



KINDER 1/25

**Stimmen in der Not –
Das unsägliche Leid der Kinder**

Gemeinsam mehr erreichen

 **HAMMER
FORUM**
Medical Aid for Children

INHALT

- 03 Vorwort
- 04 Aktuelle Themen
 - 04 DR Kongo
Unlösbare Probleme in der Gesundheitsversorgung
 - 08 Jemen
Bürgerkrieg im Jemen bringt Zerstörung, Hunger, Leid und Tod
 - 10 Somaliland
Kleiner Fortschritt in der medizinischen Versorgung
 - 15 Somaliland
Einsatzbericht Somaliland aus anästhesiologische Sicht
 - 17 Nablus
Einsatzbericht Nablus in der Westbank / Palästina
 - 22 Mauretanien
Das ziemlich unbekannt Land in Westafrika schweren Herzens beendet
 - 26 Guinea-Bissau
Rachitis, das grosse Problem im Osten von Guinea-Bissau
 - 30 Gabu
Hitze, Starkregen ... und kein Strom
- 32 Weitere Eindrücke
Impressum und Kontakt

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

Kinder sind unsere Zukunft. Aber Kinder sind auch unsere Gegenwart – und für viele Mädchen und Jungen ist ihre Gegenwart alles andere als lebenswert. Ich denke zum Beispiel an die vielen schwer kranken, verletzten und traumatisierten Kinder in Kriegs- und Krisengebieten auf der ganzen Welt. Sie brauchen unsere Hilfe und unsere besondere Unterstützung und Zuwendung. Auch sie verdienen es, in Frieden und gesund in ihr Leben zu starten.

Das Hammer Forum ist ein besonders schönes Beispiel dafür, was Bürgerinnen und Bürger gemeinsam mit medizinischem Personal und zahlreichen Helferinnen und Helfern für die Kleinsten und Schwächsten in Kriegs- und Krisengebieten leisten können. Seit fast 35 Jahren versorgen seine ehrenamtlichen medizinischen Teams Kinder in ihren Heimatländern. Sie werden dabei von vielen Menschen aus Deutschland unterstützt. Sie helfen auch dort, wo sie sich selber in Gefahr begeben. Diese Teams untersuchen, behandeln und operieren. Sie organisieren, sie bauen auf und sie schenken vor allem eins: den Kindern und ihren Familien Hoffnung und neuen Mut. Und sie helfen

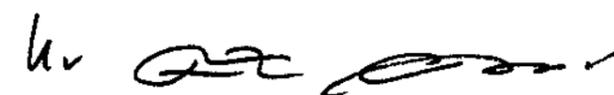
nachhaltig: Mit der Aus- und Fortbildung des einheimischen medizinischen Personals und dem Aufbau von Gesundheitszentren leisten sie Hilfe zur Selbsthilfe.

Das Hammer Forum wurde während des Zweiten Golfkriegs gegründet und engagierte sich zunächst in der Versorgung der Kinder dieses Kriegsgebietes. Heute agiert es weltweit. Besonders Afrika und der Nahe Osten, aber auch Unterkünfte für Geflüchtete in Griechenland bilden zurzeit den Arbeitsschwerpunkt der Teams. Wichtig ist ihnen, die Kinder unmittelbar in ihrer Heimat zu versorgen. Und sollte das einmal nicht gehen, ermöglichen sie einen Transfer nach Deutschland, um die Kinder hier optimal zu versorgen, bevor sie nach der Behandlung in ihre Heimat zu ihren Familien zurückkehren können.

Vieles ist also nötig und möglich, um Kindern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Das aber werden wir nur schaffen, wenn sich viele Menschen für Kinder stark machen. Mit großem Respekt und von ganzem Herzen danke ich dem Hammer Forum und seinen vielen Ehrenamtlichen für ihren so wichtigen und so menschlichen Einsatz.

Auch Sie möchte ich dazu ermutigen, dieses großartige Engagement zu unterstützen, sei es durch eine Spende, als Ehrenamtlicher, als Fördermitglied oder auf einem anderen Weg.

Herzlichen Dank für Ihre Hilfe!



Hendrik Wüst MdL

Ministerpräsidenten des Landes
Nordrhein-Westfalen





4

📍 DR Kongo
Bericht von Dr. Emmanouilidis
(vom 16.11 bis 01.12.2024)

Nach etwa 8-stündiger Flugzeit von Brüssel aus mit dem Airbus 300-330 landeten wir in der Hauptstadt Kinshasa. Wir wurden abgeholt. Die meisten von uns Teamteilnehmern (10 Personen) übernachteten zu zweit in den spartanisch eingerichteten Zimmern im Kloster Don Bosco. Die Toiletten – noch weniger als spartanisch – befanden sich im Flur.

Am nächsten Morgen um 06:30 Uhr fuhren drei von uns mit unserem Pickup und dem Gepäck Richtung Kikwit.

Die übrigen 7 fuhren mit dem Bus. Wie immer fanden unterwegs 7 mal Polizei-Kontrollen statt. In unserem Zielort Kikwit kamen wir um 15:15 Uhr an. Wir waren müde und nicht ausgeschlafen, trotzdem gingen wir auch diesmal gleich um 16:00 Uhr zum Hospital. Wir haben mit den Konsultationen der Kinder angefangen. Etwa eine Stunde später kam auch der Bus an. Obwohl es Sonntag war, warteten viele Eltern mit ihren Kindern auf uns (Fotos 1-2). Über 50 Kinder konnten wir bis 19:30 Uhr untersuchen.



Klinische Fälle

Das 2-jährige Mädchen hatte seit der Geburt einen großen Bauch (Foto 3). Schon vor einem Jahr wurde durch Ultraschalluntersuchung der Tumor diagnostiziert. Danach keine Therapie und keine OP-Indikation. Die Eltern machten keine richtige Angaben. Hatten sie evtl. kein Geld für die Operation? Es handelt sich bei diesem Kind um einen angeborenen Nierentumor sog. Wilms-Tumor, (Foto 4, gelb markiert). Wir konnten die Niere mit dem Tumor total entfernen. Eine Biopsie führten wir durch. Bei der abendlichen Visite gaben wir der Kleinen einen Lolli. Sie nahm ihn gerne und lutschte gleich dran. Am nächsten Tag konnte sie entlassen werden.

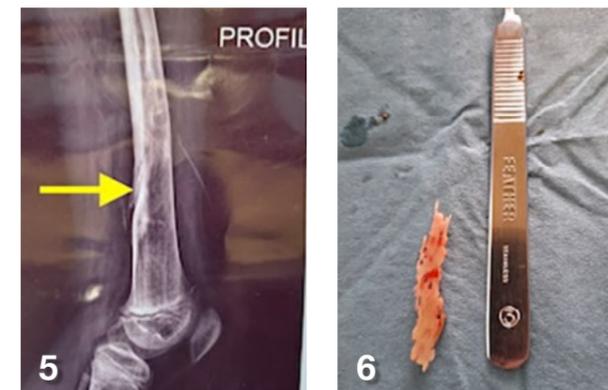


Dieses 3,5-jährige Mädchen erlitt Verbrennungen an beiden Beinen. Durch unsachgemäße Behandlung entstanden diese furchterlichen Kontraktionen (Foto 7). Das Kind konnte nicht mal aufstehen. Das Kind mussten wir, wie im Bild (Foto 8) zu sehen ist, lagern, um die Kontraktur zu beseitigen. Fünf Stunden hat die Operation mit Eingipsen gedauert (Fotos 9-10). Wir waren mit dem Ergebnis zufrieden.



5

Beim 14-jährigen Mädchen fistelt es seit 2 Jahren aus der Innenseite des linken Oberschenkels. Im Röntgenbild ist ein Sequester (Foto 5, abgestorbener Knochen, gelber Pfeil), zu sehen. Diese Fistel kann nur dann zuheilen, wenn dieser abgestorbene Knochen entfernt wird. Wir konnten das Sequester entfernen (Foto 6).



Am Ende der Operation mussten wir improvisieren. Wir konnten mit zwei Metallstangen das Knie überbrücken und mit Gips die Stangen am Oberschenkel und über den Knöcheln fixieren (Foto 11). Nach 10 Tagen soll dieses Konstrukt entfernt werden. Beim nächsten Einsatz im März 2025 wollen wir auch das zweite Bein operieren. →

Das 5-jährige Mädchen trug die Mutter in ihren Armen. Seit etwa 2 Jahren liegt das Kind auf der linken Körperseite und klagt über starke Schmerzen. Die mitgebrachte



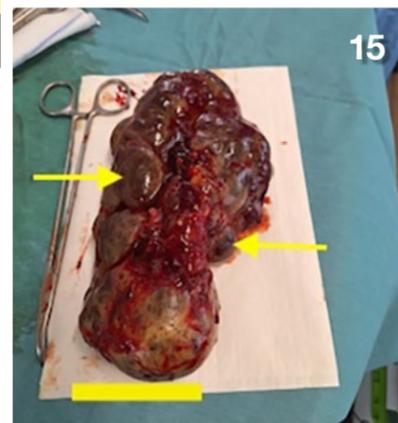
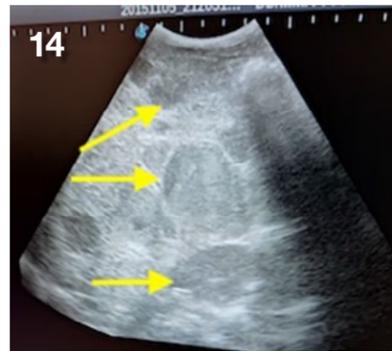
Röntgenaufnahme zeigt (Foto 12, markiert gelber Kreis), die gesamte Beckenhälfte rechts plus Hüftgelenk und 1/3 des Oberschenkelknochens sind völlig lysiert. Wahrscheinlich handelt es sich um einen bösartigen Knochentumor. Wir haben eine Knochen-Biopsie durchgeführt. Diese wird im Pathologischen Institut im Klinikum Herford untersucht.

Dieser 11-jährige Junge erlitt bei einem Motorradunfall eine komplette Unterschenkelfraktur mit Hautdefekt. Drei Tage bevor wir kamen operierte ihn ein einheimischer Kollege. Leider legte er die Metallplatte unbedeckt, mit nur 2 Schrauben und drei Fäden (Foto 13, gelbe Pfeile) über die Platte, um den Knochenbruch zu fixieren. Völlig insuffizient und sehr unprofessionell. Wir haben mit ihm gesprochen. Er war einverstanden, dass wir alles entfernen und einen Fixateur anlegen, d. h. den Knochenbruch von



Einen Dank sage ich allen, die das Lager aufgeräumt und sortiert haben.

