



KINDER 2/25

**Spezielle Chirurgische Hilfe für
Kinder in Krisengebieten**

Gemeinsam mehr erreichen

 **HAMMER
FORUM**
Medical Aid for Children

INHALT

03 Vorwort

04 Aktuelle Themen

04 Guinea-Bissau

Kleines Land mit riesigen Problemen

07 Somaliland

Das Schicksal eines Nomadenkindes in Somaliland

11 Jemen

Nach 10 Jahren wieder im Jemen

16 Somaliland

Kleinkinder an offenem Feuer durch traditionellen Hidjab gefährdet

23 Kongo

Gewagte Planung, erfolgreicher Abschluss, Odyssee bei Rückreise

26 Lesbos

Unbekanntes Terrain: Scheidung auf Afghanisch möglich?

29 Kikwit / Kongo

Die Zahlen machen Hilfe und Unterstützung weiterhin notwendig

32 Yemen-Syrien

Gescheiterte Reise nach Syrien und schwierige Rückreise

35 Weitere Eindrücke

Impressum und Kontakt



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

seit der Gründung unseres Vereins im März 1991 setzen wir unsere Hilfe mit Schwerpunkt „chirurgische Hilfe“ unter Beachtung der humanitären Prinzipien fort.

Die politischen Rahmenbedingungen des jeweiligen Einsatzlandes sind vorgegeben. Wir müssen immer darauf achten, dass unsere Neutralität vor Ort nicht politisch instrumentalisiert wird. Die Herausforderungen vor Ort und Land sind unterschiedlich, bedingt durch Kultur, Bildung, wirtschaftliche Entwicklung und den Willen der lokalen Akteure, aktiv mitzumachen.

Unsere praktischen Erfahrungen helfen uns dabei, die Hilfe an die richtige Stelle unter Berücksichtigung unserer vorhandenen Ressourcen zu bringen. Unser Ziel können wir nur dann erreichen, wenn uns die entsprechenden notwendigen Ressourcen zur Verfügung stehen.

Bei unseren 5 Einsätzen im ersten Halbjahr 2025 konnten wir vor Ort 1030 Kinder untersuchen und 449 von ihnen operieren. Auch in diesem Kindermagazin versuchen wir zu dokumentieren, was wir in diesem Halbjahr geschafft und geleistet haben. Sie können erkennen

wie wichtig Ihre finanziellen Zuwendungen und Unterstützung waren und sind. Unsere Arbeit braucht weiter Ihre Hilfe, auch die finanzielle.

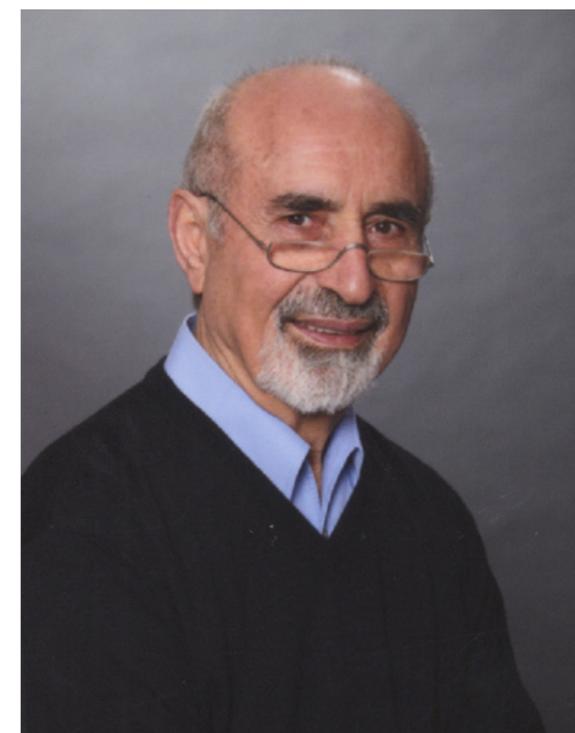
Liebe Spenderinnen, liebe Spender, ohne das großartige ehrenamtliche Engagement von vielen Menschen und von vielen Teameinsatz-Teilnehmern hätten wir nicht so vielen Kindern helfen können.

Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien ein schönes Weihnachtsfest und ein gesundes neues Jahr.

