



Hammer FORum e.V.

Humanitäre medizinische Hilfe für Kinder aus Kriegs- und Krisengebieten



Afghanistan Albanien Angola Jemen Palästina Guinea Kongo Irak ■ ■ ■

Kosovo Bosnien Eritrea Tschetschenien Sri Lanka



KINDER

3/07

Betken & Potthoff

... gut für Ihr Auto.



Meisterbetrieb
der Kfz-Innung

KFZ-Reparaturen
für alle Fabrikate
Gewerbepark 36
Rhyern
59069 Hamm
Tel. (0 23 85) 17 55
Fax (0 23 85) 36 70
www.betkenundpotthoff.de

Silhouette



Optik Schepers GmbH

Marktplatz 12 · 59065 Hamm · Tel. 02381 20439 · Fax 02381 28478
schepers4@aol.com · www.optikschepers.de



Was auch passiert.
Die Sparkassen-Altersvorsorge
passt sich ihrem Leben an.

 Sparkasse
Hamm

Die schönsten Dinge passieren oft unverhofft. Wie gut, dass die Sparkasse individuelle Lösungen zur betrieblichen wie privaten Altersvorsorge bietet, die sich Ihrem Leben immer wieder anpassen. Schließlich sollte Ihre Vorsorge genauso flexibel sein wie Ihr Leben. Infos in Ihrer Geschäftsstelle und unter www.sparkasse-hamm.de.

Liebe Leserin, lieber Leser,

in vielen Ländern dieser Welt stellt die Geburt ein großes Gesundheitsrisiko für Mütter und Kinder dar. So ist die Müttersterblichkeit in allen Ländern, in denen das Hammer Forum tätig ist, sehr hoch. Und leider müssen unsere Ärzte auch immer wieder Kinder untersuchen, die mit vermeidbaren Behinderungen geboren wurden. Seit einigen Jahren engagiert sich das Hammer Forum deshalb auch im Bereich der Geburtshilfe. Vier dieser Projekte möchten wir Ihnen in dieser Ausgabe unserer Zeitschrift *Kinder* näher vorstellen.

Selbstverständlich stellen wir Ihnen aber auch in dieser Ausgabe unserer Zeitschrift einige unserer Kinder vor. **Entesar** aus dem Jemen wurde am Herzen operiert und auch **Abubacarrs** Leben stand ohne eine Operation in Deutschland auf Messers Schneide. **Enoc** hingegen konnte schon wieder gesund nach Hause in den Kongo zurückkehren. Seine Gastfamilie ist jedoch mit ihm in Kontakt geblieben und berichtet über sein Wohlergehen zu Hause. Ohne die gute Betreuung durch die Gastfamilien wäre der Aufenthalt für die Kinder sehr viel schwieriger. Eine jener Familien, die Kinder regelmäßig bei sich aufnimmt und ihnen das Heimweh nimmt, ist Familie **Jelliti**. Nicht nur wir, sondern auch das Krankenhaus möchte der Familie an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön aussprechen.

In einer neuen Reihe möchten wir Ihnen zukünftig auch den Vorstand des Hammer Forums vorstellen. Beginnen werden wir mit einem Porträt über **Dr. Emmanouilidis**, der sich seit Jahren unermüdlich für die Kinder einsetzt.

Engagiert zeigt sich auch unser Verein der Freunde und Förderer des Hammer Forums e.V. Da auch dieser Verein ehrenamtlich tätig ist, fließen die gesamten Einnahmen in die Hilfe des Hammer Forums. Wir würden uns sehr freuen, wenn auch Sie Mitglied würden.

Ihr Redaktionsteam

Claudia Kasten

Doppeltes Glück oder: Wie Abubacarr zur Behandlung nach Deutschland kam 4

Schwerpunkt: Einen guten Start ins Leben schenken

Dr. Brigitte Behrens

Die Rolle der Mütter bei der Hilfe für Kinder. 5

Jörg Henneböhl

Mutter-und-Kind-Projekte sind weltweit so wichtig ... 6

Andreas Stierand

Guinea – Geburt als Risiko 8

Susanne Rus

Entesar 10

Prof. Dr. Helmut Kaulhausen und Dr. Peter Schwidtal

Geburtshilfe in Eritrea 12

Vera Triphaus

Geburtshilfe in Eritrea –
Eindrücke von unseren Hilfseinsätzen 13

Prof. Friedrich Röpke

Geburtshilfe im Jemen. 15

Stefanie Röper

Geburtshilfe im Jemen –
Bericht über einen Einsatz im April 2007. 16

Martina Brüning

In sieben Jahren 10 Gastkinder –
Hommage auf Familie Jelliti 18

Kurzberichte aus den Projekten

Dr. med. Omar Abo Basha

Augenärztlicher Hilfseinsatz im Gazastreifen 19

Stille Helfer

Jürgen Wieland

„Tu das, was du kannst! Dann tust du es auch gern!“ –
Stationen im Lebensweg unseres Vorstandsmitglieds
Dr. Theophylaktos Emmanouilidis. 20

Was wurde eigentlich aus ...?

Martina Fritz

Enoc aus dem Kongo 22

Spenderaktivitäten 24

Verein der Freunde und Förderer

des Hammer Forums e. V. 25

Termine 26

Doppeltes Glück oder: Wie Abubacarr zur Behandlung nach Deutschland kam

Claudia Kasten



Abubacarr in Deutschland

August 2007: Abubacarr tobt fröhlich über die Station. Wer ihn bei seiner Ankunft in Siegen im April erlebt hat, kann nur staunen. Damals stand sein Leben auf Messers Schneide. Ohne die Behandlung in Deutschland wäre der Vierjährige aus Gambia vermutlich gestorben.

Gambia gehört zu den ärmsten Ländern Afrikas und ist gerade einmal halb so groß wie Hessen. Die Mehrheit der knapp 1,7 Mio. Einwohner muss mit weniger als einem US-Dollar pro Tag überleben.

Abubacarr lebt zusammen mit seiner Mutter sowie seinem Großvater und dessen Großfamilie in einem kleinen Dorf unter ärmlichen Verhältnissen. Sein Vater arbeitet als Maurer im Senegal und kommt nur alle drei bis vier Monate nach Hause. Er ist der Einzige in der Großfamilie mit Einkommen. Das tägliche Essen besteht meistens aus Reis, einer Ölsauce mit scharfen Gewürzen und oft nur einem bis zwei kleinen Fischen für die ganze Familie. Nur nach der Regenzeit steht der Familie Gemüse zur Verfügung.

Abubacarr hat eine besondere Position innerhalb der Großfamilie. Er ist der älteste lebende Sohn seines Vaters, der ebenfalls der älteste Sohn der Familie ist. Und so wie sein Vater der einzige mit Schulbildung ist, geht auch Abubacarr bereits in den Kindergarten der Koranschule.

Obwohl die gambische Regierung immer mehr Geld in das Gesundheitswesen investiert, ist das Land auf Hilfe angewiesen. Die Vereine Gambia-Afrika-Hilfe e.V. und RDI e.V. (Riverboat Doctors International) betreiben deshalb in dem Dorf Mandur ein kleines Gesundheitszentrum. Als Abubacarr im März 2007 den Ärzten aus Deutschland

vorgestellt wird, ist der Junge fast verhungert und stark ausgetrocknet. Anfang des Jahres trank er vermutlich eine Waschlauge und verätzte sich dabei die Speiseröhre. Genauer zum Unfall weiß jedoch niemand. Aufgrund der Verätzung hat sich die Speiseröhre verengt und der Junge kann kaum noch Nahrung aufnehmen. Eine Behandlung in Gambia ist unmöglich.

Mit Infusionen und über eine Sonde gelingt es dem Team aus Deutschland, den Flüssigkeitshaushalt des Jungen innerhalb von einer Woche einigermaßen auszugleichen. Auch etwas flüssige Nahrung kann er wieder aufnehmen. Mehr Hilfe ist vor Ort nicht zu leisten. Darüber hinaus steht das Ende des laufenden Hilfseinsatzes vor Ort kurz bevor und es ist fraglich, ob das einheimische Personal die weitere Versorgung übernehmen kann.

Über Umwege erfahren die Ärzte von der Arbeit des Hammer Forums. Doch die erste Anfrage verzögert sich, da die Internetverbindungen in Gambia unterbrochen sind. Und zunächst sieht es so aus, als ob Abubacarr auch in Deutschland nicht rechtzeitig einen geeigneten Behandlungsplatz bekommen würde. Alle kinderchirurgischen Kliniken, mit denen das Hammer Forum zusammenarbeitet, sind belegt. Und eine mehrmonatige Behandlung in Deutschland zu bezahlen, kann sich keiner der drei beteiligten Vereine leisten. Doch dann kommt glücklicherweise doch noch eine Zusage aus Siegen. Abubacarr kann kommen.

Bis zu seiner Einreise sind allerdings noch einige Hürden zu nehmen. Da die deutsche Vertretung in Gambia keine Visaabteilung hat, muss das Visum für den Jungen in Dakar (Senegal) eingeholt werden. Da die Zeit drängt, ist es nicht möglich, auf die Botschaftspost zu warten. Glücklicherweise sind gerade Praktikanten im Gesundheitszentrum tätig. Mit der Fähre setzen sie von Banjul nach Dakar über, holen das Visum ein und kehren am nächsten Tag zurück. Der Reise nach Deutschland steht nun nichts mehr im Wege.

Noch stehen Abubacarr einige Wochen Behandlung in Deutschland bevor. Doch Ende des Jahres wird der kleine Mann gesund zu seinen Eltern zurückkehren können und eine erfolgreiche Kooperation zahlreicher Organisationen und Institutionen kommt zu einem positiven Ende.



Mutter und Großvater von Abubacarr

Die Rolle der Mütter bei der Hilfe für Kinder

Dr. Brigitte Behrens



Tschetschenien – Neonatologie

Das Hammer Forum hat es sich zur Aufgabe gemacht, Kinder in Krisengebieten zu behandeln. Zunächst, indem die Kinder zu Operationen nach Deutschland geflogen wurden, um nach der Heilung in die Heimat zurückgeführt zu werden.

Mit zunehmenden ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten vor Ort vergrößert sich die Anzahl der behandelten Kinder. Im Sinne der Vorbeugung Einfluss zu nehmen, ist natürlich sinnvoller, als bereits eingetretene Schädigungen zu behandeln.

Beispielsweise Klumpfüße sind bei der Geburt zu erkennen und dann – sofort behandelt – zu beheben, während spätere Operationen eine Besserung für eine gewisse Zeit, aber keine Heilung mehr bewirken können.

Der Verlauf der Geburt spielt eine ganz wesentliche Rolle. Zu kräftiges Ziehen am Kind während der Geburt kann Nerven reißen lassen und eine lebenslange Lähmung des Armes zur Folge haben. Sauerstoffmangel während der Geburt ist die häufigste Ursache für Hirnschädigungen und Behinderungen. Frühgeburten haben nur dann eine Überlebenschance, wenn sie sofort nach der Geburt versorgt werden können.

Unsere Hilfe ist also um so effektiver, je früher sie einsetzen kann, und Verhinderung von Erkrankungen ist der bessere Weg als die Behandlung bereits eingetretener Schäden. So bekam die Versorgung der Mütter einen immer größeren Stellenwert für unsere Hilfe vor Ort.



Guinea – Babys werden gewogen



Guinea – Impfprogramm



Tschetschenien – Geburtshilfe



Klumpfuß

Mutter-und-Kind-Projekte sind weltweit so wichtig!

Jörg Henneböhl



Die Neugeborenen werden untersucht

Liebe Leser der Zeitschrift *Kinder*, vielleicht kann sich der eine oder andere an mich erinnern, denn ich habe schon des Öfteren für Sie aus der humanitären Praxis berichtet. Dieses Mal möchte ich Sie über unser Mutter-und-Kind-Projekt in ländlichen Gebieten von Tschetschenien für Schwangere, Mütter und deren Neugeborene in der Nachkriegszeit informieren. Dort unterstützen wir drei gynäkologische Polikliniken und zwei Geburtsstationen. Gleichzeitig ist es eine Art Abschlussbericht, denn es ist das letzte Projekt, welches ich in Tschetschenien mit meinem tollen Team umsetze. Keine Sorge, das Projekt wird weitergeführt, ein neuer Kollege ist vor Ort und wird da weiter arbeiten, wo ich aufhöre, da solche Projekte „Wurzelprojekte“ sind und einer längeren Laufzeit bedürfen, um sich nachhaltig zu etablieren.

Heutzutage, im 21. Jahrhundert sterben immer noch vier Millionen Neugeborene im ersten Lebensjahr und jährlich 500.000 Mütter an den Folgen von Schwangerschaft und Geburt. Besonders Frauen haben unter schlechten sozialen Gegebenheiten und Kriegs- und Gewaltsituationen zu leiden. Gerade weil für dieses Problem ein besonderer Bedarf und besondere Pflichten vorliegen, sind Millennium-Entwicklungsziele gesetzt worden, die bis 2015 erreicht werden sollen. Nach unserem Projekt, davon bin ich überzeugt, kann es gelingen, wenn alle wollen und nicht eigene Interessen im Vordergrund stehen. Deshalb unterstützen wir mit unserem Projekt das Ziel 4: Senkung der Kindersterblichkeit und das Ziel 5: Verbesserung der Gesundheit der Mütter. Wer hier mehr erfahren möchte, möge einfach diese Ziele in www.google.de eingeben.



