



KINDER 2/24

**Das Elend der Kinder
fordert uns heraus**

Gemeinsam mehr erreichen

 **HAMMER
FORUM**
Medical Aid for Children

INHALT

- 03 **Vorwort**
- 04 **Aktuelle Themen**
 - 04 **DR Kongo**
Vortrag mit großer Resonanz
 - 06 **Somaliland**
Somaliland: die anders funktionierende Gesellschaft
 - 11 **Somaliland**
Kinderchirurgie in Somaliland
 - 14 **DR Kongo**
Paix, Justice, Travail
 - 17 **DR Kongo**
Die Korruption ist das größte Problem in DR Kongo
 - 22 **Burkina Faso**
Projekt aus Sicherheitsgründen schweren Herzens beendet
 - 24 **Somaliland**
Ein Flugticket zu buchen könnte einfacher sein
 - 29 **Lesbos**
Zu Besuch auf Lesbos
- 32 **Weitere Eindrücke
Impressum und Kontakt**

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

Gesundheit und Verstand, das
sind die beiden Lebensgüter

Menandros (342–291 v. Chr.)

heute möchte ich Ihnen das Schicksal des 12-jährigen Jungen aus dem Kongo vorstellen, stellvertretend für viele andere kranke Kinder in den Projektländern. Um solche sehr schwer kranken Kinder vor Ort behandeln zu können, müssen wir erst die notwendigen Infrastrukturen schaffen. Auf dem Weg dahin müssen viele Hindernisse aus dem Weg geräumt werden, um funktionsfähige und ausreichende Kapazitäten zu schaffen.

Im politisch instabilen Kongo hat es über zwei Jahre gedauert, bis wir von den politischen Entscheidungsträgern die Akkreditierung erhielten. Erst dann waren die Rahmenbedingungen geschaffen, und wir konnten unsere humanitäre Hilfe anbieten. Der Junge war vor ca. 2 Monaten von einer Schlange gebissen worden.

Die Eltern gingen mit dem Kind erst zum Pastor in ihrem Dorf. Er betete für den Jungen. Später gingen die Eltern zum Mediziner, der behandelte das Kind mit verschiedenen Pflanzensäften und Blättern. Als auch das nicht half und der Arm des Kindes sich massiv entzündete, gingen sie in ein kleines Gesundheitszentrum.

Dort behandelte man gleich mit Penicillin. Als auch diese Behandlung nicht half – inzwischen ist der ganze Arm schwarz geworden – schickte das Gesundheitszentrum das Kind zu uns.

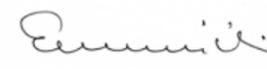
Das Kind war apathisch, hatte sich am Gesäß und Rücken wund gelegen. Der Arm war bereits mumifiziert und im Schultergelenk waren Haut und alle Weichteile eitrig und neurotisch. Der Arm war nicht mehr zu retten – hing praktisch im Schultergelenk an wenigen Kapselteilen. Wir haben diese durchtrennt, die thrombosierten und neurotischen Gefäße und den Nerv ligiert und das nekrotische Gewebe entfernt. Die Wunde wurde mit Wasserstoffsuperoxid gereinigt und mit jodhaltiger Lösung verbunden. Die Gesäß- und Rückenwunde wurde gereinigt und verbunden. Die Eltern sind beide Analphabeten, sie haben sich auf den Pastor und den Mediziner verlassen.

So und so ähnlich laufen viele Notfälle ab. Wenn die Kinder nicht sterben, behalten sie öfters schwere Folgeschäden.

Liebe LeserInnen, um unsere Hilfe fortsetzen zu können, benötigen wir weiterhin Ihre Unterstützung.

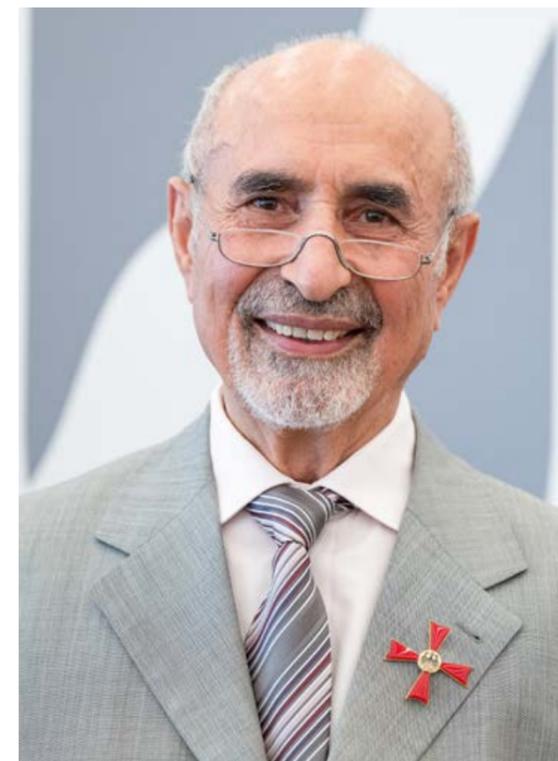
Ich danke Ihnen im Namen aller Kinder, denen wir geholfen haben und weiter helfen werden.

Ihr



Ihr Dr. Emmanouilidis

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





VORTRAG MIT GROSSER RESONANZ

📍 DR Kongo
Bericht von Mirjam Lauterbach und Katrin Krellig
(vom November 2024)

Im November 2023 war ich für 2 Wochen mit dem Hammer-Forum in der DR Kongo und arbeitete dort als Anästhesieschwester. (Bericht Hammer-Forums Kindermagazin 01/24).

Viele Freunde und Verwandte hatten Fragen zu meiner Arbeit im Kongo. Deshalb beschloss ich, einen Vortrag mit Bildern und Erzählungen zu halten. Zahlreiche positive Rückmeldungen zeigten mir ein reges Interesse an diesem Thema. Am Sonntag, den 04.02.2024 berichteten Katrin Krellig und ich über unsere Arbeit mit dem Hammer-Forum in Somaliland, in Burkina Faso und in der DR Kongo im Gemeindesaal in Reurieth.

Zunächst mussten wir zusätzliche Stühle stellen, um der unerwarteten Besucherzahl gerecht zu werden. Selbst nachdem wir jeden verfügbaren Platz genutzt hatten, platzte der Saal aus allen Nähten. Wir waren begeistert über die große Resonanz an diesem Sonntagabend.

Nach unserer zweistündigen Präsentation über das Leben in Afrika und die medizinischen Verhältnisse, kamen wir ins Gespräch mit einigen Besuchern. Besonders gerührt waren sie über die Geschichten der Patienten, denen wir mit unserer Arbeit helfen konnten. Die Zuhörer zeigten nicht nur Interesse an unseren Erfahrungen, sondern spendeten auch großzügig an das Hammer-Forum. Die gesammelte Summe von 2.700 Euro und weitere private Spenden sind ein Beweis für die Wertschätzung der Gemeinschaft für unsere Arbeit und die Bemühungen des Hammer-Forums.

Wir sind dankbar, unsere Erfahrungen teilen zu dürfen und hoffen, dass unser Vortrag dazu beigetragen hat, die Bedeutung medizinischer Hilfe in unterversorgten Regionen hervorzuheben. Wir bedanken uns bei allen Zuhörern, Spendern und Helfern für diesen tollen Abend.

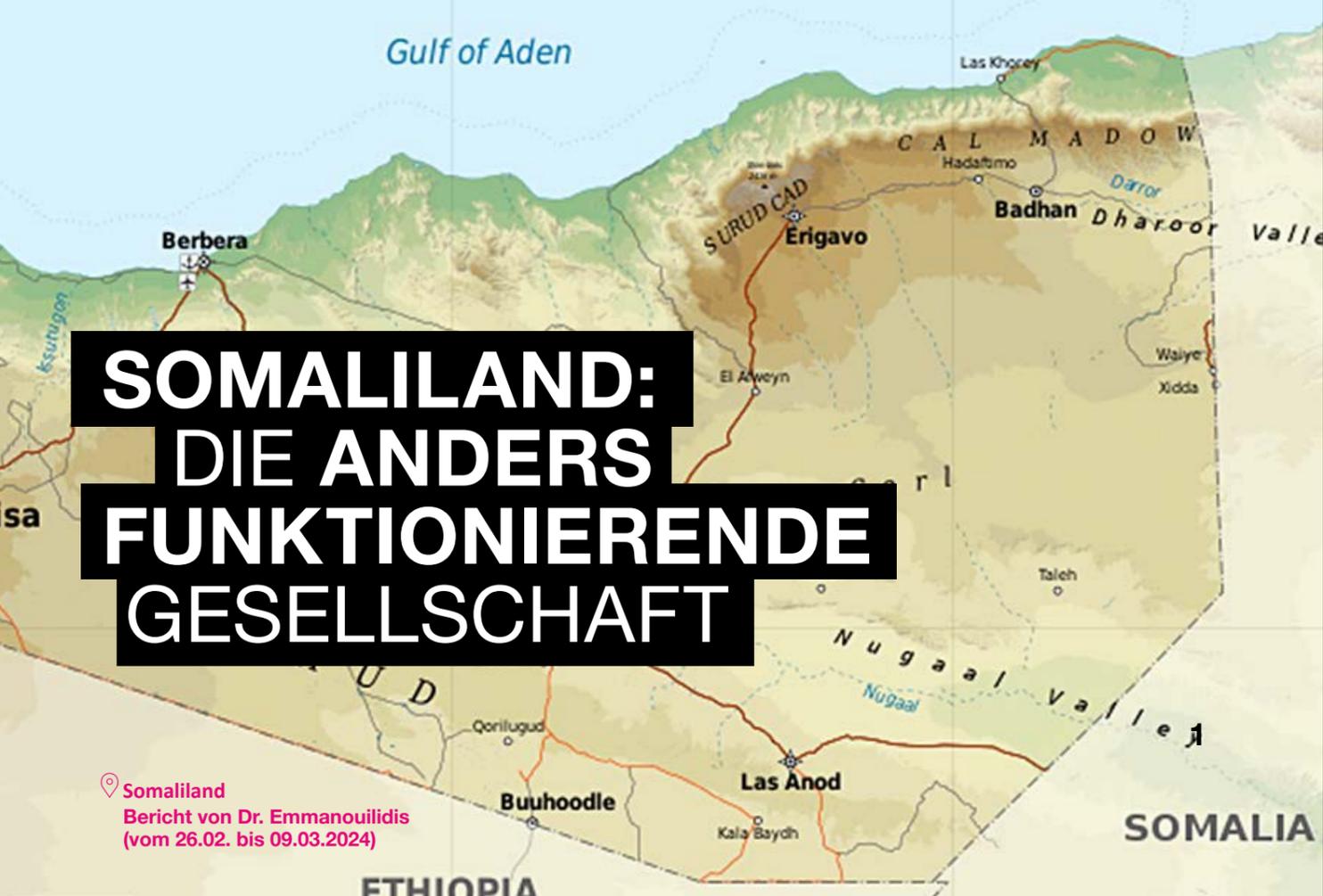


Frau Mirjam Lauterbach
und Frau Katrin Krellig.