Ihr

Dr. Emmanouilidis

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





KLEINES LAND MIT RIESIGEN PROBLEMEN

Guinea-Bissau
Bericht von Dr. Emmanouilidis
(vom 15.01. bis 01.02.2025)

Die Vorbereitungszeit für diesen Einsatz und die Besorgung der Verbrauchsmaterialien war wegen der Weihnachtszeit ziemlich kurz. Einiges kam erst am letzten Tag vor der Reise an. Aus verschiedenen Gegenden Deutschlands kommend trafen sich die Teammitglieder in Frankfurt, einer kam aus Österreich. Die Flugreise via Casablanca nach Bissau war ohne Besonderheiten. Wir wurden am nächsten frühen Morgen um 02:30 Uhr von Dr Lino im Flughafen in Bissau abgeholt.

Es lohnte sich nicht, um diese Zeit noch ins Hotel zu gehen, deshalb fuhren wir gleich mit dem Auto nach Gabu, ca. 200 km nord-östlich von Bissau. Die Strassen waren absolut trocken und sehr staubig. Unser Fahrer fuhr für die Strassenverhältnisse ziemlich schnell, wir erreichten Gabu in 4,15 Stunden. In der Regenzeit brauchen wir dafür 6–7 Stunden. Nach kurzer Pause im Haus und Hotel sind wir zum Hospital gegangen. Wir Chirurgen begannen mit Untersuchen der wartenden Kinder (Foto 1). Das übrige Personal bereitete die Op-Tische, Narkosegeräte, Instrumente usw. vor, um am nächsten Tag operieren zu können.



Allgemeine und klimatische Veränderungen sind spürbar
Durch die letzten Regenzeiten waren die Strassen auch im Zentrum der Stadt wie Canyons geformt. Jetzt waren dort Bulldozers, viele LKWTransporter, um den Sand zu planieren. Im Zentrum wurden an beiden Seiten der Strassen die Bäume unsachgemäß geköpft oder abgeschnitten oder ganz entwurzelt. Die dort im Zentrum befindlichen kleinen flachen kioskähnlichen nebeneinander gelegenen Geschäftsbaracken wurden zum grössten Teil abgerissen. Der Rest soll auch dran glauben. Dort sollen Kinderspielplätze und andere freie Plätze entstehen. Durch diese Massnahmen war die

Staubbelastung in der Luft noch grösser geworden. Wenn man mit dem Auto gerade 1 km gefahren ist, dann sieht es so aus wie im (Foto 2).



Die allgemeine Infrastruktur in G-Bissau ist katastrophal schlecht. Ausserhalb der Hauptstadt sind alle Städte und Dörfer betroffen. Es gibt keine Stromversorgung über das gesamte Land. In Gabu gibt es auch keine Wasserversorgung. Die mangelnden bis keine Einkommensmöglichkeiten führen zur steigender Verarmung vor allem der ländlichen Bevölkerung. Preissteigerungen und steigende Inflationsraten schränken auch die Mobilität vor allem der Landbevölkerung ein.

Der Grossteil der Bevölkerung in der Region Gabu bewegt sich auf dem Niveau der Selbstversorgung. Die Mehrheit der Bevölkerung lebt unterhalb der Armutsgrenze. In der ländlichen Region gibt es keine Einkommensmöglichkeiten. Bei diesem Einsatz fiel auf, dass weniger Kinder als sonst kamen. Von diesen wenigen waren fast alle aus der Stadt Gabu. Nur einzelne kamen aus den Dörfern aus der Umgebung von Gabu. Das einheimische Personal, das mit uns zusammen arbeitet, meinte, dass viele Eltern die Transportkosten nicht bezahlen können. Laut HDI (Human Development Index von 2022 rangiert Guinea Bissau auf Rang 179 von 193 angemeldeten Ländern.

Klinische Fälle

Vor zwei Jahren erlitt der Junge Verbrennungen. Die erste Behandlung erfolgte in der Universitätsklinik in Bissau. Danach zuhause von einem Mediziner. Von Anfang an wurde keine Physiotherapie durchgeführt. Das katastrophale Ergebnis ist sichtbar in Foto 3. Der Oberarm ist an der Thoraxwand angewachsen, das Ellbogengelenk, Hand- und Fingergelenke sind versteift. Jetzt erst haben die Eltern gehört, dass das Hammer Forum nach Gabu kommen wird. Wir haben fünf Stunden lang operiert. In der Zeit konnten wir nur die Achselhöhle und die rechte Thoraxwand freilegen und plastisch decken (Foto 3a). Bei dem nächsten Einsatz wollen wir versuchen, soweit wie möglich die übrigen Gelenke zu mobilisieren und in eine funktionell zufriedenstellende



Position zu bringen. Über die Häufung von krummen Beinen bei Kindern in Ost GBissau haben wir mehrmals berichtet. Auch diesmal kamen über 40 % der untersuchten Kinder mit krummen Beinen (Fotos 4–7).



