



KINDER 1/24

**33 Jahre Hammer Forum –
weiterhin notwendig**

Gemeinsam mehr erreichen

 **HAMMER
FORUM**
Medical Aid for Children

INHALT

- 
- 03 **Vorwort**
- 04 **Aktuelle Themen**
- 04 **Somaliland**
Kräftezehrender Einsatz im Somaliland
- 08 **Jemen**
Hilferuf von Dr. Sami aus Taiz / Jemen
- 09 **Somaliland**
Aus Sicherheitsgründen Einsatz Burkina Faso storniert – dafür Hilfe in Somaliland
- 14 **DR Kongo**
Stagnation im Universitäts-Hospital in Kikwit / DR Kongo
- 18 **DR Kongo**
Zwei Wochen Kongo mit dem Hammer-Forum
- 22 **Somaliland**
Somaliland, Karger Boden, Armut und Felsenmalerei von 3500 v. Chr.
- 28 **Guinea Bissau**
Guinea Bissau: Abgebrochener humanitärer Einsatz
- 32 **Unser Fazit zu unseren Einsätzen**
- Impressum und Kontakt**

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

Die Genfer Konventionen definieren das Recht auf humanitäre Hilfe und das Recht einer humanitären, ohne Diskriminierung, unparteilichen Organisation, diese Hilfe zu leisten.

Wir leisten qualifizierte humanitäre Hilfe vor Ort, unser Kapital ist unser Fachwissen (Knowhow).

Als medizinische Organisation können wir mit spezialisiertem ehrenamtlich tätigem Personal medizinische Hilfe leisten. Das Personal besitzt die Qualifikation und Fähigkeit, im Einsatzort die Probleme zu erkennen und den Menschen zu helfen, die Ursachen zu bekämpfen und zu beseitigen.

Wir arbeiten strukturiert, kommunikationsfreudig, ziel- und lösungsorientiert, optimistisch und präventiv. Bei den Patienten gilt es, Optimismus zu zeigen, die Hilfe respektvoll und bedingungslos zu leisten unter Bewahrung der Menschenwürde, das hilft, Hoffnung aufzubauen und die Prognose des Patienten zu verbessern. Damit das gelingen kann, ist es erforderlich, die lokale Infrastruktur zu verbessern.

Seit über 30 Jahren konnten wir Gesundheitszentren in Jemen, Eritrea, Sri Lanka, Uganda, Albanien, Kosovo, Guinea, Guinea Bissau, Burkina Faso, DR Kongo und Somaliland bauen, mehr als 1,3 Mill. Kinder vor Ort untersuchen, über 12.000 operieren und über 1.850 Kinder nach Deutschland zur speziellen Behandlung bringen.

Durch unser Handeln, nämlich in dem wir die Kinder ohne Ansehen nationaler, religiöser oder politischer Herkunft kostenlos untersuchen, operieren und behandeln, leisten wir humanitäre Hilfe. Das einzige Kriterium ist die Not der Menschen. So zeigen wir Solidarität, Menschlichkeit und ergreifen somit Partei für die politisch Unterdrückten, für die Armen, die unverschuldet in eine Katastrophe geraten oder Opfer eines Krieges geworden sind.

Humanitäre Hilfe bedeutet für uns auch, das Elend und die Not der Menschen darzustellen, darüber zu berichten und sie somit bekannt zu machen. Wir helfen, die Ursachen für diese Notlage zu bekämpfen mit dem Ziel, die Lebensumstände der Menschen zu verbessern. Unser Anliegen ist gleichzeitig, das einheimische Personal zu motivieren, Perspektiven zu zeigen. Unsere Hilfe soll dabei zur Selbsthilfe münden/führen.

Wir sagen, wer wir sind, und wir sind immer Gäste dort. Unser Lohn ist ein Lächeln, Dankbarkeit in Form manchmal eines Avocado, einer Handvoll Erdnüsse oder sogar eines lebende Huhns.

Liebe Freunde, liebe SpenderInnen, mit Ihnen zusammen können wir humanitäre Hilfe leisten, unsere qualifizierte Mitglieder, Mitreisende, die ihren Urlaub für ehrenamtlich humanitäre Hilfe einsetzen. Sie alle an unserer Seite zu wissen, werden wir weiterhin aktiv bleiben und den Bedürftigen unsere Hilfe gewähren.

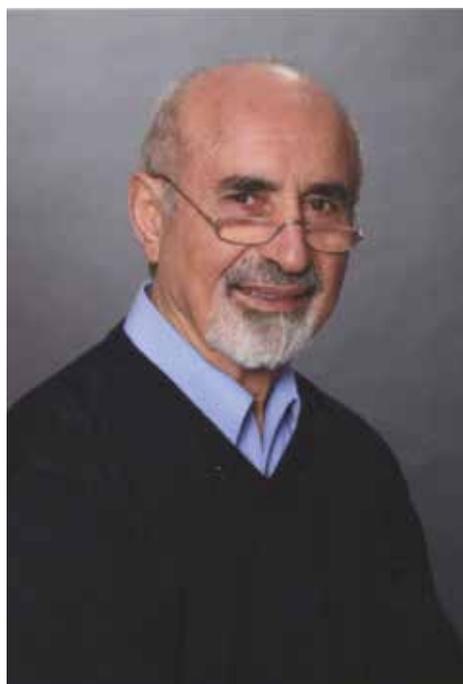
Ich danke allen im Namen des Hammer Forum, die zum Erfolg unserer Arbeit beigetragen haben.

Ihr



Ihr Dr. Emmanouilidis

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





KRÄFTEZEHRENDER EINSATZ IM SOMALILAND

1

📍 Somaliland
Bericht von Dr. Emmanouilidis
(vom 10.06 bis 21.06.2023)

Die Transportdramatik vom Wohnsitz bis zum Einsteigen im Flugzeug und den kraftzehrenden Tagesablauf vor Ort hat Frau Nussbaumer ausführlich und sehr treffend in ihrem Bericht geschildert. Ich werde den medizinischen Teil beschreiben. Vor dem Operationstrakt warteten die Patienten auf uns (Foto 1). Während wir Chirurgen die Kinder untersuchten, bereitete das Team die Operationssäle vor, d.h. Narkosegeräte, Instrumenten sterilisieren, das Verbrauchsmaterial vorbereiten, damit wir am nächsten Tag mit den Operationen beginnen können.

Mehrmals berichteten wir, dass im Somaliland viele Kinder von Schlangen gebissen werden. Fast alle diese Kinder sind Nomadenkinder. Auch diesmal kamen 6 Kinder mit den Spätfolgen zu uns. Dieses 11 jährige Mädchen (Foto 2) wurde vor 8 Jahren am Handrücken gebissen. Der dritte Finger der linken Hand ist seither krumm (am Grund- und Mittelgelenk versteift). Bei fast allen solchen Bissen kommt es zur Nekrose des Gewebes einschliesslich der Sehnen. Es bilden sich festen Narben, die kaum zu lösen sind. Auch das 18 Monate alte Kind hatte das gleiche Schicksal. Bei ihm ist sogar der zweite Finger nekrotisch und musste amputiert werden (Foto 3). Das Kind liegt seit 4 Wochen im Hospital. Wir haben die Wunde gereinigt und mit Haut transplantiert, (Foto 4 nach 7 Tagen).



2



3



4

Der jetzt 13 Jahre alte Junge leidet seit 2,5 Jahren an Knochenentzündung im Oberarm (Osteomyelitis). Zwei Mal wurde er operiert, leider wurde der abgestorbene Knochen (sog. Sequester, gelber Pfeil) nicht entfernt. Wir konnten den Sequester entfernen und die Wunde reinigen (Fotos 5–6).



5



6

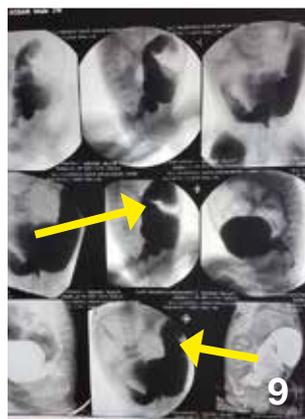
Im letzten Einsatz im März berichtete ich über dieses 4-jährige Kind. Wir fanden damals bei der Operation Eiter im Bereich der Pseudarthrose, deshalb konnte die Pseudarthrose nicht beseitigt werden. Danach bekam das Kind eine Zeitlang Antibiotika. Jetzt haben wir erneut das Kind operiert. Wir fanden keine Entzündungszeichen mehr. Die Pseudarthrose wurde korrigiert, reseziert, der Markraum aufgefrischt und mit einer 6-Lochplatte stabilisiert (Fotos 7-8).



Der 8 Monate alte Säugling ist mit einer relativ grossen Omphalocele, ang. Fehlbildung (Bauchwand Defekt im Bereich des Nabels) geboren. Wir konnten diesen grossen Defekt primär zunähen und viel Haut von der Omphalocele entfernen, (Fotos 12-13). →



Das zwei Monate alte Baby konnte seit der Geburt nicht abführen. Nur nach Einführen eines Darmrohres entleerte sich der Darm. Sein Bauch war extrem gebläht, (Foto 10) das Kind war ziemlich exsikiert und kachektisch. Im Röntgenbild sind die Stenosen (Einengungen) am Dickdarm (gelbe Pfeile, Foto 9) zu sehen. Herr Prof. Dr. Tröbs kümmerte sich um den Kleinen, klärte die Eltern auf und bereitete ihn zu der Operation vor. Die Operation verlief normal. Die erste Stenose, Übergang vom Sigma zum Mastdarm musste reseziert und vom Pathologen untersucht werden. Wir legten einen vorübergehendes Sigmoidostoma (Seitenausgang) an. Danach konnte das Kind gestillt werden, ohne zu erbrechen.



Es hatte sich nach 8 Tagen gut erholt (Foto 11). Bei der nächsten Mission wird dann das nicht funktionierende Rectum (Mastdarm) entfernt und eine neue Verbindung zwischen dem Restdickdarm und dem After angelegt.