Die Babys werden traditionell eng gewickelt

Viele Gründe sind für Kindersterblichkeit verantwortlich, jedoch eines der größten Probleme für Mädchen und Frauen ist deren Bildungsmangel. Schlechte oder schlimmer noch gar keine Bildung verhindert, dass sich die Situation verbessern kann. Mütter müssen vielerorts alles hinnehmen, ohne eine Möglichkeit zu haben, aus diesem Kreislauf herauszukommen oder ihn zu verbessern. Mit guter Bildung kann der Mensch Lösungen finden, Bildung hilft, die Situation auf Dauer zu verbessern. In Tschetschenien sind wir in einer Nachkriegssituation, die eine zu hohe Sterblichkeitsrate an Neugeborenen (21 von 1000) im ersten Lebensjahr mit sich gebracht hat. Viel Wissen ist nach 15 Jahren Konflikt verloren gegangen. Es besteht ein großer Bedarf an elementarem Gesundheitswissen. Ärzte wünschen sich sehnlichst Fortbildung und neues Wissen. Ich habe während meiner mehr als vier Jahre andauernden humanitären Tätigkeit in Tschetschenien, Inguschetien und Ossetien medizinisches Personal schätzen gelernt und ich bin begeistert von diesen Menschen, die etwas bewegt haben. Ohne diese Ärzte, Schwestern und Hebammen wäre die Welt wohl noch ärmer. Wir sollten uns daran ein Beispiel nehmen, was Aushalten und Retten mit bescheidensten medizinischen Mitteln bedeutet.

Unser Projekt ist auf vier Komponenten aufgebaut: regelmäßige Medikamentenlieferungen, Weiterbildung und neue medizinische Fachbücher für medizinisches Personal, neues wichtiges Equipment und kleine Reparaturen. Unser Team hat eine umfassende Broschüre entwickelt mit wichtigem Wissen für Schwangere. Zusammen mit der Broschüre aus einem früheren Projekt finden Frauen hier die Möglichkeit, Informationen nachzulesen, um für viele Probleme in der Schwangerschaft und später mit Kindern gewappnet zu sein. Elementares Wissen eben, um gesunde Kinder zur Welt zu bringen und um diese Kinder auch gesund aufzuziehen.

Alles wird in Kooperation erarbeitet, alle müssen einbezogen werden und einverstanden sein, damit sich der Erfolg einstellt. Unsere Medikamenten- und Materialliste umfasst nur 95 verschiedene Medikamente und Materialien und ist für Schwangerschaft, Geburt und Behandlung von Neugeborenen konzipiert. Wir legen großen Wert auf Vitamine, Eisenpräparate und Materialien, die eine einwandfreie hygienische Untersuchung und Behandlung gewährleisten. Durch Medikamente, die



Zum Glück gesund

kostenfrei verschrieben werden, haben wir mehr Schwangere, die kommen, als wir erwartet hatten. Es spricht sich herum, dass sich etwas zum Positiven verändert. Vorher konnten die Frauen die Schwangerschaftsvitamine nicht kaufen, da kaum Geld zur Verfügung steht und zu Hause die anderen Kinder Klimmzüge am Brotschrank machen. Die Ärzte waren verzweifelt; trotz Verschreibung von Medikamenten stellte sich keine Besserung der Gesundheitssituation ein. Wenn die Frauen nach den verschriebenen Medikamenten gefragt wurden, haben sie gesagt, natürlich hätten sie die Tabletten eingenommen, doch bei der Frage, wie die Tabletten denn aussähen, welche Farbe sie hätten, konnten sie nicht antworten. Armut drängt Menschen in Situationen, die die Würde verletzen.

Großes Glück hatten wir mit unserem Professor aus Sankt Petersburg. Wir haben schon Druschba (Freundschaft) mit ihm geschlossen. Er hat den Ärzten in Weiterbildungskursen in Nazran viel neues Wissen vermittelt. Ebenso verhält es sich mit einer renommierten Neonatologin aus Moskau und anderen Trainern. Mit diesem Wissen und mit neuer Literatur können schon jetzt nach nur sechs Monaten viele Probleme gelöst werden und Schwangere gehen gestärkt in die Geburt. Die Gynäkolo-

gen sagen uns, dass sie jetzt Gestosen (Bluthochdruck durch Schwangerschaft) viel besser behandeln können und auch mit anderen Problemen leichter fertig werden. Für 50 % aller Frühgeburten sind Gestosen ursächlich verantwortlich. Erst waren alle skeptisch, aber jetzt wird alles für uns getan, denn wir tun alles für sie. Das sind schon bewegende Eindrücke, die man zurückbekommt.

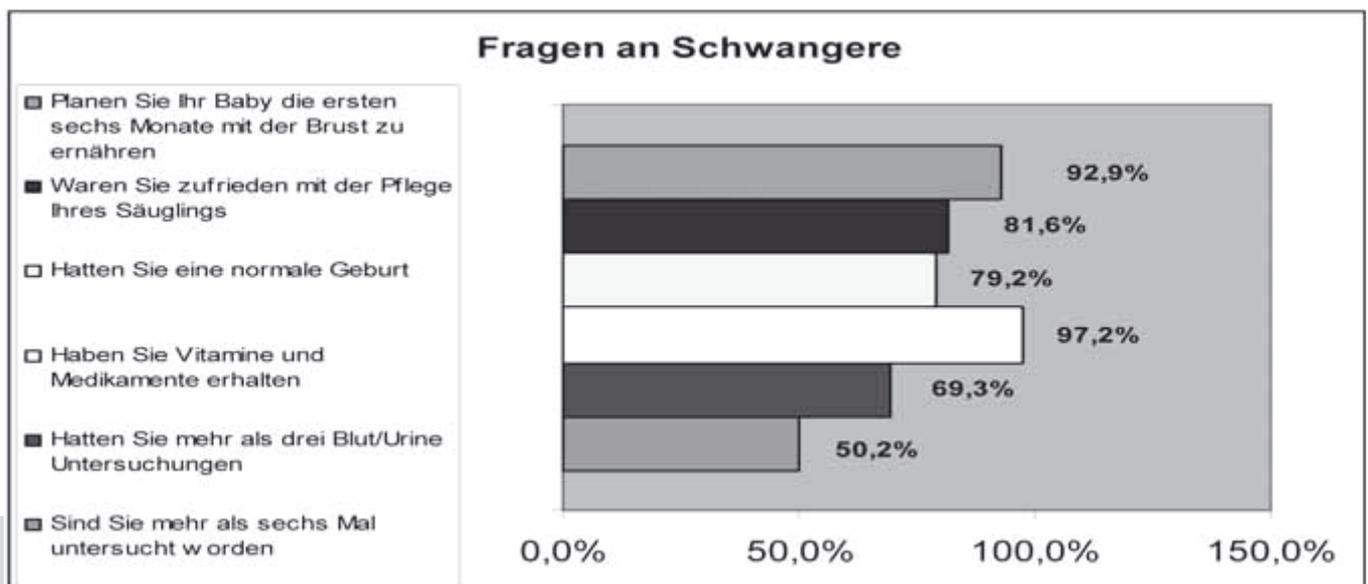
Jeden Monat organisieren wir Weiterbildungskurse. Sieben Gynäkologen konnten wir an die Universität in Rostow am Don vermitteln, wo diese ein Zertifikat in Kolposkopie (Lupenbetrachtung bei vaginalen Untersuchungen) und Hysteroskopie (endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle) mit großem Erfolg errangen. Diese Maßnahme steht im Zusammenhang mit unseren bestellten medizinischen Geräten. Im Rahmen unseres Projektes bekommen die gynäkologischen Frauenpolikliniken jeweils einen kompletten neuen Behandlungsplatz. Zuvor haben wir Räume renoviert, damit ein qualifizierter Arbeitsplatz entstehen konnte.

Man kann sich vorstellen, dass Kriege die Gesundheit von Frauen beeinträchtigen. Schlechte Nahrung und schlechtes Wasser, kein Fleisch oder Fisch, kein frisches Obst, Stress in jeder Form, das alles hat enorme Auswirkungen. Nur gesunde Frauen können auch gesunde Kinder zur Welt bringen.

Wir haben Frauen nach sechs Monaten Unterstützung Fragebögen ausfüllen lassen, um deren Meinung zu erfahren. Die Resonanz ist sehr positiv und wir sehen, dass es besser wird. Ich bin sicher, dass unsere Ziele erreicht werden können. Kinder müssen uns am Herzen liegen und hier muss mehr getan werden, gesunde Kinder kosten später weniger Geld und Gesundheit wird allorts immer teurer.

Ich wünsche Ihnen alles Gute und danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

*Ihr Hammer-Forum-e.-V.-Team
im Nord-Kaukasus*



Guinea – Geburt als Risiko

Andreas Stierand



Schwangerenberatung

Pro Monat werden in unserem Gesundheitszentrum Madina in Guéckédou durchschnittlich 2.000 Patienten behandelt. Davon sind gut 57% Erwachsene und 43% Kinder unter 15 Jahren. Die Station Près natale, Vorsorge für Schwangere, ist ein wesentlicher Bestandteil unserer Arbeit im Madina. Die Hebammen führen neben einigen Geburten in erster Linie Schwangerschaftsberatungen und -untersuchungen sowie genauso wichtige Gespräche zur Familienplanung durch. Pro Monat werden auf dieser Station etwa 170 bis 200 Frauen betreut. Unter den Frauen finden sich regelmäßig auch Minderjährige, 14- bis 18-jährige schwangere Mädchen, die die Hilfe des Madina in Anspruch nehmen.



Der Abstand zwischen den Geburten ist gering

Die Schwangerschaft von Minderjährigen stellt ein ernsthaftes Problem dar. Dies wird nicht nur durch unsere Erfahrungen im Madina bestätigt, auch im Rahmen unseres Projektes „Medizinische Untersuchung bei Schulkindern“ haben wir dieses Problem in diesem Jahr besonders beobachtet. Unter den Schülerinnen in den Grundschulen gibt es eben auch Minderjährige, die sich einer forcierten Freundschaft nicht widersetzen können und letztendlich ungewollt schwanger werden. Eine ungewollte Schwangerschaft bedeutet in der hiesigen Gesellschaft Ausgrenzung, Verachtung, Abbruch der Schulausbildung und somit noch mehr psychischen Druck für die Betroffenen. Die Gründe einer frühzeitigen Schwangerschaft sind in erster Linie auf eine fehlende Aufklärung zurückzuführen. In den Familien wird dieses Thema meistens tabuisiert, nicht zuletzt auch aus Scham gegenüber der Nachbarschaft und traditionellen Gewohnheiten. Es ist durchaus gang und gäbe, dass Minderjährige zu einer Heirat mehr oder weniger gezwungen werden, eine Schwangerschaft ist dann obligatorisch.

Die Schwierigkeiten schwangerer Frauen, egal ob minderjährig oder erwachsen, werden hauptsächlich durch schlechte hygienische Bedingungen und das tropische Klima verursacht. Zum einen sind Waschgelegenheiten kaum vorhanden und wenn schon das Trinkwasser knapp ist, wird Körperhygiene vernachlässigt. Öffentliche Toiletten sind unsauber und bilden ein Infektionsrisiko, häufig wechselnde Partnerschaften ohne ausreichenden Schutz sind ebenfalls ein Grund dafür, dass Geschlechtskrankheiten, insbesondere Syphilis, Chlamydien und Trichomonas als Gesundheitsproblem an erster Stelle stehen (89% der Schwangeren). Auch wenn in einer Stadt wie Guéckédou solche Fälle behandelt werden können, gibt es immer noch zu viele, die nicht diagnostiziert und auch nicht behandelt werden. Nichtbehandelte Geschlechtskrankheiten sind ein Hauptgrund für Sterilität, und wenn eine afrikanische Frau keine Kinder bekommen kann, steht sie am Rand der Gesellschaft. Malaria (73%) und Anämie (69%) sind zwei weitere Krankheiten, mit denen Schwangere hier in unserer Projektregion zu kämpfen haben. Die oft erhebliche Blutarmut und mangelnde Infektabwehr erfordern auch nach Behandlung der Akuterkrankungen eine wochenlange, intensive Betreuung der Schwangeren. Viele Frauen halten aber eine kontinuierliche Behandlung nicht ein und werden nach kurzer Zeit wieder krank.



Untersuchung der Schwangeren unter einfachsten Bedingungen

Nicht nur während der Schwangerschaft, auch während der Geburt kann es bei Frauen und insbesondere bei Minderjährigen zu erheblichen Komplikationen aufgrund einer vorausgegangenen Genitalverstümmelung (Beschneidung) kommen. Bedenkt man, dass in unserer Projektregion noch rund 90% der Frauen und Mädchen beschnitten sind, kann man sich vorstellen, dass dies oftmals nicht nur katastrophale gesundheitliche, sondern auch psychische Folgen für viele Mädchen hat.