Bei diesem Einsatz haben wir 14 Splenektomien (Milzentfernung) durchgeführt. Im Äquatorbereich gibt es viel Sichelzellanämie. Im Zentrum der Elektrophorese sind über 1.200 Sichelzellanämien (Drepanozytosen) registriert. Die Ultraschalluntersuchung (Foto 14) zeigt über 12 Milzinfarkte (gelbe Pfeile). Die entfernte Milz besteht fast ausschliesslich aus Infarkten.



Der 2-jährige Junge erlitt vor gut einem Jahr Verbrennungen in der rechten Hand. Alle 5 Finger waren betroffen und die Kontraktionen waren massiv. Zusätzlich waren die Finger II-V zusammengewachsen, sodass nur die Endglieder frei waren. Über 4 Stunden dauerte die Operation, bis alle Finger mobilisiert und in Streckstellung gebracht wurden. Alle Hautdefekte wurden mit Vollhaut aus dem Unterbauch gedeckt. Der Gipsverband soll erst nach 8 Tagen entfernt werden. Fotos 16-18.



ZUSAMMENFASSUNG

Team, von Rechts: Vorne Frau M. Lauterbach (Anästhesie Schwester), Frau B. Jüdemann (OP-Schwester), Frau D. Broadbent (Krankenschwester), Dr. A. Tomescu (Anästhesist), Dr. Th. Emmanouilidis (Chirurg), Dr. G. Braun (Anästhesist), Frau K. Liebsch (OP-Schwester), Frau Dr. H. Öhl (Kinderchirurgin), Herr A. Godau, (Student), Frau R. Gallau (Anästhesie-Schwester).

Seit unserem ersten Einsatz im Jahre 2003 hat sich die medizinische Versorgung der Bevölkerung nicht verbessert. Grund dafür sind nicht nur der schlechte Strassennetz-Zustand mit den großen Distanzen im zweitgrößten Land Afrikas mit 2,34 Mill-Quadratkilometern, sondern auch die fehlenden finanziellen Mittel und die hohe Korruption.

An abgelegenen Orten findet man kaum gut ausgebildetes medizinisches Personal. Dort sind die Medizinmänner aktiv. Auf dem Korruptionswahrnehmungsindex von Transparency International steht die DR Demokratische Republik Kongo 2023 auf Rang 162 von 180 Ländern.

Im Nord-Osten des Kongos terrorisieren über 100 bewaffnete Gruppen die Bevölkerung. Vor allem ist dort „Allied Democratic Forces“ sehr aktiv, die zum „Islamischen Staat“ zugerechnet wird. Auch die Kriminalität ist hoch. Etwa ein Viertel der über 100 Mill. Bevölkerung leidet unter Hunger. 2007 waren in Kikwit 25 Ärzte angestellt und hatten im Durchschnitt 150 Patienten zu versorgen. Von Jahr zu Jahr wurden sie mehr. Jetzt sind es 160 Ärzte und versorgen ca. 100 Patienten. Dieses Arzt-Patienten Missverhältnis kann sich kein anderes Land erlauben.

Wir konnten in knapp 11 Tagen 298 Kinder untersuchen und 143 davon operieren. Dazu kommen ca. 40 Ultraschalluntersuchungen. Diesmal waren viele Eltern dabei, die kein Geld für Blutuntersuchungen oder

Röntgen oder andere Laborleistungen an das Hospital bezahlen konnten. Das Hammer Forum übernahm diese Kosten. Einige Milch Kinder kamen dazu, die auch von uns versorgt wurden.

November ist Regenzeit in Kikwit. Es hat viel geregnet, häufiger in der Nacht, sodass am Tag Kinder zu uns kommen konnten. Wir sind auch in Kikwit Selbstversorger. Wir haben viele Lebensmittel aus Deutschland mitgenommen. Alles, was wir zum Kochen brauchen und vor Ort kaufen konnten, haben wir dort gekauft. Das gekochte Essen hatte uns immer gut geschmeckt.

Ich danke dem gesamten Team für die sehr gute geleistete Arbeit, für das angenehme Arbeitsklima. Danke gebührt auch dem einheimischen Personal, das mitmachte und uns unterstützte. Insbesondere möchte ich die Drs Mabaya und Ebun erwähnen, die die ganze Zeit dabei waren.

Ein großer Dank gebührt unserem Projektleiter vor Ort Herrn Dr. Tollo, der uns nicht nur in sein gemietetes Haus wieder aufnahm, sondern auch alles so weit organisierte, dass wir uns auf die eigentliche Arbeit konzentrieren konnten. ■



BÜRGERKRIEG IM JEMEN BRINGT ZERSTÖRUNG, HUNGER, LEID UND TOD

Jemen
Bericht von Dr. Sami Alsharaby

Seit dem Ausbruch des Kriegs im Jahr 2015 verschlechtert sich die wirtschaftliche Lage im Jemen. Im Krieg werden alle Komponenten der Wirtschaft des Landes zerstört, Straßen abgeschnitten und Ressourcen reduziert oder sind fast nicht mehr vorhanden.

Während des Krieges verloren die Bürger ihre Arbeit und ihr Geld, und einigen wurden ihre Häuser zerstört. Die Bürger erlitten viele Verluste, und die meisten von ihnen waren gezwungen, ihre Häuser zu verlassen und sichere Gebiete abseits der bewaffneten Auseinandersetzungen zu suchen, um ihr Leben und das ihrer Kinder zu retten, und ihre Häuser und Arbeitsplätze zurückzulassen.

Doch die aufeinanderfolgenden Wellen der wirtschaftlichen Verwüstung, die Verschlechterung der jemenitischen Währung und die Belagerung der Städte haben die Situation verschlimmert und die Bürger belastet.

Selbst das Gehalt, das manche Mitarbeiter erhalten, ist nichts wert im Vergleich zu den hohen Lebenshaltungskosten und den stetig steigenden Lebensmittelpreisen.

Es reicht nicht aus, dass der Bürger den Nahrungsmittelbedarf seiner Kinder deckt. Und seit der Epidemie ist die wirtschaftliche Lage im Jemen katastrophal.

Die meisten Bürger im Jemen haben ein geringes Einkommen oder arbeiten für einen Tagelohn. Wegen des Krieges haben sie ihre Arbeit verloren, und unter diesen Umständen gibt es fast keine Arbeitsmöglichkeiten.

Jede Familie besteht aus mindestens fünf Mitgliedern (Vater, Mutter, drei Kinder). Es gibt Familien, die aus zwölf Mitgliedern bestehen und das Familienoberhaupt kann sie nicht ernähren. Es gibt Familien, die eine kleine Mahlzeit am Tag zu sich nehmen, und das stillt ihren Hunger nicht.

Seine katastrophale wirtschaftliche Lage und die tödliche Wirtschaftsblockade, töten jemenitische Kinder und lassen sie verhungern. Wer wird sie aus dieser Situation retten?

Das Hammer Forum hilft den Kindern dieser Familien schon seit langer Zeit, und die Bewohner waren dankbar dafür und warteten gespannt auf die Ankunft der Lebensmittelkörbe vom Hammer Forum.

Die jemenitischen Bürgerinnen und Bürger haben all die Liebe und den Respekt für das Hammer Forum und hoffen, dass diese Unterstützung so zurückkehrt wie in der Vergangenheit, denn das Hammer Forum hat immer mit Barmherzigkeit und Güte auf die jemenitischen Bürger und auf ihre Kinder geblickt. ■



Diese Kinder und ihre Familien – insgesamt 240 – erhalten vom Hammer Forum Lebensmittelpakete.





KLEINER FORTSCHRITT IN DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

Somaliland
 Bericht von Dr. Emmanouilidis und Dr. Dr. Moussa
 (vom 13. bis 23.12.2024)

Im November 2024 fanden erneut Parlamentswahlen statt. Die Opposition hat die Wahlen gewonnen. Alles ist friedlich gelaufen, der Wechsel wurde reibungslos und friedlich durchgeführt. Das Parlament besteht aus dem Repräsentantenhaus, dessen Abgeordneten vom Volk gewählt werden, und dem Ältestenrat, in dem die Vorsitzenden der Clans sitzen. Der Parlamentspräsident ist immer einer vom

Ältestenrat. Die Clanchefs haben großen Einfluss auf die Politik und schlichten auch bei Konflikten. Die Terror-Organisation Al Shabbab verübt in Somalia Überfälle und terrorisiert die Bevölkerung, sie hat aber im Somaliland keinen Fuss gefasst. Darauf ist die Bevölkerung im Somaliland stolz. Bei vielen Gesprächen wird das immer wieder betont.

Dieser Einsatz ist mein 12. im Somaliland. Seither beobachte ich die positive Entwicklung im Gesundheitswesen. Inzwischen sind einige Ärzte, die ins Ausland gegangen waren, um sich zu spezialisieren, zurückgekommen – Pädiater, Chirurgen und andere Fakultäten. Die Versorgung der Kinder z. B. erfolgt noch besser als vor 3 Jahren. Neben dem alten Kinderklinikgebäude wurde ein zweistöckiges neu gebaut. Alle Betten komplett wurden vom Hammer Forum gespendet und mit 6 großen Containern hin geschickt. Anfang des Jahres soll der Umzug stattfinden. Mit viel Verbrauchsmaterial und Narkosemitteln reisten wir hin.

Als wir am 14.12 um 15 Uhr in der Kinderklinik ankamen, saßen vor der Ambulanz bereits viele Kinder mit Ihren Müttern bzw. Eltern. Wir Chirurgen haben



sofort zusammen mit den einheimischen Kollegen angefangen, die Kinder zu untersuchen. Das übrige Personal bereitete die OP-Säle für den nächsten Tag vor. Im Oktober war ein Italienisches Team dort gewesen. Deshalb fanden wir die OP-Säle nicht so vor, wie wir sie beim letzten Einsatz belassen haben (Fotos 2-3).

Klinische Fälle
 Bereits am ersten Tag wurden wir informiert, dass in der Neonatologie-Station drei Neugeborene (1 Tag, 5 und 6 Tage alte Säuglinge) mit Analfehlbildung liegen.

Wir haben die Neugeborene untersucht. Bei den zwei männlichen mussten wir operieren. Der weibliche Säugling hatte eine sog. Rectovaginale Fistel (Verbindung zwischen Mastdarm und Scheide). Daraus entleerte sich das Meco-

nium. Diesen Säugling haben wir entlassen und er soll bei unserem nächsten Einsatz operiert werden. Bei den beiden anderen haben wir einen Seitenausgang (Colostoma) gelegt. Der 6 Tage Säugling erholte sich in den nächsten 3 Tagen schnell. Der zweite musste Sauerstoff bekommen. Unser Neonatologe legte gleich einen CPAP (kontinuierlicher Atemwegsüberdruck d.h. bei der CPAP-Therapie wird während des Schlafs mit einem leichten Überdruck Raumluft über eine Maske in die Atemwege gepumpt) an, weil er nur unter CPAP vom OP-Saal aus auf die Station verlegt werden konnte. Da er sich auch unter CPAP nicht richtig erholte, wurde am 23.12. eine Herzultraschalluntersuchung durchgeführt. Dabei wurde ein Herzfehler (Vorhofseptumdefekt VSD) gefunden.