8 Tage nach der Operation



8 Monate alter Säugling weinte häufig. Die Mutter brachte das Kind zu uns und sagte, am After des Kindes sei eine schmerzhafte Schwellung zu fühlen. Wir konnten ohne Narkose das Kind nicht untersuchen, es weinte und wehrte sich heftig. In Kurznarkose sahen wir diesen etwa 2 cm Durchmesser runden Metallring. Die Mutter konnte sich nicht erklären, wie das Metall in den Afterkanal kam, via oral oder haben seine etwas ältere Geschwister damit zu tun? Dort entstand die Entzündung und eine relativ grosse Wundgelber Pfeil, (Foto 14).



Operation mit Dr. Farhaan

Das 11 Monate alte Mädchen kam am 29.05.23 in das Hospital. Über eine Woche bestand Husten, Atemnot, Erbrechen und hohes Fieber. Klinisch war sie sehr krank, es bestand Tachykardie und Tachypnoe und Luftnot. Auffällig war, dass sich die rechte Thoraxhälfte bei der Atmung nicht bewegte. Das Röntgenbild zeigte Pneumothorax, gelb markiert und beschriftet, (Ansammlung von Luft im Pleura-raum) (Foto 16).



Ein zweites Mal musste eine Drainage gelegt werden, dabei kam es wahrscheinlich zur Perforation der Lunge. Erst entleerte sich

sei. Am 19.06.23, vorletzter Tag, haben wir die Thorakotomie durchgeführt. Wir konnten den Ober- und Mittellappen ganz frei bekommen (Decortikieren). Der Unterlappen war gefangen, verbacken mit dem Zwerchfell und dem Mediastinum. Zu einem Drittel konnten wir ihn frei bekommen. Die übrigen sehr harten, festen Organkapseln liessen sich nicht entfernen. Im Somaliland gibt es keine Beatmungsgeräte, deshalb mussten wir aufhören. Aus diesem Grund verzichteten wir auf die Entfernung von Teilen des Lungengewebes. Drainage gelegt. Dem Kind ging es gleich nach der Operation gut. Am 25.06.23 wurde das Kind erneut geröntgt (Foto 18) und die Drainage konnte sofort entfernt werden. Das Kind wurde am 26.06.23 entlassen. Vier Tage später am Zehnten Postoperativen Tag kam das Kind zur Kontrolluntersuchung. Die Mutter berichtete, Sihan habe keine Probleme mehr, es gehe ihr sehr gut, (Foto 19).

viel Luft, später Eiter. Am 13.06 (Foto 17) wurde uns das Kind vorgestellt. Aus der Drainage kam weiterhin viel Luft und etwas Eiter. Wir haben mit dem Vater den Operatonstermin vereinbart. Die Mutter hatte jedoch die Op-Einwilligung verweigert. Das ist untypisch für Somaliland, denn nur die Männer dürfen einwilligen oder ablehnen. Dem Kind ging es weiterhin schlecht. Drei Tage später kam der Vater erneut zu uns und sagte, „ich willige in die Operation ein, die Mutter hat nichts zu sagen“. Das Personal sagte mir, dass inzwischen auch die Mutter einverstanden



In 6 Tagen haben die MGK-Chirurgen, Dr. Abadi und Dr. Tehrani 7 Gaumenspalten und 25 Lippenspalten (Fotos 20–22) erfolgreich operiert, Fotos vor und direkt nach der Operation mit sehr guten Ergebnissen.



ZUSAMMENFASSUNG

Wir haben in knapp 10 Tagen 353 Kinder untersucht (52 davon die MGK-Chirurgen) und 96 operiert (8 davon die MGK-Chirurgen). Zum ersten Mal operierten wir 12 Kinder mit Hypospadien (Fehlbildungen an der männlichen Harnröhre) im Somaliland. Alle diese 12 Operationen führte Herr Prof. Dr. Tröbs mit gutem Erfolg durch. Unser ganzes Team ist der Meinung, der Einsatz war sehr erfolgreich. Dazu hat auch das heimische Personal beigetragen insbesondere Dr. Farhaan. Dieser ist der neue Koordinator, ein sehr ruhiger, zurückhaltender und höflicher Kollege. Obwohl er zum ersten Mal diese Aufgabe ausübte, hat er es gut gemeistert. Er war immer ansprechbar, egal was man von ihm wollte. Bewies viel Geduld, auch mit den vielen Kindern und vor allem mit deren Eltern.

Danke möchte ich auch dem Anästhesierteam sagen, ohne dessen Engagement und Flexibilität wir nicht so viele und komplizierte Eingriffe hätten machen können. Drei mal wurden wir zum Essen eingeladen, darüber hat Frau Nussbaumer berichtet. Ich möchte hier Dr. Ali Alzakami danken, er hat telefonisch aus Deutschland

Foto 23: Das Team von rechts: Prof. Dr. RB Tröbs (Kinderchirurg), Dr. Ali Tahrani (MGK-Chirurg). Frau J. Markovicova (Anästhesie-Schwester), Frau Dr. Anna Fischbach (Anästhesistin), Frau Vivian Schönher (Op-Schwester), Frau Dr. Kathrin Rüsse (Anästhesistin), Frau Klaudia Nußbaumer (OP-Schwester), Dr. Theo. Emmanouilidis (Chirurg), (Dr. M. Abadi (MGK-Chirurg).

mit seinem Landsmann und Freund Herrn Yaser in Hargeisa dafür gesorgt, für uns extra jemenitisches Essen vorzubereiten, (Foto 24). danke auch an Yaser. Wir haben das schmackhafte Essen genossen. Unser Dank gilt auch der Direktion, die uns auch am letzten Tag zum Flughafen brachte und verabschiedete mit den Worten „until the next mission“ ■





HILFERUF VON DR. SAMI AUS TAIZ / JEMEN

📍 Jemen
Bericht von Dr. Sami
(vom 10.09.2023)

Die Menschen sind müde und erschöpft vom schlechten Leben aufgrund der harten Bedingungen und der wirtschaftlichen Situation.

Die Bürger, die es gewohnt sind, ihre Hand nach einer helfenden auszustrecken, die ihr Leid lindert und ihrem Hunger und den ihrer Kinder zu stillen, bitten Sie um Barmherzigkeit und Mitgefühl für ihre gegenwärtige Situation und um die Versorgung mit den Lebensmitteln, die sie, und ihre Kinder benötigen.

Sie erhoffen sich das Gute von dir, und das ist es, was sie von dir gewohnt sind. Das von Hammerform zur Verfügung gestellte Lebensmittelkorb-Projekt hat viel dazu beigetragen, einen Teil des Bedarfs an Nahrungsmitteln und für seine Familien im Jemen zu decken.

Deshalb hoffen die Bürgerinnen und Bürger, dass Sie das Lebensmittelkorb-Projekt für sie reaktivieren, und sie vertrauen auf Ihre humanitäre Arbeit und die Barmherzigkeit in Ihren Herzen.



Nachricht von Dr. Emmanouilidis:

Lieber Dr. Sami, wir haben die Jemeniten nicht vergessen. Die Spendensituation ist seit der Pandemie, den Naturkatastrophen und vor allem seit dem Ukraine-Krieg deutlich zurückgegangen. Deshalb haben wir zunächst einen Teil der Lebensmittelpakete ausgesetzt. Wenn wir sehen, dass unsere Spenden in den letzten 6 Monaten gestiegen sind, werden wir die Lebensmittelkörbe wieder aufnehmen. Liebe Grüße Dr. Theo

Aktueller Stand: wir haben ab Oktober 2023 wieder dem Lebensmittelkorb-Projekt fortgesetzt. ■





1

AUS SICHERHEITSGRÜNDEN EINSATZ IN BURKINA FASO STORNIERT – DAFÜR HILFE IN SOMALILAND

📍 Somaliland
 Bericht von Dr. Emmanouilidis
 (14.10 bis 27.10.2023)

9

Bevor die Reise begann, hatten wir viel organisatorischen Stress. Da das Visum eines Teammitglieds bis zum Freitagmittag, einen Tag vor dem Abflug, nicht ankam, mussten wir dessen Ticket stornieren. Direkt danach rief mich der Klinik-Direktor aus Somaliland an, und bat mich, den Pass erneut per WhatsApp zu senden, er würde am Samstag früh das Visum besorgen. Wir informierten das Reisebüro, das Ticket nicht zu stornieren; es antwortete „Alles klar oder beim 24 h Service bei uns!“. So informierte mich unser Büro, das Ticket sei nicht storniert worden.

Aber das Einchecken des Mitstreiters war nicht möglich, weil das Reisebüro zwar nicht storniert hatte, aber der ganze Vorgang war etwas kompliziert. Am 16.10 schrieb das Reisebüro „durch ein paar Umbuchungen/Neubuchungen und Streichungen hatte Dr. Homam einen eigenen Buchungscode erhalten“. Da wir nichts davon wussten und nicht einchecken konnten, haben wir die Notfallnummer des Reisebüros von Herrn Stahl angerufen. Herr Stahl hatte mir gesagt, „etwas komplizierte Angelegenheit, ich melde mich nach ca. einer Stunde“. Herr Stahl meldete sich und informierte uns, dass Herr Dr. Homam eine neue Codenummer bekommen hatte, und er hatte ihn bereits eingchecked. Inzwischen war Herr Dr. Homam unterwegs zum Flughafen. Der Stress konnte jetzt langsam abgebaut werden. Den geplanten

Einsatz in Burkina Faso hatten wir vier Wochen vorher aus Sicherheitsgründen erneut absagen müssen. Ich nahm dann Kontakt zu dem Direktor des Hospitals im Somaliland auf. Obwohl das ziemlich kurzfristig war, stimmte er zu. So erfolgte der Einsatz im Somaliland. Der Flug nach Hargeisa über Addis war, wie auch sonst, normal verlaufen. Wir wurden vom Flughafen in Hargeisa abgeholt und zum Hotel gebracht. Nach etwa 2 stündiger Erholungspause im Hotel gingen wir zum Hospital. Wir untersuchten die auf uns wartenden über 50 Kinder (Foto 1). Die übrige Mannschaft bereitete die Op-Säle vor -Narkosegeräte, Monitore testen, das Verbrauchsmaterial und Medikamente ordnen, sortieren und die Instrumente sterilisieren.