Eindrücke aus
der DR Kongo.





SOMALILAND: DIE ANDERS FUNKTIONIERENDE GESELLSCHAFT

Somaliland
Bericht von Dr. Emmanouilidis
(vom 26.02. bis 09.03.2024)

6

Somaliland trennte sich offiziell im Mai 1991 von Somalia. Seit 2005 ist das Land eine Präsidialrepublik mit Zwei-Kammern-Parlament, wobei das Unterhaus (Repräsentantenhaus) gewählt wird, der Ältestenrat jedoch von den Clans ernannt wird. Laut Verfassung ist die Zahl der Parteien auf drei beschränkt. Im Parlament sitzt keine Frau. Menschen aus Somaliland können mit einem Pass von Somaliland nur nach Grossbritannien, Belgien, Kenia, Äthiopien und Taiwan reisen. In diesen Ländern gibt es auch diplomatische Vertretungen. Für alle anderen Ländern müssen sie sich einen Somali-Pass besorgen.

Seit der Unabhängigkeitserklärung besteht in Somaliland eine relativ stabile Demokratie, während in Somalia Bürgerkrieg und Anarchie herrschen. In Somaliland besteht weiterhin die Todesstrafe, und die Genitalverstümmelung bei Mädchen und Frauen ist verbreitet. Das Land ist sehr arm, die Wirtschaft basiert auf Viehzucht, auf Einnahmen im Hafen von Berbera, Geldüberweisungen von den im Ausland lebenden Somaliländer und der Fischerei. Das Land hat eine eigene Währung und Militär. Wird aber nur von Taiwan und Swasiland anerkannt.

Ein einheimischer Kollege erzählte mir, dass er seit über 1,5 Jahre im staatlichen Hospital als Volontär arbeitet. Er hofft, dass er irgendwann eingestellt wird. Ähnlich ging es auch anderen Kollegen, die teilweise nach 2 oder mehreren Jahren eingestellt wurden.

Wir haben auch jetzt den Eindruck, dass die Menschen in Somaliland trotz Krise, Klimawandel und Armut aktiv ihr Land entwickeln wollen. Im Gesundheitswesen stellen wir trotz Geldmangels leichte Verbesserungen fest. In Hargeysa, der Hauptstadt von Somaliland, gibt es 18 Privatkliniken mit Betten und 6 staatliche Hospitäler, daneben noch viele Privatpraxen und Institute wie Röntgen, MRI und CT sowie Laborpraxen. Da zwischen Äthiopien und Somalia Spannungen bestanden, sind wir diesmal mit Emirates Airlines nach Somaliland geflogen.

Klinische Fälle

Auch diesmal haben uns die einheimischen Kollegen begleitet. Sie haben gedolmetscht, assistiert und mit uns zusammen Visiten gemacht.



Im Zentrum des grossen (9x7 cm) blumenkohlartiges Hämangiom entstand zuerst eine kleine Nekrose, die sich infizierte und blutete. Nach antibiotischer Behandlung bildet sich die Entzündung zurück, in der Mitte entstand eine grosse Wunde. Wir konnten das Hämangiom ganz entfernen und nach Mobilisierung der Haut den grossen Hautdefekt primär verschliessen. (Fotos 3–4)



Das 12 jährige Mädchen erlitt vor 4 Jahren Verbrennungen. Vor einem Jahr haben wir die Narbenschwarte reseziert und die Haut durch Z-Naht verlängert. Postoperativ wurde leider keine Physiotherapie bzw. keine Bewegungen durchgeführt. Das Mädchen hielt den Arm aus Angst vor Schmerzen in Schonhaltung. So schrumpfte die Haut wieder, und es entstand erneut eine dicke harte Haut-Schwiele, eine Kontraktur am Gelenk. (gelb markiert auf Foto 5) Nach 2,5 Stunden Operation konnten wir die fibrösen Narbengewebe entfernen und die Haut, die wir vom diesem Gewebe frei präparieren konnten, teilweise in Z-Form benutzen und den Hautdefekt mit Hilfe eines Hauttransplantates aus dem Unterbauch decken. (Fotos 5–6) →



7



Die 16-jährige erlitt vor 4 Jahren schwere Verbrennungen. Sie lag fast 6 Monate in einem Hospital. Auch bei ihr erfolgte keine Physiotherapie. Die Physiotherapie müssen die Eltern bezahlen. Vielleicht wurde deshalb keine gemacht. Es gibt im staatlichen grossen Hospital eine Physiotherapieabteilung und auch private Praxen in der Stadt. Nach fast vierstündiger Operationszeit konnten wir die Narben lösen, die Unterhautschwarten teilweise mit Hautnarben entfernen, die Haut soweit mobilisieren, sodass wir nur mit einem deutlich kleineren Hauttransplantat den Defekt schliessen konnten. (Fotos 7-8) Anschliessend bastelten wir mit Pappe und Gips eine Abduktionsschiene, die wir an der Thoraxwand mit elastischen Binden und Peha-Haft-Fixierbinden fixierten. Diese Schiene soll erst nach 8-9 Tagen entfernt werden, (Foto 9) am fünften Postoperativen Tag.

Vor 4 Jahren erlitt der Junge einen schweren Unfall. Jetzt kam er mit einer schweren Ankylose (Gelenksteife) im Handgelenk und harten Narben an der Innenseite des Handgelenkes. Wir haben seine Eltern aufgeklärt, dass wir nach so langer Zeit und bei einem solchen Befund versuchen werden, die Hand am Handgelenk operativ zu strecken, vorausgesetzt, dass die Sehnen intakt sind. Nach Entfernung der Narbengewebe und Freilegung aller Sehnen führten wir eine Verlängerungs-Tenotomien durch. Der grosse Hautdefekt wurde mit Vollhauttransplantat verschlossen und das Handgelenk mit einer Gipsschiene ruhig gestellt. (Fotos 10-11)



Im Dezember 2022 kam das 4-jährige Kind mit dem Röntgenbild mit einer fistelnden Knochenentzündung zu uns. Wir operierten und entfernten die Bruchenden, reinigten die pathologische Fraktur, legten Zementkette und fixierten das Bein in einem Gips. Im Juni 2023 konnten wir den Knochen mit einer Platte stabilisieren, im Dezember 2023 das Metall entfernen. Jetzt kam das Kind erneut um danke zu sagen. Wir haben röntgen lassen. Der Knochen ist stabil und die Entzündung geheilt (Fotos 12-13).



Bei diesem 14 Monaten alten Kind mit Anusektomie (Fehlbildung des Anus: Anus befand sich an der Spitze des gelben Pfeils Foto 14) konnten wir den Endarm an seine richtige Stelle bringen. Insgesamt haben wir bei diesem Einsatz 5 Analatresien durch Ano-Rekto-Plastik nach Pena, allerdings modifiziert- wir durchtrennen dabei nicht den Schliessmuskel- operiert.

Bei dem 4 Tage alten Säugling mit Fehlbildung des Anus (Analatresie) haben wir ein Kolostoma (Seitenausgang) gelegt. Im Juni werden wir den Anus rekonstruieren. (Foto 15)

Operieren eines tennisballgrossen entzündlichen Konglomerats im Douglasraum, hervorgerufen durch perforierte Appendizitis (Blinddarmentzündung). (Foto 16) →





ZUSAMMENFASSUNG

17

Wir konnten in 10 Tagen 322 Kinder untersuchen und 101 davon operieren. Darunter waren 38 Hypospadien (Fehlmündung der Harnröhre beim Jungen), die alle Herr Dr Tobias Berberich aus Lörrach operierte. Wir operierten auch einige Kinder mit abdominalen Erkrankungen.

Uns haben zwei kleine Kinder beschäftigt. Das eine, 2 Jahre alt, wurde von den Eltern aus einem ca. 350 km entfernten Ort gebracht. Das Kind war über 2 Monate krank, hatte hohes Fieber, das rechte Bein war stark geschwollen und der Fuss war blau verfärbt. Zwei Wunden am Fussrücken, offenes Kniegelenk an der Innenseite und beginnende Knochennekrosen. Wegen Geldmangels waren sie zum Medizinmann gegangen, er behandelte das Kind mit Salben. Das Kind war apathisch und lutschte die ganze Zeit am Daumen. Das Bein war nicht zu retten, wir mussten den Eltern sagen, dass nur eine Beinamputation infrage käme. Der Vater stimmte zu. Die Mutter sagte die ganze Zeit nichts. Das Kind sollte zuerst Infusion bekommen. Wir wollten die Amputation im Laufe des Nachmittags durchführen. Statt das Kind zur Station zu bringen, nahm die Mutter das Kind mit und ging zurück nach Hause. Wir konnten nichts tun, und der Vater blieb ratlos zurück. Ähnlich verlief es bei dem zweiten Kind. Das 4 jährige Mädchen klagte ca. 6 Wochen lang über heftige Oberbauchschmerzen und erbrach alles, was sie zu sich nahm. Sie wurde von mehreren Ärzten in Praxen und Kliniken untersucht. Viele Medikamente wurden rezeptiert. Nichts half. Inzwischen war das kleine Mädchen ziemlich abgemagert. Alle Befunde einschliesslich Labor waren normal. Wir führten Ultraschalluntersuchung durch und ordneten Röntgen des Magendarmkanals an. Auch diese Untersuchungen waren normal. Das Kind brauchte dringend Flüssigkeit, deshalb sollte es stationär bleiben. Der Vater, der in England lebt, war einverstanden. Die Mutter sagte nichts dazu. Die Mutter sollte das Kind anschliessend zur Station bringen, statt dessen nahm sie das Kind mit und ging nach Hause. Der Vater war immer noch bei uns in der Ambulanz. Er erfuhr das in der Ambulanz und war überrascht und sagte „was soll ich dazu sagen“. Er erzählte weiter, dass er mit 2 erwachsenen Kindern in London lebt und dass 2 weitere erwachsene Kinder in Dublin leben. Diese Frau sei seine zweite, mit ihr hat er 5 Kinder.

Foto 17: Das Team von rechts: Frau A. Fischer (Op-Schwester), Dr. Emmanouilidis (Chirurg), Dr. K. Rüsse (Anästhesistin), Frau B. Jüdemann (OPSchwester), Herr J. Kehle (Anästhesie-Helfer), Dr. T. Berberich (Kinderchirurg), Frau P. von der Halden (Studentin), Frau K. Krellig (Anästhesie Schwester).

Sie sei auch für ihn ein Problem. Dann ging er ziemlich frustriert weg. Wir waren auch etwas überrascht, wie der Patriarch so entmachtete wurde. Am 09.03. um 05:30 Uhr wurden wir vom Hotel abgeholt. Die Fahrt bis zum Flughafen um diese Zeit dauert ca. 15 Minuten. Wir haben aber über 25 gebraucht, weil mitten in der Stadt auf der Hauptstrasse eine Herde von Dromedaren (ca. 100–200 Kamele in der Sprache von Somaliländern) die Strasse voll blockierten. (Foto 18) Sie wurden von ihren Besitzern getrieben sie liefen sehr elegant die Hauptstraße entlang. Nach ca. 7–9 Minuten sind wir abgebogen und setzten unsere Fahrt zum Flughafen fort.