Obwohl das Madina schon recht häufig frequentiert wird, gibt es immer noch schwangere Frauen, die sich eine medizinische Voruntersuchung schlicht und einfach nicht leisten können oder wegen mangelnder Aufklärung keinen Arzt aufsuchen. Problematisch sind für die zum Teil bettelarme Bevölkerung, der es zudem an Bargeld fehlt, die vom Staat vorgeschriebenen Gebühren für Medikamente pro Behandlungsfall zwischen 2.500 und 3.500 FG (ca. 60 – 80 €-Cent). Bei Kosten für ein Mittagessen von unter 50 €-Cent fällt es gerade kinderreichen Familien schwer, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Gleiches gilt noch mehr bei Vorsorgeuntersuchungen. Die Konsequenzen sind umso schlimmer, Fehl- und Frühgeburten sind in diesem Milieu häufig anzutreffen.

Die weit verbreitete Armut führt einerseits häufig zu Mangelernährung, andererseits aber auch zu teilweise unvorstellbar schlechten Wohn- und Sanitärverhältnissen, gerade für Schwangere. Die zu einseitige, vitamin-, mineralstoff- und eiweißarme Ernährung bewirkt schon während der Schwangerschaft eine erhebliche Schwächung der Abwehrkräfte und verhindert bereits im Mutterleib ein ausgeglichenes Wachstum des Kindes. Die Folge ist ein geringes Geburtsgewicht, welches auch nach der Geburt mangels ausreichender und qualitativer Milchbildung nur sehr schwer ausgeglichen werden kann. Mit Kochen, Waschen, Holz- und Wasserholen sowie Arbeit auf den Pflanzungen und dem Kleinhandel mit langen Transportwegen zum Markt sind die Frauen zusätzlich so

überlastet, dass sie neben den physischen Belastungen auch unter psychischen Problemen leiden. Dies betrifft besonders auch Minderjährige, die wenig Lebenserfahrung haben oder ihre Schwangerschaft möglichst lange verheimlichen, um auch weiterhin noch zur Schule gehen zu können.

Die geschilderte Problematik für Schwangere beschreibt die Situation in Guéckédou, einer Stadt, in der eine medizinische Versorgung einigermaßen gewährleistet ist. Ganz anders sieht es hingegen auf dem Lande aus. In abgelegenen Dörfern ist es für Schwangere noch schwieriger, Hilfe zu bekommen. Krankheiten werden nicht richtig diagnostiziert und die Behandlung erfolgt oft auf traditionelle Weise. Obwohl traditionelle Heilmethoden durchaus ihre Wirkung haben, kommt es immer wieder vor, dass nicht das richtige Mittel gefunden werden kann. Krankheiten werden somit verschleppt und wenn dann eine Behandlung in der Stadt unumgänglich ist, kann es schon zu spät sein.

**Lieber im Stau
festsitzen, als in
dem Auto, das
ihn verursacht.**

**LongLife Inspektionservice
mit Mobilitätsgarantie.**

**Für alle Volkswagen Pkw Bj. 2002 und älter
mit Wartungsintervallverlängerung,
ohne Zusatzarbeiten, plus Material**

ab **85,- €**

Damit Ihr Volkswagen ein Volkswagen bleibt.
Volkswagen Service.



Franken

Hohe Straße 10 · Hamm-Stadtmitte
Telefon (0 23 81) 90 10 0

Entesar

Susanne Rus



Entesar

Da lachte dieses kleine Mädchen aus vollem Herzen und tobte voller Übermut und Lebensfreude durch die Wohnung! Entesar – unsere kleine Gasttochter aus dem Jemen. Noch zwei Monate zuvor hätte ich dies nicht für möglich gehalten.



Entesar in der Gastfamilie

Aber zum Anfang: Dass Entesar in unser Leben schneite, war reiner Zufall: Anfang Dezember war mein Weihnachtsurlaub in greifbare Nähe gerückt. Eine Freundin rief mich an und erzählte mir von einem zehnjährigen Mädchen aus dem Jemen, für das sich kurzfristig die Möglichkeit für eine Herz-OP in der Uniklinik in Frankfurt ergeben hätte. Sie suchte dringend jemanden für die Betreuung des Kindes. Da Herzpatienten meist nicht lange zur Behandlung in Deutschland bleiben, sagte ich zu, mich während des Klinikaufenthaltes um das Mädchen zu kümmern. Gasteltern für später würde ich schon irgendwie finden.

Entesars Diagnose lautete Fallot'sche Tetralogie – eine angeborene Herzfehlbildung, wie ich mir im Internet ausgeogelte. Ihr fehlte eine Trennung zwischen zwei Herzkammern. Als ich Entesar das erste Mal in der Frankfurter Uniklinik in der Kinderkardiologie besuchte, da hatte sie gerade eine erste Herzkathederuntersuchung hinter sich, war noch ein bisschen benommen und müde. Da lag dieses kleine Wesen allein in einem fremden Land, wo niemand ihre Sprache verstehen konnte, in einem Zimmer voller Apparaturen. Es zerriss mir das

Herz. „Das könnte deine Tochter sein“, war der Gedanke, der mir sofort durch den Kopf schoss. Instinktiv streichelte ich Entesars Arm und sprach leise auf sie ein.

Von da an fuhr ich jeden zweiten Tag gleich nach der Arbeit zu Entesar in die Klinik. Beim nächsten Besuch war sie wach und ansprechbar. Da ich kein Arabisch spreche, konnte ich ihr schlecht erklären, wer ich bin, also sagte ich ihr meinen Namen und alles Weitere ergab sich irgendwie von allein – mit Händen, Füßen und Gesten. Entesar war immer mit einem Taschentuch in der Hand unterwegs, mit dem sie heimlich ihre Tränen wiewischte. Außerdem aß sie so gut wie nichts. Ihr Essen stand fast immer unangetastet in der Patientenküche. Schnell fand ich heraus, dass Entesar in Gesellschaft durchaus bereit war zu essen. Wir machten das Essen in der Mikrowelle warm, ich gackerte ihr vor, dass das Hühnchenfleisch war auf dem Teller, schnitt alles mundgerecht klein und sie aß. Bei jedem Besuch schälte ich Obst: Äpfel und Mandarinen, die wir dann abwechselnd aßen – eins für Papa, eins für Mama, eins für Susanne, eins für Entesar.

Stundenlang saßen wir zusammen und malten, spielten Memory oder puzzelten, darin war Entesar unschlagbar. Am dreizehnten Dezember war es dann so weit, alle Voruntersuchungen waren abgeschlossen und Entesars großer OP-Termin stand vor der Tür. War es ihr auf der Station noch einigermaßen gut gegangen, so begann für Entesar nun eine schlimme Zeit auf der Intensivstation. Hatten wir alle am Anfang noch gedacht, wir könnten unsere kleine Entesar über Weihnachten schon nach Hause holen, so zerschlug sich unsere Hoffnung. Zwar hatte Entesar die Operation einigermaßen gut überstanden, doch hatte sich Flüssigkeit in ihrer Pleura angesammelt, die sich einfach nicht zurückbilden wollte. Entesar litt unter der „klinischen“ Atmosphäre im dunklen Intensivzimmer, ans Bett gefesselt mit zwei dicken Drainageschläuchen, die zu beiden Seiten in ihrem Körper steckten. Und sie hatte schreckliches Heimweh. Oft weinte sie laut nach ihrer Mama. Nach solch einem Besuch liefen auch mir oft die Tränen auf dem Nachhauseweg.

An Heiligabend schließlich gestatteten mir die Schwestern, meine Tochter Hannah mit ins Krankenhaus zu nehmen. Wir hofften, dass der Besuch von einem Kind



Entesar mit ihrer Gastmutter Susanne

in ihrem Alter sie ein wenig aufbauen würde. Trotz Drainageschläuchen hatte man Entesar wieder auf die Station verlegt, wo es ihr dann bald etwas besser ging. Trotzdem erholte sie sich nur sehr langsam. Die Hoffnung, dass sie, wie ursprünglich geplant, am 6. Januar nach Hause fliegen könnte, mussten wir begraben. Das Loch in Entesars Herz war „geflickt“, da mussten wir ihr schon die nächste Hiobsbotschaft überbringen: Sie brauchte einen Herzschrittmacher – noch eine Operation. Die Ärzte überlegten lange, ob dies vermieden werden könnte, doch am Ende gab es keine Alternative. Vor der Schrittmacher-OP sollte Entesar sich aber erst einmal eine Woche in der Gastfamilie erholen. Also nahm ich Entesar am 12. Januar samt Medikamentenplan und -vorrat mit nach Hause. Denn dass wir ihre Gastfamilie sein würden, das war irgendwann einfach klar. Ich konnte doch dieses Kind, um das ich mich so lange gesorgt hatte, nicht einfach in eine andere Familie geben. Sie jetzt hergeben, wo wir so vertraut miteinander waren? Niemals! Da ich noch genug Überstunden hatte, besprach ich die Angelegenheit kurz mit meinem Chef – und der gab grünes Licht. Als ich freitags Entesar abholen kam, da saß sie bereits seit Stunden auf gepackten Koffern und wartete. Kaum hatten wir die Kliniktür hinter uns gelassen, hopste Entesar übermütig neben mir her – voller Erwartung, erst zu uns und dann bald nach Hause zu kommen. Um ihr die Woche bei uns nicht zu verderben, hatte ich ihr noch nichts von der Schrittmacher-OP erzählt. Daheim angekommen war Entesar wie ausgewechselt: Sie war von Anfang an bei uns einfach zu Hause – unsere jemenitische Tochter. Sie erkundete die ganze Wohnung, wollte alles wissen, entwickelte einen nie geahnten Appetit und lachte aus voller Lebensfreude. Sie liebte es, zu Oma und Opa zu gehen, die im gleichen Haus wohnen und ihr neues Enkelkind natürlich ordentlich verwöhnten. Abends hörte ich dann meine zwei Töchter miteinander im Badezimmer gackern, während mein kleiner Sohn Paul draußen vor der Tür warten musste. Besonders liebte es Entesar, wenn ich abends eine Gute-Nacht-Geschichte mit vielen Bildern vorlas. Irgendwann musste ich Entesar jedoch darauf vorbereiten, dass sie noch einmal zur Operation ins Krankenhaus musste. Ich bat einen arabischen

Freund um Hilfe, der ihr dann erklärte, dass sie nur ein paar wenige Tage in die Klinik müsste und ich sie bald wieder nach Hause holen würde. Mit sehr gemischten Gefühlen brachten wir Entesar dann sonntags wieder in die Klinik. Vorher gab es als besonderes Highlight noch einen Ausflug zu McDonalds: Entesar liebt Pommies!

Fünf Tage später holte ich Entesar dann endgültig nach Hause. Die Schrittmacher-OP war gut verlaufen. Dennoch mussten wir regelmäßig alle paar Tage zur Kontrolluntersuchung und ich bemerkte jedes Mal, wie spürbar Entesar aufatmete und ihre gute Laune zurückgewann, wenn wir wieder im Auto und auf dem Nachhauseweg waren. Am Ende versicherte der Arzt mir, Entesar sei jetzt gesund und fit und könne herumtoben wie jedes andere Kind auch.

Der Wetterbericht hatte für das Wochenende Schnee angekündigt und die Frage, ob Entesar denn auch Schlitten fahren dürfe, beantwortete der Arzt mit „Aber unbedingt!“ Und wir hatten Glück: An diesem Samstag fiel Schnee – der erste in Entesars Leben. Wir waren mit allen Nachbarskindern im Schnee. Gemeinsam sausten wir auf „Poporutschern“ den Hügel hinunter und bewarfen uns mit Schneebällen. Es war herrlich!

So viele bange Tage hatten wir gemeinsam erlebt – und nun sprühte dieses Kind vor Übermut und Lebensfreude, sauste herum, tobte im Schnee und sang fröhlich vor sich hin! Ich sehe sie heute noch – meine kleine Entesar, Königin von Saba.

Am 3. Februar war es dann so weit, die Koffer gepackt, alle Geschenke für die Familie besorgt, brachten wir Entesar zum Flughafen. Endlich durfte sie nach Hause fliegen. Die letzten Stunden war meine sonst so laute Gasttochter dann erstaunlich still. Ich spürte, auch ihr ging der Abschied sehr nahe. Immer wieder suchte sie meine Nähe, rutschte auf meinen Schoß und wollte einfach nur in den Arm genommen werden.

Und dann war sie weg durchs Gate zum Flugzeug, das sie zurück zu ihrer Familie bringen sollte. Doch ein Teil von ihr bleibt für immer hier in unseren Herzen.