Situation im Somaliland

Somaliland gehört völkerrechtlich zu Somalia, aber das Land ist seit 1991 autonom, hat eigenes Parlament, Militär und Armee. Die extremen klimatischen Veränderungen mit jahrzehntelanger Dürre führen zu Vieh- und Ernteverlusten. Seit Corona sind die Lebensmittelpreise rapide gestiegen, die Ernährungssicherheit hat sich stetig deutlich verschlechtert. Es herrscht grosse Armut, Nahrungsmittelknappheit und schlechte Gesundheitsversorgung. Etwa 30 % der Kinder besuchen die Schule und davon sind knapp 30 % Mädchen. Ungefähr 70 % der Menschen sind Analphabeten. →



Klinische Fälle

Somaliland gehört völkerrechtlich zu Somalia, aber das 11-jährige Mädchen erlitt vor 7 Jahren eine Verbrennung. Sie lag lange im Hospital, aber ohne Physiotherapie. Seither konnte sie beide Arme nicht frei bewegen. Nach ca. 2,5 stündiger Operationszeit konnten wir mit zusätzlicher Hauttransplantationen den linken Arm vom Thorax frei machen. Wir erreichten ein gutes Ergebnis (Fotos 2-4).

10



Ein anderes 13-jähriges Mädchen kam zu uns, erlitt vor 5 Jahren Verbrennungen, seither ist der Arm an der Schulter verwachsen. Die Operationszeit war genauso lang wie bei dem anderen Mädchen. Durch Verschiebeplastik der Haut konnte der Arm frei präpariert werden, (Fotos 5-6).



Sechs Tage nach der normalen Geburt trat hohes Fieber auf. Es entwickelten sich im gesamten Körper und subkutan Abszesse. Zwei davon gingen spontan auf. Die restlichen konnten wir öffnen, unter der Haut war das Gewebe, insbesondere die Faszie, nekrotisch geworden. Durch mehrere Inzisionen vom Kopf bis zu den Füßen entleerte sich viel Eiter. Rasch erholte sich das Kind und konnte wieder normal trinken. Innerhalb einer Woche war das Baby quicklebendig (Foto 7).



Das 5-jährige Nomaden-Kind wurde zu uns gebracht. Sein Bauch war extrem dick. Das Kind war apathisch und völlig kraftlos. Konnte nicht auf den Beinen stehen. Die Mutter sagte, seit mehreren Jahren isst es fast ausschließlich nur Reis. Im gesamten Körper hatte sich viel Wasser angesammelt, wir stellten die Diagnose Kwashiorkor fest (Foto 8). Wir legten dünne Ernährungssonden in den Magen, um das Kind zunächst mit Milch langsam zu ernähren. Sein Proteingehalt im Blut betrug gerade mal 0,6 bei einem Normalwert dort von über 3,5g/l. Wird gaben ihm 300 ml Albumin. Danach schied er viel Urin aus, und Arme, Gesicht, Beine und Bauch normalisierten sich (Foto 9). Der Proteingehalt im Blut stieg auf 2,5 g/l. Ein Radiologe hatte kurz vorher einen Hirschsprung diagnostiziert (im Mastdarm keine Nervenzellen vorhanden). Deshalb führten wir am vorletzten Tag unseres Einsatzes eine Mastdarm-Biopsie durch.



Das ein Jahr alte Kind lag auf der Station mit Fistel am linken Oberarm und massiver Schwellung der linken seitlichen Thoraxwand. In Kurznarkose haben wir die Abszesse eröffnet. Es entleerte sich ziemlich viel Eiter. Nach 5 Tagen schon haben sich die Schwellungen zurück gebildet. Allerdings zeigte die Röntgenaufnahme des Oberarmes eine Osteomyelitis (Knochenentzündung) des oberen Oberarmknochens. Das Kind stand schon unter antibiotischer Behandlung (Foto 10).



Beim 17-jährigen Jugendlichen trat vor eineinhalb Jahren eine Schwellung direkt unterhalb seines linken Kniegelenkes auf. Nach einigen Wochen wurde operativ der Abszess eröffnet. Danach entstand eine Fistel, aus der Eiter lief. Die Röntgenaufnahme zeigt eine massive Knochenentzündung der Tibia (Schienbein) knienah (Foto 11). Wir haben die Osteomyelitis operativ behandelt, eine Kette mit Antibiotikum im Knochenmark für 12–14 Tagen gelegt.



11

Vierjähriger Junge erlitt mit 8 Monaten eine Verbrennung der linken Hand. Er wurde nicht regelrecht behandelt. Das Ergebnis: Kontraktur der Finger II-V (Foto 12). Nach gut 2,5 Stunden Op-Zeit konnten die Finger II-IV operativ gestreckt und mit Vollhaut aus dem Unterbauch gedeckt werden. Den V Finger mussten wir amputieren.



12

2,5 Wochen alter Säugling, der seit der Geburt nach dem Trinken teilweise schwallartig erbricht. Die Ultraschalluntersuchung war normal. Die Mutter aber beschrieb ganz genau den Ablauf, „nach dem Trinken erbricht das Kind“. Anhand der Anamnese und dem Rest vom Kontrast im Magen haben wir den Verdacht, dass eine Pylorusstenose (Magenausgangshypertrophie) vorliegen muss und uns entschlossen, das Kind zu operieren. Wir fanden eine Pylorusmuskel-Hypertrophie. Der Magenausgang wurde entsprechend erweitert. Unmittelbar danach durfte das Kind gestillt werden. Kein Erbrechen mehr. Das Kind erholte sich, nahm an Gewicht zu und erbrach nicht mehr (Foto 13).



13

Diese Kinder mit Lippen-Gaumen-Spalt operierte Herr Dr. Abadi. Prä- und Intraoperative (Fotos 14–15).



14



15



Wir haben täglich morgens und abends Visite zusammen mit den Chirurgen und den Pädiatern gemacht, die Behandlungen besprochen und die Eltern informiert. Am letzten Abreisetag mussten wir noch den 3 Tage alten Säugling mit Analatresie (Fehlbildung des Enddarms (Fotos 18–19) operieren. Wir mußten für vorübergehend bis zum nächsten Einsatz einen Seitendarmausgang anlegen. Insgesamt haben wir 5 Kinder mit Anus-Missbildungen operiert.

In knapp 11 Tagen konnten wir 317 Kinder untersuchen (252 Dr. Emmanouilidis und 65 Dr. Abadi, er war nur 6 Tage dort) und 118 davon operieren (73 Dr. Emmanouilidis und 45 Dr. Abadi). Zu diesem Erfolg haben auch die Einheimischen viel beigetragen. Sie haben alles organisiert, Kinder registriert, telefonisch einbestellt, übersetzt und assistiert. Dafür dankten wir allen, die mit uns gearbeitet haben.

Foto 16: Das Team von rechts: Dr. M. Abadi (MKG-Chirurg), Dr. Th. Emmanouilidis (Chirurg), D. H. Sabbagh, (Anästhesist), Frau G. Marischen-Kracke (Anästhesie- Schwester), Dr. F. Worthmann (Anästhesist), Frau K. Nussbaumer (Op-Schwester), Herr Ch. Schieckel (Anästhesie-Helfer), Dr Farhan Calic (Koordinator).

Einen besonderen Dank möchte ich der Direktion des Hospitals aussprechen – sie haben so kurzfristig den Einsatz ermöglicht und auch für uns immer ein offenes Ohr gehabt, wenn wir etwas brauchten. Einen Dank auch dem gesamten Hospitalpersonal, das immer hilfsbereit war, um uns die Arbeit zu erleichtern. Unerwähnt lassen möchte ich auch nicht die Reinigungsfrau, die den ganzen Tag auch zwischen den Operationen die Räume reinigte und jeden Abend unermüdlich den gesamten Müll, den wir produzierten, abräumte und alles sauber für den nächsten Tag hinterließ. Auch diesmal möchte ich Herrn Nikos Kosovos herzlichen Dank aussprechen, er hat uns erneut zum Flughafen nach Frankfurt gebracht und auch abgeholt. Allesamt sind wir der Meinung, dass der Einsatz sehr erfolgreich war.



Zum Schluss gebührt ein Dank auch schriftlich allen Mitstreitern für die Teamfähigkeit, für die hervorragende Teamarbeit, für das tolle und harmonische Arbeitsklima und die sehr guten Ergebnisse. ■



STAGNATION IM UNIVERSITÄTS-HOSPITAL IN KIKWIT / DR KONGO

1

📍 DR Kongo

Bericht von Dr. Emmanouilidis
(vom 11.11. bis 26.11.2023)

Unser Team von 8 Personen (2 Chirurgen, 2 Anästhesisten, 2 Anästhesie-Schwwestern, eine Op-Schwester und eine Krankenschwester) flog am 11.11.23 von Brüssel aus in den Kongo. Nach 8 Stunden Flugzeit landeten wir um 22:25 in Kinshasa. Unser Gepäck kam ziemlich spät an. Deshalb wurden einige von uns etwas unruhig, weil bei unserem September-Einsatz in Guinea Bissau unser Gepäck erst nach 4 Tagen am Zielort ankam. Wir übernachteten in Kinshasa. Am nächsten Morgen schon um 05:15 fuhren 3 Personen mit unserem Auto und dem gesamten Gepäck Richtung Kikwit, unserem Zielort, und die anderen 5 nahmen den Linien-Bus. Für die 540 Km benötigten wir 8 Stunden und der Bus 10 Stunden.

Entlang der Strasse liegen viele kleine und größere Dörfer. Die kleineren sehen so aus, wie in (Fotos 1-2). und sie haben weder Wasser noch Strom.



2

Die Polizei-Kontrollen unterwegs waren wie immer ätzend und ziemlich ärgerlich. Nach Ankunft in Kikwit luden wir unsere privaten Koffer im Haus ab, und den Rest mit Material brachten wir ins Hospital. Wir begannen mit dem Untersuchen der Kinder (Fotos 3–4). Später kam auch der Bus an.



Vor der Ambulanz



In der Ambulanz

Beim letzten Einsatz hatte ich dieses Kind operiert. Weil die Mutter kein Geld für den Transport hatte, gab ich ihr Geld für das Ticket und für etwas zu essen. Jetzt kam sie mit dem Kind, um sich mit einer Tüte Mango und Avocado zu bedanken. Ich habe mich über diese Geste sehr gefreut. (Foto 5).