Vor gut einem Jahr erlitt der kleine Junge Verbrennungen. Danach entstand dieses Keloid (überschiessendes Wachstum der Haut, also gutartiger Tumor), tritt häufiger bei Dunkelhäutigen auf (Foto 8).

Vor einem Jahr traten Schmerzen im Oberschenkel auf. Nach und nach wurde der Oberschenkel dicker und die Schmerzen wanderten Richtung Knie. Die Röntgenbilder zeigen eine massive Panosteomyelitis des Knochenmarks (gelbe Pfeile Foto 9). Wir konnten mit einer speziellen Knochensäge eine 4 x 1,5 cm große Öffnung am Ende des Oberschenkelknochens legen. Es floss viel Eiter aus. Danach den Knochenmarkkanal spülen, reinigen und eine 30 cm lange Zementkette mit Antibiotikum in den Markkanal legen. →



ZUSAMMENFASSUNG

In 10 Tagen konnten wir 153 Kinder untersuchen und davon 57 operieren. 20 Osteotomien führten wir durch, so viele haben wir bisher in keinem Einsatz durchgeführt. Zu diesem Erfolg hat Dr Lino viel beigetragen. Er hat im Vorfeld alles organisiert und tatkräftig assistiert und auch übersetzt. Für den reibungslosen Ablauf möchten wir dem Team Danke sagen. Einen besonderen Dank sage wir auch den beiden Op-Schwestern, die zum ersten Mal in GBissau dabei waren. Sie wurden/konnten nicht eingewiesen werden, aber sie haben es ermöglicht, dass die Operationen wie geplant laufen konnten.

Alle haben die köstlichen Dinners von Alex genossen. Alle haben für Ihre Kochkünste drei Michelin-Sterne verdient. Aber nur einer – Dr. Schlüter – kann der Miele Spülmaschine Konkurrenz machen, wir danken ihm dafür. Dem gesamten Team ein grosser Dank für das angenehme harmonische Arbeitsklima. ■

Das Team von rechts: Dr Lino, Frau Ulrike Deutsch (OP-Schwester), Dr G. Braun (Anästhesist), Herr A. Reicher (ATA), Dr Th. Emmanouilidis (Chirurg), Dr E. Schlüter (Anästhesist), Dr Heike Öhl (Kinderchirurgin), Frau A. Angerhofen (OP-Schwester), Herr Ch. Schiecken (ATA).



Dinner, Selbstversorger



9



Markt

Fotos von Christoph Schieckel



DAS SCHICKSAL EINES NOMADENKINDES IN SOMALILAND

📍 Somaliland
Bericht von Dr. Emmanouilidis
(vom 15.02. bis 01.03.2025)

Die Teammitglieder kamen aus ganz Deutschland und trafen sich in Frankfurt im Flughafen. Alle haben schon mal Einsätze mit dem Hammer Forum gemacht. Unser Flug via Addis war reibungslos, aber die Flugzeit mit langer Umsteigezeit sehr ernüchternd. Pünktlich am 16.02.25 um 11:25 Uhr landeten wir in Hargeisa, der Hauptstadt von Somaliland. Am Nachmittag begannen wir mit der Untersuchung von Kindern. Einige von uns bereiteten die Operationsäle vor, damit wir am nächsten Tag mit den Operationen anfangen können. Hargeisa liegt ca. 1.350m. hoch, dementsprechend sinkt in der Nacht im März die Temperatur bis auf 9 Grad zurück.

In Hargeisa sind nur sehr wenige Hauptverkehrsstrassen asphaltiert. Eine den Hauptstrasse, die zum Flughafen führt, wird zur Zeit repariert. Auf der Strasse herrscht immer Chaos, weil weder Schilder noch Ampeln oder Ausweichwege gezeigt werden. Im Gegenteil - viel Schutt, Steine liegen überall und die Maschinen und Bulldozer, LKWs mitten drin versperren den Weg, keine Wegbeschreibungen. Viele Fussgänger versuchen

irgendwie voran zu kommen. Keine Polizei, die den Verkehr regeln könnte. Jeder versucht irgendwie, voran zu kommen, es geht stop and go. Mehrmals haben wir berichtet, wie die Gesellschaft in Somaliland funktioniert, auch über die Machtteilung in ein Zweikammer-Parlament des autonomen Staates. Trotz der schwierigen wirtschaftliche Situation versucht das Land, die Situation der Bevölkerung zu verbessern. Es gibt einige Reiche und eine kleine Mittelklasse, der wesentlich grössere Rest der Bevölkerung ist bitter arm. Dennoch gewinnt man den Eindruck, dass die Menschen positive Stimmung ausstrahlen und eher zufrieden sind.