18

Den Drs. Farhan und Abdulbasib und S. Mona möchte ich auch im Namen des gesamten Teams danke sagen. Sie haben alles organisiert, übersetzt und auch assistiert. Ebenso gebührt ein Dank der Reinigungsfrau, die stets den Op-Trakt und immer am Ende des Tages auch die Op-Säle reinigte. Das gesamte Team war/ist der Meinung, dass der Einsatz sehr erfolgreich war. Danke für das Engagement und das gute Arbeitsklima. ■

KINDERCHIRURGIE IN SOMALILAND



Somaliland
Bericht von Dr. Tobias Berberich
(vom 26.02. bis 09.03.2024)

Nach 2 Wochen intensivem Hilfseinsatz in der Muhammed Aden Sheikh Kinderklinik in Hargeysa, der Hauptstadt von Somaliland bin ich, Dr. Tobias Berberich, Chefarzt der Abteilung für Kinderchirurgie und Kinderurologie am St. Elisabethen-Krankenhaus in Lörrach wieder zurück in der Heimat- voller eindrücklicher medizinischer und menschlicher Erfahrungen.

Zusammen mit 7 Kolleginnen und Kollegen des Hammerforums, befand ich mich auf einer humanitären Mission mit dem Ziel, möglichst vielen Kindern mit an-

geborenen oder erworbenen Fehlbildungen oder Verletzungen helfen zu können. Ein besonderer Schwerpunkt meiner Tätigkeit waren dabei die angeborenen Fehlbildungen des Urogenitaltraktes.

Somaliland, das sich 1991 einseitig von Somalia abgespalten hat, wird von der restlichen Welt (außer von Taiwan) nicht als Land anerkannt. Insbesondere nach dem unlängst mit Äthiopien abgeschlossenen Vertrag über dessen Nutzung des Hafens in Berbera drohen nun erneute Spannung mit Somalia. Der Islam ist Staatsreligion und ein Großteil der Bevölkerung →



Auf dem Weg zum Krankenhaus – mit bewaffnetem Begleitschutz.

lebt als Nomaden oder Halb-Nomaden mehr oder weniger schlecht von der Viehzucht. Das Kamel ist dabei einer der bedeutendsten Wirtschaftsfaktoren, geht doch ein großer Teil der Tiere in den Export nach Saudi-Arabien. Die Analphabeten Rate ist dem Land sehr hoch und viele Kinder haben keine Möglichkeit, eine Schulbildung zu erhalten. Trotzdem ist das Land verglichen mit den Nachbarländern relativ friedlich und die Stimmung der Einwohner scheint aktuell einigermaßen ausgeglichen und hoffnungsvoll.

Der Einsatz begann am frühen Abend in Frankfurt, von wo aus es für uns Dubai ging und von dort nach einem kleinen Zwischenstopp weiter nach Hargeysa. Nach turbulenten und langwierigen Einreiseformalitäten wurde das Team dann mitsamt dem mitgebrachten medizinischen Material und den in Kisten verpackten Instrumenten auf zwei Busse verteilt und es ging dann Richtung Krankenhaus. Die Straßen sind holprig und mit tiefen Schlaglöchern versehen, sodass man nur sehr langsam vorankommt. Letztlich kamen aber Mensch und Material heil am Ziel an und die OP-Schwester und die Anästhesiepflegekräfte begannen unverzüglich mit der Einrichtung und Vorbereitung der beiden Operationssäle.

Dr. Theophylaktos Emmanouilidis, der sehr erfahrene Einsatzleiter und Vorstandsvorsitzende des Hammerforums und ich begannen noch am gleichen Tag mit der Sprechstunde und der Sichtung der Patienten. Bis weit nach Einbruch der Dunkelheit wurden noch am gleichen Tag Kinder untersucht und der OP-Plan für die folgenden Tage festgelegt. Ein großer Unterschied zu unseren Verhältnissen hier ist das völlige Fehlen einer Privatsphäre. Oft werden 2 oder 3 Kinder gleichzeitig auf der ohnehin kleinen Untersuchungsfläche platziert

und es macht den Eltern überhaupt nichts aus, dass andere Väter oder Mütter von den eigenen medizinischen Problemen Kenntnis erhalten. Vielmehr werden oft über mehrere Ecken hin gemeinsam die Schicksale der Kinder diskutiert und Erfahrungen Ängste und Fragen untereinander ausgetauscht. Die dabei entstehende Geräuschkulisse ist beeindruckend und nur durch die Umsicht und Planungserfahrung der einheimischen Pflegekräfte und Ärzte sowie der Übersicht von Dr. Emmanouilidis, den alle hier „Dr. Theo“ nennen gelang es, einen einigermaßen geordneten Ablauf der Sprechstunde und des OP-Plans umzusetzen. Die Patienten, die in die Sprechstunde kamen, hatten teilweise sehr anstrengende Anreisewege hinter sich gebracht. Die längste Entfernung, die eine Familie aus dem Randgebiet von Somaliland überwunden hatte, um ihr Kind von den deutschen Spezialisten untersuchen und behandeln zu lassen betrug 900 km. Auch wenn zum Zeitpunkt der Vorstellung das OP Programm bereits bis zum Anschlag gefüllt war, fand sich trotzdem noch eine Lücke, in der das Kind dann operiert werden konnte. Was den Transport angeht ist zusätzlich erschwerend, dass viele Familien tatsächlich sehr arm sind und sich eine Fahrt mit dem Auto oft nur schwer leisten können. Dazu kommt der desolate Zustand der Straßen auf dem Land, der dazu führt, dass für eine Entfernung von 100 km oft ein ganzer Tag eingeplant werden muss.

Jeder Tag begann mit einer ersten Visite auf der Krankenstation und dann folgte der Operationsbetrieb. Die Kinder liegen in der Kinderklinik in mehreren großen Sälen beieinander und die Angehörigen schlafen oft bei den Kindern im Bett oder am Boden. Die Ausstattung der Kinderklinik ist für lokale Verhältnisse sehr gut - trotzdem ist natürlich die Diskrepanz zu unseren Standards riesig. Die zahllosen Fliegen, die auch vor frisch operierten Kindern keinen Halt machen sind dabei nur eines der kleineren Probleme.

Nicht sowie bei uns stellt z. B. die Notwendigkeit einer Infusionstherapie oder der Sauerstoffgabe oft eine große Herausforderung an die Verfügbarkeit. Das führt dazu, dass eine einfache medizinische Basismaßnahme, also die intravenöse Flüssigkeitsgabe oder die Verabreichung von Sauerstoff immer gut überlegt und geplant sein muss. Die Operationstage waren eng gefüllt mit teilweise sehr anspruchsvollen Eingriffen die über mehrere Stunden gingen. Neben angeborenen Fehlbildungen des Magen-Darm-Traktes, wie z. B. die fehlerhafte Anlage des Enddarms, bei der der Darm in die Blase mündet und die eine aufwendige rekonstruktive Operation erforderlich machen standen auch viele Verbrennungsfolgen mit schweren Kontrakturen



Die Ambulanz hat wieder ein Kind gebracht...

als Folge der Narbenbildung auf dem Programm. Insbesondere bei diesen Eingriffen kann durch sorgfältige und aufwendige Entfernung der Narbenplatten mit anschließender Hautverpflanzung die Gelenkfunktion z. B. der Finger wiederhergestellt werden, was für den Patienten eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität zur Folge hat. Einer meiner urologischen Schwerpunkte ist die Behandlung von Patienten mit Hypospadie. Dabei handelt es sich um eine Fehlmündung der Harnröhre, welche in verschiedenen Schweregraden vorkommen kann. Von daher wunderte sich niemand, dass jeden Tag mehrerer solcher Operationen auf dem Programm standen. Besonders auffällig ist die große Häufigkeit sehr schwerer Formen der Hypospadie, die ich in Deutschland vielleicht 2–3 Mal im Jahr sehe – hier hatte ich eigentlich jeden Tag mindestens zwei neue Patienten gesehen, bei denen eine aufwendige Rekonstruktion erforderlich war. Dabei geht es in einer ersten Operation zunächst einmal darum den extrem verkrümmten Penis zu begradigen und die Lage der Harnröhrenmündung zu optimieren. Wenn das alles verheilt ist, dann kann in einem nächsten Schritt die Rekonstruktion der Harnröhre erfolgen.



Dankbare Zwillinge am Tag nach der OP.

Bei all den Eingriffen, die durchgeführt wurden, stand Improvisationsvermögen ganz oben auf der Liste der erforderlichen Fähigkeiten sowohl der Operateure als auch des Assistenzpersonals. Immer wieder mussten fehlende Katheter, Nahtmaterialien oder spezielle Verbands- und Lagerungsschienen durch umfunktionierte oder selbst hergestellte Materialien ersetzt werden. Am Ende des Tages konnten aber alle Kinder erfolgreich und mit gutem Ergebnis operativ versorgt werden.

Wenn ich auf den Einsatz zurückblicke, dann hat mich vor allem die große Geduld und Dankbarkeit der Patienten beeindruckt, die oft viele Stunden auf ihre Behandlung warten mussten aufgrund des enormen Andrangs in der Sprechstunde. Wenn ich das mit der Anspruchshaltung mancher Patienten in unserem Einzugsgebiet vergleiche, komm ich schon ins Grübeln. Auch die sehr hohe Anzahl schwerer Fehlbildungen haben mich überrascht und die dadurch erforderlichen Korrektur Operationen haben mich und das ganze Team auch ziemlich herausgefordert. Nach 101 Operationen, die wir beiden Chirurgen vor Ort durchgeführt haben und über 322 Patienten, die wir in der Sprechstunde gesehen haben, überwiegt aber ganz klar die Dankbarkeit, geholfen haben zu können.

Das gesamte Team war sich beim Rückflug einig, dass der Einsatz die Strapazen wert war und einer weiterer Einsatz in Somaliland ist schon in Planung.

www.kinderchirurgie-loerrach.de ■



Ein kleiner, zufriedener Patient.



PAIX, JUSTICE, TRAVAIL

DR Kongo
Bericht von Klaudia Nussbaumer
(vom 14.05. bis 28.05.2024)

Von der Verwirklichung des Wahlspruchs des Landes ist die Republik meilenweit entfernt. Es herrschen eher Korruption, Anarchie und Armut. Vor dem Einsatz war ich ein wenig aufgeregt. Ich hatte Kikwit zuletzt vor fünf Jahren besucht und es war mir in nicht so guter Erinnerung geblieben.

Aber in den fünf Jahren hat sich viel getan, nicht zuletzt durch den Neubau der Ambulanz mit ansprechenden Untersuchungsräumen und viel Platz für Material. Selbst im gemieteten Haus hatte sich Dr. Tollo alle Mühe gegeben, mir den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten. Es gab ausreichend Platz, eine neue Matratze, Kleiderbügel... eben perfekt. Dazu kam das fließende Wasser und man musste sich nicht mehr aus der Regentonnen bedienen.