Am nächsten Tag um 8 Uhr haben die Chirurgen angefangen, Kinder weiter zu untersuchen. Die übrige Mannschaft bereitete die Op-Säle vor (die Säle putzen, reinigen, Narkosegeräte, Monitore, Instrumente sortieren, sterilisieren, Medikamente vorbereiten usw.), so das wir um 11:30 Uhr mit den ersten Operationen beginnen konnten.



5

Das Hospital

Was die Infrastruktur in der Universitätsklinik angeht, hat sich seit dem letzten Einsatz nichts geändert. Es wird nichts investiert. (Foto 6) zeigt den dritten Op-Saal. Die Direktion kam mit der Bitte zu uns, den Saal zu renovieren. Die Fliesen am Fussboden hatten wir vor zwei Jahren erneuert. Jetzt sind nicht nur die Fliesen an der Wand und die Fenster kaputt, auch der Operationstisch und der Rest verrostet. Der Saal ist völlig verdreckt. Es wird nach der Operation z. B. nach einen Kaiserschnitt, wo sehr viel Blut auf den Boden fällt, nur mit Wasser abgewischt. Das Hammer Forum hat die übrigen 2 Op-Säle renoviert und den Sterilisationsraum komplett erneuert. Obwohl wir die Wasserleitungen bis zu dem Waschbecken ersetzt haben, erfolgt der Anschluss an die Stadtwasserleitung nicht, weil die Uni das Wasser bezahlen muss. Es besteht kein Interesse, weil das wenige Geld, das das Hospital an den Patienten verdient und vielleicht übrig bleibt, nicht in die Infrastruktur investiert wird. Das Geld wird nach einer festgelegte Staffellung an die MitarbeiterInnen verteilt.

Das Personal streikt, wie so oft, auch jetzt. Statt bisher 135 Ärzten (Stand November 2021) sind jetzt 150 Ärzte angestellt, die nicht mal 150 Patienten zu versorgen haben. Ein eklatantes Missverhältnis 1:1 Arzt-Patient, der leider nicht mal richtig versorgt wird. Die meisten Ärzte glänzen durch Abwesenheit. →



6



Klinische Fälle

So wie dieser 4-jährige Junge, kamen diesmal 13 Kinder mit ähnlichen Klumpfüßen zu uns. Fünf von ihnen konnten wir operieren und mit Gips versorgen (Fotos 7-8)

Zweieinhalb Jahr alter Junge erlitt im Alter von einem Jahr schwere Verbrennungen an der rechten Hand. Die Finger II-V konnten wegen Verwachsungen (Kontrakturen) nicht gestreckt werden. Wir haben die Verwachsungen gelöst und die Defekte mit Haut aus dem Unterbauch gedeckt (Fotos 9-10 und am Ende der Operation 11).



Bei diesem Kind mit dem Knochenbruch und der Fehlstellung konnten wir an den Bruchstellen sägen und dann die Fehlstellung korrigieren (Foto 12 und 13 beim Anlegen der Metallplatte). Leider konnten wir in der kurzen Zeit keine Röntgenkontrolle durchführen lassen. Im OP-Trakt gibt es keinen CBogen (Röntgengerät). Klinisch konnten wir den Knick (gelber Pfeil) korrigieren und mit Metallplatte versorgen.



Am Äquator leiden viele Menschen an Sichelzellanämie (SS), die autosomal rezessiv vererbt wird. Auch diesmal kamen viele Kinder mit SS zu uns.

16 davon haben wir operiert. Alle operierten Kinder hatten viele Transfusionen hinter sich und klagten über Schmerzen im Bauch, an den Gelenken, Kopf und Brust. Manche hatten Schwellungen an Händen und Füßen. Alle hatten vergrößerte Milz (Splénomegalie Foto 14) und einige auch Lebervergrößerung (Hepatomegalie).

Nach vielen abgelaufenen Milzinfarkten ist diese sehr hart geworden, der Körper hat versucht, mit Netz die Milz abzuschirmen - so entstanden die Verwachsungen. Ausserdem hat sich die Farbe verändert. Diese Milz wurde planmässig entfernt. Alle Kinder nach Milzentfernung wurden gegen Pneumokokken und Meningokokken geimpft. Wie uns der Leiter des Zentrums für SS sagte, sind ca. 1000 Kinder bei ihm registriert. Das (Foto 15) zeigt eine vergrößerte Milz.





16

Wir haben 5 stark unterernährte Kinder in unser sog. „Milchprogramm“ aufgenommen. 2 davon sogar stationär. Das Zweijährige (*Foto16*) und ein Vierjähriges (wegen Mangelernährung = Hungerödem = Kwashiorkor) konnten nicht mal aufstehen. Seine Mutter brachte das Kind huckepack zu uns.



17



17

18

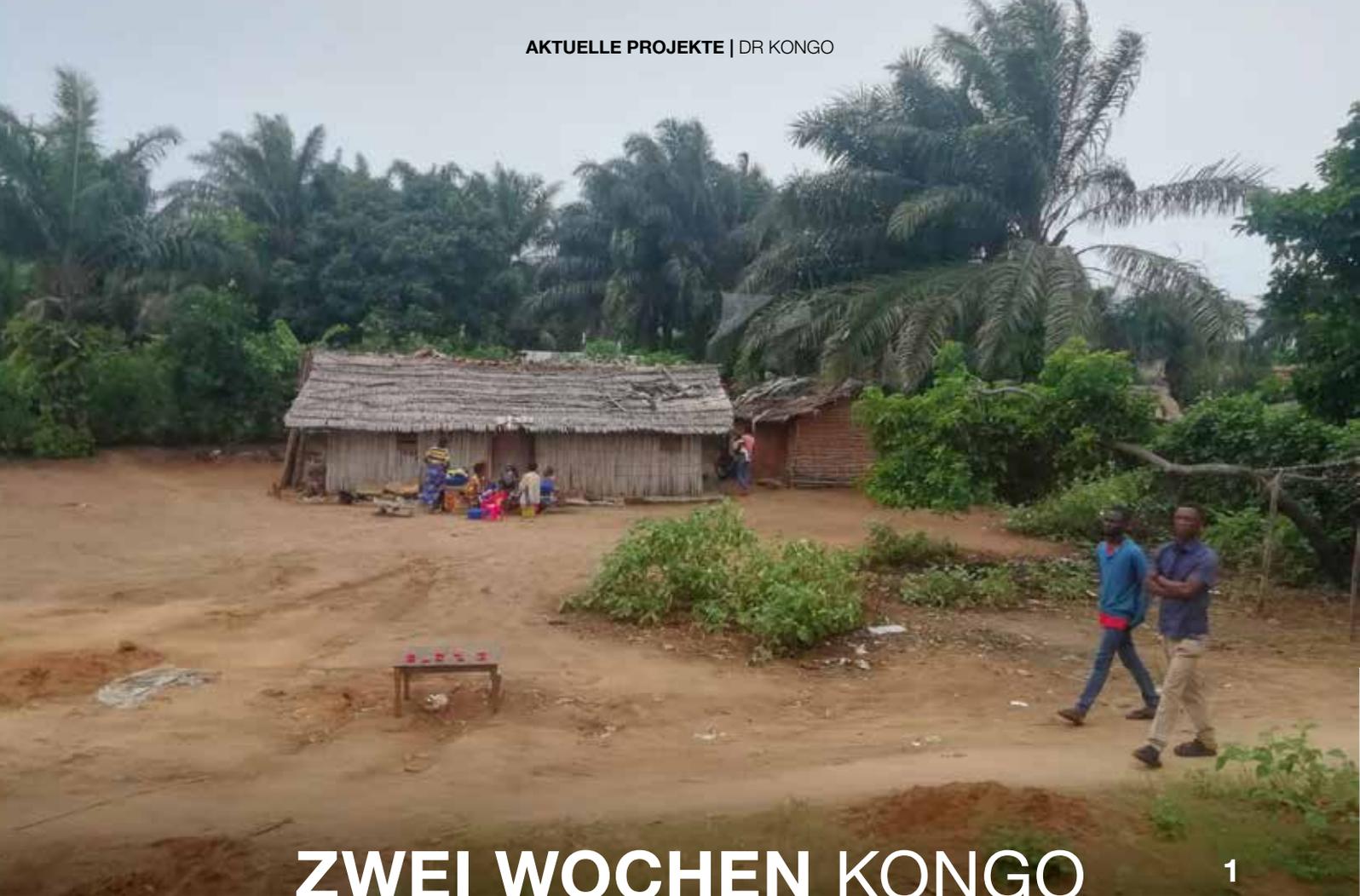
ZUSAMMENFASSUNG

Zusammen konnten wir in 11 Tagen 290 Kinder untersuchen und 124 operieren. Wir haben leider 2 Todesfälle auf der Station gehabt, ein Kind 8 Stunden und das zweite 19 Stunden nach der Operation, was uns sehr belastet hat.

nicht, woran die Kinder verstorben sind. Während des Einsatzes hat es fast täglich und viel geregnet. Die Strassen und vor allem die Strasse zum Hospital ist selbst mit dem Allradauto schwer passierbar. Dem Projektleiter Herrn Dr. Tollo möchte ich für die Organisation und für die Aufnahme in seinem Haus herzlichen Dank sagen, wir haben uns wohl gefühlt. Wir waren auch diesmal Selbstversorger. Einige von uns konnten ihre Kochkünste demonstrieren und unter Beweis

Foto 18: Das Team vorne von rechts: Frau A. Fischer (Op-Schwester), Herr Dr. E. Schlüter (Anästhesist), Frau D. Broadbent (Krankenschwester). Hinten: Herr Dr. Th. Emmanouilidis (Chirurg) Frau B. Gülde (Anästhesie-Schwester), Herr Dr. S. Najem (Kinderchirurg), Frau M. Lauterbach (Anästhesie-Schwester), Herr Dr. A. Kirschner (Anästhesist).

stellen, das Essen hat immer sehr gut geschmeckt. Einen besonderen Dank möchte ich Schwester Doris aussprechen, sie hat des öfteren gekocht und vor allem morgens immer den Tisch zum Frühstück gedeckt. Danke auch an das Team für die geleistete Arbeit. Danken möchte ich auch dem einheimischen Personal, dass uns fast immer begleitete. Der Dank gilt auch für Dr. Mabaya, Dr. Kadima und Dr. Eburn, die gedolmetscht und immer assistiert haben. ■



ZWEI WOCHEN KONGO MIT DEM HAMMER-FORUM

1

 DR Kongo
Bericht von Mirjam Lauterbach
(vom 11.11.2023)

Am 11. November 2023 flog ich mit dem Hammer-Forum in die DR Kongo. Auf die Arbeit des Hammer-Forums wurde ich durch die Berichte meines Anästhesie-OA Herrn Dr. Jens Andrea aufmerksam, der schon viele Einsätze in verschiedene Länder Afrikas begleitet hat. Ich war begeistert, wollte auch helfen, und so war ich im Mai 2022 das erste Mal dabei, im Somaliland. In diesem Jahr hieß es dann, im November Einsatz in der DR Kongo. Ich war ziemlich aufgeregt, hatte ich doch schon einiges vom Kongoeinsatz gehört (lange Anreise im Land noch ca. 500 km im einheimischen Bus, beim letzten Einsatz Zwangspause in Kinshasa, da sich rivalisierende Banden beschossen, Selbstversorger also ein halber Koffer voll Lebensmitteln, Kaffee, Tee, Marmelade, Nutella, Schwarzbrot, Nudeln etc.)