Klinische Fälle

Dieses Kind (Fotos 3–6) erlitt vor 3 Jahren schwere Verbrennungen. Leider wurde auch bei diesem Kind keine Physiotherapie durchgeführt. So entstanden derbe Narben und Kontrakturen. Nach 4,5 Stunden Operation konnten wir sorgfältig die Hautschwarten entfernen, dabei mussten wir die Sehnen freilegen. Die entstandenen Hautdefekte wurden mit Vollhaut aus dem Unter-

bauch gedeckt, der Unterarm in Gips ruhig gestellt. Sieben Tage später wurde der erste Verband durchgeführt und die Drähte von den Fingern entfernt. Alle Hauttransplantate sind angewachsen. Danach musste noch die Hand für fünf bis sechs Tage ruhig gestellt werden. Erst dann folgte die Physiotherapie d.h. die Bewegung der Hand und der Finger. So konnte die



Gelenkfunktion des Handgelenkes und der Finger wieder hergestellt werden. Wir sind mit dem guten Ergebnis sehr zufrieden.



Vor ca. 2,5 Monaten hatte das 1,5-jährige Mädchen Husten und hohes Fieber. Dann sahen die Eltern, dass der rechte Unterschenkel dick geworden ist, und die Kleine klagte über Schmerzen im Unterschenkel. Das Kind wurde in die Kinderklinik gebracht. Dort wurde am unteren Drittel des Unterschenkels rechts eine Schwellung festgestellt. Der Chirurg hat den Abszess eröffnet. Die Unterschenkel-schwellung blieb. So erfolgte eine Röntgenaufnahme des Unterschenkels. Die Röntgenaufnahme wurde als normal beschrieben. Wir aber sahen eine Panosteomyelitis (Knochenmarkentzündung). Wir führten eine Operation durch, es entleerte sich Eiter aus dem Knochenmark. Wir spülten die Markhöhle und legten eine Drainage für fünf Tage. Die Drainage haben wir nach fünf Tagen entfernt, die Schwellung ist völlig weg und das Kind spielte munter mit dem Handy im Bett (Fotos 7–8).

Ein zwölf Jahre alter Junge erlitt vor einem Jahr Verbrennungen. Die Wunden heilten mit erheblich dicken Narben, den sog. Keloiden (Narbengeschwulst). Er klagte über Juckreiz. Wir haben die dickste Hautschwarte entfernt und den relativ grossen Hautdefekt durch ausgedehnte Mobilisierung der Haut rund um den Defekt geschlossen. Die anderen drei werden wir nach und nach entfernen (Foto 9).



Die Geschichte des 9-jährigen alten Nomadenkindes hat uns alle sehr berührt. Er ist das siebte von neun Kindern. Bereits nach der Geburt hatte das Kind Probleme mit dem Stuhlgang. Anfänglich hatte er ein mal in der Woche Stuhlgang. Als er drei Jahre alt war und länger als drei bis vier Wochen keinen Stuhlgang hatte, brachte ihn die Eltern nach Äthiopien. Dort wurden ausgiebig Einläufe gemacht, bis der Bauch dünner und der Darm leer wurden. Das Kind wurde entlassen. Die Eltern sagten uns, dass sie keine Information bekommen haben und wussten nicht, was ihr Kind hat. Seither hatte das Kind einmal im Monat oder sogar alle zwei Monate etwas Stuhl. Jetzt soll das Kind in den letzten fünf bis sechs Monate nicht Stuhlgang gehabt haben. Das Kind bestand praktisch nur aus dem Bauch (Foto 11). Es war sehr abgemagert, wirkte teilnahmslos. Die Fotos sprechen für sich, weitere Beschreibung seines Zustandes ist nicht notwendig. Das Röntgenfoto zeigt den extrem erweiterten Dickdarm voll mit Stuhl und Luft. Wir konnten erst am nächsten Tag in Narkose das Kind untersuchen, weil sein After sehr eng war, und wir mussten versuchen, durch Einlauf den Darm zu entleeren. Wir legten ein Darmrohr und spülten den Darm über eine Stunde lang mit viel Wasser. Es entleerte sich viel Stuhl, aber vor allem Luft. Die Fotos vor und nach dem Einlauf sprechen wir sich.