Die erste Nacht in Kinshasa nach dem langen Flug war allerdings schon gewöhnungsbedürftig. Man hatte bei „Don Bosco“ offensichtlich nicht mit uns gerechnet und suchte durch etliche Telefonate nach freien Zimmern. Das waren nun nicht die besten Räume. Anscheinend wohnten sonst Priesterschüler dort.



Ich hatte in meinem Zimmer wirklich das Gefühl, das man den eigentlichen Bewohner aus seinem Bett geworfen hatte. Es lagen noch Zahnbürste und Zahnpasta, Rasierzeug und andere Utensilien im Bad. Auf dem Nachtschrank befanden sich eine Armbanduhr und ein Goldkettchen sowie Geld. Aber auch diese Nacht ging vorbei. Am anderen Morgen teilten wir uns auf das Auto und den Bus auf. Der Busbahnhof bot schon um sechs Uhr ein wildes Treiben. Lautstark wurden unsere Namen für das Gefährt, das uns nach Kikwit bringen sollte, ausgerufen. Von bequemem Reisebus keine Spur, ein ausgemusterter Linienbus mit Hartschalensitzen erwartete uns. Das konnte ja eine angenehme Fahrt werden!

Etwa nach einer Stunde Fahrt erhob sich ein Mann und predigte laut. Wir konnten nur Halleluja und Amen verstehen. Mit Vehemenz sprach er der einheimischen Bevölkerung ins Gewissen, die mit einem chor-reifen Gospel und vielen Hallelujas antwortete.



Die Fahrt schleppte sich durch etliche Dörfer. Wir sahen mühselig zusammengeschusterte Häuser, die man bei uns nicht mal für Tiere verwenden würde. In diesen Dörfern gibt es natürlich keinen Strom oder fließendes Wasser. Die Menschen scheinen nicht zu leben sondern nur zu vegetieren. Die Hütte wird nur zum Schlafen benutzt, sonst lebt man ausschließlich draußen. Die Notdurft wird irgendwo in der „Botanik“ verrichtet.

Gegen 18:00 Uhr erreichten wir dann Kikwit. Am Busbahnhof wurden wir abgeholt und noch zum Hospital gefahren. Der Anästhesist Homam Al Sabbagh und die OP-Schwester Anne Fischer hatten die OP-Säle startklar gemacht. Alles Inventar musste von der Ambulanz über den weitläufigen Hof in den OP-Trakt gebracht werden. Die beiden hatten sich den Feierabend redlich verdient. Dr. Emmanouilidis war in der Zeit auch nicht untätig und hatte schon für ein volles OP-Programm gesorgt. Vor der Ambulanz standen Unmengen von Menschen. Der Gedanke an Albert Schweitzer kam einem unweigerlich in den Sinn.

Nach einem mehr oder weniger erholsamen Nachtschlaf – die krähenen Hähne in der Umgebung störten – gingen wir über sandige Wege bei schon am Morgen heißen schwülen Temperaturen zum Hospital. Wir hatten dieses Mal sehr gute Hilfe vom einheimischen Pflegepersonal. Malindisi half beim Aufbereiten der Instrumente, Vital half überall und machte etliche Botengänge, Ivon stand immer zum Sterilisieren der Container bereit und Jean-Louis (Dr. Mabaya) war immer unser kompetenter Ansprechpartner. Die Arbeit war

oft anstrengend. Das Klima trägt ein Übriges dazu bei, aber die Stimmung im Team ließ einen alles ertragen. Im Anblick von schweren bis schwersten Erkrankungen und dem damit verbundenen Leid der Kinder wurde der eine oder andere von uns schon sehr traurig. Was hätten diese Kinder für Aussichten, wenn das Hammer Forum nicht käme!

Die Umstände der Arbeit im Kongo sind nicht die Leichtesten. Von Behördenseite werden viele Steine in den Weg gelegt. Wir nehmen diese Unwegsamkeiten gern in Kauf für die Genesung der Kinder und die glücklichen Eltern. Im „Aufwachraum“ lagen die kleinen Patienten, betreut von der Pädiaeterin Carolin Staude, wie immer auf den Matratzen am Boden. Es gibt keine Klimaanlage dort und auch kein Licht. Die arme Carolin hat viel geleistet unter diesen Bedingungen. Gegen Mittag war die Luft dort nicht mehr zu ertragen. Aber aus dem Raum kam oft fröhlicher Gesang, der alle anderen zum Mitmachen animierte.

Nach meistens 12 Stunden Arbeit hatten wir dann Feierabend. Wenn wir Glück hatten und es das Programm zuließ, waren ein bis zwei Teamkollegen schon zum Kochen ins Haus gefahren. →



Unser Team bestand aus Mitgliedern mehrerer Nationen und so bekamen wir auch internationale Küche geboten. Zweimal sorgte Dr. Tollo für kulinarische Köstlichkeiten in Form von Rinderragout und Fisch. Nach dem Spülen und Aufräumen ging der Abend schnell zu Ende. Die meisten waren doch sehr müde, denn am anderen Tag stand ja wieder viel Arbeit an.

Am ersten Sonntag- Pfingsten – hatten wir frei. Einige fuhren mit dem Motorrad zum Waisenhaus von Schwester Albertine, der Rest zog Entspannung unter Palmen vor. Ausgeruht starteten wir dann in unsere letzte Arbeitswoche, die noch spannende OPs bot. Gerade die jüngeren Mediziner empfanden es als Gewinn, solche Erkrankungen zu sehen. Damit wird man ja in Europa überhaupt nicht mehr konfrontiert. Ebenso waren sie von der Improvisation beeindruckt. Osteosynthesen ohne Röntgengerät in Europa unvorstellbar. Aber Dr. Emmanouilidis platzierte die Platte plus Schrauben so präzise, das hätte ein Röntgengerät auch nicht verbessert.

So kam irgendwann der letzte OP-Tag. Es wurden noch 12 kleinere Eingriffe durchgeführt und dann ging es an den Rücktransport des OP-Inventars in das Lager der Ambulanz. Mit viel Spaß und etlichen Fotos bewältigten wir die Arbeit. Großes Abschiednehmen von allen einheimischen Helfern... ich könnte mir nach diesem Einsatz vorstellen, zum Kongo zurückzukehren. Aber wir hatten ja noch den Transfer zum Flughafen vor uns. Und das war ein echter Höllentrip. Leider waren die Tickets nicht für die erste Bustour gebucht. So befürchteten wir schon das Schlimmste. Die Fahrt begann sehr schleppend, hier noch was registrieren, dort etwas kopieren, vielleicht noch einkaufen etc. Schon nach kurzer Fahrtzeit kam die erste Kontrolle. Und nur die Weißen wurden kontrolliert. Wir reichten die Kopien von Pässen und Visa dem Kontrolleur, der mitnichten immer autorisiert schien.

Letztendlich ging es wohl nur um Geld. Man kann es ja mal versuchen... jeder bedient sich so gut er kann. Es gab hitzige Debatten nach der sechsten Kontrolle.

Wir sollten aussteigen, im Kongo bleiben und nicht weiterfahren. Schon nach ca. 100 Metern erwischte uns die nächste Kontrolle. Jede Provinz kontrolliert bei Ein- und Ausreise. Da kommt auf der Strecke so einiges zusammen und die Zeit lief. Inzwischen kamen wir durch ein Dorf, indem offensichtlich ein Schüler gestorben war. Martialisch aussehende junge Männer kamen mit Schlagstöcken auf den Bus zugerannt; die Fenster wurden von uns schnell geschlossen. Wir hörten die heftigen Schläge, die den Bus trafen. Das machte schon Angst. Niemand von uns hatte so etwas je erlebt.

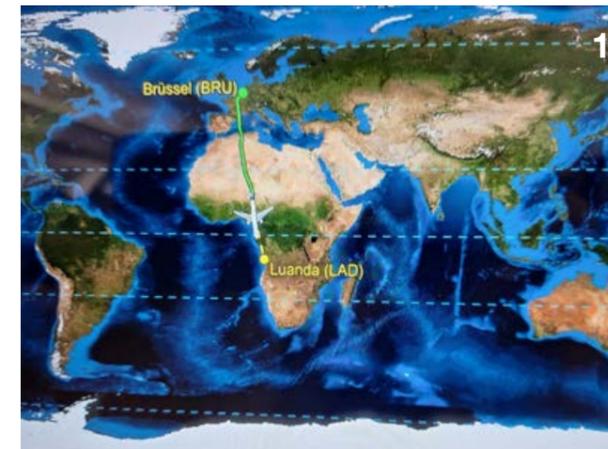
Das nächste Hindernis war eine Überschwemmung der Straße. Man hatte das Gefühl durch ein Bassin zu fahren. Und die Zeit lief. Immer wieder schaute Dr. Emmanouilidis zur Uhr. Nur noch zwei Stunden! Wie sollten wir unser Flugzeug noch erreichen? Er rief Dr. Tollo an. Der sollte bei der Fluggesellschaft nachfragen, ob wir noch die Chance hätten mitgenommen zu werden.

Endlich in Kinshasa angekommen, erwischte uns die Rush-hour. Kaum durchzukommen. Wir feuerten den Busfahrer schon an. Die Unterstützung der Einheimischen war uns sicher. In letzter Minute hielten wir am Flughafen. Dr. Emmanouilidis stürzte zum Schalter, Anne und Ali holten Gepäckwagen, Carolin bewachte die Koffer und Sarah, Homam und ich versuchten das Gepäck zügig aus dem Bus zu bekommen. Nicht ganz so einfach, da ein unsinnigerweise angebrachtes Drehkreuz den Vorgang erschwerte. Aber die einheimischen Passagiere halfen uns. Mit vielen guten Wünschen für den Flug wurden wir verabschiedet. Wir hatten Glück! Der Schalter war noch für uns offen. Ein schwerer Stein fiel allen vom Herzen. So schafften wir alle Formalitäten noch recht schnell und kamen erleichtert am Gate zum Boarding an. Der Rückflug war dann ziemlich angenehm. Es gab sogar zum Schlafen genug freie Sitze.

Ein erfolgreicher, abenteuerlicher Einsatz war zu Ende. Jeder freute sich auf sein Zuhause. In dieser netten Teamkonstellation könnte man das Abenteuer DR Kongo wiederholen. ■



Zum ersten Mal flogen wir an einem Werktag in den Kongo. Diesmal ging der Flug via Angola nach Kinshasa und dauerte ca. 11 Stunden. (Foto 1)



Frau Nussbaumer hat ausführlich über das allgemein Erlebte im Kongo berichtet. Deshalb werde ich nur Folgendes hinzufügen und dann über die medizinische Arbeit berichten. Der Rückflug war noch stressiger,

weil wir mit dem zweiten Bus um 08:00 Uhr fahren mussten. Der Busfahrer kam etwas später, sodass wir Kikwit erst gegen 09:00 Uhr verlassen konnten. Der untermotorisierte Bus fuhr nur bergab etwa schneller. Gewöhnlich finden bei der Rückfahrt selten Kontrollen statt. Diesmal jedoch gab es 9 Kontrollen, die ziemlich lange dauerten, denn die Polizeistreifen wollten von uns Geld haben. Wir reagierten nicht darauf; deshalb wollten sie erst unsere Visa und dann auch die Pässe sehen. Wir gaben immer Kopien ab. Da wir nicht genug Kopien hatten, wollten wir nach der Registrierung die Kopien wieder zurück haben. Eigentlich fand keine Registrierung statt, sondern sie wollten Geld haben. Bei einer Kontrolle nahm der Kontrolleur die Kopien und kam nicht zurück. Der Ticketschaffner ging zu dem Polizisten, gab ihm 5.000 FC = 1,85 USD und nahm die Kopien mit. Wir erstatteten ihm die 5.000 FC.