Alles eingepackt – ein Koffer voll mit medizinischem Material, der zweite, wie gesagt, gefüllt mit Lebensmitteln, kleinen Geschenken für die Kinder und meinen Klamotten – ging es los, ab Frankfurt über Brüssel nach Kinshasa. Dann mit dem Bus 11h nach Kikwit und so kamen wir nach 2 Tagen am Sonntag 17:00 Uhr ziemlich kaputt an.

Auf dem Weg nach Kikwit war ich sehr erstaunt, wie grün der Kongo ist – sehr schöne grüne Hügellandschaft, mit Palmen und kleinen Maisfeldern zwischendrin. Aber auch die Armut war unterwegs zu sehen, kleine Lehmhütten am Straßenrand (*Foto 1*).

Am Busbahnhof wurden wir von Luis, unserem Fahrer schon erwartet und fuhren gleich zum Hospital. Vorort hatten wir tatkräftige Unterstützung von Herrn Dr. Bienvenu, dem Projektleiter, in dessen Haus wir wohnten. Im Hospital angekommen, traf uns Neulinge erstmal der Schlag. Alles alt, kaputt, dreckig (*Fotos 2–3*) und minimalistisch eingeräumt. Außerdem mussten wir alle benötigten Materialien (einschließlich 2 Narkosegeräten, viele Kisten mit chirurgischem bzw. anästhesiologischem Material) ca. 100m über den „Hof“, vom Lager in den OP bringen. Ich hatte das Gefühl, daß ich es diesmal nicht „überlebe“ – ich musste mich wieder auf Kinderanästhesie umstellen (arbeite ich ja sonst auf einer Erwachsenen-Intensivstation) und dann das Ganze unter diesen Bedingungen. Ich war entsetzt über den „Aufwachraum“ – eine alte zerschlissene Matratze auf dem Fußboden, die rostigen Liegen und die kaputten OP-Räume (*Fotos 4–5*).



2



3



4

Nach 2 Tagen hatten wir alles eingeräumt, etwas System in den Arbeitsalltag gebracht, und die Situation entspannte sich. Wir gönnten uns zwischen den Op`s kaum eine Pause, um so vielen Kindern wie möglich helfen zu können. Wenn die Op lief und wir etwas Zeit hatten, ging einer von uns zur Ambulanz (wieder über den Hof) und brachte für jeden Wasser, Bananen und Nüsse mit.

Das war manchmal unsere komplette Verpflegung für den ganzen Tag im Hospital. Am Abend wurden wir dann mit gutem selbstgekochtem Essen belohnt. Jeder war mal dran und kreierte etwas mit den mitgebrachten und einheimischen Lebensmitteln. Auch unser Frühstück war immer lecker und reichlich. In den 2 Wochen im Kongo untersuchten wir insgesamt 290 Kinder und operierten an 11 OP-Tagen 124 von ihnen. Wir operierten viele Hernien, einige Kontrakturen nach Verbrennungen, alte Knochenbrüche und 14 Splenektomien (Milzentfernungen) bei Sichelzellanämie und andere Eingriffe. →



5



6

Mit einem Mädchen (Foto 6) freunden wir uns besonders an – Thethe – sie lachte immer herzlich und freute sich immer, wenn sie uns sah. Ihr gab ich für ihre Familie 10.000 kongolesische Francs – sind bei uns ca. 4,-Euro, sind für sie viel Geld. Ein tolles Erlebnis war unser Sonntagsausflug. Wir hatten frei und wollten ein bisschen die Umgebung und den Fluss Kwilu, der durch die Stadt Kikwit fließt, erkunden. Wie schon die

ganze Woche waren wir froh, dass wir Doris bei diesem Einsatz an unserer Seite hatten – sie kennt sich aus im Kongo und konnte sehr gut für uns dolmetschen. Wir fuhren mit dem Einbaum Boot über den Fluss, der ziemlich Strömung hatte. Ein bisschen mulmig war mir anfangs schon, aber auf der anderen Seite wurden wir herzlich von Einheimischen begrüßt (Fotos 7–8). Das war sehr beeindruckend – Danke Doris.

20



7



8

Obwohl ich den Sommer liebe, machte mir die feuchte Hitze ziemlich zu schaffen. Ich war ständig durchgeschwitzt und konnte schlecht schlafen. Jeden Morgen gegen drei Uhr krächte der Nachbarshahn und unterhielt sich mit anderen Hähnen in der Umgebung. Und jeden Morgen schmiedeten wir einen Plan, wie wir ihn zur Strecke bringen- mit Dormicum im Essen oder ob wir gleich das Messer nehmen. Trotz aller Anstrengungen war es eine sehr interessante Zeit im Kongo mit schö-

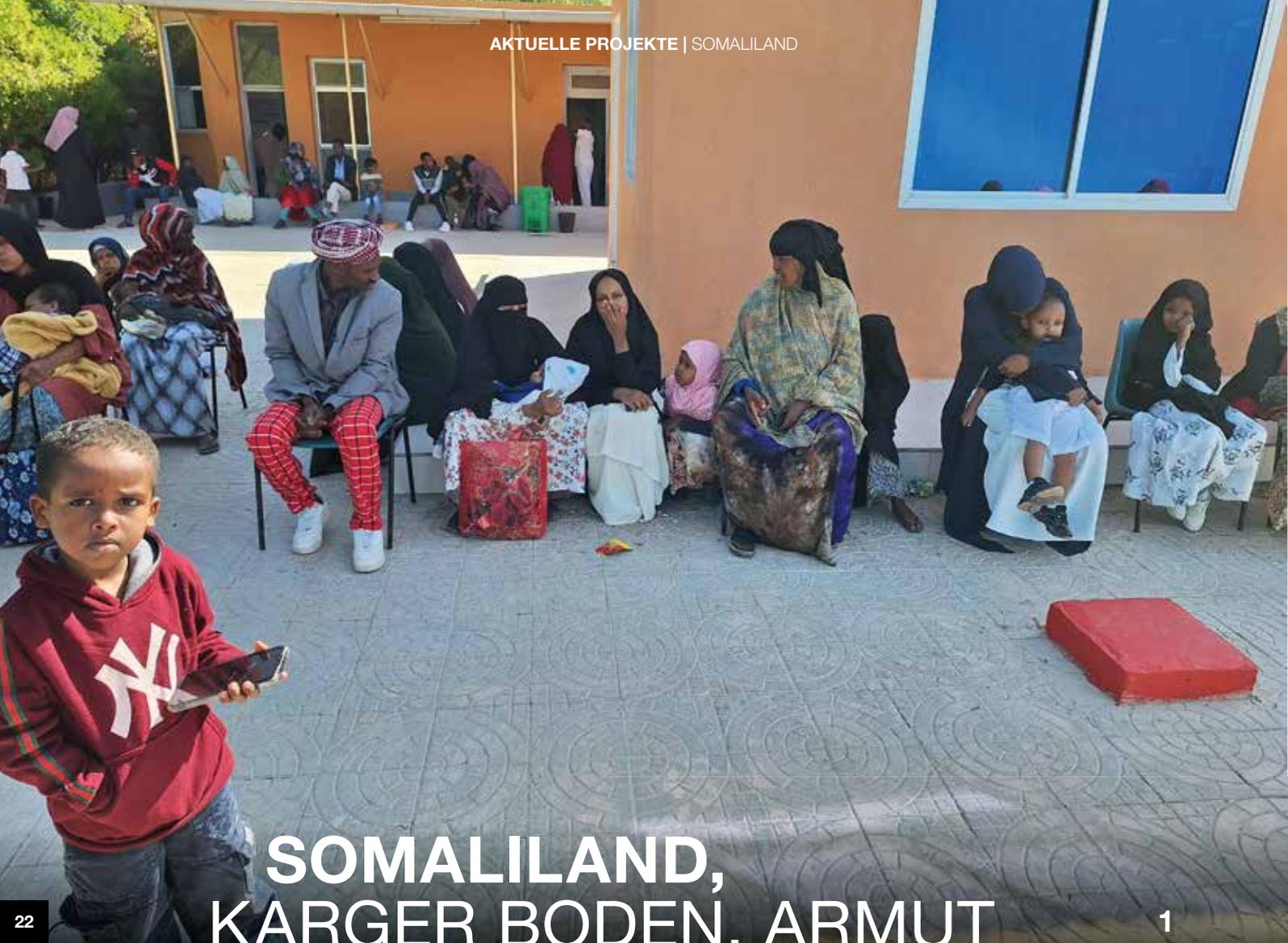
nen, aber auch traurigen Eindrücken. Wie bei meinem ersten Einsatz im Somaliland war ich auch diesmal begeistert, wie schnell wir ein super Team wurden, obwohl ich einige erst in Brüssel am Flughafen kennenlernte.

Ich möchte mich bei allen Teammitgliedern herzlich bedanken. Es war eine tolle Zusammenarbeit und eine schöne Zeit mit euch. Ich freue mich schon auf einen neuen Einsatz mit euch. ■

21



*Frau Mirjam Lauterbach
und Frau Katrin Krellig*



SOMALILAND, KARGER BODEN, ARMUT UND FELSENMALEREI VON 3500 V. CHR.