Zusammen mit Paul und Hannah schmeckt das Eis besonders gut

Geburtshilfe in Eritrea

Dr. Helmut Kaulhausen und
Dr. Peter Schwidtal



Säugling nach der Geburt auf der alten Station

In Eritrea werden jährlich ca. 350.000 Kinder geboren, davon nur 17 % in Kliniken. Die Säuglingssterblichkeit in einem der ärmsten afrikanischen Staaten beträgt unglaubliche 7,2 %. Zum Vergleich: Bei uns in Deutschland liegt die Rate bei etwa 4 Promille. Das heißt, bei uns sterben 4 Kinder auf 1.000 Lebendgeborene, in Eritrea 72!

Doch auch für die Mütter bedeutet eine Schwangerschaft in Afrika ein hohes Risiko. Liegt die Gefahr, während der Schwangerschaft zu versterben, in Europa und den USA bei 1 : 2.500, so ist sie in Afrika südlich der Sahara bei unglaublichen 1:16.

Mit der Eröffnung einer neuen Geburtsklinik in Eritreas Hauptstadt Asmara im Jahr 2005 verfolgte das Hammer Forum gleich mehrere Ziele. Vorrangig war natürlich die Senkung der Sterblichkeit bei Müttern und Neugeborenen. Dies soll u. a. durch die Verbesserung der Schwangerenbetreuung und die frühzeitige Erkennung von Risikogeburten geschehen. Wichtig ist aber auch das Erlernen einfühlsamer Abläufe während der Geburt, d. h. den kindlichen Kopf schonend entwickeln. So können Geburtstraumen bei Mutter und Kind weitgehend vermieden werden.

Die neue Geburtsklinik soll sich mittelfristig auch zu einer Referenzklinik für Geburtshilfe in Eritrea ent-

wickeln, d. h., Risikogeburten aus dem gesamten Land werden hierher überwiesen, während die Klinik gleichzeitig zur Ausbildungsstätte für Geburtshelfer in ganz Eritrea wird, so, wie sie es bereits für Hebammen ist.

Bislang werden die Säuglinge nach der Geburt nicht untersucht. Dies ist jedoch zur Krankheitsfrüherkennung unabdingbar. In Zusammenarbeit mit unseren Neonatologen, Kinderkardiologen (Herzfehler) und Orthopäden möchten wir hier Abhilfe schaffen und den Kindern ein Leben ohne vermeidbare Behinderungen schenken. Noch gibt es z. B. viel zu viele unbehandelte Klumpfüße und Hüftfehler mit schwerwiegenden Folgen.

Darüber hinaus wollen wir das unglaubliche Leid vieler ganz jung verheirateter Frauen verhindern, die im Alter von 13 bis 15 Jahren aufgrund ihres kindlichen Beckens noch gar nicht reif sind für eine normale Geburt. Es zerrißt sie förmlich unter der Geburt. Diese Schwangeren gehören frühzeitig in die Klinik, benötigen oft einen Kaiserschnitt. Die unvorstellbaren Qualen der jungen Mütter geschehen meistens bei ohnehin beschnittenen Frauen. Neben der medizinischen Arbeit und Lehrtätigkeit braucht es viel einfühlsame Einflussnahme auf Familien und Traditionen. Beschneidungen gilt es zu reduzieren, Geburtsabstände zu vergrößern und eine Schwangerenbetreuung, die es bislang im Lande überhaupt nicht gibt, einzuführen. Dies scheitert bisher an Unwissenheit, Armut und Scham.

Die ersten Schritte wurden bereits getan. Um langfristig etwas zu verändern, muss neben einer adäquaten Ausstattung der Klinik und der Weiterbildung des einheimischen Personals auch ein Dialog zu Themen wie Schwangerschaftsrisiken, Verhütung und Beschneidung stattfinden. 2005 richtete das Hammer Forum deshalb den ersten Workshop zu diesen Themen in Asmara aus. Er stieß auf großes Interesse und erstaunlich offen wurden Probleme angesprochen. Im Juli 2007 folgte der zweite Workshop zu den Themen „Kampf gegen die Müttersterblichkeit und gegen Beschneidung“ in Eritrea. Dieses Mal waren Ärzte und Entscheidungsträger nach Remscheid eingeladen und gekommen. Noch bleibt viel zu tun, um die Müttersterblichkeit zu senken und den Kindern einen guten Start ins Leben zu ermöglichen. Doch die Basis ist gelegt und dies gibt Hoffnung.



Die erste Geburt in der neuen Klinik

Geburtshilfe in Eritrea –

Eindrücke von unseren Hilfeinsätzen

Vera Triphaus



Es gibt viele junge Mütter

Zum wiederholten Male reisten Dagmar Sanker und ich im Februar 2007 nach Asmara. Seit 2003 unterstützen wir dort zusammen mit unseren Kolleginnen und Gynäkologen die größte Entbindungsklinik des Landes mit ca. 8.000 Entbindungen pro Jahr. Von unserem ersten Einsatz bis heute hat sich schon viel getan, auch wenn noch jede Menge Arbeit bleibt.

Die Erfahrungen des Hammer Forums in der Neonatologie in Asmara haben gezeigt, dass viele Neugeborene an den Folgen von schlechtem Geburtsmanagement lebenslänglich zu leiden haben oder versterben. So wurde beschlossen, die Geburtshilfe zu unterstützen, um den Kindern einen guten Start ins Leben zu ermöglichen.

Unser erster Einsatz war eine reine Bestandsaufnahme. Der Kreißsaal war sehr dunkel. Auf der linken Seite befand sich ein Raum mit zwei schmalen Entbindungsstühlen, die ohne Trennwand nebeneinander standen. An den Wänden standen Regale, in denen sich alle notwendigen Utensilien sammelten. Auf der rechten Seite gab es zwei kleine Räume mit je drei Betten. Hier lagen die Frauen in den Betten, bis der Kopf sichtbar wurde. Vor den Betten standen kleine Plastikschüsseln in denen sich Erbrochenes, Stuhl und Urin sammelte. Überall schwirrten Fliegen und Kakerlaken fühlten sich ausgesprochen heimisch.

Viele Frauen saßen mit vollständig eröffnetem Muttermund auf einem Stühlchen, da die Betten schon belegt waren. Falls eine Frau im Warteraum entband, wurde sie dort ohne ausreichende Beleuchtung genäht. Es gab keine Möglichkeit, ein gestresstes Kind adäquat zu versorgen, d. h. kein Sauerstoff, keine Wärmelampe oder Ähnliches. Insgesamt waren die Räumlichkeiten kalt und zugig.

Im November 2005 zog der Kreißsaal in ein vom Hammer Forum entworfenes und gebautes Gebäude um. Zuerst hat sich die Hygiene stark verbessert. Festinstallierte Fliegengitter verhindern ein massives Vorkommen der Insekten im Kreißsaal. Kakerlaken tauchen auch nur noch vereinzelt auf. In großen, schwarzen, verschließbaren Mülleimern wird die Wäsche gesammelt und es wurden ausreichend Patiententoiletten gebaut.

Es gibt jetzt drei Kreißbetten in zwei Räumen. In jedem Kreißsaal ist eine Wärmelampe angebracht, wo die Babywäsche untergelegt wird. Die neuen Räumlichkeiten beinhalten auch zwei Reanimationsplätze für Neugeborene und zwei Inkubatoren für Kinder, deren Mütter sich aufgrund eines Kaiserschnitts nicht sofort um sie kümmern können. Im Warteraum stehen acht Betten mit Vorhängen dazwischen, um ein wenig Intimsphäre zu ermöglichen. Eine Rolllampe ermöglicht eine beleuchtete Versorgung von Dammrissen.

Schwierig war vor allem, die Einstellung der eritreischen Hebammen zu beeinflussen. Während sich bei uns alles um das Ungeborene dreht, dreht sich in Eritrea alles um das Überleben der Frau. Das Argument: „Tut es für eure Kinder!“ kommt oft nicht an.

Seit März 2006 führen Kinderärzte regelmäßig Wiederbelebungübungen an einer Babypuppe mit den Hebammen durch, um ihnen das Handwerkzeug zur Reanimation zu geben. Mit Erfolg! So merkten wir bei unserem letzten Einsatz, dass die Hebammen langsam einen Sinn in der Versorgung der Kinder erkennen und der Wunsch entstanden ist, dem Neugeborenen zu helfen. Sie kümmern sich nun sehr viel intensiver, zügiger, ungefragt und auch gut geschult um die Neugeborenen.

Bei den Schulungen ist es auch immer wieder wichtig, darauf hinzuweisen, dass „kritische Kinder“ zügig verlegt werden müssen. Der einzig verfügbare Pädiater arbeitet in der Neonatologie und ist dort voll beschäftigt. Er kann nicht zur Geburt hinzugezogen werden. Es bleiben also nur die Hebammen für Notfälle.

Ein weiteres Ziel ist die Ausbildung der Hebammen am Ultraschallgerät. Dabei geht es um reines Basiswissen wie z. B. eine Lagekontrolle, Herzaktionen, Zwillinge usw. Wer jemals eine Sektio gemacht hat und beim Ablösen der Plazenta noch ein weiteres Kind in der Gebärmutter fand, weiß eine Ultraschalldiagnostik sehr zu schätzen!

Für den nächsten Einsatz versuchen wir, das Geburtsmanagement von Zwillinggeburten zu beeinflussen, denn häufig verstirbt der zweite Zwilling, da die Fruchtblase zu früh eröffnet wurde und kein Gynäkologe für die rettende Sektio erreichbar ist. Probleme bei der Geburt entstehen auch bei Frauen, die beschnitten sind

oder weil sie so erschöpft sind, dass eine normale Wehentätigkeit kaum noch möglich ist. Dann werden asphyktische Kinder aus dickgrünem Fruchtwasser geboren, bei denen die Geburt schon vor 10 Stunden hätte beendet werden können. Große Abhilfe schuf hier ein VE-Gerät. Die Hebammen dürfen dort selbstständig Vakuumextraktionen durchführen. Seitdem dieses Gerät dort ist, wurden schon viele Geburten rechtzeitig beendet. Zusätzlich werden wir versuchen, auf der Wochenbettstation die Neugeborenen genau zu untersuchen, bevor sie entlassen werden.

Sehr traurig ist, dass immer noch Kinder sterben, weil sich das Gesundheitswesen keine Nabelklemmen leisten kann. Dann blutet es doch wieder aus einem Nabel und es ist so viel zu tun, dass die Hebamme es nicht sofort bemerkt, denn teilweise werden in 24 Stunden 40 Kinder geboren, bei einer Besetzung von maximal fünf Hebammen im Dienst. Wenn keine Klemmen da sind, werden Bändchen zum Abbinden benutzt. Waren die nicht gut sterilisiert oder der Nabel wurde zu lang gelassen, kann es unter den hygienischen Umständen zu Hause schnell zu einer Nabelsepsis kommen. Die Mütter verlassen nach einer normalen Entbindung die Klinik nach 4 – 6 Stunden, wenn es voll ist, auch schon mal nach zwei. Wenn dann der Nabel blutet oder das Kind eine Sepsis bekommt, ist die Mutter meist schon weit von der Klinik entfernt, und bis sie wieder zurück sein kann, ist das Kind bereits schwer beeinträchtigt, häufig schon zu schwer, um noch eine erfolgreiche Behandlung zu beginnen.

Wir versuchen bewusst die Hebammen auszubilden, da es in ganz Eritrea nur neun Gynäkologen gibt, von denen sechs an dieser Klinik arbeiten. Leider sind Ärzte wie Hebammen so schlecht bezahlt, dass die Motivation stark darunter leidet. Alle Ärzte haben einen zweiten Job, um ihren Lebensunterhalt zu verdienen. Dort arbeiten sie auch, wenn sie Dienst haben.

Seit einem Jahr arbeiten 22 frisch ausgebildete Hebammen auf der Station. Viele von ihnen kennen wir schon seit ihrem Schülerdasein. Sie haben andere Ansichten als ihre älteren Kollegen, da sie den Krieg nicht



Babys werden gewogen.

mehr miterlebt haben. Ihr Anspruch an ihre Arbeit ist ein anderer, sie sind sehr wissbegierig und offen für Veränderungen.

Es war für uns schwer, das System „afrikanischer Kreißsaal“ in unseren kurzen Einsätzen zu verstehen. Nach drei Jahren haben wir schon recht viel von der afrikanischen Arbeitsweise verstanden. Auch wenn wir mit unserem europäischen Denken vieles nicht gutheißen können, ist es unter den vorhandenen Arbeitsbedingungen oftmals berechtigt.

Immer wieder diskutieren wir mit den Hebammen und Ärzten das Warum und Weshalb einer medizinischen Anordnung, organisatorische Abläufe oder banale Alltagsbegebenheiten. Das führte dazu, dass wir gegenseitig unsere Arbeitsweisen immer besser kennenlernten und ein Vertrauensverhältnis zwischen uns entstand. Dies und unser Respekt vor der geleisteten Arbeit der Hebammen erlauben uns, Dinge anzusprechen und Verbesserungsvorschläge einzubringen. Natürlich könnten für unser Gefühl Änderungen schneller umgesetzt werden, Gegenstände weniger oft verschwinden und Materialien seltener kaputt sein. Umso schöner ist es zu sehen, dass unser „Training“ doch auch zum Erfolg führt.