Inzwischen war es 18:00 Uhr geworden, und bis zum Flughafen lagen noch ca. 20 km vor uns. Diese kurze Strecke dauert bei chaotischem Verkehr und Rush-hour immer noch fast 1 Stunde. Ich sagte ganz laut zu dem Chauffeur, wenn Sie den Flughafen noch vor 19:00 Uhr erreichen, werde ich Ihnen 10 Dollar geben. →



langen Spiralbruch mit einer Drittelrohrplatte versorgt. Das Metall werden wir im November entfernen. (Fotos 3–5)



Bereits seit 2 Jahren klagte der 9-jährige Junge über Schmerzen an seinem Arm und dem Unterschenkel. Dann waren Schwellungen aufgetreten und später Fisteln. Die Röntgenaufnahmen zeigen eine Panosteomyelitis (Entzündung des gesamten Knochenmarks) der Elle und des Schienbeines. Wir konnten die Sequester von den beiden Röhrenknochen entfernen. (Fotos 6–7)



Der 1,5 Jahre alte Säugling war ohne After geboren. Der Mastdarm mündete am unteren Rand der Vagina. Die Operation dauerte über 2 Stunden. Wir konnten den Mastdarm an die richtige Stelle bringen und dort annähen. (Foto 8) →



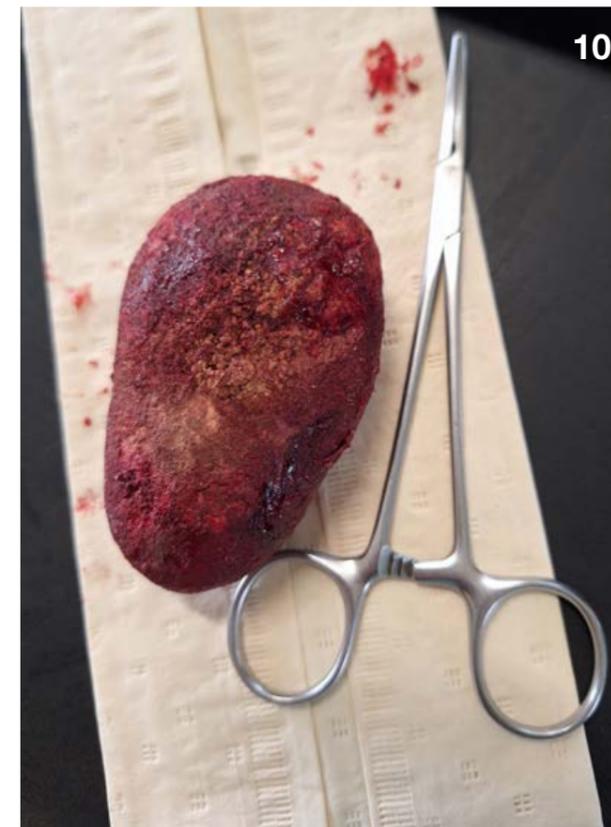
Plötzlich steuerte er den Bus auf die andere Strassenseite und fuhr ca. 4–5 km gegen den Verkehr. Dann wechselte er wieder die Spur und fuhr weiter schnell auf der richtigen Straßenseite ohne Rücksicht auf den Strassenverkehr und erreichte um 18:54 Uhr den Flughafen. Ich gab ihm gerne 10 Euro, weil ich in dem Moment keine 10 Dollar zur Hand hatte und bedankte mich.

Als wir gegen 14:30 Uhr im Hospital ankamen warteten über 150–200 Kinder auf uns. (Foto 2)

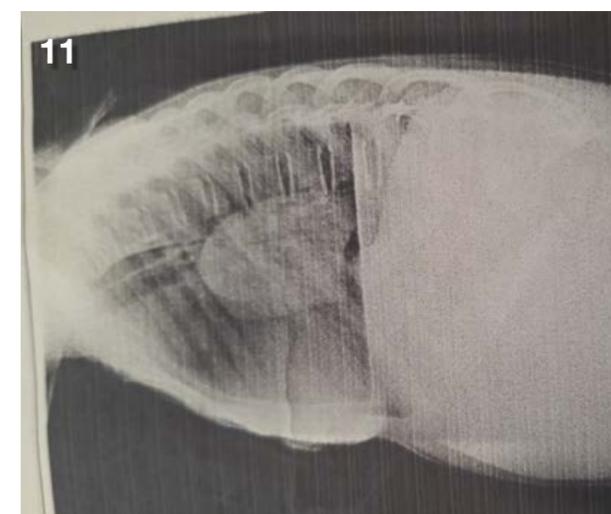
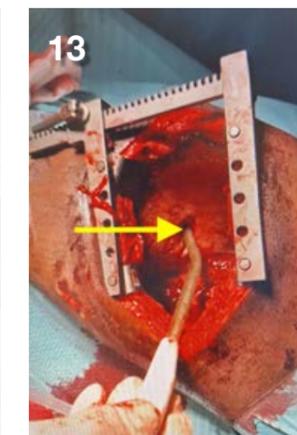
Klinische Fälle

Ich begann mit den Screenings, und die anderen -Anästhesist und Op-Schwesterrichteten die 2 Op-Säle ein. Der 2-jährige Junge zog sich vor 3 Tagen einen Spiralknochenbruch am Oberschenkel links zu. Wir haben ihn operiert und den

12-jähriger Junge klagt seit über einem Jahr über Schmerzen im Unterbauch vor allem beim Urinieren, ausserdem könne er oft kein Wasser lassen. Die Ursache: weil (Foto 9) ein Blasenstein, etwas grösser als ein Entenei (Foto 10) rau und fest an der Schleimhaut der Blase angewachsen war. Es war schwierig, ihn zu entfernen. Aus der Schleimhaut blutete es zunächst diffus. Die ersten Tagen lief aus dem Blasen-katheter Urin. Danach wurde es wenigen, weshalb wir zusätzlich einen Cystofix (Katheter) über die Symphyse in die Harnblase anlegen mussten.



Das 13-jährige Mädchen hatte sich gegen einen Vergewaltiger gewehrt, daraufhin stach er sie mit einem Messer seitlich in den Brustkorb links. Sie wurde in das Hospital gebracht. Seit 2 Monaten lag das Mädchen dort. Aus der Stichstelle floss Eiter. Die Kollegen übersahen den totalen Kollaps der Lunge. Das Mädchen wurde uns nur wegen der Fistel vorgestellt. Wir sagten, dass eine totale Atelektase der Lunge (Foto 11) vorliegt. Sie wollten dies nicht glauben und waren erst gegen eine Operation. Nach Aufklärung der Familie stimmte der Vater für die Operation. Wir konnten über 500ml Eiter absaugen. (Foto 12) Ausserdem fanden wir auch ein gut Daumen grosses Loch im Zwerchfell. (Foto 13) Dahinter hatte sich eine Tasche voll mit Eiter gebildet. Nach Absaugen konnten wir diese auch drainieren. Eine Dekortikation der Lunge nach 2 Monaten war nicht möglich. Auf eine Resektion der Lunge haben verzichten müssen, weil 2 Tage später unser Einsatz zu Ende war. Falls Komplikation z. B. eine Bronchialfistel entstehen würde, hätte das Kind nicht operiert werden können. Die Kollegen sagten uns, dass bisher im Hospital Thorakotomien nur von uns durchgeführt wurden. Tatsächlich haben wir dort bisher 4 Thorakotomien wegen Verletzungen oder nach Entzündungen der Lunge durchgeführt.



Das 8-jährige Kind erlitt vor 2 Jahren Verbrennung an der rechten Hand. Es wurde nicht sachgemäss behandelt. Deshalb entstanden Kontrakturen am II-IV Finger. Wir konnten in ca. 2,5 Stunden die Narben von den Fingern entfernen und mit Vollhaut aus dem Unterbauch decken. Mit den Drähten und einer Gipsschiene konnten wir die Fingern samt Hand für 7–8 Tage ruhig stellen. (Fotos 14-15) →



Der 12-jährige Junge war von einer Schlange gebissen worden. Er wurde in seinem Dorf vom Medizinmann behandelt. Danach in einem Gesundheitszentrum. Als die Eltern erfahren haben, dass wir in Kikwit sind, brachten sie das Kind zu uns. Das Kind war stark abgemagert und zeitweise nicht orientiert. Der ganze Arm war bereits mumifiziert und am Schultergelenk war das gesamte Gewebe eitrig, nekrotisch und es roch penetrant. Der Arm hing praktisch nur an zwei Sehnen. Gefäße waren thrombosiert und die Nerven abgestorben. Der Arm liess sich ganz leicht von dem Schultergelenk entfernen. Wir reinigten die Wunde, entfernen soweit wie möglich das abgestorbene Gewebe. Die Wunde soll offen bleiben, verbunden werden, bis sie sich weitgehend gereinigt hat. Erst dann soll sie mit Vollhaut gedeckt werden. Wahrscheinlich werden wir im November die Hauttransplantation der Wunde durchführen.

Im Hospital gibt es keine Küche und kein Essen. Deshalb müssen sich die Patienten selbst versorgen. Das Foto zeigt, wie die Patienten im Hospital auf einem Kessel mit Holzkohle ihr Essen zubereiten.



20

Vor 3 Jahren ist das Kind gefallen sein und hat sich dabei einen Unterschenkelbruch zugezogen. Der Bruch war ca. 4 cm distal des Kniegelenkes. Vor 1 Jahr operierten wir die krumm gewachsene Fraktur. Jetzt sollte das Metall entfernt werden. Wir konnten die Platte entfernen. Die Mutter brachte jetzt aus ihrem Dorf – ca. 140 km entfernt vom Hospital – einen halben Sack voll mit Bananen, Erdnüssen und verschieden exotischen Früchte, um sich bei uns zu bedanken. Wir haben uns über diese Geste sehr gefreut. Bei der Entlassung des Kindes gaben wir ihr Geld für den Transport. Sie sagte „ich kommen im November wieder, um Sie zu sehen“. (Foto 16)



16



17

Foto 17: Beim Entfernen einer Milz.