22

1

📍 Somaliland
Bericht von Dr. Emmanouilidis
(vom 09.12 bis 21.12.2023)

Planmässig landeten wir am 10.12.23 um 11:00 Uhr in Hargeisa. Wir wurden von der Direktion des Hospitals abgeholt. Man hatte alle Formalitäten geregelt, sodass wir schnell den Flughafen verlassen

konnten. Nach kurzem Aufenthalt im Hotel -duschen und etwas ausruhen- gingen wir um 14:00 Uhr zum Hospital. Ich begann mit der Untersuchung der Kinder, die seit dem Vormittag dort auf uns warteten (Foto 1-2). Die übrige Mannschaft bereitete die Op-Säle vor -erst reinigen, bereitstellen der Narkosegeräte, Monitore, Instrumente, Medikamente, Verbrauchsmaterial usw.

Die zwei Op-Schwwestern, die zum ersten Mal dort dabei waren, haben die vorhandene Materialordnung völlig umgekrempelt und alles neu sortiert und ihre eigene aufgestempelt. Das geschieht fast immer so, bei jedem neuen Op-Schwwestern-Team. Jedes mal denke ich, hier hinterlässt jede ihre Markierung. Inzwischen wundere ich mich nicht mehr, weil dieses Ritual bei allen Einsätzen in allen Projekten stattfindet.



Das Kinderhospital

Bevor wir ankommen, werden im Hospital die Kinder registriert und auf verschiedene Tage verteilt einbestellt. So müssen die Kinder nicht lange warten, bis sie von uns untersucht werden, und wir können geordnet die Operationspläne aufschreiben. Das garantiert einen reibungslosen Ablauf ohne Stress für alle Beteiligten.

Der postoperative Ablauf ist auch gut organisiert. Das einheimische Personal ist gut informiert, jede/r kennt ihre/seine Aufgaben und führt sie entsprechend durch. Auch in Notfällen sind sofort viele da, um zu helfen. Der Umgang mit den kleinen Patienten und deren Eltern ist geprägt durch Ruhe und Respekt. Nie habe ich bei allen Einsätzen im Hospital erlebt, dass das Personal ungerecht, aggressiv oder respektlos mit den Menschen umgegangen wäre.

Die gesamte Kinderklinik arbeitet entsprechend ihren Wissensmöglichkeiten und den wenigen vorhanden technischen Geräten und Material so gut es geht, deshalb überleben in der Neonatologie viele Frühgeborene. Bei den Visiten, werden viele Fragen gestellt, alle wollen mehr lernen, konsultieren uns auch, wenn Notfälle kommen.

Der Ausflug-Tag

Zum ersten Mal haben wir einen Ausflug machen „müssen“. Schon bei der Ankunft am Flughafen sagte mir der Direktor „ich habe für den Feiertag einen Ausflug organisiert“. Ich war etwas überrascht, obwohl er es uns beim letzten Einsatz angedeutet hatte. So sind wir mit 4 Autos losgefahren. Viel einheimisches Klinik-Personal war auch dabei. Uns begleiteten 2 Polizisten. Wir sollten zum Hafen der Stadt Berbera am Indischen Ozean fahren. Nach ca. 70 km verließen wir die asphaltierte Straße und fuhren ca. ca. 5–7 km über Steingeröll durch die karge Landschaft zu einigen Hügeln, die aus sehr grossen Steinplatten bestehen. Wir fuhren vorbei an einigen Nomaden-Hütten (Foto 3).

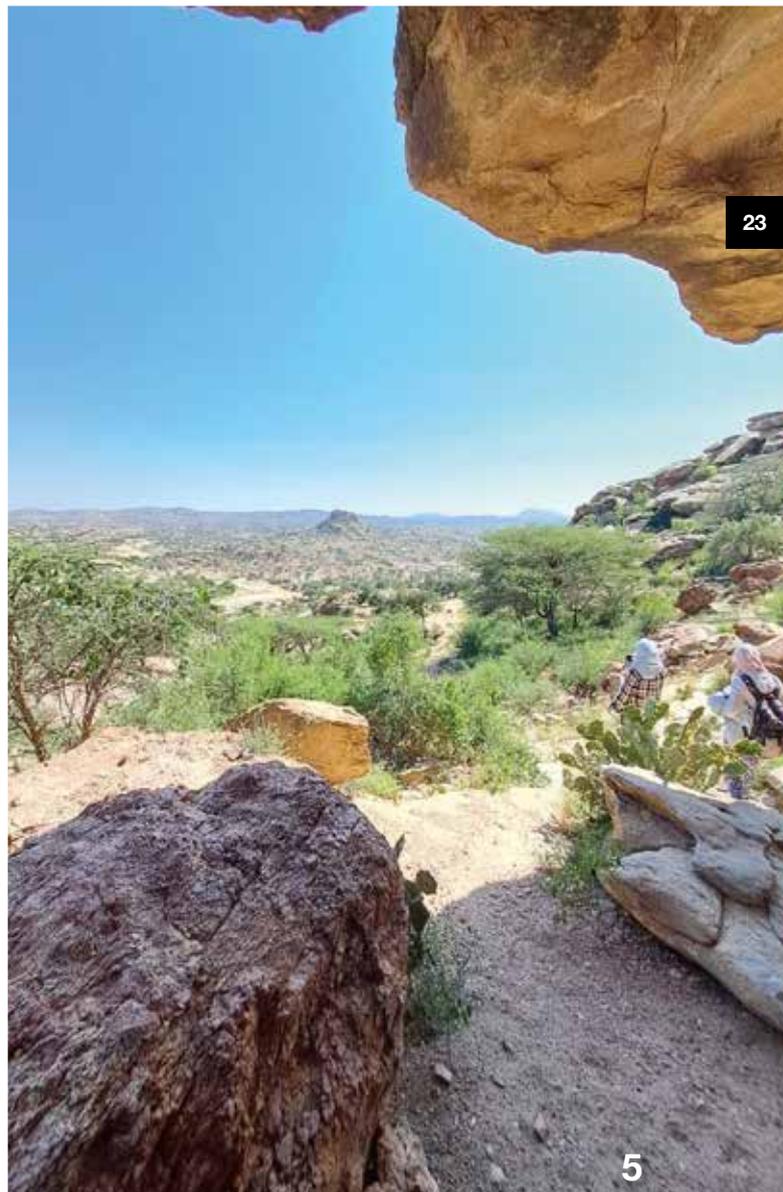


3



4

Dort gibt es weder Strom noch Wasser. Es gibt nur Nadelbäume und Sträucher (Koniferen), (Fotos 4–5). Nichts sonst wächst dort. Dort können nur Kamele und Ziegen überleben, was fressen aber die vielen vorhandenen Schafe? →



23

5

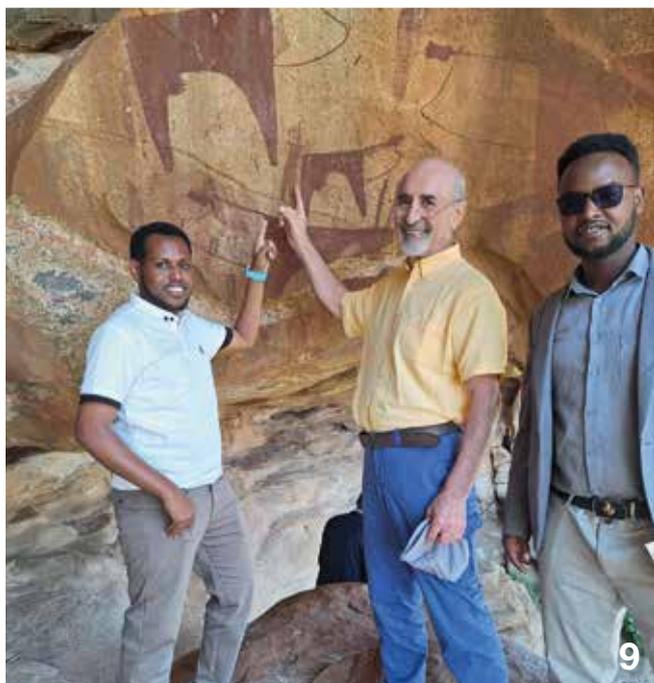


An verschiedenen Felsmassiven (*Gelbe Pfeile*) bewundern wir die Höhlenmalereien, die 2002 entdeckt wurden und vor ca. 3.500 v. Ch. entstanden sein sollen (*Fotos 6–9*). Von da fuhren wir nach Berbera. Am Ende des Tages waren alle der Meinung, dass es sich gelohnt hat, die Höhlenmalereien und diese karge Landschaft zu sehen.

Klinische Fälle

Während der 10 Tage kamen 4 Babies, eins 12 Tage alt mit Knick durch Verwachsungen am Treizen Band, eins 17 Tage alt mit Duodenalatresie (angeborener Zwölffingerdarmverschluss) und 2 andere 22 bzw. 23 Tage altalle mit ständigem Erbrechen seit der Geburt. Bei zwei konnten wir die Pylorusmuskel-Hypertrophie (Pfortnermuskelverdickung) durchtrennen (gelber Pfeil) und so die Passage wieder herstellen. Beim Duodenalverschluss haben wir die Passage durch eine neue Verbindung zwischen den verschlossene Enden des Zwölffingerdarmes wieder hergestellt und bei dem vierten Säugling alle Verwachsungen durchtrennt und somit den Knick beseitigt. (*Fotos 10–13, im Foto 11 in Höhe der Pinzettenspitze ist der verdickte Pfortnermuskel zu erkennen und der gelbe Pfeil zeigt die Durchtrennung der verdickten Muskulatur am Pfortner*). Direkt darunter wölbt sich die Schleimhaut nach aussen, so wurde der Magenausgang erweitert und die Passage wieder hergestellt. Alle 4 Kinder durften/konnten nach 1–2 Stunden nach der Operation trinken und sie erholten sich schnell.

