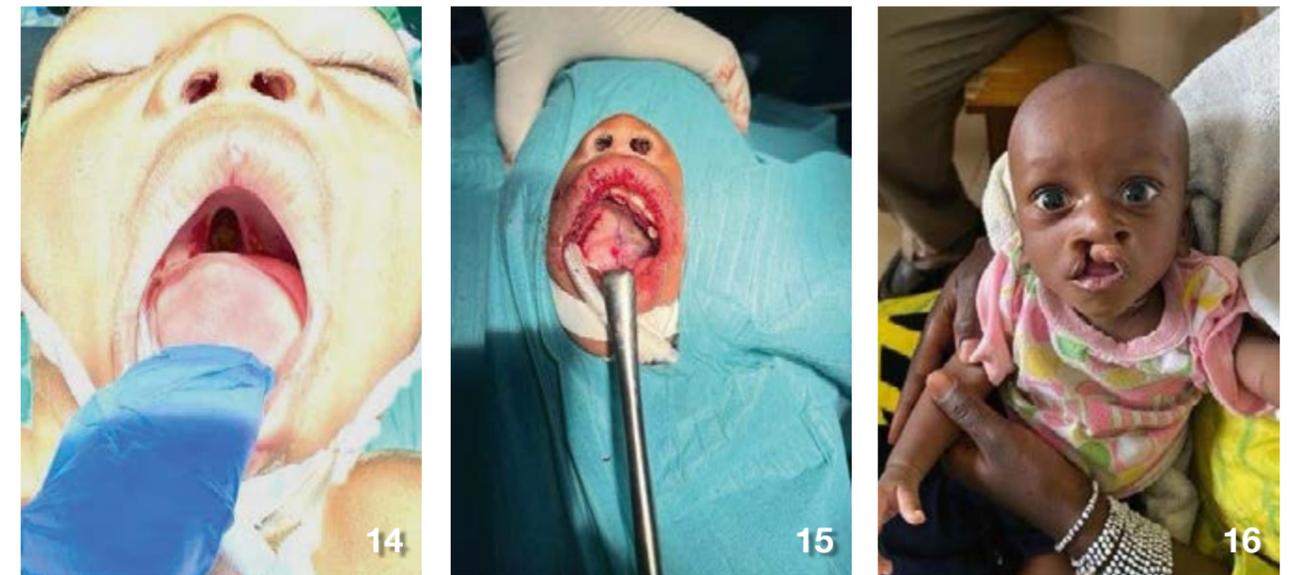


Bild 14 & 15: Gaumenspalt und Gaumenverschluss bei einem 8 jährigen Mädchen  
Bild 16 & 17: Lippenspalte und Lippenverschluss bei einem 5 Monate alten Jungen  
Bild 18 & 19: Mundsperrre bei einem 12 jährigen Jungen vor der Operation und direkt intraoperativ  
Bild 20: Dr M. Abadi



### Der Steinbruch mitten in der Hauptstadt Ouagadougou

Bereits 2013 und 2014 habe ich über diese „Hölle und moderne Sklaverei“ berichtet. Auch jetzt wollte ich erneut hinfahren und sehen, ob sich bei der Arbeit der Menschen etwas geändert hat.

Der Steinbruch hat sich verändert, er ist noch grösser geworden, er ist 5–7 Hektar gross, dort arbeiten weiterhin über 4.000 Menschen. Auch viele Kinder arbeiten mit, und viele kleine Kinder laufen zwischen den Steinen herum. Der Steinbruch hat jetzt eine Tiefe von mehr als 100 Meter erreicht. Einige von den Arbeitenden sind seit über 20–30 Jahren dort. Manche kamen als Jugendliche und sind dort geblieben. Viele haben die Schule abgebrochen oder sind gar nicht zur Schule gegangen, sie kamen gleich dorthin zum Arbeiten, Steine klein und kleiner mit einem Eisenstab von 1–1,5 Kg zu klopfen.

Entweder werden die Steine gleich unten im Steinbruch nach der Sprengung klein geklopft, oder es werden die Steinplatten aus Granit nach oben transportiert und danach klein gemacht. Jede volle Schüssel mit den kleinen Steinen wiegt 40 Kg. Diese wird auf dem Kopf gehoben und nach oben über einen steilen Weg getragen. Das Kleinmachen der Steine und der Transport nach oben zusammen bringen ca. 1 USD. An einem Tag kann man 2–3 Schüsseln voll Steine klein machen und transportieren, d.h. maximal 3 Euro kann man tgl. verdienen. Davon müssen die sog. „Okkupanten“ bezahlt werden, als „Miete“ für die Parzelle. Denn das gesamte Areal wird von ca. 400 Leuten gepachtet, dann parzelliert und weiter an die Arbeiter vermietet. Ein 23 Jähriges Mädchen erzählte, sie musste die 5. Schulklasse verlassen, und seither arbeitet sie dort.