Bei beiden Neugeborenen wurde die traditionelle Skarifizierung (Narben in der Haut setzen, fast immer mit heissem Eisen) vom Mediziner (nicht im Hospital) im Bauchbereich durchgeführt (Fotos 4-5).

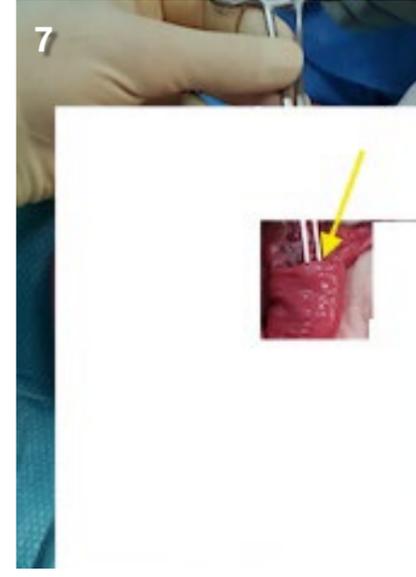


Auch beim nächsten 3-jährige Mädchen wurde mehrfach eine Skarifizierung durchgeführt, weil sie ständig erbrach. Das kleine Mädchen war ziemlich mager, wog knapp 8kg. Nach Angaben der Eltern



erbrach es vor allem nach dem Essen. Wir ordneten eine Magendarmpassage (Röntgen) an. Diese brachte keine richtige Diagnose. Bei der Vorgeschichte haben wir den Eltern empfohlen, eine diagnostische Laparotomie durchzuführen, weil wir an ein leichtes Passage-Hindernis im oberen Magendarmbereich dachten. Ohne Zögern und ziemlich spontan sagten sie zu.

Wir waren überrascht, als wir eine Darminvagination (Einstülpung eines Darmabschnittes in einen anderen) vorfanden (siehe Fotos 6-7 gelber Pfeil und Klemme). →



Das 1,5 Jahre alte Kind kann nur nach Einlauf wenig Stuhl entleeren. Auch bei diesem Kind haben mehrmals Skarifizierungen statt gefunden (Foto 8). Wir stellten fest, dass direkt oberhalb des Anus in Höhe der sog. Linea dendata eine harte Einengung besteht. Wir mussten zunächst einen Seitenausgang sog. Colostoma legen.



Das 2-jährige Kind hatte vor einem Jahr Fieber und Schmerzen im linken Oberarm. Ca. 6 Monate später schwoll der Oberarm an. Man hatte den Arm operiert. Es soll viel Eiter abgelaufen sein. Jetzt kam das Kind zu uns. Im Röntgenbild ist eine Panosteomyelitis (ganzes Knochenmark ist entzündet) mit einem langem Sequester (abgestorbener Knochen) (gelber Pfeil, Foto 9) zu sehen. Wir haben das Kind operiert, den Sequester entfernt (Foto 10) und um das Knochenmark resorbierbaren Schwamm mit Antibiotikum gelegt.



Das 3-jährige Kind hatte erst eine kleine Schwellung im linken Mundwinkel bekommen, die erst traditionell behandelt worden war. Später war ein Abszess entstanden, dieser nur gespalten, aber nicht sachgemäß behandelt wurde. Ohne Abstrich und ohne Antibiotikum. Diese Infektion (Noma) entsteht meistens durch das Fusobakterium necrophorum. Wenn rechtzeitig Antibiotika angesetzt werden, heilt die Entzündung vollständig ohne Folgeschäden. Noma kommt hauptsächlich in Afrika und Asien vor. Jährlich erkranken etwa 100.000 Kinder vor allem unter 5 Jahre alt, und bis zu 90 % von ihnen sterben in den ersten 2-3 Wochen an dieser Krankheit. Wir führten Reinigungs-Operationen durch. Später soll Mund-Gesicht-Chirurgisch der Defekt gedeckt werden (Foto 12).



Das 8-jährige Mädchen erlitt vor 7 Jahren Verbrennungen im linken Arm. Die Hand im Handgelenk ist völlig deformiert und an den Unterarm um 180° gedreht und fixiert. Erst jetzt kam es zu uns. Wir haben mit den Eltern besprochen, dass nach 7 Jahren der 4. und 5. Finger nicht mehr repariert werden kann und wir amputieren müssen. Ausserdem werden wir die Hand im Handgelenk nicht 100 % rekonstruieren können. Evtl. müsste später eine zweite Operation erfolgen (Fotos 13-15: 4. und 5. Finger; Fotos 16-18: Direkt nach der Operation und nach dem Röntgen).



Ein 14 Jahre alter Junge, der seit über einem Jahr über Bauchschmerzen klagte. Beim Urinieren waren die Schmerzen heftiger. Im Ultraschall konnte ein Harnblasenstein nachgewiesen werden. Wir konnten diesen 3,3 x 2,2cm großen Stein operativ entfernen (Foto 11).

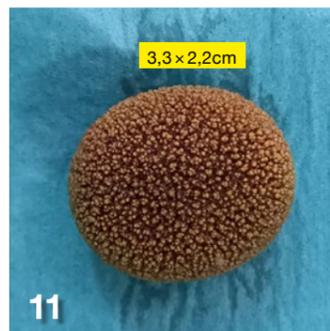
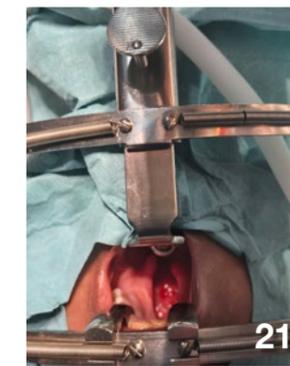
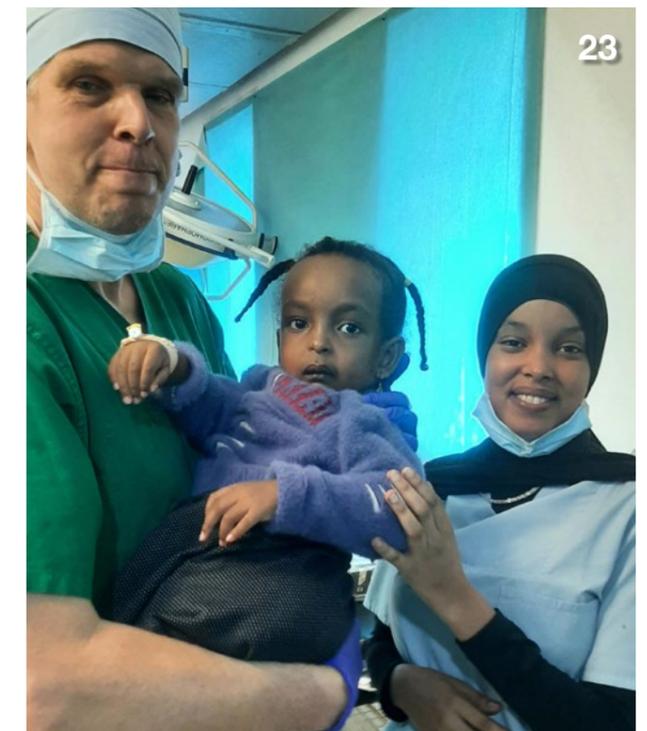


Foto 19: Vor der Operation. Foto 20: Nach der Operation. Foto 21: Grosse Gaumenspalte. Foto 22: Direkt nach der Operation.



Auch diesmal haben die einheimischen Kollegen fleissig assistiert. Sehr aktiv war vor allem Schwester Mona (Foto 23). Sie wusste ganz genau, wo die Instrumente sind, das Verbrauchsmaterial, wie der Steri zu bedienen ist, und wo Dies und Jenes zu finden ist. Sie war uns eine große Hilfe. Auch die Betten auf der Kinderstation hat das Hammer Forum gespendet. →





Wir konnten in 6 Tagen 235 Kinder untersuchen und davon 82 operieren. Das ist nur deshalb gelungen, weil das gesamte Team für reibungslosen Ablauf gesorgt hat und weil alle bis spät abends aktiv geholfen haben, alle eingeplanten Operationen zu Ende führen. Deshalb sagen wir dem Team „ihr wart spitze, freundlich und sehr harmonisch, wir danken dafür“.

Team von rechts: Dr. Dr. I. Moussa (MGK-Ch), Dr. F. Worthmann (Anästhesist), Frau A. Angerhofen (OP-Schwester), Frau N. Sültenfuss (OP-Schwester), Dr. T. Benterud (Kinderarzt und Neonatologe), Dr. K. Rüsse (Anästhesistin), Dr. T. Emmanouilidis (Chirurg), Herr Ch. Schieckel (Anästhesie-Helfer).

Ein besonderer Dank auch an Herrn Dr. Torkil Benterud aus Norwegen, er brachte CPAPs aus Norwegen mit und baute sie im kritischen Moment für die Säuglinge zusammen. Er übernahm auch die postoperative Therapie. Zusätzlich konnte er in einem Gespräch mit vielen Teilnehmern (Ärzte und Schwestern der Kinderklinik) über die Handhabung und Funktion der CPAP informieren.

Ein besonderer Dank an die beiden OP-Schwestern, die zum ersten Mal überhaupt mit dem Hammer Forum dabei waren und, ohne eingewiesen worden zu werden, alles zusammen mit der einheimischen Schwester Mona bestens vorbereiteten, so liefen die OPs reibungslos. Selbst dann lief alles reibungslos, als eine von den Schwestern erkrankte und das Hotelbett für

2 Tage nicht verlassen konnte. Allesamt haben dafür gesorgt, dass die vorgesehenen Operationen durchgeführt wurden.

Wir sagen auch Herrn Christoph danke, er war die ganze Zeit einziger Anästhesiehelfer und betreute anästhesiologisch beide OP-Tische. Die gespendeten Betten von der katholischen Hospitalvereinigung Weser-Egge stehen im neuen Gebäude des Kinderhospitals, was uns besonders freute. Wir möchten uns an dieser Stelle bei der katholischen Hospitalvereinigung Weser-Egge ausdrücklich für die großartige Unterstützung bedanken und hoffen auf weitere Spenden.

Danken wir auch dem einheimischen Personal, das uns die ganze Zeit begleitete, ohne sie wäre unser Einsatz nicht so erfolgreich gewesen. Einen Dank möchten wir auch dem Küchenpersonal des Hospitals für das köstliche Mittagessen aussprechen.