24





Bei jedem Einsatz im Somaliland stellen sich im Durchschnitt 5 Kinder nach Schlangenbissen vor. Zu 90 % werden sie an den Händen gebissen. Alle diese Kinder haben das Antitod-Serum erhalten. An der Bissstelle bilden sich flächenhafte Nekrosen, manchmal sind die darunter liegenden Sehnen auch betroffen. Dadurch entstehen Kontraktionen an den Gelenken, wie bei diesem 10-jährigen Mädchen, das vor 10 Jahren gebissen wurde. Obwohl das sehr lange Zeit zurück lag, haben wir versucht, die Kontraktur der Handgelenkes zu mildern. Dass uns das auch gelungen ist, zeigen die [Fotos 17-19](#). Wir konnten den Winkel im Handgelenk um über 35° korrigieren. →

25

Bei dem dreijährigem Kind bemerkten die Eltern gleich nach der Geburt, dass der Bauch ihres Kindes etwas grösser ist und stellten fest, dass im Bauch ein Tumor zu tasten war. Sie gingen wie viel Somalis auch zum Medizinmann. Er setzte Brandmarken mittels Feuer auf der Haut rundherum um den Tumor, die Narben sind gut zu erkennen, und das übte er einige Male. Der Tumor wurde natürlich dadurch nicht geheilt. Im Bauch war ein gut zweimannsf Faust grosser mobiler Tumor zu tasten.

Im Ultraschall konnte der Tumor begrenzt werden, dicke Zystenwand und mit Flüssigkeit gefüllt. Die Diagnose lautete Mesenterialzyste. Wir führten die Operation durch. Um die Zyste zu entfernen, mussten wir gleichzeitig ca. 15-20cm Dünndarm mit entfernen ([Fotos 14-16](#)).



Vor 5 Jahren erlitt dieser 8-jährige Junge eine Verbrennung. In vierstündiger Operation konnten wir die über 1cm dicke Schwarte um den Daumen herum und an der Handgelenkinnenseite entfernen, den Defekt mit Vollhautnetz decken, den Daumen in normale Position bringen und mit dem Kirschner Draht für die nächsten 2–3 Wochen fixieren. Die Finger IV-V werden wir beim nächsten Einsatz auch operieren (Fotos 20–22).



die Finger in Streckstellung bringen und mit Vollhaut die Defekte versorgen (Fotos 23–24).



5 Kinder mit Abszessen an der Thoraxwand, vorne an der Brustwand und im Gesicht und Schulter haben wir eröffnet, wir konnten keine Verletzung der Haut feststellen. Die Ursache war unbekannt. Bei diesem 3 Monate alten Kind handelt es sich um eine beginnende Osteomyelitis (Knochenentzündung) (Foto 25).



Ein Kind mit Anusektomie gelber Pfeil, Schliessmuskel schwarzer Pfeil (Fotos 26–27) haben wir operiert und den After an die richtige Stelle gebracht. Ein zweites mit rectovaginaler Fistel operierten wir auch bei diesem Einsatz.

Das 2,5 Jahre alte Kind erlitt mit 8 Monaten eine Verbrennung an der Hand. Wie bei allen Verbrennungen in vielen Drittweltländern, so auch im Somaliland, gibt es keine sachgemässe Behandlung mit Bewegung der Finger. So entstanden Kontrakturen in den Fingern II-V. Nach 2-Stunden Op-Zeit konnten wir



Ein seltener Fall: Ein 13-jähriges Mädchen klagte über eine schmerzhafteste Schwellung über der Achillessehne. Die ca. fingernagelgrosse Schwellung fühlte sich hart an. Die Haut darüber war etwas bräunlich und verdickt. Wegen der starken Schmerzen haben wir geplant, diese Schwellung zu entfernen. Als wir den Schnitt legten, kam eine dicke lebende Made (gelber Pfeil) heraus. Wir konnten nicht glauben, was wir sahen. Die einheimischen Kollegen aber lachten und sagten, solche Maden erleben sie des Öfteren. Es gebe eine bestimmte Fliege, die ihre Eier unter die Haut legt. Dann bilden sich solche Maden aus. Drei Tage später entfernten wir eine Made im Gesicht eines Kindes (Foto 28).



28

Diese Lippenpalte und viele andere sowie Gaumenspalten operierte Herr Dr. Saul (Fotos 29–30).



29



30



ZUSAMMENFASSUNG

Foto 31: Das Team von rechts vorne: Dr. Th. Saul (MGK-Ch.), Dr. G. Braun (Anästhesist), Dr. A. Neuling (Anästhesist), Dr. Th. Emmnaouilidis (Chirurg). Hinten: Frau K. Liebsch (OP-Schwester), Frau K. Meissner (Anästhesie-Schwester), Frau B. Leverenz (Op-Schwester), Frau G. Marischen-Kracke (Anästhesie-Schwester)

Wir konnten in knapp 10 Tagen 315 Kinder untersuchen und 92 von ihnen operieren. Ausserdem kamen mehr als 20 Sonographien hinzu. Wir operierten an einigen Tagen länger als 10 Stunden. Wir führten tgl. morgens und am Abend Visiten mit den Kollegen durch.

Die gesamte Organisation übernahm Herr Dr. Farhan, er wurde unterstützt von Dr. Abdibasir und Schwester Mona. Sie registrierten, bestellten alle Kinder ein und waren immer dabei beim Dolmetschen und machten mit uns auch die Visiten. Zwischendurch assistierten sie auch bei den Operationen. Selbst zwischen den Operationen gab es keine Pause, sonst hätten wir nicht so viele Kinder untersuchen können. Deshalb auch an dieser Stelle vielen Dank für die gute Zusammenarbeit. Danken möchte ich auch der Direktion des Hospitals für den schönen Ausflug. So haben wir auch etwas von der Landschaft gesehen und viele nette Gespräche geführt. Einige einheimische Kollegen waren auch zum ersten mal in Lass Geel, haben die Höhlenmalerei gesehen und in Berbera kurz im Meer ein Bad genossen. Am Abflugtag lud uns der Direktor General des Gesundheitsministeriums Herr Dr. Mohamed Abdi Hergaye zu einem Gespräch ein. Er lobte unsere Arbeit.

Dem Team möchte ich auch schriftlich einen Dank sagen, nicht nur für die tolle Arbeit, die wir geleistet haben, sondern auch für die Empathie in allen Belangen. Alle sind der Meinung, es war nicht nur ein erfolgreicher Einsatz, sondern es war auch einer der schönsten, weil die Chemie gestimmt hat. Danke sage ich auch Herrn Nikos Kolovos, der mich zum Flughafen Frankfurt und von dort wieder nach Hause gebracht hat. ■



GUINEA BISSAU: ABGEBROCHENER HUMANITÄRER EINSATZ

1

📍 Guinea Bissau
Bericht von Dr. Emmanouilidis
(Geplanter Einsatz 26.01 bis 10.02.2024)

Obwohl die GDL (Gewerkschaft der Lokomotivführer) die Bahn bestreikte, konnten alle Teilnehmer pünktlich mit der Bahn aus Hamburg und Münster nach Frankfurt zum Flughafen kommen. Der Flug über Casablanca nach Bissau lief problemlos. Wir landeten um 02:20 Uhr in Bissau. Gegen 03:33 Uhr sind wir mit dem vollen Bulli (9 Personen plus Fahrer) los gefahren. Obwohl der Bulli keinen Dachgepäckträger hatte, konnte der Fahrer 8 Gepäckstücke auf das Dach laden und alles festbinden. Wir alle waren der Meinung, wir werden unterwegs das Gepäck verlieren. Nur der Fahrer war sich sicher, dass nichts dergleichen passieren würde (*Foto 1*).

Die Fahrt mit dem Auto von Bissau nach Gabu ca. 200 km entfernt, war zwar etwas anstrengend wegen der katastrophalen Strassenverhältnisse, aber verlief ohne Zwischenfälle. Nach ca. 4,5 Stunden kamen wir in Gabu an.

In Gabu selbst konnten wir nicht wie immer im gleichen Hotel übernachten. Wir mussten erst eine Nacht in einem anderen Hotel schlafen, das mehr als 3x so teuer war. Am nächsten Tag konnten wir in das andere billigere Hotel umziehen.

Drei Personen schlafen wie immer in unserem gemieteten Haus. Das gesamte Mobiliar gehört dem Hammer Forum. Seit 3 Jahren gibt es in der ganzen Stadt Gabu keinen Strom, deshalb auch kein Wasser. Ohne Strom funktionieren die Wasserpumpen nicht.

Im Haus haben wir 4 Wassertonnen, jeweils halber Kubikmeter, die wir mit Wasser füllen. Täglich mussten wir 4–6- oder sogar 10 40-Liter-Kanister Wasser vom Hospital mitbringen. Das Wasser benutzten wir für Duschen und Toilette.

Obwohl wir tgl. diese Unannehmlichkeiten hatten, fühlten wir uns im Haus wohl. Wir sind Selbstversorger, wir kauften vor allem Gemüse und Obst auf dem Markt und im kleinen Supermarkt Kleinigkeiten ein.

Wir haben sehr viele Lebensmittel (Wurst, Käse, Kaffee, Tee, Brot, Knäcke, Marmelade, Müsli und Hülsenfrüchte) mitgebracht. Wir alle frühstücken zusammen und abends kochen wir das Essen. Nach dem Abendessen tauschen wir uns aus. Die meisten im Team kannten sich nicht. Trotzdem wuchs das Team schnell zusammen.

Gegen 14:00 Uhr sind wir zum Hospital gegangen. Die Chirurgen untersuchten die Kinder und das übrige Team bereitete die Op-Säle vor (Foto 2).



Mehr dazu werde ich in der Zusammenfassung beschreiben.

Die Hand- und Fußgelenke bei dem 4-jährigen Jungen sind stark verdickt (Foto 5). Das typische Röntgenbild einer Rachitis zeigt Verbreiterung der Epiphysen der Unterschenkel-Gelenke (gelbe Pfeile) des gleichen Kindes (Foto 6). →



Da auch am nächsten Tag für den MGK-Chirurgen keine Kinder mit Lippen-Gaumen- Spalten kamen, fragten wir den Organisator und Koordinator vor Ort, Herrn Dr. Lino, wo die 6 registrierten Kinder blieben? Er rief das Zentrum in Bissau an, dort waren die Kinder registriert. Der Direktor sagte, sie seien vor ca. 2 Wochen von einem Team aus Dänemark operiert worden. Wir waren enttäuscht und zugleich verärgert, weil er uns nicht informiert hatte.