ZUSAMMENFASSUNG

18

Foto 18: Das Team vorne rechts: Frau Nussbaumer (OP-Schwester), Frau Kocabay (Anästh. Schwester), Frau Woldu (Assistenzärztin), Dr. Beyen (Anästhesistin), Frau Fischer (Op-Schwester), Dr. Abadi (MGK-Chirurg), hintere Reihe von rechts: Dr. Tollo, Dr. Emmanouilidis (Chirurg), Dr. Sabbagh (Anästhesist), Dr. Tehrani (MGK-Chirurg), Frau Dr. Staude (Kinderärztin).

In 11 Tagen konnten wir 422 Kinder untersuchen und 119 operieren. Das erreichten wir, weil wir fast immer vom 08:00 Uhr bis 19:00 Uhr gearbeitet haben.

In der ganzen Zeit hat es ungewöhnlicherweise nur ein einziges Mal ganz geregnet. Die Einheimischen sagten uns, „seit Monaten hat es wenig geregnet. Die klimatischen Veränderungen sind auch dort ziemlich stark zu spüren. Unserem Projektleiter vor Ort Herrn Dr. Tollo möchte/n ich/wir für alles, was er für uns vor der Einreise und vor Ort getan hat, danken. Danken auch für die Aufnahme in sein Haus. Wir haben uns dort wohlgefühlt. Wir konnten dort kochen, essen und einige von uns auch dort übernachten. Der Dank geht auch an die einheimischen Kollegen Herren Dr. Mobaya und Eburn sowie das anwesende Op-Personal. ■



21



PROJEKT AUS SICHERHEITSGRÜNDEN SCHWEREN HERZENS BEENDET

Burkina Faso
Bericht von Schwester Doris Broadbent
(vom 20.05. bis 28.05.2024)

Nach reifer Überlegung und Abstimmung mit dem Vorstand flog ich alleine von Düsseldorf über Istanbul nach Ouagadougou, wo mich Herr Ernest freudestrahlend abholte. Direkt im Flughafen habe ich eine neue Simkarte und Interneteinheiten gekauft, das Modem an meine Ladebatterie angeschlossen und war einsatzbereit.

21.05. Gegen 10:00 Uhr kommt Ernest, wir fahren zunächst in die Stadt, ich melde mich bei der Organisationsbehörde DGCOOP, aber keiner ist dort, wo wir sonst immer vorsprechen. Wir reden mit einem anderen Angestellten, der bringt uns zu einem Büro, wo wir unsere Unterlagen abgeben und um einen Termin am 27.05. bitten. Alles klar, sie rufen uns zurück. Dort gab es eine Kaffeemaschine und wir stärkten uns vor der Fahrt nach Ouahigouya. Diese war unauffällig, nur eine Kontrolle unterwegs, um zu kontrollieren, ob wir die Straßengebühr richtig bezahlt haben.

Wir kamen gegen 15:00 Uhr bei den Schwestern in Ouahigouya an. 2014 hatte ich hier 9 Monate lang gelebt, ich fühlte mich zu Hause. Kali hat uns zum Abendessen eingeladen, wir fuhrten (zu anderen Zeiten ging ich den Kilometer zu Fuß) zu ihr und quatschten. Teilten aber auch gleich die verbleibenden Tage ein, was wann zu tun sei. Die Preise haben sich auch hier erhöht, Benzin, Nahrungsmittel... alles nicht einfach, aber der Mittelstand scheint solide zu stehen. Dennoch sucht jeder, irgendwo noch etwas zu ergattern. Um 20:00 Uhr sind wir zurück

zum Schlafen, im Dunklen sollte man sich nicht draußen aufhalten. Die Nacht gibt es den ersten heftigen Regen!! Hurraaaa!

22.05. Wir fahren zu unserem Haus, Kali hatte geputzt, aber der Staub in der Garage auf dem Auto war 2 Jahre alt. 3 Reifen platt, Auto sprang nicht an. Mein Batterieladegerät war implodiert. Wozu gibt es fleißige Burkinabe? Die Räder abmontiert, aufgepumpt und wieder angebracht. Die Batterie wird über Nacht aufgeladen. Im Haus schauen wir uns um. Wasser und andere Getränke stehen da noch, in der Küche finden wir Studentenfutter, damals aus Deutschland mitgebracht. Wir rufen den Krankenhausdirektor an, ja wir kommen vorbei. Ernest hatte Adama angerufen, er möge doch bitte kommen. Er kam mit Vater aus Gourcy mit dem Motorrad. Zum ersten Mal sah ich Adama lächeln! Sonst schaute er immer so stumpf. Der neue Prothesenschaft passt gut, jemand in Koudougou hat ihn angefertigt und mit Hilfe des HFO hatte die Gastfamilie Sobtzick ihm das Geld dafür überweisen lassen. Auch jetzt bekam er Fotos von ihnen gezeigt und Schulgeld von mir übergeben.



Wir kommen ins Sekretariat des Direktors. Auch er freut sich, uns zu sehen. Inzwischen gibt es viele neue Disziplinen im KH, wie HNO und Orthodonto-Klinik, neue Konsultationsräume, neue Aufnahmestation. Am **23.05.** Wir begleichen die ausstehenden Strom- und Wasserrechnungen. Ein Käufer für das Auto hat sich gemeldet, wir holen die Batterie, aber das Auto startet nicht. Also nimmt Ernest seine aus seinem Auto, et voila, der Wagen springt an.

24.05. Letztes Mal Miete zahlen an den Vermieter, der ist jetzt traurig, sein bestes Pferd im Stall bringt ihm kein Geld mehr. Er habe eine große Familie, ob... NEIN. Kali und Ernest räumen das Haus leer, auf Bitten des Vermieters lassen sie ihm ein Bett und einen Stuhl. Wir fahren zur Bank. Das Konto schließen kann ich nur in Ouaga, da wurde es geöffnet, aber ich nehme den Großteil des Geldes mit, das drauf war. Kontoauszug bekomme ich auch. Weiter zum KH, hier habe ich die Sachen gesucht, gefunden und eingepackt, die wir vom HFO wieder weiter benutzen möchten. Säge, Bohrer, Dermatom, Batterieladegerät... Alle wichtigen Dokumente aus Haus und Büro habe ich im Koffer. Der ist schwer!! Das Narkosegerät auch, und das Ultraschallgerät. Sind 4 Teile, die ich mitnehme. Die Hitze macht mir echt zu schaffen, ich muss mich immer wieder hinlegen. Beine hoch, mit Eispack abkühlen. Aber es geht.

25.05. Samstag, die Schwestern möchten das Auto kaufen, der Wagen springt an. Sie schauen sich alles genau an, oh, Automatic. Wo ist das Reserverad? Ich hab noch nie eins bei dem Auto gesehen. Beim Renault war es unter dem Auto fest gemacht, hier ist keins, es gibt keins. Die Lampen blinken weiterhin, ein Mechaniker kommt, er findet heraus, was das Problem ist. Ein Zahnriemen ist lose und deshalb wird die Batterie nicht geladen, die Lichtmaschine geht nicht. Könnte er aber herausnehmen und fertig machen am Montag.

26.05. Die Schwestern wollen immer noch das Auto kaufen, aber es gab im Nord-Osten wieder einen Überfall, die Schwestern mussten von dort evakuiert werden, die Finanzen... werden überprüft, ich solle mich etwas gedulden. Gegen 13:00 Uhr endlich kommt das OK. Das Geld wird auf unser HFO Konto in Hamm überwiesen, 2.800.000 CFA, so können sie die Reparatur auch bezahlen. Wenn das Geld auf dem Konto ist, bekommen sie den Schlüssel von Ernest. Ich lasse mir das auf- und unterschreiben.

27.05. Für heute hatte ich Irene aus Sabou gebeten, nach Ouaga zu kommen. Es sei schwierig, kein Geld... aber nach Versprechen, die Busfahrt zu ersetzen, kam Nestor, ihr Onkel, mit ihr. Irene ist jetzt 18 Jahre alt, aber total introvertiert. Sie schaut keinen an, selbst vor mir zeigte sie sich kaum. Ihre Gehhilfe passt auch nicht mehr. Mit ihrer Skoliose wächst sie mehr in die Breite als Höhe. Sie hat ein handtellergroßes Lipom? am gesunden Bein. Sie geht an 2 Unterarmgehstützen, aber wackelig und barfuß. Wir trinken eine Fanta zusammen und sie wird offener. Mit dem Dreirad fährt sie gut, da nutzt sie die Hände zum Antrieb, aber die Nähmaschine kriegt sie nicht richtig

in Bewegung. Nestor meinte, sie bekommt selbst das Zuschneiden nicht hin. In Soest war sie ziemlich aufgeweckt und clever, jetzt lässt sie sich hängen, schafft die Schule nicht und weiß nicht, was sie will. Ihr fehlt der Mut!!

Auch Irene hat Geld von ihrer Gastfamilie Behrend bekommen, so sieht die Welt etwas rosiger aus. Sie braucht eine neue Prothese und bekommt von Ernest die Adresse in Koudougou dafür. Ernest bringt mich zur Bank und die Beiden zum Busbahnhof nach Hause zu fahren. Sie gehen sofort zur Abmessung der neuen Prothese.

Hier in Ouaga bei der Bank kann ich das Konto auflösen. Es stehen für Mai noch einmal Konto- und fürs Auflösen auch Gebühren an. Den Rest darf ich mitnehmen. Ich hatte per Internet versucht, ein 4. Gepäckstück anzumelden, es hatte an der Technik der Bezahlung gehapert. Und dann klappt es mit der grünen Kiste nicht, weil sie viel zu schwer ist, 45 kg. Also nimmt Ernest sie mit nach Hause, auf unbestimmte Zeit.

Ich fliege dann am **28.05.** um 02:00 Uhr morgens mit drei Teilen über Istanbul nach Düsseldorf zurück, wo alle drei Teile auch artig auf dem Band ankommen und Frank mich abholt und nach Hause bringt. Meinen Koffer habe ich hier und sortiere noch einmal die Dokumente, die anderen 2 Teile sind mit nach Hamm gefahren.

Nach 10 Jahren in Burkina Faso hinterlassen wir unser HFO Projekt auf eigenen Füßen stehend, ich bleibe aber in Kontakt mit vielen Burkinabes. ■





EIN FLUGTICKET ZU BUCHEN KÖNNTE EINFACHER SEIN

📍 Somaliland
 Bericht von Dr. Emmanouilidis
 (vom 10.06 bis 22.06.2024)

Dieser 12-tägige Einsatz begann bereits bei der Buchung mit Problemen. Wie geplant, sollten wir am 09.06. fliegen, die Airlines änderte dies, weil es am 10.06. keinen Flug von Dubai nach Hargeisa gab. Also mussten wir den 10.06. buchen. Jetzt wollten wir statt am 21.06. am 22.06. zurückfliegen. Die Airlines gab an, dass es an diesem Tag keinen Flug gibt, also müssten wir doch am 23.06. zurück fliegen. Wir mussten zustimmen. Einen Tag später bzw. einen Tag vor dem Abflug schrieb unser Reisebüro, jetzt gebe es von der Airline doch einen Rückflug am 22.06., nochmal umgebucht. Das war aber noch nicht das Ende. Während des Einsatzes bekam ein Arzt eine Mail, dass er nicht wie geplant am 18.06. zurück fliegen könne, weil es keinen Rückflug gebe. Er könnte einen Tag früher fliegen aber er hätte 13 Stunden Umsteige-Zeit in Dubai. Das wollte er aber nicht. Alternativ könnte er mit einer anderen Fluggesellschaft fliegen.