Bild 23: Schüssel mit 40 Kg Steine transportiert  
Bild 24: Mutter mit Säugling im Steinbruch



22

Bild 21: Ca. 100m tief  
Bild 22: Im Schatten die großen Steine zerkleinern.



23



21



24



## ZUSAMMENFASSUNG

**Wir sahen im Wesentlichen angeborene Missbildungen, chronische Knochen- Entzündungen, viele Kontrakturen nach Verbrennungen, Aftermissbildungen, Stein in der Harnblase und viele andere Krankheitsbilder.**

Wird eine Knochenentzündung nicht richtig behandelt, kann sie in einigen Fällen - wie bei einem 12 Jährigen Jungen - zur Amputation seines Beines führen. Das Hospital hat zwar viele Kliniken und viele Ärzte, aber die Versorgung der Patienten ist unbefriedigend. Die Infrastruktur und Hygiene im Hospital haben sich eher verschlechtert. Die Armut, Klimawandel und die kriegerische Konflikte im Land haben sicher dazu beigetragen, dass auch die medizinische Versorgung sich verschlechtert hat.

Ich konnte in 11 Tagen 119 Kinder untersuchen und 56 operieren. Dr Abadi hat in 5 Tagen 20 Kinder untersucht und 14 operiert.

Am letzten Tag lud uns der Hospitaldirektor zum Mittagessen in Ouagadougou ein. Eine nette Geste, und er bat uns, wieder zu kommen und sagte, „die Kinder und die Menschen, wir alle brauchen Sie“, er bat das Hammer Forum, das Hospital weiter zu unterstützen. In unserem Haus dort hatten wir Probleme mit der Wasserversorgung, Foto 23. Wir mussten Wasser zum Duschen und Waschen mit Eimern aus der Klinik herbeischaffen – eine etwas mühselige Angelegenheit.

Das Team von links: Dr. Th. Emmanouilidis, Dr. J. Andrae, Dr. M. Abadi, Schwester K. Krellig, Schwester Doris Broadbent, Schwester K. Liebsch, Dr. M. Krewitt.

Der Besuch im Steinbruch hat uns schockiert und gezeigt, wie Menschen anderswo um das tägliche Brot und das Überleben kämpfen müssen.

Es gibt dort immerhin eine kleine Station für die Erstversorgung bei Unfällen. Wir werden sie mit Verbrauchsmaterial und Instrumenten für die Erstversorgung unterstützen.

Wir danken den Attachés im Op-Trakt für die gute Zusammenarbeit. Der Dank gilt auch Herrn Ernest Nitiema, der uns die ganze Zeit begleitete.

Das Team möchte ich für die gute Arbeit, das angenehme Arbeitsklima und die netten Abendgespräche herzlichen Dank sagen. ■





## GRUNDSTEINLEGUNG: NEUER AMBULANZ- BAU IN KIKWIT / KONGO

Kongo

Begrüßungsrede von Dr. Emmanouilidis  
(24.11.2022)

Sehr geehrter Herr Botschafter der Bundesrepublik Deutschland, Sehr geehrter Herr Bürgermeister der Stadt Kikwit, Sehr geehrter Herr Provinzialabgeordneter, Sehr geehrter Herr Gesundheitsdirektor der Provinz Quilu, Sehr geehrte Mitglieder des Sicherheitsrates der Stadt Kikwit, Sehr geehrter Polizeichef der Stadt Kikwit, Sehr geehrter Militärführer der Stadt Kikwit, meine sehr verehrten Damen und Herrn,

ich begrüße Sie ganz herzlich auch im Namen des Gesamten HFO Vorstandes, und freue mich, dass Sie die Einladung angenommen haben, an der heutigen feierlichen Grundsteinlegung der Kinder-Ambulanz auf dem Gelände des Hospitals teilzunehmen.

Danken möchte ich Herrn Dr Tollo, unserem Projektleiter, für sein unermüdliches Engagement, mich immer wieder an den Bau einer Kinderambulanz zu erinnern. Der Bau wird ausschließlich vom Hammer Forum mit Hilfe von ADH ( Action Deutschland Hilft) finanziert.

Das Hammer Forum ist seit 15 Jahren in Kikwit. Wir haben bisher sehr viel erreicht, Renovierung der Kinderstation mit Installation von Photovoltaik, Renovierung der Toiletten in der Kinderstation und Reparatur der Dachrinnen usw. Renovierung und Einrichtung von Lagerräumen, Renovierung des Operations-Traktes mit Photovoltaik und Versorgung mit einem Generator.