Und zum Schluss möchten wir dem Team einen Dank für das angenehme Arbeitsklima und den Zusammenhalt aussprechen. ■



EINSATZBERICHT SOMALILAND AUS ANÄSTHESIOLOGISCHE SICHT

📍 Somaliland
Bericht von Dr. Worthmann
(vom 13. bis 22.12.2024)

Am 13.12.2024 startete der Einsatz abends am Frankfurter Flughafen mit 7 Teammitgliedern. Leider wurde eine Anästhesieschwester fälschlicherweise für diesen Einsatz eingeplant, obwohl sie gar nicht konnte. Somit war Ch. Schieckel als alleiniger Anästhesiepfleger bei diesem Einsatz voll gefordert. Als weiteres achtetes Teammitglied stieß ein Neonatologe aus Norwegen 2 Tage später zu uns dazu, was sich noch als sehr, sehr hilfreich erweisen sollte. Für die beiden OP-Schwestern war es der erste Einsatz dieser Art, und auch hier sei vorweg genommen, sie bewältigten ihre Aufgaben von der ersten Stunde an perfekt.

In Hargeysa angekommen, fehlten dann mehrere Koffer, in denen teilweise auch medizinisches Equipment enthalten war. Nach längeren Diskussionen mit dem Flughafenpersonal erfuhren wir, daß die Koffer in Dubai hängen geblieben sind und zwei Tage später nachkommen würden. So konnten wir zunächst ins Hotel fahren und anschließend in der Klinik die Arbeitsplätze vorbereiten. Das Interieur fanden wir so vor, wie es

beim letzten Einsatz verlassen wurde. Es schien sogar so, als ob kleine Renovierungen durchgeführt wurden. Jedenfalls wirkten die OP-Säle frisch gestrichen.

Es folgten dann 6 Arbeitstage, die sehr intensiv waren und zeitweise bis 21:30 Uhr gingen. Das war besonders für die Anästhesiepflege sehr stressig, da er beide Tische versorgen mußte. Auch hatten wir den Eindruck, daß dieses Mal mehr teilweise sehr kleine Kinder, Säuglinge, Neugeborene und auch ein „Frühchen“ zu versorgen waren. Und hier erwies sich das Vorhandensein des Neonatologen sehr hilfreich. Wir benötigten einmal postoperativ eine CPAP-Beatmung auf der Station, und dies wurde von Torkil dann postoperativ in die Wege geleitet. Hier zeigte sich, daß die einheimischen Kollegen sich mit diesen Gerätschaften nicht auskannten, obwohl schon bei vorherigen Einsätzen die Geräte von ihm in dem Hospital eingeführt und eingewiesen worden sind. Das wurde dann zum Anlaß genommen, eine erneute Schulung durchzuführen und dann gleich noch weitere Patienten mit Muskeldystrophie im Hospital zu beatmen. Diese Schulung war so erfolgreich,



daß der einheimische ärztliche Leiter des Hospitals nach unserer Abreise uns mitteilte, ein weiteres Kind mit Pneumonie mit diesem Gerät zu behandeln. Somit ist zu hoffen, daß sich dieses Verfahren, welches bei uns alltäglich ist, sich dort nun auch etabliert.

Insgesamt hatten wir anästhesiologisch den Eindruck, daß sehr viele Kinder bronchiale Infekte hatten, was zu verlängerten Überwachungsphasen im Aufwachraum führte. Ein Umstand, der mit einer pflegerischen Anästhesiefachkraft nur grenzwertig zu leisten ist.

Insgesamt wurden während der 6 Arbeitstage 82 Operationen durchgeführt, darunter im MKG-Bereich teilweise mit herausforderndem Atemwegsmanagement, mehrere Abdominaleingriffe und plastische Versorgungen nach Verbrennungen.

Ferner erschien der OP-Ablauf teilweise chaotisch. Dies war dadurch bedingt, daß Patienten am OP-Tag einfach nicht erschienen sind, und bei anderen Kindern, die dann hätten operiert werden sollen, die Einwilligung nicht vorlag. Ein Umstand, welcher der muslimischen Gesellschaft geschuldet ist, da die immer anwesenden Mütter nichts entscheiden dürfen, bzw. nicht einwilligen dürfen, und man somit warten muß, bis ein männliches Familienmitglied eintraf. Dennoch erfuhren wir seitens des einheimischen Personals maximale Unterstützung, entweder bei der Besorgung fehlender Materialien, aber auch der bei der Narkoseführung.

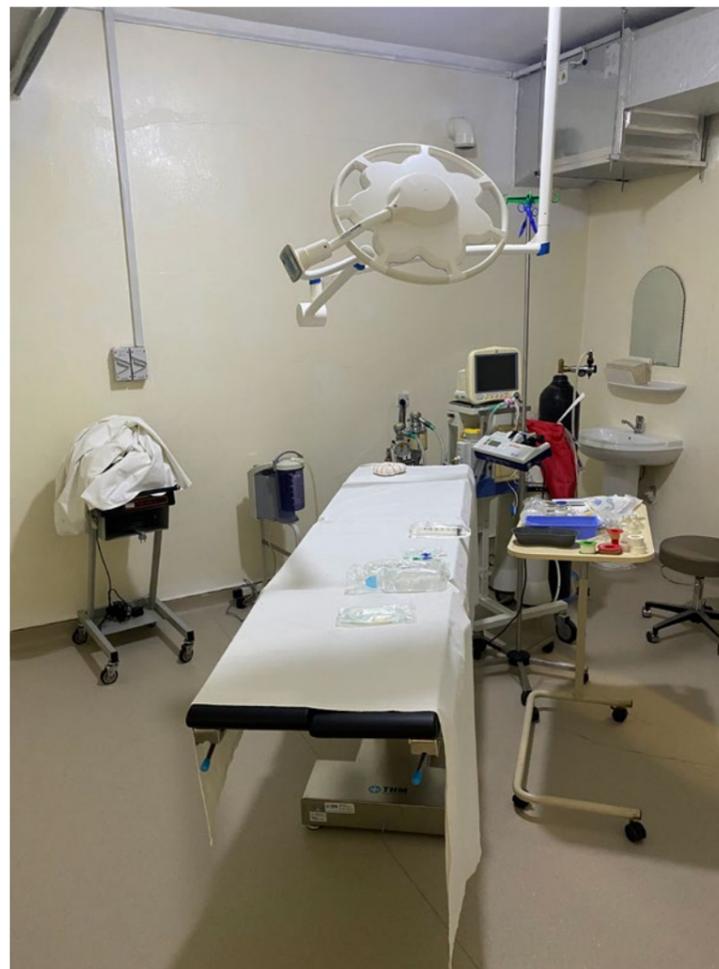


Abschließend waren sich alle Beteiligten einig, daß dies ein sehr intensiver, anstrengender aber auch befriedigender Einsatz war. Die Harmonie im Team während der 9 Tage war ausnehmend gut. Nur so konnte diese arbeitsintensive und zeitweise auch belastende Woche bewältigt werden.

Einig waren wir uns im Anästhesie-Team, daß man unter diesen teilweise widrigen Bedingungen in Kombination mit den anspruchsvollen Operationen immer mit 2 Pflegekräften und Anästhesisten/innen in solche Einsätze gehen sollte. ■



Auch bei der Anamneseerhebung waren die Kollegen vor Ort verständlicherweise eine große Hilfe. Ein Umstand, den man in Zukunft noch besser nutzen sollte, in dem man einen standardisierten Anamnesebogen entwirft, um doch in Zukunft noch mehr über die Kinder zu erfahren. Jedenfalls war dies ein Punkt, der in unserer Nachbesprechung erwähnt wurde.



EINSATZBERICHT NABLUS IN DER WESTBANK / PALÄSTINA



Nablus
Bericht von Dr. Dr. W. Ayad
10. – 18.01.2025

Das Team: Dr. Dr. Ibrahim Moussa, Dr. Nasim Ayad, Herr Walter Gerhards, Dr. Dr. Walid Ayad, Dr. Kathrin Rüsse, Dr. Beate Jonas, Frau Doris Broadbent

Die Vorbereitungen für den humanitären Einsatz in der West Bank hatten bereits im Jahr 2024 mehrfach stattgefunden und wurden immer wieder aufgrund der militärischen Unruhen in der Westbank sowie des andauernden Krieges in Gaza verschoben. Bei der Planung dieses Einsatzes waren wir jedoch entschlossen, ihn – soweit vertretbar – durchzuführen. Daher stand ich als Teamleiter in ständigem Kontakt mit unserer Partnerorganisation Palestine Children Relief Fund (PCRF), den Kollegen im Rafidia-Krankenhaus sowie mit unserem Fahrer, um die Lage gemeinsam einschätzen zu können und eine tragbare Entscheidung zu treffen.

Nach einer positiven Einschätzung der Lage haben wir beschlossen, die Reise anzutreten. Es folgte die Suche nach einer geeigneten Flugverbindung nach Tel Aviv, da die meisten Fluggesellschaften ihre Verbindungen dorthin bis Ende Januar bzw. März 2025 eingestellt hatten. Letztlich fand unser Reisebüro eine gute Verbindung über Warschau nach Tel Aviv, die auch in Bezug auf die Flugzeiten gut passte.

Vorsorglich hatten wir uns bereits auf der Krisenvorsorgeliste des Auswärtigen Amtes (ELEFAND) eingetragen. Kurz vor Beginn der Reise erfuhren wir, dass ab dem 1. Januar 2025 eine elektronische Registrierung mit

anschließender Genehmigung durch die israelischen Behörden verpflichtend ist. Alle Teammitglieder erledigten dies rechtzeitig und erfreulicherweise erhielten alle die Einreisegenehmigung.

So konnte das sechsköpfige Team bestehend aus Dr. Beate Jonas, Dr. Kathrin Rüsse, Frau Doris Broadbent, Herrn Walter Gerhards, Dr. Nasim Ayad und Dr. Dr. Walid Ayad am 10. Januar 2025 die Reise antreten. Das Team war erst am 11. Januar 2025 in Nablus vollständig, da Herr Dr. Dr. Ibrahim Moussa aus beruflichen Gründen einen Tag später anreiste.

Nach der Landung in Tel Aviv ließ man uns jedoch mit vielen Fragen ca. 2 Stunden warten, bis wir tatsächlich die Passkontrolle passieren durften. Alle Teammitglieder haben dann den Zollbereich ohne Probleme passieren können.