Wir dürfen nie vergessen, dass wir eingeladene Gäste sind und immer nur eine kurze Zeit im Jahr im Kreißsaal mithelfen können. Den Rest der wirklich anstrengenden Arbeit tragen unsere Kollegen dort jeden Tag. Unter den Umständen leisten sie bereits hervorragende Arbeit.



*Zum Glück sind diese Zeiten vorbei.
Notfallplatz der alten Station*

Geburtshilfe im Jemen

Prof. Friedrich Röpke



Ein gesunder Junge

In den Jemen fährt ein Geburtshelfer mit zwei wichtigen Orientierungsziffern: Die Müttersterblichkeit beträgt dort 57 auf 10.000 Gebärende (gegenüber weniger als 1 auf 10.000 in Deutschland) und die Säuglingssterblichkeit 8 % (gegenüber 0,4 % in Deutschland). Diese Indikatoren beleuchten die sozial-medizinische Betreuung der Schwangeren, die Begleitung der Gebärenden und Wöchnerinnen durch Hebammen und Ärzte sowie die Erstversorgung der Neugeborenen und die nahtlose Weiterbehandlung von Risikoneugeborenen durch Neonatologen.



Kreißaal in Taiz

Ärzte und Gesundheitspolitiker im Jemen kennen die durch die WHO publizierten Standards, jedoch bestehen noch erhebliche Schwierigkeiten bei der praktischen Realisierung selbst in großen staatlichen Krankenhäusern wie im Al Thawra Hospital Taiz mit jährlich etwa 1.200 Geburten. Ein zweiwöchiger Aufenthalt erlaubt nur eine Orientierung im Kernbereich der geburtshilflich-perinatal-medizinischen Betreuung auf der Station und im Kreißaal. Mit europäischen Verhältnissen ist derzeit vieles nicht vergleichbar: Der trotz Wache an der Stationstür ausufernde Publikumsverkehr bringt beträchtliche Unruhe in die Station und durch offenstehende Türen bis in den Kreißaal. Die hygienischen Bedingungen sind unakzeptabel. Das Händewaschen ist nur in der Spüle möglich, wo auch die Schmutzwäsche nach den Entbindungen entsorgt wird. Selbst im gerade begonnenen Neubau des Kreißaales waren notwendige sanitäre Installationen nicht vorgesehen. Es bedurfte erst einer dringenden Vorsprache des Geburtshelfers und der Kinderkrankenschwester aus dem Team bei der staatlichen Behörde, um diese und andere Mängel in letzter Minute vor Betonierung des Fußbodens zu beheben.

Wenn man als Arzt der Patientin auf gleicher Augenhöhe gegenüber treten möchte, ist in anderen Kulturkreisen einiges zu respektieren. Trotz der üblichen Verschleierung der Frauen gab es bei Untersuchungen und Behandlungen pathologischer Geburten keine Probleme. Dagegen ist die Verschleierung von Hebammen, Schwestern oder Ärztinnen eine Barriere, die neben sprachlichen Unzulänglichkeiten vor allem bei Notfällen eine ärztliche Versorgung sehr erschwerte. Die Hebammen sind nicht medizinisch ausgebildet, vier von sieben sind Analphabeten. Sie haben aber in einzelnen Bereichen einen großen Erfahrungsschatz. Die geburtshilfliche Dokumentation ist minimal: Im Geburtenbuch gibt es neben dem Namen der Mutter noch Spalten für Erst-, Mehr- oder Vielgebärende, Geburtsgewicht unter oder über 2.500 Gramm u. a. Durch Häkchen werden die jeweils vorliegenden Merkmale markiert. Mit dem einzigen, jedoch verbogenen Stethoskop werden Geburten praktisch nicht überwacht, der Zustand des Neugeborenen wird nicht dokumentiert, die Plazenta nicht auf Vollständigkeit geprüft. Gemeinsame Visiten oder Dienstberatungen werden nicht durchgeführt, auch Fortbildungsveranstaltungen sind offenbar nicht üblich. So waren die neben der Bestandsaufnahme von mir durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen Ansätze für die Hilfe zur Selbsthilfe.



Mutter mit Kind – nur selten lassen sie sich fotografieren

Geburtshilfe im Jemen –

Bericht über einen Einsatz
im April 2007

Stefanie Röper



Gut eingepackt

Der erste Eindruck von der Geburtsklinik in Taiz: Selbst allernotwendigste Materialien sind nicht vorhanden. Die wenigen Gegenstände, die da sind, sind defekt, unsachgemäß gepflegt und zum Teil verrostet. Hygienemaßnahmen sind weitgehend unbekannt.

Die allermeisten Frauen haben keine pränatale Betreuung. Bei der Aufnahme beschränkt sich die Untersuchung der Hebamme meistens auf eine vaginale Untersuchung, die zwar kaum Erkenntnisse bringt, für die Mutter aber Infektionsgefahr bedeutet. Blutdruck wird praktisch nie geprüft, die Lage des Kindes nur gelegentlich festgestellt, eine Wehenüberwachung findet nicht statt. Herzöne werden selten abgehört. Es gibt allerdings auch nur ein Hörrohr aus Metall, das defekt ist.

Es wird sehr großzügig mit Syntocinon umgegangen, meist ohne ärztliche Verordnung, auch von analphabetischen Hebammen. Diese Frauen erkennen Medikamente nach eigenen Angaben an der Farbe der Beschriftung. Wenn die Austreibungsphase nach Ansicht der Hebamme trotzdem zu lange dauert, wird starker Druck auf den Fundus des Uterus ausgeübt. Die Folge ist, dass die Frau unsagbare Schmerzen hat, schreit und sich verkrampft. Die Geburt wird noch mehr verzögert.

Es werden recht häufig Vakuumextraktionen gemacht. Zur Unterstützung des Vakuumzuges wird weiter enormer Druck auf den Uterus ausgeübt, ohne die Folgen für Mutter und Kind zu bedenken. Einmal während



Defekte Geräte im Kreißaal

meiner Zeit kam es durch solch ein Manöver zu einer Uterusruptur, schwerer Blutung und Schock bei der Mutter. Die Frau bekam Infusionen, Blut und wurde chirurgisch versorgt. Der Fall insgesamt hat niemanden groß bewegt. Wenn bei einem normalen Geburtsvorgang der Kopf des Kindes am Perineum angelangt ist, wird von den Hebammen regelmäßig eine manuelle Dehnung des Geburtskanals vorgenommen. Dieses extrem schmerzhaftes Manöver führt ebenfalls dazu, dass die Frau entsetzlich schreit, sich verkrampft, die Geburt wird ebenfalls in ihrer empfindlichsten Phase verzögert.

Den Dammschnitt und die chirurgische Versorgung beherrschen die Hebammen ganz gut, die notwendige Hygiene weniger. Es gibt keine sterilen Abdecktücher, meist sind sie nicht einmal sauber. Nach allgemeiner Ansicht der Hebammen schließt sich der Cervix sofort nach der Geburt des Kindes, weshalb immer probiert wird, durch andauerndes Ziehen an der Nabelschnur die Plazenta zu entwickeln. Meine Darstellung einer normalen Geburt fand oft wenig Beifall, andererseits war man aber an Unterweisungen interessiert. Eine Untersuchung der Plazenta findet nicht statt. Die Mutter wird nach der Geburt normalerweise nur vaginal untersucht, um Verletzungen festzustellen und um diese zu versorgen. Die Reinigung der Mutter ist nur minimal. Normalerweise verlässt sie kurz nach der Entbindung den Kreißaal.

Das Kind wird meist direkt nach der Geburt an den Beinchen hochgehalten und der Rücken wird abgeklopft. Der Mund wird mit Gaze gereinigt. Wenn es nicht sofort schreit, wird abgesaugt. Mund-zu-Mund-Beatmung ist bekannt, ebenfalls Herzmassage, mit Sauerstoff wird eher zögerlich umgegangen. Die Dosierung von Sauerstoff bei Frühgeborenen scheint nicht bekannt zu sein. Sobald das Kind einigermaßen atmet, wird es in ein Tuch gewickelt und der Familie übergeben. Eine Erstuntersuchung findet nicht statt.

Scheren und Klemmen werden nach Gebrauch gewaschen und sterilisiert. Kunststoffmaterial (Schläuche, Vakuum-Utensilien) werden gewaschen und in eine Box mit Jod gelegt. Jod ist das einzige Desinfektionsmittel, das zur Verfügung steht. In Jod getränkte Watte dient auch zur Desinfektion der Genitalien der Mutter. Entbindungstische, sonstiges Mobiliar und Gummischürzen werden



Neubau des Kreißsaals

mit Waschpulver, oft genug nur mit Wasser, gereinigt. Händedesinfektionsmittel sind nicht vorhanden. Und auch die Kleidung des Personals entspricht keineswegs akzeptablen hygienischen Normen.

Die Einrichtung der Abteilung für kranke Mütter ist äußerst prekär. Mit Ausnahme von Verbandsgaze und Instrumenten ist alles verschmutzt. Die Schwestern übernehmen nur die absolut notwendige Überwachung von Post-OP-Patientinnen und von Schwerkranken. Sie verabreichen Medikamente und führen Verbandswchsel durch. Die Betreuung und Pflege von Kranken sowie der Kinder wird von der Familie nach eigenem Gutdünken durchgeführt. Eine Beratung von Müttern nach einem Kaiserschnitt in Bezug auf Stillen findet nicht statt.

All diese Missstände wirken sich natürlich auf die Ausbildung der Medizinstudentinnen und Schwesternschülerinnen aus. Letztere werden des Öfteren von Ausbilderinnen aus der Schule begleitet. Meinen Beobachtungen zufolge scheinen diese aber auch nicht über den neuesten Stand der Geburtshilfe informiert zu sein.

Während meines Aufenthaltes waren nach Absprache mit dem Abteilungsleiter neben praktischen Anleitungen auch einige Unterrichtseinheiten geplant. Es konnten aber nicht alle durchgeführt werden. Praktische Unterweisungen konnten öfters mit Hilfe von englisch sprechenden Ärztinnen auch am Nachmittag durchgeführt werden. Im Allgemeinen ist man an Weiterbildung interessiert, wenn auch manches sicherlich nicht so akzeptiert wurde, vor allem nicht von den analphabetischen Hebammen, einfach weil sie gar nicht weiterbildungsfähig sind.

Während der Zeiten, die ich im Kreißsaal verbrachte, wurde dann tatsächlich öfters der Blutdruck gemessen, wurden Wehen beobachtet, Herztöne abgehört, gelegentlich wurde sogar die Plazenta untersucht. Auch wurden die Kinder nicht mehr kopfunter abgeklatscht. Dies alles wird aber nicht von Dauer sein, wenn wir nicht kontinuierlich die Ausbildung fortsetzen.

Weitere Projektplanung

Nach meiner Meinung wird der neue Kreißsaal wenig Fortschritt bringen, wenn das gesamte Personal nicht gründlich geschult wird, das gilt sowohl für Ärzte als auch für Hebammen und Schwestern. Ein Kurzaufenthalt von einem Frauenarzt für Vorlesungen (1–2 Wochen) oder eine Art Workshop wäre sicherlich von Nutzen.

Die praktische Arbeit im Kreißsaal, OP und auf der Station sollte aber von einer Ärztin durchgeführt werden, da jemenitische Frauen dies vorziehen. Auch für die Hebammen und Schwestern ist direkter Kontakt zu einem Arzt so kulturfremd, dass sicher auch die Unterweisungen darunter leiden würden. Eine Ärztin hat im Jemen einfach einen besseren Zugang zu Frauen. Die Schulung von Hebammen und Schwestern sollte von einer Hebamme und einer zweiten Hebamme mit Erfahrung in der Neonatologie oder einer spezialisierten Kinderschwester erfolgen.

Besonderer Wert sollte auf die Kommunikation zwischen Ärzten, Hebammen und Schwestern gelegt werden. Bislang findet eine solche nicht statt. Fachgespräche zwischen Berufsgruppen sind unbekannt.

Dringend notwendig ist auch eine Erarbeitung von Unterlagen einfacher Art, damit Dokumentationen über Mutter und Kind eingeführt werden können.

Angesichts des derzeitigen Wissenstands vor Ort ist mit kurzfristigen Verbesserungen kaum zu rechnen. Die Einsätze der Teams sollten deshalb mindestens 6–8 Wochen dauern. Spätere Auffrischeinsätze müssen von Anfang an geplant werden. Nur so werden wir etwas zugunsten von Müttern und ihren Kindern erreichen können.



Die einzigen Babybettchen der Station

In sieben Jahren 10 Gastkinder – Hommage auf Familie Jelliti

Martina Brüning



Familie Jelliti

Ein kleiner, zweijähriger Knirps öffnet mir nach meinem Schellen die Tür, er läuft fröhlich ins Wohnzimmer zurück, wo Ghaida in einem Reisebettchen liegt und gut gelaunt mit ihren Puppen spielt. Bald hat sie es geschafft, bald bekommt sie den Gips nach einer Hüftoperation ab und das Metall wird herausoperiert. Dann kann sie das Laufen wieder erlernen, um mit Mohammed durch den Garten zu toben. Aber zuerst muss Mohammed zur selben Zeit wie Ghaida ins Krankenhaus, um am Arm behandelt zu werden.