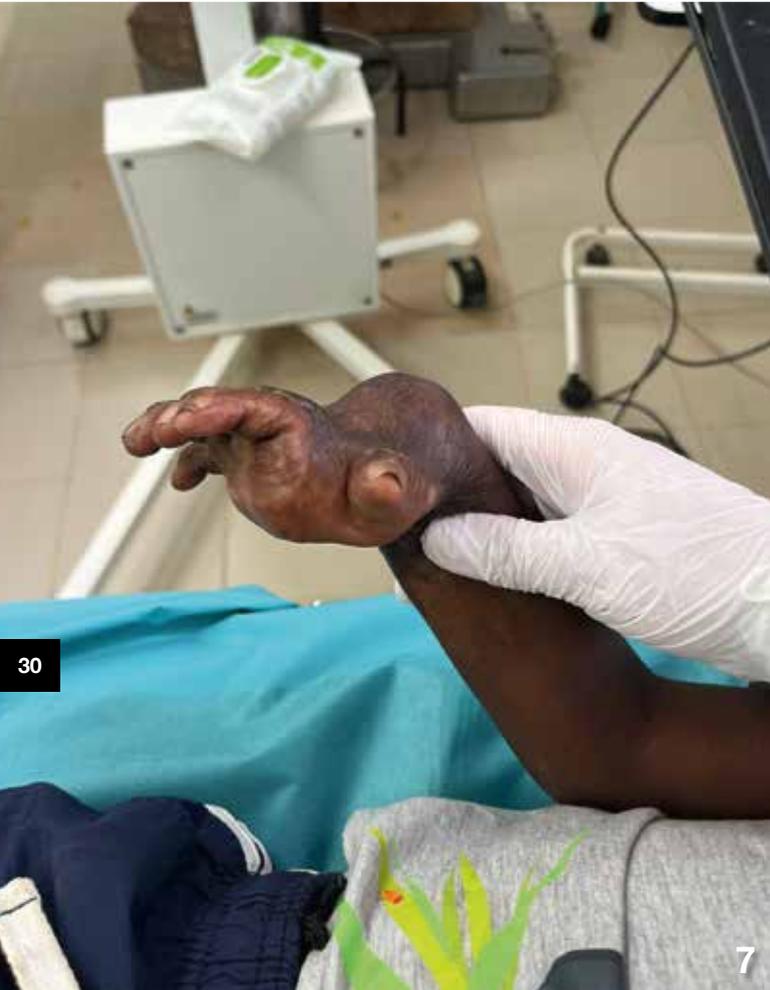
Klinische Fälle

Mehrfach berichteten wir, dass in Guinea Bissau bzw. Gabu sehr viele Kinder (etwa 40–45 %) mit krummen Beinen zu uns kommen. Über den Vitamin-D-Calcium-Mangel haben wir auch vor gut 3 Jahren mit dem Gesundheitsministerium gesprochen. Das Ministerium hat bisher nichts dagegen unternommen. (Foto 3) 12-jähriges Mädchen.

Der 14-jährige Junge (Foto 4) stellte sich zum ersten mal bei uns vor. Er ist mit der Fehlbildung am Unterschenkel geboren. Seither läuft er hinkend. Die geplante Operation mussten wir verschieben, weil unser Bohrer und Säge beim Sterilisieren verschmort wurden.



Der 5-jährige Junge erlitt als 2-jähriger Verbrennungen an seiner rechten Hand. Seither ist die Hand völlig deformiert (Fotos 7-8). Nach 5-stündiger Operation konnten wir nach Entfernung aller Narben und Verlängerung einer Sehne das Handgelenk bis auf 10 Grad strecken und 2 Finger bis auf 10 und 2 Finger bis auf 20 Grad in Streckung bringen. Den Daumen konnten wir fast in normale Position bringen. Die dadurch entstandenen Hautdefekte haben wir mit Haut aus dem Bauch und Oberschenkel decken können.



Den 11-jährigen Jungen mit den ausgeprägten O-Beinen operierten wir im September 2022. Jetzt haben wir das Metall entfernt. Leider konnten wir jetzt das andere Bein nicht operieren, weil unser Bohrer und Säge beim Sterilisieren verschmort sind. Mehr dazu werde ich unten beschreiben. (Fotos 9-10).



ZUSAMMENFASSUNG

12

31

Wir mussten nach 6 Tagen den Einsatz abbrechen, weil unsere Geräte beim Sterilisieren im Hospital verschmort wurden, das ist in 30 Jahren das erste Mal. Die Metallbox, in der der Bohrer und Säge sterilisiert werden, passt leider nicht in unsere eigenen Sterigeräte. Deshalb lassen wir diese seit einigen Jahren im Hospital sterilisieren. Wir gaben am Abend die Box mit beiden Geräten Herrn Dr. Lino. Er liess die Box neben dem Sterigerät stehen, weil die



11

zuständige Mitarbeiterin nicht da war. Wer die Box in den Steri getan hat und die Temperatur statt auf 160° auf 600° eingestellt hat und die Sterilisationszeit nicht programmiert hat, war nicht zu eruieren. Das Sterilisationsgerät lief die ganze Nacht bei 600°.

Foto 12: Das Team von rechts: Dr. E. Schlüter (Anästhesist), Frau J. Schröder (Op-Schwester), Frau F. Lucas (OP-Schwester, Dr. Th Emmanouilidis (Chirurg), Dr. L. Cabral (Arzt), Dr. M. Abadi (MGK-Ch.), Frau N. Niedertubbesing (Studentin), Dr. A. Fischbach (Anästhesistin), Frau S. Beck (An. Schwester).

Das Ergebnis war die Verschmelzung aller Plastikteile, sogar das Metall wurde durch die Hitze braun (Foto 11). So etwas habe ich bisher nie erlebt.

In sechs Tagen konnten wir 108 Kinder untersuchen und 57 davon operieren. Alle anderen Kinder, die auf der OP-Liste standen, mussten wir vertrösten, dass sie beim nächsten Einsatz im September operiert werden. Notfallmässig haben wir eine 19-jährige 2 Wochen nach der Entbindung mit Nekrose der gesamten Haut der rechten Brust operiert. 2 Tage später kam eine 18-jährige, die vor zwei Monaten entbunden hatte mit ausgeprägter Mastitis links. Nach der Inzision entleerte sich ca. 200–250 ml. Eiter.

Ich sage allen Teamteilnehmern, danke für ihren Einsatz und extra danke, dass sie die gesamte Situation mit viel Verständnis getragen haben.

Am Samstag den 03.02. sind wir mit dem Bulli nach Bissau gefahren und am Sonntag um 02:20 Uhr zurückgefliegen. ■



32

UNSER FAZIT ZU UNSEREN EINSÄTZEN

Zusammen Operieren mit dem einheimischen Chirurgen.

Wir vom Hammer Forum freuen uns, dass es uns immer noch möglich ist, medizinische Hilfe in so vielen Ländern zu bringen. Die Kinder brauchen uns mehr denn je. Politische Umstürze, Revolten, fragile Regierungen und Korruption erleichtern die Einsätze nicht unbedingt. Wir sind sogar gezwungen, manchen Einsatz zu stornieren. Ein Team muss sich nicht in Gefahr begeben. Das kann man weder riskieren noch verantworten.

Die Lage in den meist afrikanischen Ländern wird eher schlechter. Der Klimawandel, von uns in der westlichen Welt verursacht, trägt viel dazu bei. Dürre und Wassermangel führen zu schlechten Ernten, und daraus resultieren Hungersnöte. Gesellschaftliche Traditionen, die Entwicklung und Fortschritt behindern, lassen die Wirtschaft in den armen Ländern nicht wachsen. Dazu kommt ein Raubbau an Natur und Bodenschätzen für unsere westliche Technologie. Vom Erlös hat die Bevölkerung leider nichts.

Die Erkrankungen, die wir sehen, ähneln sich in den Ländern oft. Die vielen Verbrennungen am offenen Feuer, schlecht versorgte Frakturen, Missbildungen, Infektionen und natürlich körperliche Defizite durch Mangel- und Unterernährung begegnen uns bei den Kindern in den Ambulanzen.

Kinder und ihre Mütter sind die Hauptleidtragenden und brauchen unsere Hilfe mehr denn je.

An dieser Stelle möchten wir allen ehrenamtlichen Teammitgliedern danken, die sich den Strapazen der Arbeit in ihrem Urlaub unterwerfen. Es sind nicht nur die Hitze oder tropische Schwüle, nein- auch wir kämpfen während des Einsatzes mit Strom- und Wassermangel. Gewohnt wird zudem in einfachen Unterkünften mit wenig Komfort. Das macht bescheiden und dankbar für unser Leben. ■

Text: Klaudia Nußbaumer

Betken & Potthoff
... gut für Ihr Auto.



GEWERBEPARK 36 | 59069 HAMM
INFO@BETKENUNDPOTTHOFF.DE
TEL. 02385 / 1755

MEHR UNTER:



MEHR UNTER:



Autohaus Rhyner

OBERSTER KAMP 1 | 59069 HAMM
INFO@AUTOHAUSRHYNERN.DE
TEL. 02385 / 439

Miele
IMMER BESSER



Design for life.

Die neuen Küchen-Einbaugeräte
von Miele

Wir beraten Sie gern

Möbel **Wachter**
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

KOMPLEXE
KOMMUNIKATION
EINFACH MACHEN.

www.einfach-wilke.de

Wilke

Einfach **kommunizieren.**



Einfach **informieren.**



DIGITAL

PORTAL

DRUCK

AKADEMIE

AGENTUR

VERLAG

mit uns

immer ausgezeichnet versorgt

geprüfte Qualität: Strom und Erdgas für Hamm



DtGV | Deutsche Gesellschaft für Verbraucherstudien mbH

Q dtgv.de

GEPRÜFTE QUALITÄT

HERAUSRAGENDER Regionalversorger 2022/23

Prüfung von Service, Tarifoptionen, Nachhaltigkeit & regionalem Engagement
11/2022, dtgv.de/6803

Strom Gas

ENERGIEVERBRAUCHERPORTAL

TOP

LOKALVERSORGER

2023

STROM & GAS

Hamms gute Geister | www.stadtwerke-hamm.de





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 - 10
Fax 02381 - 8 71 72 - 19
info@hammer-forum.de

www.hammer-forum.de

FOLGEN SIE UNS AUCH AUF SOCIAL MEDIA

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

LAYOUT

HOCH5 GmbH & Co. KG
Zum Stellwerk 10
32257 Bünde
Tel. 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.



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