Ergo, wir buchten bei der anderen Fluggesellschaft. Am Abflugtag hat es etwas geregnet, und es gab auch Wind. An dem Tag landete die Maschine nicht, weil im Flughafen Hargeisa die Landebahn nicht mit Lichtern markiert ist und es kein Radar gibt, d.h. der Pilot muss die Landebahn sehen, sonst kann er nicht landen. Einen Tag später konnte der Kollege endlich zurückfliegen.

Am 11.06. morgens um 07:45 Uhr landeten wir in Hargeisa. Wir haben uns im Hotel frisch gemacht, etwa ausgeruht und um 14:30 Uhr waren wir im Hospital. Wie auch sonst, haben die Chirurgen mit dem Screening begonnen (Fotos 1-2) und Anästhesie und Op-Personal haben die Op-Säle vorbereitet (Narkosegeräte, Monitore, Instrumente sterilisieren, Verbrauchsmaterial sichten, ordnen und für den nächsten Tag fertig stellen. An diesem Tag konnten wir 45 Kinder untersuchen und haben auf der Kinderstation Visite gemacht.



Klinische Fälle

Der 3 Monate alte Säugling lag im Hospital mit hohem Fieber. Er war nasal an eine Sauerstoff-Maschine angeschlossen. Das Röntgenbild (Foto 3) zeigt die linke Lunge völlig verschattet, Lungengewebe ist nicht zu erkennen. Wir legten eine Thoraxdrainage. Es liefen ca. 500ml Eiter ab. Im Röntgenbild danach (Foto 4) sieht man einen Restpneu (im Pleuraum links freie Luft) und dass sich die Lunge noch nicht ganz entfaltet hat (sog. Atelektase). Nach 8 Tagen erneut geröntgt, jetzt in zwei Ebenen (Foto 5) ergab deutliche Besserung, sodass wir dann die Drainage entfernen konnten.



Der 1-jährige Junge hat sich die linke Hand verbrannt. Danach bildeten sich Kontrakturen III-V Finger. In gut 2,5 stündiger Operation konnten wir die Narben entfernen und die Finger in Streckstellung bringen, die Hautdefekte mit Vollhaut aus dem Unterbauch decken. Die Finger wurden mit Drähten für ca. 7-8 Tage fixiert und in einer Gippschiene ruhig gestellt. (Fotos 6-7) →





Der 6-jährige Junge hatte eine angeborene Knochenzyste (Foto 8) am Schienbeinknochen. Diese wuchs noch, bis der Schienbeinknochen brach (sog. pathologische Fraktur). (Foto 9) Die Deformität ist gut zu sehen. (Foto 10) Wir haben die Zyste entfernt, den Knochen begradigt (Foto 11) und mit einer Metallplatte stabilisiert. (Foto 12) Man sieht (Pfeilspitze) den Knochendefekt. Beim nächsten Einsatz werden wir wieder röntgen lassen und wahrscheinlich das Metall entfernen.



14 Tage alter Säugling, der seit Geburt alles erbrach. Im Ultraschall beschrieb der Untersucher, dass der Pylorus (Magenpförtner) verdickt sei. So konnte der Mageninhalt nicht entleert werden, und das Kind erbrach. Wir fanden einen relativ verdickten Magenausgangsmuskel (an der Pinzettenspitze). Diesen haben wir operativ durch Einritzen und Spreizen erweitert. Ab da konnte das Kind trinken, ohne zu erbrechen. (Fotos 13-14)



Den 8 Monate alten Säugling mit der hohen Analatresie (Fehl-anlage des Anus), (Foto 15, gelb markiert – Abstand Anus und Darm-ende 3cm) konnten wir operieren und den Darm am After an die richtige Stelle bringen und annähen.

Das 16-jährige Mädchen erlitt vor 2 Jahren Verbrennungen bei offenem Feuer 2. bis 3. Grades. Es entstanden Kontrakturen. Vor allem aber waren beide Arme an der Thoraxwand angewachsen. (Fotos 16-17)

Vor einem Jahr hatten wir die rechte Schulter-Achselhöhle revidiert und mit Vollhaut gedeckt. Jetzt war die linke Seite dran. Nach 3 Stunden konnten wir alle Verklebungen frei präparieren und auch mit freier Hauttransplantation verschliessen.



Ein Tag nach der Gaumen-Operation ging die Sauerstoffsättigung bei dem kleinen Mädchen bedenklich zurück, sodaß wir es über Nacht im Op-Saal beatmen mussten. (Foto 18 mit Dr. Homam Sabbagh) Erst am nächsten Tag erfuhren wir, dass das Kind eine Woche zuvor wegen Pneumonie mit Antibiotikum behandelt worden war. Es war nicht möglich von der Maschine abzukoppeln, deshalb mussten wir es in eine Privatklinik mit kleiner Einheit von Intensivstation verlegen. Da die Eltern mittellos sind, haben wir die Kosten für 10 Beatmungstage übernommen. Nach 7 Tagen habe ich die Nachricht erhalten, dass das Kind auf Selbstatmung umgestellt und dann in das Kinder-Hospital zurück verlegt werden wird. →



ZUSAMMENFASSUNG

19

Wir konnten in knapp 8,5 Arbeitstagen 275 Kinder untersuchen und 96 von ihnen operieren. Hinzu kommen noch über 50 Ultraschalluntersuchungen.

Unser Einsatz war erfolgreich. Der gleichen Meinung ist auch das einheimische Personal. Am letzten Abend sind wir von der Direktion des Hospitals zum Essen eingeladen worden. Wir wurden vom Hotel abgeholt und zu einem Hotel am Rande der Stadt in der Nähe des Flughafens gebracht. Wir kamen dort kurz vor 20:00 Uhr an. Das Essen wurde leider 2 Stunden später und nicht komplett serviert, es war kalt geworden. Selbst die Direktion meinte, es sei zu spät, vor dem Schlafen so viel zu essen. Ich danke dem Team für seine Einsatzbereitschaft. ■



20

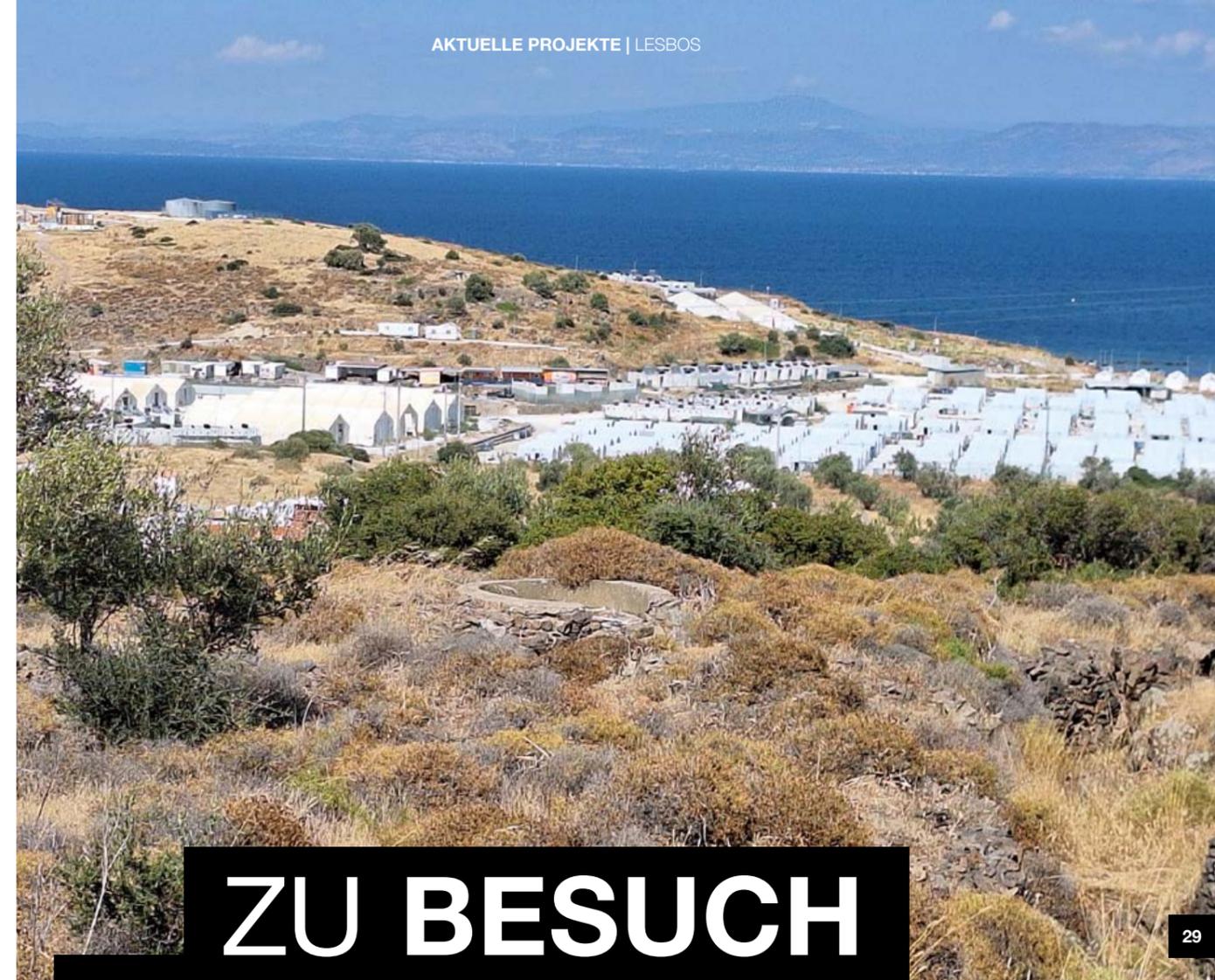
Foto 20: Das Team im Einsatz.

Foto 21: Dr. Homam Sabbagh mit einem unserer Patienten.

Foto 19: Das Team von rechts vorne: Frau C. Wurm (als Medizinische Fachangestellte), Frau Dr. C. Staude (Kinderärztin), Frau J. Markovicova (Anästhesie-Schwester), Frau J. Wech (Op-Schwester), Herr Dr. Th. Emmanouilidis (Chirurg), Frau Dr. K. Rüsse (Anästhesistin), Herr Dr. S. Reineke (Kinderchirurg), hinten: Herr Ch. Schieckel (Anästhesie-Helfer), Herr Dr. Th. Saul (MGK-Chirurg, Herr Dr. Homam Sabbagh (Anästhesist).



21



ZU BESUCH AUF LESBOS

Lesbos
Bericht von Dr. Emmanouilidis
und Alice Kleinschmidt
(vom 30.07 bis 31.07.2024)

Auf der Insel Lesbos kooperiert das Hammer Forum mit der griechischen NGO (Welcome Office Lesbos).