Familie Jelliti kommt aus Tunesien und lebt seit 32 Jahren in Deutschland. Habib Jelliti (60) arbeitete bei einem Chemieunternehmen und seine Frau Zakia (47) ist Hausfrau. Sie haben zwei erwachsene Kinder (Hatem, 28 und Hajer, 25), die in die Betreuung der Hammer Forum Kinder mit einbezogen werden und helfen, dass die kleinen Patienten sich zurecht finden.

Im Jahr 2000 kam das erste Kind vom Hammer Forum in die Familie und bis heute waren es zehn. Wir kennen und schätzen Familie Jelliti seit fünf Jahren, denn von diesen zehn Kindern waren fünf bei uns auf der Station. 2002 begann es mit der Ankunft von Rana (4), die neun Monate lang in Deutschland war. 2003 war Basma (6) für ein Jahr hier, 2005 Manal (6) für neun Monate und 2006 hat Shaima (5) für neun Monate die Gastfreundschaft von Familie Jelliti erfahren dürfen.

Seit dem 11.11.2006 ist wieder ein jemenitisches zweijähriges Mädchen bei uns in der Klinik und vom ersten Augenblick an war Familie Jelliti mit eingebunden. Sie wurden vorher vom Hammer Forum informiert, dass Ghaida nach Deutschland kommt. Und als Samstagmittag der Malteser Hilfsdienst uns ein verängstigtes Bündel Kind brachte, habe ich sofort Herrn und

Frau Jelliti angerufen. Schon eine Stunde später kamen sie zu uns und konnten der kleinen Ghaida zumindest etwas von der Riesenangst nehmen, die sie hatte. In ihrem Alter verstand sie gar nicht, was da mit ihr geschah. Mama und Papa sind nicht da, sie hat eine so lange Fahrt hinter sich und dann ein neues Land, in dem es so ganz anders aussieht als zu Hause. Zum großen Übel sprechen wir auch noch nicht mal arabisch.

Mit sehr viel Liebe und Hingabe hat Familie Jelliti Ghaida an das deutsche Essen, die deutsche Sprache und die Geflogenheiten bei uns im Krankenhaus herangeführt. In all den Wochen, in denen Ghaida bei uns ist, sind sie mindestens zweimal am Tag bei uns, um sie zu betreuen. Jeweils zu den Mahlzeiten und vor dem Schlafengehen sind sie da. Sie vertreten würdig das Amt der Eltern, wobei es ihnen sehr wichtig ist, den Kindern das Gefühl zu geben, dass sie nach der Behandlung auch wirklich in den Jemen zu ihren leiblichen Eltern zurückkehren. Immer wieder halten sie Kontakt zu den Familien, soweit diese Telefonanschluss haben. Von einer zur anderen Operation darf Ghaida das Krankenhaus verlassen und Familie Jelliti nimmt sie mit nach Hause, um sie dort als Mitglied der Familie bei sich aufzunehmen.

Wie sehr Familie Jelliti die Kinder liebt, die sie bei sich aufnehmen, und Anteil nimmt am Schicksal der Eltern, zeigte sich gut einen Monat nach meinem Besuch bei ihnen zu Hause, als der kleine Mohammed in einer Klinik kurz nach der Operation starb. Herr Jelliti ist mit in den Jemen geflogen, um mit den Eltern zu trauern und der Beerdigung beizuwohnen. Um zu begreifen, dass das eigene Kind tot ist, ist es wichtig, mit jemandem zu sprechen, der in der letzten Zeit mit dem Kind zusammen war und erzählen kann, was für ein fröhlicher Mensch es war.

Bedingungslos, liebevoll und voller Wärme sorgen sich Jellitis um die Kinder vom Hammer Forum. Diese können sich in ihre Arme fallen lassen und so viel Glückseligkeit mit auf die doch so beschwerliche Reise nehmen, dass sie sich wohl und geborgen fühlen. Wir danken Familie Jelliti von Herzen für ihr Engagement und zurückhaltenden, fast scheuen Einsatz, die Kinder aus dem Jemen in der Zeit ihres Deutschlandaufenthaltes bei sich aufzunehmen. Dann bedanken wir uns noch für eine sehr unkomplizierte und sehr gute Zusammenarbeit mit unserer Station. Wir können uns immer zu 100 Prozent auf Familie Jelliti verlassen und wünschen ihnen und uns noch viele weitere Kinderbetreuungen.

Familie Jelliti, bleiben Sie so, wie Sie sind!



Mohammed und Ghaida

Augenärztlicher Hilfeinsatz im Gazastreifen

Dr. med. Omar Abo Basha



Junge bei der Untersuchung

Am 10.5.2007 flog unsere Gruppe, bestehend aus Dr. Omar Abo Basha, Dr. Ali Kajasi, Birgit Brechtken und Nilufar Jallal nach Tel Aviv. Am Flughafen kam nur Frau Brechtken ungehindert durch die Kontrollen. Sie konnte jedoch unsere Instrumente und Medikamente problemlos einführen. So wie im letzten Jahr wurden wir anderen an die Seite geführt und stundenlang befragt. Im Flughafen nahm uns Bassem Hallak in Empfang. Zu diesem Zeitpunkt hatte er bereits die Genehmigung für drei Personen aus unserer Gruppe erhalten, nach Gaza einzureisen. Als auch ich endlich die Einreisegenehmigung erhielt, fuhren wir sofort los, um keine weitere Zeit zu verlieren.

Unser Fahrer brachte uns zum Checkpoint Eris an der Grenze zwischen Gaza und Israel. Dort mussten wir aussteigen, unser Gepäck in die Hand nehmen und zu Fuß den Checkpoint durchqueren. Wie gewohnt, wartete ich drei Stunden, bis ich einreisen durfte. Und auch die Rückkehr nach Israel gestaltete sich eine Woche später schwierig. Bassem Hallak schaffte es jedoch durch stundenlanges Telefonieren, die Israelis davon zu überzeugen, dass wir nur ein Hilfsteam seien und von uns keine Gefahr ausgehe.

Auf der palästinensischen Seite der Grenze wurden wir von Ibrahim Atta in Empfang genommen und in einer Polizeieskorte ins Krankenhaus gefahren. Das „European Gaza Hospital“ liegt in Khan Yunis und ist ca. eine Autostunde von dem Checkpoint entfernt (ca. 30 km). Nach einer allgemeinen Begrüßung mit dem Leiter der Augenabteilung und der Krankenhausführung begaben wir uns auf die Station, um uns dort die für den nächsten Tag auf dem OP-Plan stehenden Patienten anzuschauen. Anschließend gingen wir in den OP, um die von uns mitgebrachten Phaco-Handstücke an die Maschine anzuschließen und auszuprobieren.

In den folgenden Tagen ging ich früh morgens mit Frau Brechtken in die Ambulanz, wo wir im Minutenrhythmus Patienten untersuchten. Währenddessen fingen die anderen an zu operieren. Der OP-Bereich selbst war für hiesige Verhältnisse sehr gut eingerichtet. Die Kollegen waren hocherfreut, dass zum ersten Mal in ihrem Hospital Patienten nach der modernen Phaco-Methode in Kleinschnitttechnik operiert wurden. Die Operationen waren extrem schwer durchzuführen, da im Vergleich zu hiesigen Patienten die Menschen dort sehr lange auf eine Operation zu warten haben. Dementsprechend waren die Linsen der Patienten extrem dick und hart. Der OP-Betrieb endete in

der Regel gegen 15.00 Uhr. Danach kamen Dr. Kajasi und Frau Jallal in die Ambulanz, um uns bei den Untersuchungen bis ca. 20.00 Uhr zu unterstützen. Währenddessen führte ich zahlreiche Laserbehandlungen durch.

Über unsere Anwesenheit wurde in der Tageszeitung ebenso wie im lokalen Radiosender berichtet. Dies führte dazu, dass wir uns vor Patienten nicht mehr retten konnten. In der Ambulanz habe ich viele Fälle gesehen, die ich sonst nur aus Lehrbüchern kenne. Insbesondere gab es viele Kinder, die an Verletzungsfolgen an den Augen litten.

Am vierten Tag unserer Anwesenheit nahmen die Kämpfe in Gaza zwischen den beiden Gruppierungen El-Fatah und Hamas zu. Am vorletzten Tag beschossen die israelischen Kampfflieger ein Gebäude in Rafah, ca. 10 km von Khan Yunis entfernt. Da mit vielen Notfällen zu rechnen war, konnten wir nicht weiter operieren. Am Abend wurde ein 17-jähriger Junge in das Krankenhaus eingeliefert. Ein Granatsplitter war oberhalb des Auges durch die Nasenwurzel in die linke Augenhöhle eingetreten. Das Auge wurde völlig zerfetzt, sodass nichts anderes übrig blieb, als die Überreste des Auges zu entfernen. Diese Operation dauerte bis 3:00 Uhr morgens.

Insgesamt war es eine sehr erfolgreiche Hilfsaktion. In der Woche unseres Aufenthaltes haben wir mehr als 1.000 Patienten untersucht, ca. 200 Laserbehandlungen durchgeführt und 35 Menschen am grauen Star operiert.



Operierter Splitter

*„Tu das, was du kannst!
Dann tust du es auch gern!“*

*Stationen im Lebensweg
unseres Vorstandsmitglieds
Dr. Theophylaktos Emmanouilidis*

Ein persönliches Portrait von Jürgen Wieland



Dr. Emmanouilidis mit Ehefrau Ulrike

Das ist schon eine beeindruckende Persönlichkeit, dieser Doktor mit dem für uns so schwierigen Namen: Theophylaktos Emmanouilidis. Kein Wunder, dass er als „Dr. Emma“ vielerorts bekannt und überall hoch geschätzt ist. Groß gebaut, sportliche Figur und ein Gesicht, das zugleich Würde und Ernsthaftigkeit, aber auch Humor und eine Riesenportion Freundlichkeit und Güte ausstrahlt.

Wer ist das? Wo kommt dieser Mann her, der für das Hammer Forum Tausende Kinder in den afrikanischen und arabischen Ländern behandelt hat? Was ist das für ein Mensch, der als Chefarzt am Lukas-Krankenhaus in Bünde in seiner Urlaubszeit im Jemen kranken Kindern medizinische Hilfe leistete, sie untersuchte, sie operierte? Was treibt ihn, auch nach seinem Ausscheiden aus dem aktiven Krankenhausdienst weiter für das Hammer Forum tätig zu sein?

Er wird 1939 in dem Dorf Iliolouston als drittes von fünf Kindern einer nordgriechischen Bauernfamilie geboren. Die Vorfahren der Familie kommen aus verschiedenen Ländern, keine Seltenheit in der balkanischen Völker- und Sprachenvielfalt. Arbeit, teilweise schwere körperliche Arbeit, wird ihm und seinen Geschwistern schon früh abverlangt. Aber der Vater sorgte, weil er als einer der wenigen im Dorf lesen und schreiben konnte, für eine ordentliche Schulbildung seiner Kinder. Und weil der junge Theophylaktos über ein hohes Maß an Intelligenz, Disziplin und Fleiß verfügte, durfte er sogar das Gymnasium besuchen und das Abitur machen. Das war unter den damaligen Umständen ein außerordentliches Privileg, das er mit sehr guten Schulleistungen und beachtenswerten nationalen Sporterefolgen belohnte.



Dr. Emmanouilidis mit 22 Jahren

„Aber mein Wunsch, Medizin zu studieren, war nahezu unerfüllbar. Fünfzig Studienplätze in Saloniki standen 2000 Bewerbungen gegenüber. Da hab ich zum ersten Mal erfahren, dass gesell-

schaftliche Beziehungen weitaus mehr Chancen versprechen als Top-Schulleistung.“ Die kluge Weltoffenheit des Vaters erlaubte es ihm, ins Ausland zu gehen, um dort Medizin zu studieren.

Wie bei fast allen Menschen sind es oft pure Zufälle, die die Lebensweichen in eine bestimmte Richtung stellen. „Der 26. August 1959 wird für mich immer ein Schicksalstag bleiben“, sagt er. „Da stehe ich mutterseelenallein auf dem Münchner Hauptbahnhof, konnte kein Wort Deutsch, als mich ein hilfsbereiter Bahnhofspolizist ansprach und mir seine Hilfe anbot. Der kam mir wie ein Engel vom Himmel vor und war irgendwie mitverantwortlich dafür, dass ich nicht nach Frankreich weiterfuhr, sondern in München blieb.“

Nun hieß es aber zuerst, in einer deutsch-griechischen Sprachschule Deutsch zu lernen, die absolute Voraussetzung für ein Medizinstudium. Dr. Emma beißt sich buchstäblich durch alle Prüfungen durch. Fleiß und Disziplin begleiten auch seinen Universitätsweg.