Wir bringen immer ein komplettes Equipment für Operationen, und so können wir autonom agieren, ohne den Hospitalbetrieb zu stören. Neben den zwei Einsätzen mit Spezialisten aus Deutschland, wobei wir Kinder vor Ort untersuchen und operieren, versucht das Hammer Forum, das ärztliche und nicht ärztliche Personal des Hospitals etwas zu trainieren. Wir haben bisher in ihrem Land 1.4 mil. Euro investiert.

Jährlich werden in der Ambulanz etwa 10.000 Kinder untersucht und ca. 250 davon operiert. Ausserdem haben wir 29 Kinder nach Deutschland zu speziellen Operationen gebracht.

Meine Damen und Herren, das Hospital hat viele, nein sehr viel Probleme, diese kann das Hammer Forum nicht lösen. Wir sehen sie und können auf sie aufmerksam machen, nur Sie bzw. die zuständigen Ministerien können diese Probleme lösen, um die Bevölkerung medizinisch adäquat zu versorgen.

### Erlauben Sie mir einige kritische Anmerkungen:

Als ich vor 4-5 Jahren erfuhr, das Hospital werde mit der Uni kooperieren und Studenten ausbilden, war ich sehr begeistert von dieser Entscheidung. Weil daraus Selbstständigkeit, neue Entwicklungen, Innovation, Lehre und bessere Versorgung der Patienten zu erwarten sein würden. Ich musste aber bei unseren Einsätzen immer wieder feststellen, dass diese Kooperation leider nicht in der Lage ist, vor allem wegen Geld, einen Reformkurs des Hospitals in Gang zu setzen.

Dringend notwendige Veränderungen können nicht umgesetzt werden. Im Gegenteil: zaghaft angesetzten Reformen und positive Veränderungen im Hospital blieben leider aus. Von dem wenigen Geld das Hospital verdient, stellen wir fest, dass es keinen Cent in die Infrastruktur oder die Ausbildung des Personals investieren kann.

Die Universität hat anscheinend nicht die Kraft, neben der Lehre die klinische Arbeit und somit die Versorgung der Patienten zu verbessern.

Das Hammer Forum beobachtet mit großer Sorge diese für das Hospital und somit für die Versorgung der Patienten kritische Entwicklung. Denn der Verlierer wird die Klinik sein und somit letzten Endes der Patient. Eine solche negative Entwicklung des Hospitals und somit auch für den Patienten sollte verhindert werden.

### Was will das Hammer Forum weiter hier tun?

- Wir wollen wie bisher einzelnen Kindern medizinische Hilfe zukommen lassen, sie heilen, damit sie die Chance bekommen, ihre Zukunft selber zu gestalten.
- Wir wollen dem Personal helfen, neue medizinische Errungenschaften zu lernen und zu praktizieren.
- Wir wollen versuchen mit Ihnen zusammen ein Programm für die Weiterbildung des gesamten Personals zu erarbeiten und umsetzen.
- Unser Ziel ist es, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten.
- Wir wollen strukturelle Hilfe leisten, soweit wir können
- Wir wollen nicht anstelle ihres Gesundheitsministeriums antreten oder es sogar ersetzen, das können wir auch nicht.
- Wir wollen und sind auch bereit, von Ihnen zu lernen, wie wir von anderen Ländern, wo das HFO Projekte hat, gelernt haben.
- Wir wollen willkommene Gäste sein und als solche werden wir uns einbringen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir haben viel zu tun, packen wir es an.

Ich wünsche Ihnen und uns ein schönes Fest und einen schönen Tag! ■





## DANKSAGUNG

44

Vor ca. 38 Jahren habe ich im Lukas Krankenhaus in Bünde Herrn Dr Lang kennen gelernt. Damals führte er zusammen mit Dr van Calker die Obduktionen durch.

Seit 1998 machte dieses Team die histologischen Befundungen der mitgebrachten Präparate von den Einsätzen des Hammer Forum - und das stets kostenlos.

Ich danke Herrn van Calker noch einmal für seinen damaligen Einsatz und jetzt im Besonderen Herrn Dr Lang, der vor kurzem in den verdienten Ruhestand gegangen ist.

Die gute Nachricht ist, dass sein Nachfolger Herr Dr Minin diese Tradition weiter führen wird. Somit haben die Kinder des Hammer Forum noch einen weiteren Helfer im Kreis Herford.

Dr. Emmanouilidis

**Betken & Potthoff**  
...gut für Ihr Auto

Meisterbetrieb der KFZ-Innung

Wir sind gerne für Sie da!

Gewerbepark 36 · 59069 Hamm-Rhynern · Tel. 02385 1755  
Weitere Informationen unter [betkenundpotthoff.de](http://betkenundpotthoff.de)

**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

45

**RUPPRECHT**

**HAUSNOTRUF**

Mit dem Funkfinger sind Sie rund um die Uhr und an 365 Tagen im Jahr in sicherer Begleitung. 24 Stunden besetzte VdS-Notrufzentrale. Vertragspartner aller Krankenkassen. DIN ISO 9001:2015 zertifiziert.