Der Fahrer unserer Kooperationspartnerin Palestine Relief Children Fund (PCRF) hat uns dann in Empfang genommen. Wir sind anschließend nach Nablus gefahren. Um ca. 20:00 Uhr kamen wir im Hotel an. Die Stadt Nablus war quasi verriegelt. Selbst unser erfahrener Fahrer musste sich Informationen holen, wie und auf welchem Weg man in Nablus reinkommt. →



Frau Dr. Rüsse und Frau Dr. Jonas beim präoperativen Gespräch

Nach ungefähr einer Stunde Umweg konnten wir nach Kontrolle durch ein israelisches Checkpoint in Nablus reinfahren. Anschliessend wurden wir von der Mitarbeiterin der PCRf Frau Hana Abdeen zum Essen eingeladen. Dabei hatten wir unseren Plan für den morgigen Screenings-Tag besprochen.

Am Samstag, den 11.01.2025 sind wir nach Hotelwechsel gegen 08:30 Uhr zum Rafidia-Krankenhaus gefahren. Da wir einige Koffer mit medizinischen Instrumenten und Materialien dabei hatten, sind wir trotz der kurzen Strecke zwischen unserem gewohnten Hotel und dem Krankenhaus (10 Fußminuten) am ersten Tag mit dem Auto gefahren. Danach sind wir täglich gelaufen. Bei dem Rafidia-Krankenhaus handelt es sich um ein rein chirurgisches Krankenhaus. An diesem Tag wurden von uns 81 Patienten angeschaut. Anschließend konnten sie von unseren Anästhesistinnen untersucht. Der OP-Plan wurde für die ganze Woche erstellt. Einige Patienten wurden auf die Warteliste gesetzt.

Frau Dr. Rüsse mit Herrn Walter Gerhalds beim Intubieren eines Spaltkindes.



Nach Ende der Screening sind wir gegen 18:00 Uhr mit den einheimischen Kollegen in den OP-Trakt gegangen, damit unsere Anästhesie-Teams eine Orientierungsrunde erhalten und die Geräte sowie Medikamentenlager vorgezeigt bekommen.

Ab Sonntag 12.01.2025 hatten wir täglich in zwei OP-Sälen parallel operiert. Kurz vorher waren wir zur Begrüßung beim neuen Krankenhausdirektor Dr. Fuad Nafaa. Dabei war auch der Verwaltungsdirektor und der Chefarzt der Anästhesie Dr. Akram anwesend. Die Dankbarkeit und vor allem der Respekt des Direktors waren speziell unter diesen politischen und militärischen Umständen in der Stadt Nablus deutlich zu spüren.

Operationen

Bei diesem 1,5 Jahre alten Kind wurde der Weich/Hartgaumen verschlossen.



Lippen-Kiefer-Gaumenspalte



Z. n. Weich-Hartgaumenspaltverschluss

Mit 6 Monaten wurde bei den beiden nächsten Kindern die Lippe verschlossen.



Doppelseitige LKG-Spalte



Jetzt: Lippenverschluss



Einseitige isolierte Lippenpalte



Z. n. Lippenverschluss

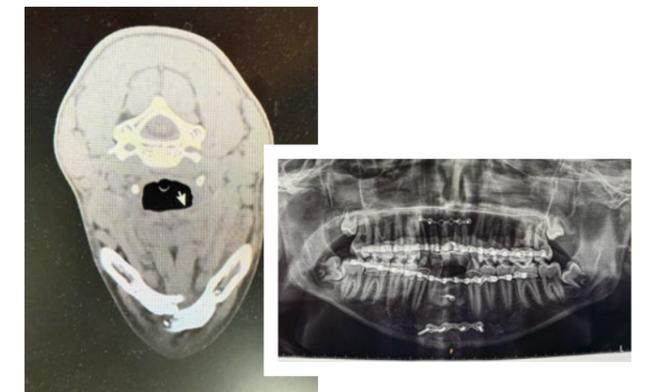


In der Zeit vom 12.-16.01.25 wurden von uns insgesamt 42 Kinder mit kieferchirurgischen Krankheitsbildern operativ versorgt.

Die meisten kieferchirurgischen Operationen waren kompliziert und/oder als Rezidive einzustufen und erforderten somit längere OP-Zeiten. An manchen Tagen haben wir bis ca 20:00 Uhr operiert.

Zwei Polytrauma-Patienten kamen dazu. Der erste war ein Jugendlicher, der vom Fahrrad aufs Gesicht gefallen war. Er hatte multiple Mittelgesichtsfrakturen und eine mediane offene Unterkieferfraktur. Der Zweite war ein Sturz von der vierten Etage mit Femorfraktur li. sowie multiplen BWK-Frakturen, Trümmerfrakturen des Mittelgesichtes, der Orbita und des Sinus Frontalis etc. Diesen Patienten haben wir zusätzlich zum regulären Programm versorgen müssen, da die einheimischen Kollegen mit der Komplexität dieser Fälle überfordert waren.

Ein 12 Jahre alter Junge mit Multiplen Frakturen, Z. n. Osteosynthese-Versorgung



Bei einigen Spaltkindern haben wir die Rekonstruktion des Kieferkammes mittels Beckenkammspongios als sekundäre Osteoplastik durchgeführt.



Z. n. Verschluss der nasalen Schleimhaut



Jetzt ist die Spongiosa eingebracht

Mutter hält das Kind und wollte gerne mit dem Team ein Foto haben.





Ausgedehnte Kieferzysten mit Frakturgefahr



Die Pathologie (Follikuläre Zyste)



Postoperatives Bild

Parallel zur Aus- und Einleitung der Patienten durch die Anästhesie wurden immer wieder von mir und Dr. Dr. Ibrahim Moussa weitere Kinder untersucht. Dadurch erhöhte sich die Zahl der untersuchten Kinder von 81 auf 111 Patienten.



Multiple Kontraktionen nach Verbrennung



Nach Korrektur mittels Z-Plastik

Mit den einheimischen Kolleginnen und Kollegen wurden täglich morgens und abends Visiten abgehalten und gemeinsam operiert, um ihnen neue Standards, Ideen und OP-Techniken im Sinne einer Fortbildung zu vermitteln. Insgesamt lief die Zusammenarbeit mit den Kollegen des MKG-Departments deutlich besser als in den Vorjahren. Dies Mal war wieder Dr. Ali Hantash ständig bei mir oder beim Dr. Dr. Moussa im Saal und hat teilweise selbstständig operiert.

GESAMTSTATISTIK

SCREENING	111
OPERATIONEN	42



BERICHT DER ANÄSTHESIE

Von Frau Dr. Beate Jonas

Die leitende Anästhesie-Schwester Samah mit Walter Gerhards, Dr. Kathrin Rüsse und Dr. Beate Jonas

Vom 10. – 18.1.25 haben wir uns mit einer etwas kleineren Gruppe als geplant in Nablus im Rafidia-Hospital aufgehalten. Der Flug mußte über Warschau gehen, das hat alles problemlos geklappt, auch wenn wir sparsam mit unserem Gepäck sein mußten.

In Nablus wurden wir in der Anästhesie äußerst freundlich begrüßt und bekamen eine sehr fitte Anästhesie-Pflegeleitung als Ansprechpartnerin und Helferin in allen Fragen an die Seite gestellt. Sie zeigte sich erfreut über die Abgabe von Dantrolene und nasalen und Woodbridge-Tuben, ansonsten mangelt es in der Abteilung an nahezu nichts. Opioide für die postoperative Schmerzlinderung hatten wir dabei und auch eingesetzt, denn dort wird meist nur Paracetamol benutzt. Meine Kollegin Kathrin Rüsse als Kinderanästhesistin konnte sich voll einbringen, sie wurde sogar wegen eines anderen Kindes um Rat gefragt, was wir als hohen Vertrauensbeweis einschätzten, und wir durften auch alle vorhandenen Gerätschaften für schwierige Intubationen nutzen. Perfusor-Pumpen gibt es, werden aber fast nie eingesetzt, Remifentanyl gibt es nicht. Ich habe sie zumindest für Propofol genutzt, um ein bißchen Sevorane zu sparen.

Das Aufwachzimmer war gut besetzt, die Patienten wurden aber wie immer sehr früh auf Station verlegt bei Hochbetrieb in sechs Sälen auch nötig! Besonders war diesmal auch die Versorgung von zwei Trauma-Patienten mit Gesichtsfrakturen, die dank der mitgenommenen chirurgischen Ausstattung angemessen versorgt werden konnten.

Für einen nächsten Einsatz würde ich empfehlen, folgendes mitzunehmen: Woodbridge-Tuben in allen Größen für MKG-Chirurgie, nasale Tuben, gutes Laryngoskop mit langem Spatel (die dortigen waren alle ziemlich duster), Schere, Tuchklemmen für orthop. Operationen, Gänsegurgeln und neues Dantrolene bzw. das Nachfolgeprodukt. Opioide bei Bedarf und Narkoseprotokolle sind ebenfalls nötig, dort wird alles direkt elektronisch verarbeitet, aber in fließend arabisch, so dass uns die Dokumentation schwerfällt. Bei der Einreise gab es keine Probleme mit mitgebrachtem Material oder Medikamenten, nur auf der Rückreise wurden alle Koffer durchsucht.



Auch am Abreisetag haben wir bei allen unserer Patienten Visite abgehalten und das weitere Procedere mit den einheimischen Teams besprochen. Die Zusammenarbeit mit den Kollegen, Krankenschwestern und Pflägern vor Ort lief sehr gut.

Dass dieser Einsatz nach über ein Jahr Planung in Nablus stattfinden konnte, haben wir Frau Hana Abdeen und ihrem Team, verantwortliche Sozialarbeiterin der PCRf für Nablus und Umgebung, zu verdanken. Sie hat sich bestens um uns gekümmert. Frau Dr. Aziza Nassar hat uns als einheimische Kieferorthopädin bei allen Arbeiten Screening, Dokumentation, tägliche Visiten, Kontakt zur einheimischen niedergelassene Kollegen und Organisation im OP-Saal sehr geholfen. Ihr gilt unser besonderer Dank.

Auch dem Rafidia Hospital geführt vom Direktor Dr. Fuad Nafaa gilt unser besonderer Dank. Auch hierbei waren die Mitarbeiter des Krankenhauses sehr kooperativ.

Bei der Ehrung durch die PCRf und den Direktor des Krankenhauses

Die Ehrung des gesamten Hammer Forum Teams in Rafidia durch den Generaldirektor fand am letzten Arbeitstag Donnerstag 16.01.25 zu Arbeitsbeginn um 8:00 Uhr statt. Der Generaldirektor des Krankenhauses hat sich bei uns für das Kommen in dieser sehr angespannten Zeit, die geleistete Arbeit und vor allem für die Kontinuität unserer Einsätze bedankt. Man muss sagen, dass das gesamte Team vom Rafidia Hospital (Kollegen, Anästhesie-Techniker und OP-Pfleger, Stationen etc.) uns sehr freundlich und herzlich aufgenommen hatte, ganz besonders die Anästhesie-Abteilung.