„Bis zum Vorphysikum blieb ich in München, aber obwohl ich neben dem Studium auch immer Geld verdienen musste, um leben zu können, wurde mir das Pflaster in München zu teuer. So ging ich 1962 nach Marburg.“

Wieder sind es zwei Ereignisse, die sein Leben bestimmen sollten. „Ich bekam ein leistungsbezogenes Stipendium, aber das wichtigste Ereignis war: Ich lernte meine Frau Ulrike kennen. Ein absoluter Glücksfall für mich bis heute. Viel erlauben konnten wir uns nicht, zumal auch unser erster Sohn geboren wurde.“ (Der zweite kam 1968 zur Welt.)

Aber trotz aller finanziellen Einschränkungen und Tätigkeiten außerhalb der Medizin: Das Medizinexamen war unabdingbar und Dr. Emmanouilidis legte es wie gewohnt souverän ab.

„Zu jener Zeit hatte ich eine schwierige Entscheidung zu treffen. Die Militärdiktatur in Griechenland forderte von mir den vorgeschriebenen Militärdienst. Und weil ich diese diktatorische Junta aus vielen Gründen ablehnte, war ich hin und her gerissen,

diesem Stellungsbeefehl zu folgen. Nur die Tatsache, dass ich meine Mutter besuchen konnte, veranlasste mich, als Militärarzt in Griechenland meinen Dienst zu tun. In dieser Zeit der Militärdiktatur habe ich zum ersten Mal erleben müssen, welches Leid Menschen anderen Menschen zufügen können. Diese schlimmen Erfahrungen musste ich bei meinen Einsätzen für das Hammer Forum leider oft machen. Als Arzt, der nur der humanitären Hilfe verpflichtet ist, ist das besonders bitter."

Nach dem Militärdienst kehrt Dr. Emma nach Deutschland zurück und macht über verschiedene Stationen als Arzt, Oberarzt, Facharzt und zuletzt als Chefarzt in Bünde eine eindrucksvolle Karriere. Aber das ist nur eine Seite dieser vielseitigen Persönlichkeit.

„Ich bin als Grieche geboren. Man ist damit Teil der Geschichte dieses wunderbaren historischen Landes. Vieles, was wir heute als europäische oder abendländische Kultur bewundern, hat seinen Ursprung in meinem Heimatland, dem ich auch heute noch aufs Engste verbunden bin. So denke ich noch gern an die Zeit zurück, in der ich einige tausend Kilometer von Nord nach Süd und von Ost nach West durch Griechenland gewandert bin. Ich hab sie alle zu Fuß erlebt, die bekannten und unbekannt Stätten und Landschaften der griechischen Kulturgeschichte. Das waren wunderbare Erlebnisse, die mich mein Leben lang begleiten!"

Dieser Mann sah sich aber auch stets in sozialer Verantwortung. So hat er ausländischen Studenten in Marburg Nachhilfestunden in Deutsch gegeben und sie auf medizinische Prüfungen vorbereitet. Und auch im „Marburger Bund“, der Vertretung der Krankenhausärzte, hat er eine führende Rolle gespielt, sich für die Interessen der Ärzte eingesetzt. Wahrlich, eine vielseitige Persönlichkeit!

Freizeit? Na ja, das ist für Dr. Emma noch ein weit entfernter Begriff. „Ich muss immer etwas zu tun haben. Aber wenn man unter Freizeit auch das Tanzen versteht, dann liebe ich mit meiner Frau diese Art Freizeit ganz besonders. Musik hören entspannt mich, die klassische besonders, aber auch die griechische Volksmusik. Man kann eben seinen kulturellen Wurzeln nicht entkommen!"

Und wie ist der Kontakt zum Hammer Forum entstanden? Sein humanitäres Engagement zeigte sich schon 1987, als er erstmals im afrikanischen Ghana medizinische Hilfe leistete. Aber der entscheidende Tag für Dr. Emmanouilidis und das Hammer Forum war der 17. November 1992. Da wurde er als Krankenhausarzt gefragt, ob er ein verletztes Kind aus Afghanistan behandeln könne. Daraus hat sich dann eine intensive Zusammenarbeit entwickelt. Vierzehn Kinder aus Afghanistan sind in den ersten beiden Jahren in Bünde medizinisch versorgt worden.



Dr. Emmanouilidis – so kennen wir ihn (fast) alle

„Aber ich war von Anfang an ein Verfechter der ortsnahen Hilfe. Kinder aus fernen Ländern nach Deutschland zu transportieren – das ist teuer und kann nur die Ausnahme bleiben. Wesentliche Hilfe sehe ich dann gewährleistet, wenn wir in einem der infrage kommenden Länder helfen, Krankenstationen aufzubauen, Mediziner im Lande aus- und weiterzubilden und somit eine Gesundheitsstruktur entwickeln, bei der am Ende das Land auf eigenen Füßen steht.“

Mit dieser Konzeption wurde er für das Hammer Forum vor zehn Jahren tätig. Und was „Dr. Emma“ in diesen Jahren erschaffen hat, ist beispiellos und erfolgreich. „Das ist schon fast ein Wunder.“, sagen auch diejenigen, die ihm von Anfang an zur Seite standen.

„Ich kann dort im Jemen etwas von meinem Trauma abarbeiten, das ich bei meinem ersten Besuch 2003 im Irak erlitten hatte. Damals stand ich hilflos inmitten der zivilen Opfer des Krieges. Das bekomme ich bis heute nicht aus meinem Kopf. Wenn ich aber in „mein“ Krankenhaus in Taiz/Jemen komme, in die erwartungsfrohen Augen der Eltern und Kinder schaue, dann habe ich die schrecklichen Ereignisse von 2003 weitgehend vergessen. Dann zählt nur der junge Mensch, dem ich helfen kann. Ich habe in meinem Leben viel erreicht, bin gesund und habe mir zahlreiche medizinische Kenntnisse angeeignet. Neben dem notwendigen Fleiß habe ich auch eine gute Portion Glück gehabt. Ich will von allem ein Stück zurückgeben an Menschen, die nie eine solche Chance erhalten, wie ich sie hatte.“

„Helfen – das ist mein Leben. Ich tue das, was ich kann, und ich tue es gern.“

Was wurde eigentlich aus ...? Enoc aus dem Kongo

Martina Fritz



Enoc im Jahr 2005

Oktober 2005. Mein Mann und ich standen am Flughafen in Brüssel und schauten dem Flieger mit Ziel Kinshasa (Kongo) nach. Was wird aus Enoc werden? Werden wir ihn je wiedersehen? Wird er sich später an die Zeit bei uns erinnern? Bleibt er gesund?

Enoc Mpia war von August bis Oktober 2005 stationär in der kinderchirurgischen Abteilung des Klinikums Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier behandelt worden. Wir lernten uns dort kennen, da ich halbtags als Sekretärin in dieser Abteilung arbeite. Er litt an einer Knochenentzündung des rechten Beines, hatte einen Fixateur („Metallgestell“, das zur Stabilisierung des Knochens außen am Bein angebracht wird) und saß teilweise im Rollstuhl bzw. lief an Gehstützen. Am 20.10.2005 wurde Enoc aus der stationären Behandlung entlassen und ich nahm ihn mit nach Hause. Da ich nach zwei Wochen wieder arbeiten musste, versorgten wir den Jungen gemeinsam mit der befreundeten Familie Koch. Dies



Mama Blandine, Enocs beide Halbbrüder, seine kleine Cousine und Pater Delphin aus Trier

klappte sehr gut und er lebte sich schnell ein. Sein Zustand verbesserte sich zusehends. Im November konnte der Fixateur entfernt werden, und er konnte ohne Krücken laufen. Diese neun Wochen gemeinsam mit Enoc haben uns alle sehr bereichert und uns viel Freude bereitet. Doch dann flog er nach Hause und zwei Familien blieben traurig zurück. Zwei Familien, zu denen er beim Abschied tröstend sagte: „Nicht traurig sein, ich fliege doch nach Hause.“

Wir hatten eine Kontaktnummer vom Nachbarn Enocs in Kinshasa und riefen bereits am nächsten Tag dort an. Mondo berichtete uns, dass der Koffer von Enoc offen war und er nicht wüsste, ob der Inhalt noch komplett sei; und der Junge würde nicht sprechen. Dieser Zustand hielt aber nur ein paar Tage an, er hatte wohl seine Sprache einfach vergessen. Insgesamt waren wir sehr unzufrieden mit der Telefonsituation. Es wurde französisch mit kongolischem Akzent gesprochen, wodurch sich die Gespräche sehr schwierig gestalteten. Wir waren uns einig, dass wir einen Kongolesen finden müssten, der die Landessprache Lingala sprach und der Sitten und Gebräuche des Landes kannte, damit wir alles besser verstanden.

Wie der Zufall es so wollte, kannte eine Bekannte von einer Bekannten von mir einen kongolesischen Priester, der in Trier studiert, und sie gab mir die Telefonnummer. Ich rief Pater Delphin an. Er war sehr interessiert und gerne bereit zu helfen. So kam alles in die Gänge. Pater Delphin kam regelmäßig zum Telefonieren und besonders die 10-jährige Sarah der Familie Koch freute sich sehr, dass sie fast jede Woche mit Enoc telefonieren konnte.

Unser Ziel war es, dass der Junge ab September 2006 in die Schule gehen konnte. Wir mussten also einen Weg finden, regelmäßig Geld zu schicken. Jeder Plan schien erst unmöglich, aber nichts ist unmöglich, es findet sich immer ein Weg. Über die Postbank in Luxemburg wurde Geld geschickt und der Nachbar Mondo kümmerte sich um den Papierkram vor Ort. Familie Koch engagierte sich unermüdlich auch darum, einen Weg zu finden, Pakete zu schicken. Auch dies gelang, jedoch war alles mit sehr hohen Gebühren verbunden. Aber es war möglich!

Im Mai 2006 dann der Rückschlag. Enoc hatte sich erneut sein krankes Bein verletzt und musste ärztlich behandelt werden. Der Versuch, den Jungen zur ärztlichen Behandlung erneut nach Deutschland zu holen, misslang, das Visum



Enocs Klasse

wurde abgelehnt. Also starteten wir eine Sammelaktion und schickten 600 Euro nach Kinshasa, womit der Junge erfolgreich behandelt werden konnte. Mit Geld ist dort fast alles möglich.

Im August 2006 bekamen wir dann die Zusage, dass er ab September zur Schule gehen kann. Seitdem schicken wir alle drei Monate Schulgeld. Die Schule macht ihm sehr viel Spaß und nach einem halben Jahr ist er der Beste seiner Altersstufe. Er kann schon etwas Französisch und rechnet sehr gerne.

Im Oktober 2006 besuchte Pater Delphin seine Mutter im Kongo und besuchte auch die Familie von Enoc und den Nachbarn Mondo, durch den wir den Kontakt halten konnten. Er fotografierte die Familie, das kleine Häuschen, in

dem neun Personen in zwei Zimmern leben. Er brachte uns Bilder von Enoc in Schuluniform mit seinem Lehrer und seinen Klassenkameraden mit.

Anfang des Jahres wurde von Familie Koch erneut ein Visum für den Jungen beantragt. Vielleicht würde es ja diesmal klappen, dass er in den Sommerferien zu Besuch kommen kann. Langes Warten, dann der Bescheid. Das Visum wurde genehmigt, der Junge darf zu Besuch kommen.

Seit dem 03. Juli 2007 ist Enoc nun wieder in Deutschland. Er lebt bei Familie Koch, denn Heike Koch geht nicht arbeiten und ist somit immer zu Hause. Nach kurzen Anfangsschwierigkeiten fühlt er sich mittlerweile wieder pudelwohl und hat schon drei kg zugenommen. Er zeigt uns stolz, wie gut er rechnen kann und spricht schon wieder gut Deutsch. Er läuft ohne Hinken, sein Bein ist sehr gut verheilt. Am liebsten arbeitet er mit Richard Koch, der gerade eine kleine Garage ans Haus anbaut. Mit Pater Delphin kann er weiterhin seine Landessprache sprechen, damit er diese nicht wieder vergisst.

Er wird am 28. August 2007 nach Hause fliegen. Dann werden hier alle wieder traurig sein. Aber es geht immer weiter, und wir wissen ja jetzt, dass ein Besuch möglich ist. Das macht den Abschied leichter.

Das Ziel für das Jahr 2008: Richard Koch, Allroundhandwerker, will nach Kinshasa fliegen und das undichte Häuschen der Familie Mpia regensicher machen.

Nichts ist unmöglich.



Enoc mit seiner Familie

Spenderaktivitäten



Verteidigungsminister Jung, Dr. Emmanouilidis, Dr. Schwidtal

An dieser Stelle möchten wir Ihnen wieder einmal ein paar außergewöhnliche Aktivitäten zugunsten des Hammer Forums vorstellen. Es ist immer wieder bemerkenswert, wie viele unterschiedliche Ideen für die „gute Sache“ umgesetzt werden.