Jedes Jahr fliege ich für 2–3 Tage im Auftrag des Hammer Forum vom Festland aus nach Lesbos, um die Flüchtlinge im Camp und in den Wohnungen zu besuchen. Dieses Jahr war ich am 30. und 31. Juli auf Lesbos. Leider wurde mir keine Erlaubnis erteilt, das Camp zu besuchen. Der Grund war vermutlich, dass ich 2023 ein Foto von einem Bus im Camp gemacht hatte, in dem Deutsch oder Englisch unterrichtet wird.

Das Hammer Forum kooperiert seit Januar 2024 mit der griechischen NGO (Welcome Office Lesbos), weil die andere NGO (Asterias) geschlossen wurde. Ich traf die Leiterin der neuen NGO Alice Kleinschmidt. Sie ist mit einem Insulaner-Griechen verheiratet. Sie holte mich vom Flughafen ab und brachte mich auch wieder hin. Von ihr konnte ich die zwei Tage viel Informationen bekommen. →





Im Juli 2024 lebten in 9 gemieteten Wohnungen 9 schutzbedürftige Flüchtlings-Familien mit insgesamt 37 Personen, davon 18 Kinder unter 18 Jahren, 11 Frauen und 8 Männer. Fünf sind alleinerziehend (4 Mütter und 1 Vater). Die Familien kommen aus Iraq, Afghanistan, Syrien, Somalia und Sierra Leone. Im „Frauenhaus“ (Zehnte Wohneinheit), sind zurzeit 4 Frauen, zwei davon mit Neugeborenen, untergebracht, dort unterstützen wir zusätzlich mit Lebensmitteln.

Wie hoch sind die Mietkosten (Gesamtkosten)?

Die 10 Wohnungen kosten insgesamt: 2.220 Euro Kaltmieten + ca. 100 Euro im Monat Strom (mindestens, leider wegen rein elektrischer Heizung im Winter oft teurer und im Sommer Air conditioning) macht also mindestens 1.000 Euro im Monat + Wasser ca. 30 Euro pro Wohnung und Internet 30 Euro im Monat pro Wohnung. Das macht insgesamt Kosten von 3.820 Euro im Monat. (+ wie gesagt des Öfteren noch Stromnachzahlungen).

Wer bezahlt die Nahrungsmittel, Kleidung und andere Kosten? Wie hoch sind diese Kosten? Wir bezahlen pro Familie entweder 30 Euro für eine Monatskarte für eine Person, oder 20 Einzeltickets. Momentan sind das ca. 240 Euro im Monat für Busfahrkarten. Kleidung versuchen wir durch Spenden zu decken, aber manchmal kaufen wir für die kleinen Kinder z. B. Schuhe, die es in den Spenden nicht gibt. Wir haben ein Budget von 200 Euro im Monat für Extras, das kann auch Spielzeug oder Schulmaterialien sein. Den größten Teil nehmen hier Lebensmittelkosten ein, wir geben Familien, die keine Arbeit und keinen Zugang mehr zum Essen im Camp haben, 15 Euro pro Person Lidl oder my Market Voucher pro Woche (z. B. 4 köpfige Familie 60 Euro). Für Familien, die noch im Camp an Essen kommen können, geben wir alle zwei Wochen 40 Euro Lidl Gutscheine, für Haushaltsmittel (zum Saubermachen, Waschmittel, extra Kleinigkeiten zum Essen).

Insgesamt geben wir so zurzeit 1.500 Euro im Monat für Essensgutscheine aus. Es gibt eine Organisation Doro Blancke, die jeden Samstag Essenspakete in der Stadt verteilt, ohne diese müssten wir sicher noch viel mehr bezahlen für Lebensmittel.



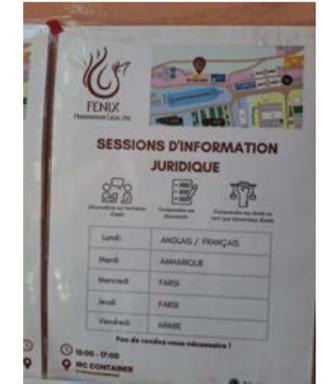
Im Bürohaus der NGO sind Räume für Sprachunterricht von verschiedenen Sprachen und Spiel- und Bastelmöglichkeiten für Kinder eingerichtet.



Die Fotos zeigen die kleinen, aber sauberen und menschenwürdigen Wohnungen.



Wichtige Informationen in verschiedenen Sprachen.

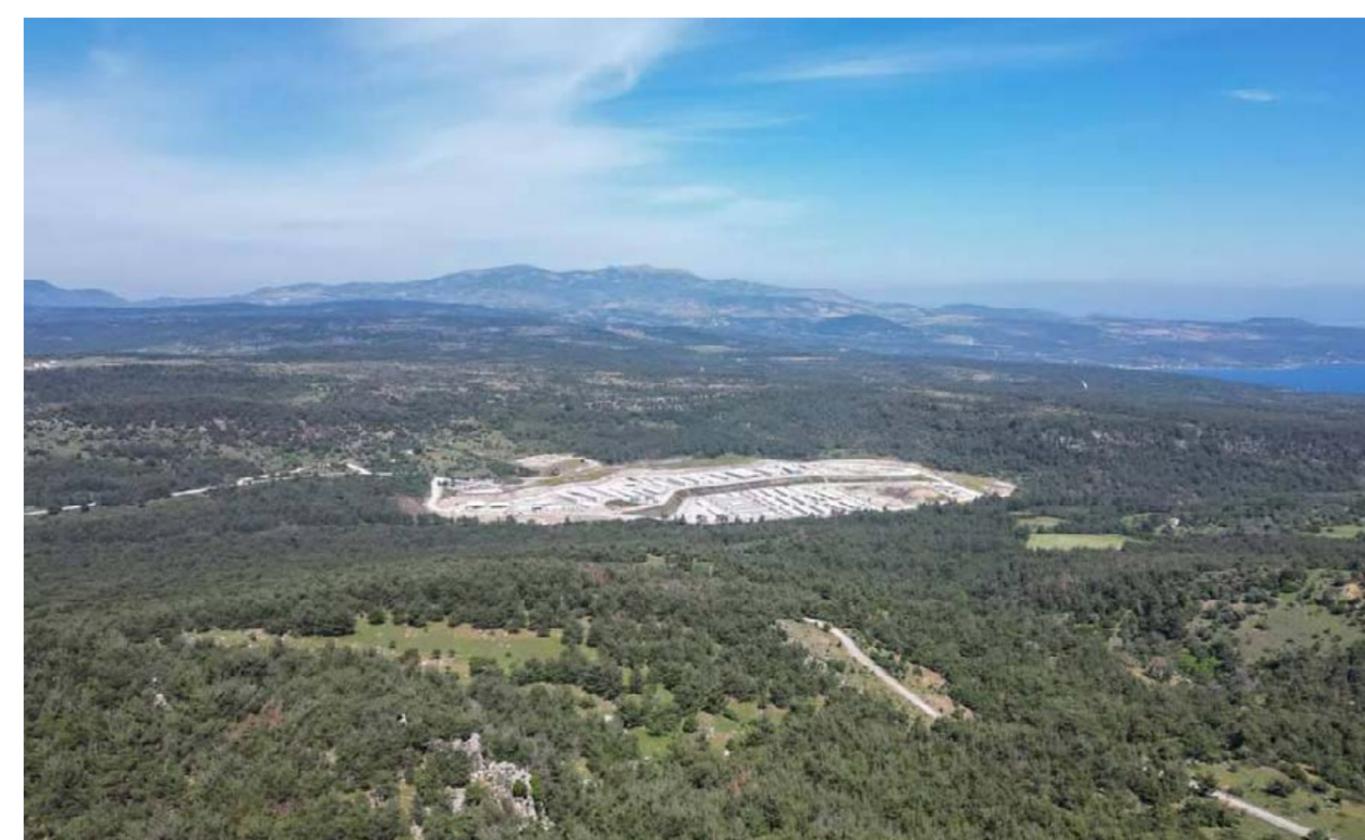


Desweiteren gibt es ab und an medizinische Untersuchungen, die privat bezahlt werden müssen, oder z. B. wenn die Anerkennung da ist, übernehmen wir auch manchmal Kosten für Pässe, wenn wir Geld haben. Das sind einmalig dann pro Familie bis zu 200 Euro, die wir dazu geben.

Im Schnitt geben wir also insgesamt für diese Dinge im Monat 2000 Euro aus, wenn ein Notfall vorliegt, auch Mal mehr. Wenn wir alle Posten zusammenrechnen für die Wohnungen, Lebensmittel, Reparaturen kommen wir auf 6.120 Euro im Monat. Unterstützt wird die griechische NGO auch von dem Freundeskreis für Kinder in Not e. V. Kassel, und Mission Lifeline. →

Mitten im Naturschutzgebiet (Kiefer-Pinienwald) wurde ein neues Camp in Vastria/Lesbos mit unzähligen Containern für bis zu 5000 Flüchtlinge mit Geld von der EU eingerichtet, ohne die Naturschützer einzubeziehen. Das Camp ist nur durch eine etwa 1 Km lange und ca. 8 Meter breite Strasse erreichbar, die durch Entwurzelung von hunderten Kiefern gebaut wurde. Jetzt gibt es Demonstrationen gegen dieses Projekt im Naturschutzgebiet.

Laut UNHCR kommen auf Lesbos täglich etwa 19 Flüchtlinge (wöchentlich 133, monatlich ca. 530) an. Im Juli waren auf Lesbos 1.238 Flüchtlinge (50 % Afghanistan, 24 % Syrien, 13 % Yemen, 2 % Somalia, 2 % Ägypten und 9 % aus anderen Ländern). 914 Flüchtlinge waren im Camp, 105 in anderen Einrichtungen und 219 auf eigene Faust untergebracht. Im Juli sind über 399 Flüchtlinge auf das Festland gebracht worden. ■





Betken & Potthoff
... gut für Ihr Auto

Meisterbetrieb der KFZ-Innung

Wir sind gerne für Sie da!

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

Weitere Informationen unter betkenundpotthoff.de

Miele
IMMER BESSER

Design for life.
Die neuen Küchen-Einbaugeräte von Miele

Wir beraten Sie gern

MöbelWachter
KÜCHE ■ WOHNEN

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

KOMPLEXE
KOMMUNIKATION
EINFACH MACHEN.

www.einfach-wilke.de

Wilke
Einfach kommunizieren.

Einfach informieren.

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



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
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 2 - 24

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 **D E _____ 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

Burkina Faso
DR Kongo
Somaliland

ABGESCHLOSSENE PROJEKTE

| | | | |
|---------------|---------|---------------------|--------------|
| Afghanistan | Irak | Sri Lanka | Griechenland |
| Albanien | Jemen | Bosnien-Herzegowina | Palästina |
| Angola | Kosovo | Tansania | Syrien |
| Eritrea | Libanon | Tschetschenien | Südsudan |
| Guinea-Bissau | | Uganda | |