Alle Teilnehmer unseres Einsatzes waren teamfähig und sehr diszipliniert. Jeder konnte sich auf den anderen verlassen. Es war auch ein sehr harmonisches Team. Am Freitag 17.01.2025 hatten wir frei und konnten uns die Altstadt von Jerusalem anschauen.

Bei der Abreise am Flughafen in Tel Aviv und nach dem Einsteigen in das Flugzeug hörten wir für einige Minuten die Sirenen. Die Maschine startete jedoch anschließend. Wir landeten pünktlich in Warschau. Dort erfuhren wir telefonisch, dass der Flughafen in Tel Aviv nach dem Abheben unseres Flugzeugs für einige Stunden geschlossen wurde.

Abschließend möchte ich mich herzlich bei allen Teammitgliedern bedanken, die trotz der angespannten Situation, insbesondere in Nablus und Umgebung, sowie der prekären politischen und militärischen Lage die Reise angetreten und hervorragende Arbeit geleistet haben. Es war zwar eine unsichere, aber dennoch sehr schöne Zeit, mit euch zusammenzuarbeiten, und wir haben gemeinsam viel erreicht. Vielen Dank! ■

Dr. Dr. W. Ayad
Projektleiter



Dr. Dr. I. Moussa und Dr. Beate Jonas mit dem einheimischen Kollegen Dr. Ali bei der täglichen Visite



DAS ZIEMLICH UNBEKANNTE LAND IN WESTAFRIKA

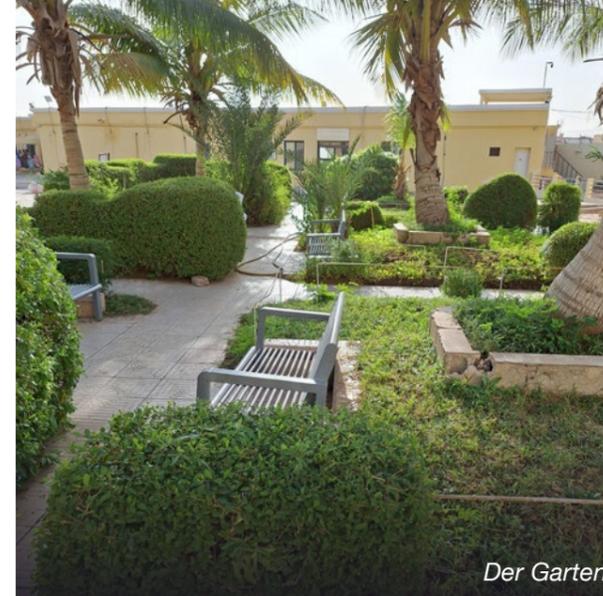
📍 Mauretanien
 Bericht von Dr. Emmanouilidis,
 Dr. Dr. Moussa und Dr. Al-Zakami
 (vom 20. bis 25.10.2024)

Mauretanien, 3 x so gross wie Deutschland, aber mit nur 4,7 Mill. Einwohnern, war auch für uns ein unbekanntes Land. Der weit grösste Teil des Landes befindet sich in der Sahel-Sahara-Zone am Atlantik gelegen. Der südliche Teil zu Senegal ist fruchtbar. Entlang der langen Grenz zu Mali patrouillieren über 250 Soldaten auf Dromedaren. Diese Soldaten werden von den Nomaden, die an der Grenze leben rekrutiert. Sie kennen sich dort bestens aus. In Wikipedia kann man über die lange und wechselhafte Geschichte des Landes lesen.

Herr Dr. Alzakami berichtete mir 2021 über Mauretanien und den Zustand des Hospitals. Im September 2022 erhielt ich (Dr. Emmanouilidis) eine Mail von der Direktorin des Hospitals, Frau Dr. Abdel Kader Hamad, eine

Mail mit einer langen Wunsch-Materielliste. Wie wir jetzt erfahren haben, soll der mauretanische Botschafter in Deutschland – ein Arzt – das initiiert haben. Wir haben darauf zunächst nicht reagiert.

In den letzten zwei Jahren konnten wir aus Sicherheitsgründen in Burkina Faso keinen Einsatz durchführen. Deshalb überlegten wir, das Projekt Faso zu schließen und statt dessen ein neues Projekt in einem anderen Land aufzubauen. Wir hatten Anfragen von Niger, Gabun, Tansania, Tschad, Ägypten und Pakistan gehabt. Schließlich haben wir uns für Mauretanien entschieden. So nahmen wir Kontakt mit der Direktorin of Mother and Child Hospital in Nouakchott Mauretanien (Universitätshospital) auf.



Der Garten

Das Hospital

Das Hospital befindet sich im Zentrum der Hauptstadt, in der Residenz des ehemaligen Präsidenten. Die Eingangstore sind bewacht. Der Garten und das gesamte Gebäude sind sauber, es wird ständig etwas dazu gebaut und verbessert.

Im Hauptgebäude befindet sich die Gynäkologie mit der Geburtshilfe und die Pädiatrie. Dort sind Neonatologie, Intensivstation für Kinder und extra für Gynäkologie und Geburtshilfe. Ausserdem noch extra Beatmungsräume, alles mit neuesten modernen Geräten eingerichtet. Das Personal ist gut trainiert und kennt sich gut aus.

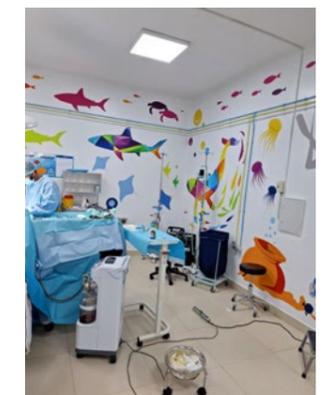


Mehr als 20 Inkubatoren und viele Wärmebetten vorhanden. Über 2.000 Kaiserschnitte pro Jahr werden dort durchgeführt. Extrem hohe Zahl.



Gespräch mit Kollegen

Direkt daneben liegen die Kinderchirurgie und der OP-Trakt mit den drei OP-Sälen. Die OP-Säle sind mit modernsten Geräten (Narkose, Monitore, für Koagulation und Absaugen, OP-Tische, Endoskopieturm, Autotransfusionsmaschine usw.) ausgestattet. Im Aufwachraum sind Beatmungsgeräte und Monitore, der Sauerstoff kommt aus dem Wandanschluss. In einem OP-Saal gibt es Röntgen-C-Bogen, und extra Stromspeicher. Einen OP-Saal hat SmileTrain (eine amerikanisch NGO), den zweiten die Türkei und den dritten die Stadt selbst finanziert. Sie haben komplette Radiologie, MRT und Echographie-Räume, alle Geräte sind neu.



Links: C-Bogen und Wände mit Tierfiguren.
 Rechts: Der grössere OP-Saal



Sterilisationsgeräte



Links: Stromspeicher.
 Rechts: Waschstelle für Hände





Klinische Fälle

Am meisten werden dort Hernien (Leisten und Nabel) und Hydrocelen operiert. Hohe Zahl an Appendektomien und Tonsillektomien. Dort können fast alle Eingriffe im Kindesalter durchgeführt werden (Missbildungen, Lippen-Gaumenbereich, im Anus- und Genitalbereich, und gesamten im Magendarmkanal). Orthopädische und plastische Eingriffe werden in einem anderen Hospital durchgeführt.



14 Jahre alt. Lippenspalten Vor- und nach Operation.



Aufwachraum neben den OP-Sälen



Blasensteine, operativ entfernt



Links: Modernes Narkosegerät.
Rechts: Blutaustausch-Maschine.



Links: Endoskopieturm. Rechts: Sauggerät.



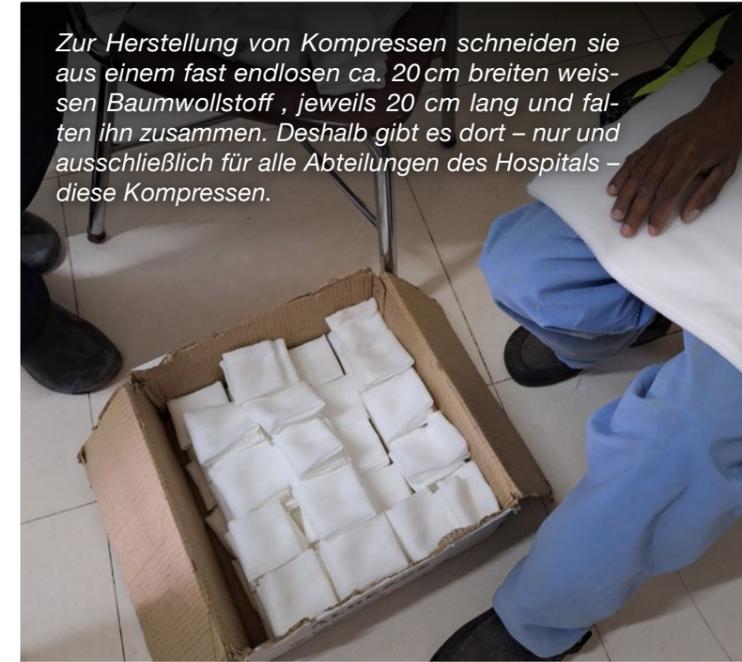
Operieren mit den Kollegen



Oben:
Vor Operation.



links:
12 Tage nach der
Operation



Zur Herstellung von Kompressen schneiden sie aus einem fast endlosen ca. 20 cm breiten weissen Baumwollstoff, jeweils 20 cm lang und falten ihn zusammen. Deshalb gibt es dort – nur und ausschließlich für alle Abteilungen des Hospitals – diese Kompressen.



Wir bekamen die Einladung von der Direktorin des Hospitals. Geplant haben wir eine siebentägige Evaluierungsreise mit der Optionen, an 2 Tagen mit den einheimischen Kollegen zusammen zu operieren. Wir haben drei Tage mit den Kollegen zusammen operiert, Visiten auf der Intensivstation, auch in der Neonatologie mitgemacht. Die gesamte Ausstattung ist fast perfekt, sie haben alle notwendigen Geräte, die auch funktionieren. Die Wände des gesamten OP-Traktes sind mit Tierfiguren dekoriert. Diese hat SmileTrain, finanziert.

Im Jahr werden ca. 2.000 Eingriffe von 13 Kinderchirurgen, (6 Fachärzte und 13 in der Weiterbildung) vorgenommen. Wir wurden sofort ins Team aufgenommen und konnten an drei Tagen zusammen operieren.