Wir danken allen, die sich für das Hammer Forum engagieren! Leider können jedoch nicht alle Aktivitäten in der Zeitschrift ausreichend gewürdigt werden. Wenn auch Sie eine außergewöhnliche Aktion durchgeführt haben, würden wir uns über einen kurzen Bericht, gerne auch mit Foto, sehr freuen.

Benefizkonzert

Als die Band Dark Presentiments 1998 ihren ersten Auftritt in der Hest-Halle in Emsdetten vor acht Zuschauern bestritt, konnte niemand absehen, dass acht Jahre später bereits über 1.100 Gäste mit ihnen feiern würden. Seit 2001 hat es sich die Band auf die Fahne geschrieben, ein Benefizkonzert für die gute Sache zu geben. Rund 30.000 Euro kamen in den ersten sechs Jahren zusammen. Und mittlerweile sind auch zahlreiche andere Bands mit im Boot. So traten im Oktober 2006 neben Dark Presentiments auch Imagic, Rock Steady und 44 Blues auf. Wir freuen uns sehr, dass auch das Hammer Forum mit einer Spende bedacht wurde.



Tag der guten Taten

Im Rahmen der Beichtvorbereitung der Kommunionkinder der Gemeinde St. Aegidius in Rheda-Wiedenbrück wählte sich die Gruppe als Projekt zum Thema Mitmenschen einen „Tag der guten Taten“ aus. Auf dem Wiedenbrücker Wochenmarkt buken sie Waffeln und bauten einen kleinen Trödelmarkt auf. Die Einnahmen dieses Tages spendeten sie dem Hammer Forum.

Kicken für den guten Zweck

Unter diesem Motto engagieren sich seit 40 Jahren die sportlichen Abgeordneten beim 1. FC Bundestag. Im Frühjahr fand erneut ein Fußball-Benefizturnier statt. Der Erlös der Veranstaltung wurde an das Hammer Forum übergeben.

Im Juni folgte dann noch eine Einladung zu einem Freundschaftsspiel. Frohen Mutes reiste das bunt gemischte Team des Hammer Forums nach Berlin, um sich am Ende der drückenden Überlegenheit des eingespielten Teams des Bundestages geschlagen zu geben. Spaß hat es trotzdem gemacht und vor allem sind einige nette persönliche Kontakte geknüpft worden.

Doppelkopfturnier

Bereits zum dreizehnten Mal veranstaltete der Schützenverein Braam-Ostwhenemar in Hamm ein Doppelkopfturnier für die gute Sache. Trotz Orkanwarnungen kamen wieder über 200 Kartenspieler in der Schützenhalle zusammen. Der Erlös aus Startgeldern und Kuchenverkauf wurde dem Hammer Forum gespendet.



VEREIN DER FREUNDE UND FÖRDERER DES HAMMER FORUMS E. V.



Straßensammlung in Lippstadt (Foto: Der Patriot)

*Liebe Mitglieder des Fördervereins, liebe Spender,
liebe Leserinnen und Leser, denen dieses Heft zufällig in die Hände geraten ist!*

Wie im Flug sind wieder die drei Monate vergangen, seitdem ich den letzten Beitrag für diese Seite der „Kinder-Zeitschrift“ geschrieben habe. Sehr herzlich möchte ich mich bei Ihnen allen – Spendern und Spenderinnen, Alt- und Neumitgliedern – für die Unterstützung der Arbeit des Hammer Forums in den verschiedenen Projekten bedanken. Mit Ihrer Hilfe konnte in der ersten Jahreshälfte wieder vielen Kindern eine neue Chance gegeben werden.

Durch vielfältige Initiativen steigen die Mitgliederzahlen des Fördervereins kontinuierlich. Wir verkaufen auf Märkten und Basaren schöne Kleinigkeiten und alte Bücher, informieren und beantworten Fragen, so gut wir können. Auch gibt es bereits einen weiteren Ausstellungstermin für die Fotoausstellung von Tobias Heyer. Dank all dieser Aktivitäten und der Mitgliedsbeiträge hat der Förderverein im ersten Halbjahr einen Betrag von 57.000 Euro an das Hammer Forum weiterleiten können.

Am 16. Juni war der Förderverein in der Fußgängerzone in Lippstadt mit einem Informationsstand präsent. In der Adventszeit ist das schon Tradition für unsere kleine Gruppe, aber nun hatten wir uns vorgenommen, auch in der Sommerzeit um Spenden zu bitten und Informationen anzubieten. Es fällt uns nie ganz leicht und die Gefühle sind immer sehr gemischt, wenn wir mit der Sammeldose auf Passanten zugehen und ihnen anbieten, über das Hammer Forum zu informieren. Jedes Mal fragen wir uns: „Treffen wir auf Menschen, die bereit sind, sich für ein paar Minuten mit den Problemen anderer zu beschäftigen? Werden wir ernst genommen mit unserem Anliegen, für Hilfsbedürftige um Spenden zu bitten? Werden wir ‚übersehen‘ oder abgewiesen?“ Unsere Initiative wurde aber immer belohnt, mit vielen kleinen und größeren Spenden, mit Anteilnahme und Interesse an der Arbeit des Hammer Forums, mit Anerkennung für die Helfer, die zumindest im Juni nicht vor Kälte bibbern mussten. Ein Passant formulierte seine Gefühle etwa so: „Ich bin immer so hilflos, wenn ich Bilder von Menschen in großer Not sehe und wenn ich spüre, dass andere auf mich angewiesen sind. Das Geben verbindet mich mit den Bedürftigen und den Helfern. So kann ich dann wenigstens einen bescheidenen Beitrag leisten.“

Bleiben Sie dem Hammer Forum verbunden.

Baerbel Langeneke

Vorsitzende des Fördervereins
Baerbel.Langeneke@gmx.de

Termine

Verein der Freunde und Förderer des Hammer Forums e.V.

Immer wieder gab es in der Vergangenheit Nachfragen zu Spendenbescheinigungen des Vereins der Freunde und Förderer. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Spendenquittungen aus verwaltungstechnischen Abläufen nur einmal pro Jahr erstellt werden können, da die gesamte Arbeit des Vereins ehrenamtlich erfolgt. Sie erhalten zukünftig die Quittungen nach Ablauf eines Kalenderjahres, d.h., Quittungen für Ihre Spenden aus 2007 erhalten Sie im Laufe des Januar 2008.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:
Andreas Mühlenschmidt (Schatzmeister). Er ist dienstlich erreichbar unter: 02308-93230 oder per E-Mail unter: Muehlenschmidt@sm-stb.de
oder:
Bärbel Langeneke (1. Vorsitzende) unter: baerbel.langeneke@gmx.de

Ausgabe 3/2007; erschienen im September 2007

Herausgeber:
Hammer Forum e. V.
Brigitte Behrens, Martin Geukes, Claudia Kasten, Jürgen Wieland
Ostenallee 107
59071 Hamm
Telefon: 02381 / 87172-15
Telefax: 02381 / 87172-19
E-Mail: info@hammer-forum.de
Homepage: www.hammer-forum.de

Verlag/Anzeigenverwaltung:
Gebrüder Wilke GmbH
Caldenhofer Weg 118
59063 Hamm
Telefon: 02381 / 92522-0
Telefax: 02381 / 92522-99
E-Mail: info@wilke-gmbh.de
Homepage: www.wilke-gmbh.de

Spendenkonten:
Hamm
Sparkasse Hamm
(BLZ 410 500 95) Kto.-Nr.: 40 70 181
Volksbank Hamm eG
(BLZ 410 601 20) Kto.-Nr.: 108 505 000
Bünde
Volksbank Herford eG
(BLZ 494 900 70) Kto.-Nr.: 150 731 300
Soest
Volksbank Soest-Hellweg eG
(BLZ 414 601 16) Kto.-Nr.: 321 7393 400

11. August 2007 – 22. bzw. 30. September 2007
Zwei Studenten famulieren im Jemen.

07. September – 13. Oktober 2007
Fortsetzung der Physio-Ausbildung im Jemen.

15. September – 20. Oktober 2007
Zwei Studentinnen famulieren im Jemen

21. – 25. September 2007
Ramadanmarkt an der Pauluskirche in Hamm. Das Hammer Forum ist mit einem Stand vertreten.

24. September – 06. Oktober 2007
Hilfseinsatz im Kongo unter der Leitung von Dr. Emmanouilidis

08. Oktober 2007, 19.30 Uhr
Vortrag von Marc Stefaniak:
Kinderchirurgie in Eritrea: Helfen im Pulverfass
Ort: VHS-Haus, Kirchplatz 5, Werl
Bis Ende Oktober werden im VHS-Haus in Werl zudem Fotografien von Marc Stefaniak aus Eritrea gezeigt werden.

10. Oktober 2007, 19.00 Uhr
Vortrag:
Eritrea – Wie aus Hilfe Freundschaft wurde – Ein Reisebericht
Ort: FUGe-Weltladen, Widumstr. 14, Hamm

13. Oktober – 03. November 2007
Hilfseinsatz im Jemen unter der Leitung von Dr. Emmanouilidis

13. Oktober – 11. November 2007
Der Kinderchirurg Dr. Kolb operiert in Asmara.

20. – 27. Oktober 2007
Kinderurologischer Hilfseinsatz in Eritrea unter der Leitung von Dr. Riccabona aus Linz

20. Oktober – 13. November 2007
Neonatologen unterstützen die Station in Eritrea.

27. Oktober – 04. November 2007
Neurochirurgischer Hilfseinsatz in Eritrea unter der Leitung von Prof. Hellwig

27. Oktober – 13. November 2007
Ein Team von Interplast Germany aus Vreden kooperiert mit dem Hammer Forum in Taiz (Jemen).



VEREIN DER FREUNDE UND FÖRDERER DES
HAMMER FORUMS E. V.

Helfer brauchen Freunde!

Das Hammer Forum wurde am 12. März 1991 während des Golfkrieges von Ärzten und Bürgern der Stadt Hamm gegründet, die der Not und dem Elend, das besonders die Kinder hart getroffen hat, nicht länger tatenlos zusehen wollten. Kinder, die in ihren Heimatländern nicht behandelt werden können, werden aus Krisengebieten nach Deutschland geflogen, hier ärztlich versorgt, gepflegt und nach ihrer Genesung in ihre Heimat zurückgeflogen. Inzwischen wurden über 1.500 Kinder u. a. aus Afghanistan, Bosnien, dem Jemen, Tschetschenien, Kosovo, Eritrea, dem Irak und Palästina in Deutschland behandelt.

Diese humanitäre Hilfe wird aus Spendengeldern finanziert. Um die Arbeit des Hammer Forums kontinuierlich sichern zu können, wurde Anfang 1995 der „Verein der Freunde und Förderer des Hammer Forums e. V.“ gegründet.

Mit Ihrer Mitgliedschaft können Sie die Arbeit des Hammer Forums unterstützen und Kindern in aller Welt helfen.

Bankverbindung:

Sparkasse Hamm · Kto.-Nr. 4 070 454 · BLZ 410 500 95

Mitgliedsbeiträge und Spenden sind nach § 10 b EStG, § 9 Nr. 3 KStG und § 9 Nr. 5 GewStG steuerlich abzugsfähig.

Beitrittserklärung

Ich werde Mitglied im

VEREIN DER FREUNDE UND FÖRDERER DES HAMMER FORUMS E. V.

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____

Den Jahresbeitrag von € 50,- jährlich buchen Sie bitte von meinem

Girokonto Nr. _____ BLZ _____

bei _____

jeweils zu Beginn des Jahres ab.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

An den
Verein der Freunde und Förderer
des Hammer Forums e. V.
Ostenallee 107
59071 Hamm

**1957–2007
50 Jahre**



Staatlich anerkanntes privates Gymnasium
für Jungen und Mädchen
Internat und Tagesgymnasium
eing. gem. Verein

Telefon (0 23 81) 6 85-0
Telefax (0 23 81) 6 85-155
info@LSH-Heessen.de
www.Schloss-Heessen.de

59073 Hamm · Schlossstraße 1

MIT SINN UND VERSTAND ...

GEBRÜDER WILKE. DRUCKER AUS LEIDENSCHAFT.

Beim Drucken ist es wie überall im Leben: Hinterher ist man immer klüger. Es sei denn, Sie haben einen Partner wie die Gebrüder Wilke GmbH. Dann sind Sie vorher schon auf dem neuesten Stand der Drucktechnik. Und können sich nachher über optimale Ergebnisse freuen [1].

Innovative Druck- und Medientechnik beherrschen wir mit Sinn und Verstand – genau wie unser übriges Leistungsspektrum, das Ihnen neue, komfortable Wege zur Qualität eröffnet. Wir beraten und begeistern Sie gern. Fordern Sie uns – wir präsentieren Ihnen unser Leistungsspektrum. [2]



Gebrüder Wilke

Gebrüder Wilke GmbH
Druckerei und Verlag

Caldenhofer Weg 118
59063 Hamm

Telefon 02381 92522-0
Telefax 02381 92522-99

info@wilke-gmbh.de
www.wilke-gmbh.de