Philipp-Reis-Straße 6  
59065 Hamm  
Tel: 02381 - 67 50 55  
[www.awz-rupprecht.de](http://www.awz-rupprecht.de)

**KOMPLEXE  
KOMMUNIKATION  
EINFACH MACHEN.**

www.einfach-wilke.de

**Wilke**  
Einfach kommunizieren.

Einfach informieren.

DIGITAL PORTAL DRUCK AKADEMIE AGENTUR VERLAG

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

**HERAUSGEBER**  
HAMMER FORUM e.V.  
Dr. Theophylaktos Emmanouilidis,  
Klaudia Nußbaumer,  
Caldenhofer Weg 118  
59063 Hamm  
Tel. 02381 - 8 71 72 - 15  
Fax 02381 - 8 71 72 - 19  
info@hammer-forum.de

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

**FOLGEN SIE UNS AUCH AUF SOCIAL MEDIA**  
instagram.com/hammerforum  
facebook.com/hammer-forum



**LAYOUT**  
HOCH5 GmbH & Co. KG  
Zum Stellwerk 10  
32257 Bünde  
Tel. 05223 - 49 39 00  
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: DE07HFO00000472718

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

**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

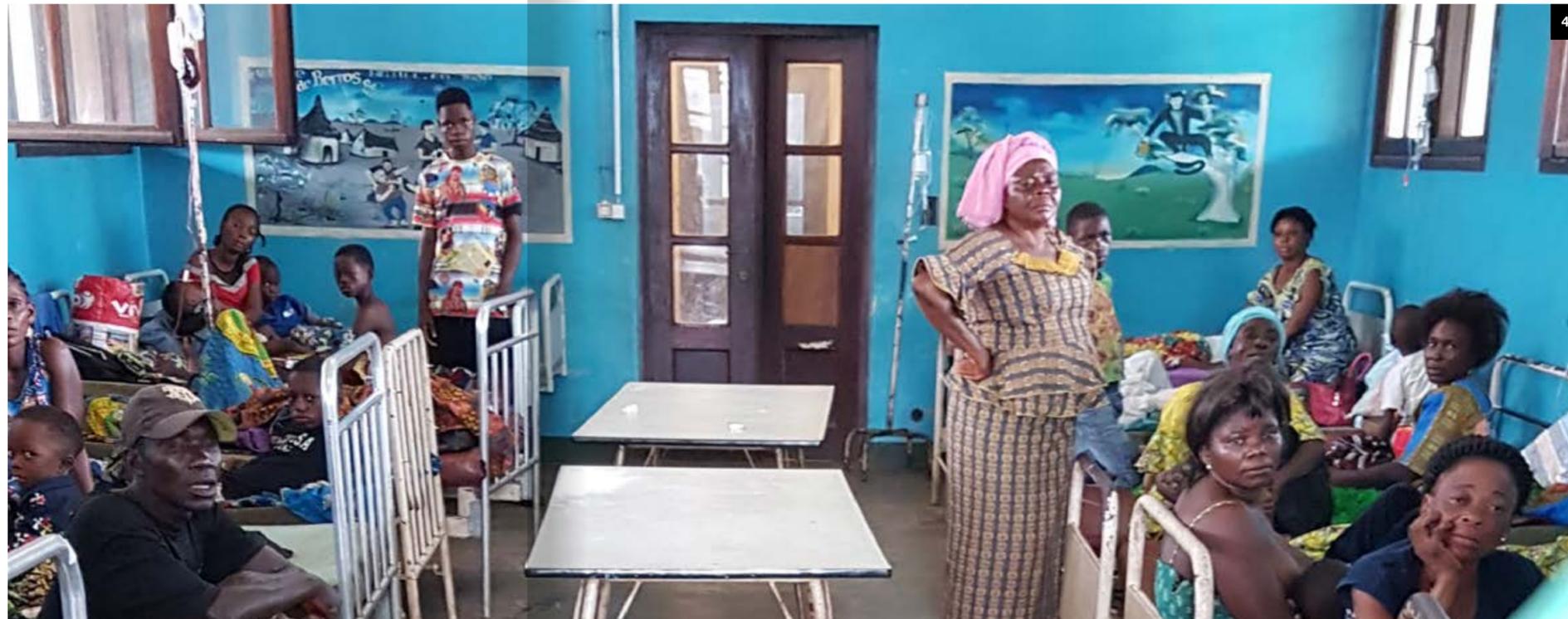
Kunden-Referenznummer - Verwendungszweck, ggf. Name und Anschrift des Zahlers  
**KINDER 2 - 22**

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**

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
---	---	--



## 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