Aufgefallen war uns die Disziplin, die ruhige Art zueinander, ein angenehmer Umgang miteinander und mit dem Patienten. Jeder kannte seine Aufgaben. Sauberer OP-Trakt. Allerdings haben wir auch etwas Negatives festgestellt: der hohe Verbrauch an Einmal- Abdecktüchern. Es gab nur eine Sorte in einem Paket. Gross wie bei Laparotomien bei Erwachsenen. Das Paket benutzten sie bei allen Eingriffen, wie Hernien bei den Säuglingen und Kleinkindern, der hohe Verbrauch von jodhaltigen Desinfektionsmitteln.

Zwei Mal haben wir zusammen mit der Direktorin und 1 Mal mit dem Klinikdirektor und einem Teil der Mannschaft über unsere positiven und negativen Eindrücke gesprochen.

Morgens am zweiten Tag waren wir der Meinung, dass dort die Kollegen gut bis sehr gut ihre Kinder versorgen und operieren und wir sie nur bei schweren Missbildungen, Kontrakturen unterstützen könnten. Deshalb werden wir kein Projekt wie in den anderen Projektländern aufbauen. Darüber haben wir ausführlich mit allen diskutiert. Am Freitag, Samstag und Sonntag operieren sie nur Notfälle. Aus diesem Grund beschlossen wir, eher zurück zu fliegen. Sie haben gewünscht, dass sie spezielle Fälle für uns sammeln werden und nur Chirurgen von uns einladen, diese zusammen zu operieren. Diese Art der Kooperation haben wir, wenn wir entsprechende Kapazitäten haben, zugesagt. Das haben wir auch bei einem Besuch in dem grösseren Unihospital aber mit der kleineren kinderchirurgischen Station besprochen. Sie möchten, dass wir dort auch Osteotomien durchführen und sie auch bei Laparoskopien unterstützen. ■



RACHITIS, DAS GROSSE PROBLEM IM OSTEN VON GUINEA-BISSAU

Guinea-Bissau
Bericht von Dr. Emmanouilidis
(vom 22.09. bis 05.10.2024)

Die ausgeprägten starken klimatischen Schwankungen sind in Westafrika zu spüren. Lange Dürren oder starke Regenperioden bestimmen das Klima. Seit 2017 bin ich jeden September in Guinea-Bissau, so stark und lang wie dieses Mal hat es nie geregnet. Das bestätigten uns auch die Einheimischen. Täglich hat es gedonnert und stark und lange geregnet. Alle Strassen in Gabu wurden kurzer Hand zu Flüssen.

Aus den Dörfern sind auch deshalb weniger Kinder gekommen, weil es in der Gegend keine feste Strassen gibt. Uns sagten gleich am ersten Tag die Einheimischen im Hospital, wegen des Regens werden kaum Kinder aus den Dörfern kommen.

Das Hospital

Seit Jahren stellen wir fest, dass im Hospital vieles brach liegt und keine positive Entwicklung für die Versorgung der Patienten vorhanden ist. Auf unsere Fragen, wie soll es weiter gehen, gibt es fast immer Schulterzucken. 15 Ärzte sind angestellt, mit Ausnahme der Geburtsklinik sind alle anderen Stationen fast leer. Insbesondere die innere und chirurgische haben nur Notfälle, 2-3 Patienten. In der Pädiatrie sieht es nicht anders aus, dort liegen vor allem Malariafälle und Kinder mit Infektionen.

Der Versorgung der Bevölkerung geht es genau so. Ein Abwärtstrend ist zu spüren. Viele Eltern, vor allem aus den Dörfern, können nicht mal die Ticketkosten bezahlen. Auch das ist ein Grund, weshalb sie nicht

kommen. Wenn wir Kinder mit krummen Beinen untersuchen, fragen wir die Eltern, was das Kind isst. Fast alle antworten „meist nur Reis“. Auf meine Frage, ob sie keine Hühner haben oder andere Tiere, antworten sie zu 90% mit Nein. Warum das so ist, können uns auch die einheimischen Kollegen nicht erklären.

Selbst auf dem kleinen Markt und auch in den der sog. Supermärkten sind die meisten angebotenen Lebensmittel (wie Eier, Kartoffel, Mehl, usw.) importiert, vor allem aus dem Nachbarland Senegal.

Wegen eines Mitte des Unterschenkels amputierten Beins eines 13-jährigen Mädchens haben wir vor 2 Jahren eine Prothese empfohlen. Der Vater war beim Orthopädie-Zentrum in der Hauptstadt. Dort wurde ihm gesagt, um die Prothese anzufertigen und anzupassen, müsste er 4 Tage dort bleiben. Da er kein Geld hatte, reiste er wieder ab. Diesmal haben wir ihm 20Tausend-CFA = 30€ für die Fahrt und Übernachtungen gegeben und ihn gebeten, im Januar mit der angepassten Prothese wieder zu uns zur Kontrolle zu kommen.

Wir kamen in Gabu um 10:00 Uhr an. Die Fahrt von Bissau (ca. 180 km) dauerte wegen der sehr schlechten Strassenverhältnisse 6 Stunden. Nachdem wir alle im Haus oder im Hotel unsere Koffer ausgepackt haben und kurz Mittagessen machten, gingen wir um 14 Uhr in das Hospital.

Anästhesiepersonal und OP-Schwwestern bereiteten in dem OP-Trakt alles (Narkosegeräte, Monitore, Medikamente, Instrumente, Sterilisieren usw.) für den nächsten Tag vor. Die Chirurgen untersuchten die Kinder, die seit frühmorgens auf uns warteten (Foto 1).

Über die krummen Beine der Kinder habe ich mehrmals berichtet. So viele Kinder mit krummen Beine sehen wir bisher in keinem anderen unserer Projektländer in Afrika. Mehr als die Hälfte der untersuchten Kinder hatten diese Probleme. Alle diese Kinder – operierte und nicht operierte – bekamen Vitamin-D und Calcium. Diese Therapie soll viele Jahre fortgesetzt werden. Hier einige Fotos von Krummen beinen, 12-jähriger Junge (Foto 2), 14-jähriges Mädchen (Foto 3), 12-jähriges Mädchen, (Fotos 4-5), und 8-jähriger Junge mit typischen Rachitis-Beinen (Fotos 6-7).



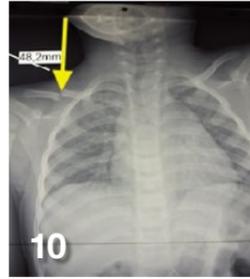
Den 13,1/2-jährigen Jungen operierten wir im Januar. Jetzt haben wir das Metall entfernt und den rechten Oberschenkel korrigiert. Im Januar werden wir das Metall entfernen und dann nacheinander auch die Unterschenkel korrigieren (Foto 8).

Den 13-jährigen Jungen operierten wir auch im Januar. Leider hat er sich nicht an unseren Anweisungen gehalten und bereits die erste Wochen voll belastet. Das Metall brach, und erst dann blieb er einige Wochen im Bett. Der Knochen an der Osteotomiestelle heilte ab, mit dem Ergebnis wie das (Foto 9) zeigt.

Jetzt haben wir das Metall entfernt, erneut durch Keilentfernung den Knochen in gerade Stellung gebracht und mit Metall fixiert. Wir hoffen, dass er sich an unsere Anweisungen halten wird. Wir haben ihn für Januar einbestellt.



Das 3-jährige Mädchen ist eine Woche vorher von der Mauer gefallen und hat sich dabei das Schlüsselbein rechts gebrochen (Pfeil, Foto 10). Wir haben die Mutter beraten und beruhigt, dass der Bruch normal heilen wird.



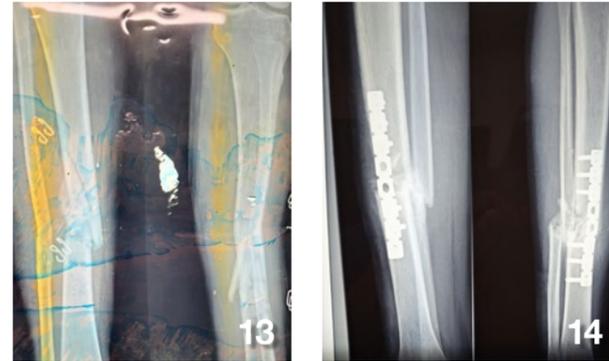
Der 16-jährige Junge erlitt einen Verkehrsunfall mit offener Wunde. Seither heilte die Wunde nicht. Es handelt sich auch hier um eine Osteomyelitis (Knochenentzündung) (Pfeil, Foto 12). Wir konnten die ganze infizierte Stelle reinigen, abgestorbene Knochenstücke entfernen, die Wunde mit Jodsalbe verbinden. Die Wunde soll sekundär zuheilen.



14 Jahre alt. Seit 2 Jahre fistelt es aus der Innenseite des Oberschenkels. Die Röntgenbilder zeigen die chronisch fistelnde Knochenentzündung des distalen Oberschenkels. Dazu den abgestorbenen Knochen (Pfeil, Foto 11). Dieser sog. Sequester musste entfernt werden, sonst würde die Osteomyelitis nicht abheilen. Wir konnten in eineinhalb Stunden den Sequester entfernen, und eine Zementkette mit Antibiotikum hineinlegen. Diese Zementkette wird nach ca. 8-10 Tagen entfernt.



Der 16-jährige Junge erlitt vor 2 Monaten bei einem Verkehrsunfall eine offene komplette Unterschenkelfraktur=Bruch. Er wurde von einem Mediziner behandelt. Wir haben die Fraktur mit einer Metallplatte und den großen Defekt mit Spongiosa aus dem Beckenkam versorgt. Wir haben ihm Gehkrücken gegeben, damit er ohne Belastung laufen kann (Fotos 13-14).



Natürlich haben wir nicht nur diese Knochen operiert. Zweijähriges Kind mit einer rectovaginalen Fistel, Kinder mit verschiedenen Bauchoperationen, Kinder mit Kontraktoren nach Verbrennungen und anderen Erkrankungen.

Vor dem OP-Saal liegen in zwei Räumen zwei Betten. Dorthin werden die Kinder nach der Operation gelegt, bis sie aufwachen. Die Eltern sitzen daneben, und wir beobachten sie. Danach gehen sie nach Hause oder in die Pädiatrie (Foto 15).



Operieren mit Dr. Lino



ZUSAMMENFASSUNG

Das Team von rechts: Frau Nene (Reinigungsfrau), Frau M-Elsa Worni (OP-Schwester), Dr. B. Mokhaberi (Kinderchirurg), Dr. J. Kremser (Anästhesist), Frau K. Nußbaumer (OP-Schwester), Frau K. Meissner (Anästhesie), Dr. G. Braun (Anästhesist), Dr. Th. Emmanouilidis (Chirurg).

Durch Radio in der Hauptstadt und in Gabu wurde unsere Mission bekannt gegeben. Leider hat es diesmal täglich ausgiebig geregnet, so dass viele aus den Dörfern nicht kommen konnten. Gleich am ersten Tag sagte uns Herr Amadou, der die Kinder registriert, diesmal werden weniger Kinder kommen, weil es ununterbrochen stark regnet. In 9 Tagen konnten wir 181 Kinder untersuchen und 62 davon operieren. Viele langzeitige Operationen wie z. B. die Osteotomien und Kontraktoren waren dabei.

nur von uns, sondern auch vom Hospital in Anspruch genommen, er war stets ruhig und freundlich. Danke ihm für sein Engagement.

Auch in Guinea Bissau sind wir Selbstversorger. Alle brachten Lebensmittel aus Deutschland mit und wir kauften vor Ort meist Gemüse. Gekocht haben wir auch selbst. Danken möchte ich dem Team für das Engagement und die geleistete Arbeit. ■



Das kostbare Wasser lief stundenlang auf den Weg im Hospitalgelände, ohne dass es abgestellt wurde. Erst nach Stunden haben wir den dafür zuständigen Mitarbeiter gefunden und ihn aufmerksam gemacht. Dann stellte er das Wasser ab. Die Krähen haben sich abwechselnd in der Zeit – gelber Pfeil – geschickt auf das kleine Rohr gesetzt und getrunken (Foto 13).

Man könnte sagen, dass bei jeder Fahrt von Bissau nach Gabu und umgekehrt eine Panne passieren würde. Auch diesmal musste der Reifen wegen einer Schraube – gelber Pfeil – gewechselt werden und eine halbe Stunde später musste das Auspuffrohr mit Schnur und Pappe fixiert werden – gelber Pfeile – (Fotos 17-19).

Danken möchte ich der Reinigungsfrau Nene, die unermüdlich die Ambulanz und Opsaal tipp-top reinigte. Der Dank gilt auch für Dr. Lino, der alles organisierte, dolmetschte und immer ansprechbar war. Er war nicht





HITZE, STARKREGEN ... UND KEIN STROM

Gabu
Bericht von Klaudia Nußbaumer,
(vom 22.09. bis 05.10.2024)

In den frühen Morgenstunden landeten wir auf dem kleinen Flughafen von Bissau. Wir wurden erschlagen von der Sauna-ähnlichen tropisch-warmen Luft. Nach der Erledigung der Einreiseformalitäten steuerten wir auf unser Auto zu, das uns in das ca. 180 km entfernte Gabu bringen sollte. Es war noch dunkel und ich erwartete nichts Gutes angesichts der mir bekannten Straßenverhältnisse.

Von dem Motorengeräusch und der ständigen Schaukelei wurden aber etliche von uns doch müde und schliefen ein. Unterwegs kamen wir bei der aufgehenden Sonne an vielen Reisfeldern und kleinen Dörfern vorbei. Nach einem sechsstündigen Bandscheiben-freundlichen Trip kamen wir an. Ausruhen war nicht angesagt. Wir bezogen unsere Zimmer, wobei im Haus viel zu tun war. Die Wasserkanister mussten in die Badezimmer geschleppt werden, es gibt ja keine Wasserleitung. Moskitonetze verteilt und passende Bettwäsche sowie Handtücher gesucht werden. Es gibt ja alles, fragt sich nur wo.

Dann ging es zum Hospital. Etliche Familien warteten sehnsüchtig auf unsere Ankunft. Der OP-Plan füllte sich schnell. Im Gebäude sahen wir ängstlich zur Decke. Durch die starken Regenfälle bogen sich die Holzbalken doch schon sehr. Es tropfte auch an einigen Stellen Wasser in den Raum. Trotz aller Probleme konnte aber alles für die Operationen vorbereitet werden.



Am Abend zurück im Haus versuchten die Männer den Generator zu starten. Nach einigem Überlegen stellten sie fest, das ein wichtiges Kabel fehlte. In Gabu könnte man es nicht kaufen und so blieben wir im Dunkeln bei mehr oder weniger hellen Solarleuchten. Das Internet funktionierte auch zunächst nicht. Kein Strom, kein Netz. Das Kabel würde ein Kinderchirurg mitbringen, der eine Woche später zu uns kam.

Am anderen Morgen sah einiges schon besser aus. Wenigstens funktionierte das Modem und der Kontakt zur restlichen Welt konnte wieder aufgenommen werden.

Die extrem starken Regenfälle höhlten den Straßenverlauf sehr aus. Kanten brachen ab und verwandelten die Wege in canyonartige Flussbetten. Niemand, auch kein Einheimischer, hatte je im September solche Regenfälle erlebt. Daher kamen am anderen Morgen unsere kleinen Patienten mit großer Zeitverzögerung zum Hospital. Wie möchten die Straßen in den Dörfern erst



aussehen, wenn es in der Stadt schon so grauenvoll war? Aber wir konnten in den zwei Wochen doch sehr vielen Kindern helfen.

Auffällig in Guinea-Bissau sind immer wieder die rachitisch-verformten Beine der Kinder. Die Nahrung ist zu einseitig und sehr vitaminarm. Es kam ein etwa vierjähriges Mädchen mit schuppiger Haut und in einem erbärmlichen Allgemeinzustand. Es hatte in seinem kurzen Leben bisher nur Reis gegessen. Die Leute sind absolut unwissend und sehr arm. Schulbildung beschränkt sich meist auf die Jungen. Und dann werden diese auch nur in Koranschulen geschickt. Auf die Frage, warum die Kinder nicht lesen und schreiben lernten und keine Schule besuchten, kam häufig nur ein erstauntes „Wozu“ zurück.

Das Land ist daher auch in einem hoffnungslosen Zustand, nach unseren Maßstäben. Die Menschen scheinen ja mit ihrem Dasein zufrieden zu sein und hadern nicht mit ihrem Schicksal.



Abends saßen die meisten Familien vor der Tür, lachten, sangen und unterhielten sich bis weit nach Mitternacht. Auf die meisten von ihnen wartet am Morgen kein Arbeitgeber. Lediglich ein paar Frauen bringen landwirtschaftliche Produkte zum Markt. Welche Einheimischen diese Sachen dann kaufen sollten, bleibt mir ein Rätsel. Vieles ist auch von sehr schlechter Qualität und halb verfault.

Trotz aller Entbehrungen waren wir doch sehr privilegiert. Wir konnten alles kaufen, was fehlte.

Am Abend wurde sogar sehr lecker auf dem Gasherd gekocht – alles natürlich bei romantischer Beleuchtung. Über 180 Untersuchungen in der Ambulanz und 62 sogar größere Operationen später war der Einsatz doch erfolgreich überstanden.

Die Rückfahrt zum Flughafen verlief natürlich nicht ohne unseren obligatorischen Pannen. Ein geplatzter Reifen

ist nicht verwunderlich bei den Straßenverhältnissen. Also alle aussteigen ... sich – wenn möglich – bei der Hitze ein schattiges Plätzchen suchen. Der Fahrer war aber sehr pffiffig und hatte den Reifen ziemlich schnell gewechselt.

So ging die Fahrt weiter, aber nicht lange. Es klapperte irgendwas. Anhalten, wieder alle aussteigen und schwitzen. Dieses Mal war es das Auspuffrohr, das locker herabhing. Mit diversen Stricken wurde es wieder am Auto befestigt. Und weiter ging die Fahrt.

Mein Fazit dieses Mal: es war fast ein „Zivilisations-Detox“. Haben wir hier nicht von allem viel zu viel? Und braucht man diese irdischen Güter alle? Wasser aus der Regentonne, kaum Strom und wenig Internet ... aber hat mir was gefehlt?

Ich fliege gern wieder nach Guinea-Bissau mit seinen zufriedenen, fröhlichen Menschen! ■





Design for life.
Die neuen Küchen-Einbaugeräte von Miele

Wir beraten Sie gern

MöbelWachter
KÜCHE ■ WOHNEN

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





Einfach **informieren.**

**KOMPLEXE
KOMMUNIKATION
EINFACH MACHEN.**

www.einfach-wilke.de

Wilke
Einfach **kommunizieren.**













DIGITAL
PORTAL
DRUCK
AKADEMIE
AGENTUR
VERLAG



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

Philipp-Reis-Straße 6
 59065 Hamm
 Tel: 02381 - 67 50 55
 www.awz-rupprecht.de

Betken & Potthoff
 ... gut für Ihr Auto.

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

MEHR UNTER:

AUTOHAUS RHYERN
 OBERSTER KAMP 1 | 59069 HAMM
 INFO@AUTOHAUSRHYERN.DE | TEL. 02385 / 439

MEHR UNTER:

vhs Volkshochschule Hamm

Gemeinsam lernen, gemeinsam wachsen - vhs Hamm

Jetzt Kurs finden und anmelden!
 www.vhshamm.de

VHS Hamm
 @vhshamm

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

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich werde Mitglied im Verein der Freunde und Förderer des HAMMER FORUM Medical Aid for Children e. V., Caldenhofer Weg 118, 59063 Hamm.
 Gläubiger-Identifikationsnummer: DE07HFO00000472718

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

E-Mail _____ Geburtsdatum _____

Ich unterstütze die Arbeit des o. g. Vereins mit einem jährlichen Mitgliedsbeitrag von:

15 € (Beitrag für Personen unter 25 Jahren)
 50 € (Beitrag für Personen über 25 Jahre)
 andere Summe _____

Datum, Unterschrift _____

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

SEPA-Lastschriftmandat für das oben aufgeführte Mitglied

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

Meine Bankverbindung lautet:

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

SEPA-Überweisung/Zahlschein

Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts _____ BIC _____

Angaben zum Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 35 Stellen)
HAMMER FORUM e. V., 59063 Hamm

IBAN **DE33410500950004070181**
 BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters (8 oder 11 Stellen)
WELADED1HAM

Betrag: Euro, Cent _____

Kunden-Referenznummer - Verwendungszweck, ggf. Name und Anschrift des Zahlers
KINDER 1 - 25
 noch Verwendungszweck (insgesamt max. 2 Zeilen à 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 2 Zeilen à 35 Stellen)

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

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

Datum _____ Unterschrift(en) _____



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

IHRE SPENDE HILFT!

Zu Beginn des Folgejahres erhalten Sie eine Jahresspendenquittung.



LAUFENDE PROJEKTE

DR Kongo
Griechenland
Guinea Bissau
Jemen

Palästina
Somaliland
Syrien

ABGESCHLOSSENE PROJEKTE

Afghanistan
Albanien
Angola
Bosnien-Herzegowina
Burkina Faso

Eritrea
Irak
Kosovo
Libanon
Sri Lanka

Südsudan
Tansania
Tschetschenien
Uganda