Drei Tage später haben wir einen Darmausgang rechts (Coecostoma) angelegt und für die Histologie Biopsien (Gewebe) aus der Rectum (Mastdarm) entnommen. Wir haben den Verdacht, dass direkt oberhalb des Afters, also im Bereich des Enddarmes, keine Ganglien (Nervenzellen) vorhanden sind. Das ist die Ursache der Einengung. Unsere Diagnose war Hirschsprung Krankheit. Dieses Gewebe haben wir mitgenommen. Es wird im Klinikum Herford von dem Chefarzt der Pathologie, Herrn Dr Minin, befundet. Wenn sich die Diagnose bestätigt, dann werden wir das Kind bei unserem nächsten Einsatz im Juni operieren und diesen Darmteil entfernen.



Das 14 Jahre alte Mädchen erlitt vor 1,5 Jahren Verbrennungen, vor allem am Oberkörper und an den Armen. Sie wurde vor sechs Monaten in Äthiopien operiert. Jetzt sind feste Narbenschwarten entstanden und die Arme in der Axilla an der Brustwand verwachsen. Dadurch war die Mobilität der Arme im Schultergelenk, vor allem rechts, stark eingeschränkt. Wir konnten die Hautschwarten in der Achselhöhle resezieren und den Defekt teils mit Verschiebeplastik und teils mit Vollhaut



aus dem Unterbauch decken. Der Arm wurde in Abduktionsstellung für acht Tage ruhig gestellt. Mit dem guten Ergebnis sind das Mädchen, ihre Eltern und wir sehr zufrieden (Fotos 15–16).

Drei Tage alter Säugling mit Anus- Ektopie (angeborene Fehlbildung des Afters) wurde uns vorgestellt (Foto 17). Wir haben bereits am nächsten Tag ein Colostoma (künstlichen Darmausgang) angelegt. Beim nächsten Einsatz im Juni oder im Dezember werden wir das Kind erneut operieren und das Darmende in den Schließmuskelkomplex positionieren. Wir operieren einen ein Jahr alten Säugling mit Aftermissbildung. Es folgt die operative Rekonstruktion des Analkanals. Der Enddarm wurde mobilisiert und im Schließmuskelkomplex positioniert (Foto 18). →





ZUSAMMENFASSUNG

Der Koordinator Herr Dr Farhaan wurde von der Direktion erst elf Tage zuvor über unsere genaue Ankunftszeit informiert. Dennoch hatte er gemeinsam mit Schwester Mona versucht, viele registrierte Kinder einzubestellen. Diesmal haben sie sehr viele Kinder, sicher über die Hälfte nach Verbrennungen mit Keloiden, Kontrakturen und Gelenkversteifungen einbestellt.

Das Team von rechts: Dr G. Braun (Anästhesist), Dr Th. Emmanouilidis (Chirurg), Frau A. Angerhofen (OP-Schwester), Dr. W. Bayen (Anästhesistin), Frau F. Lucas (OP-Schwester), Frau N. Niedertubbesing (Anästhesie-Schwester und Studentin), Dr. S. Reineke (Kinderchirurg).

Wir haben immer versucht, um 08:00 Uhr mit der Visite auf den Stationen (Kinder und Neonatologie) zu beginnen. Abends erfolgte erneute Visite bei den frisch Operierten. In elf Tagen konnten wir 263 Kinder untersuchen und davon 67 operieren. Am Sonntag habe wir morgens Visite gemacht und anschliessend mit den Einheimischen zuerst eine Dromedar- Farm (Somalisch Kamefarm, dort wird nicht zwischen dem Ein- oder Zweihöcker Tier unterschieden) besucht. Für Somali sind das alles Kamele. Dort haben einige von uns Dromedar-Milch und Fleisch probiert. Danach den Markt aufgesucht und etwas von Gewürzen eingekauft. An einem Tag und ganz unerwartet erschien im Operationssaal der neue Gesundheitsminister. Nach der Begrüssung bedankte er sich für unseren Einsatz und verabschiedete sich und sagte „God bless you“. Ich möchte dem Team danken für die tolle Arbeit, die wir geleistet haben,

und für das sehr angenehme Arbeitsklima. Alle sind der Meinung, dass der Einsatz erfolgreich war. Grosser Dank gilt auch dem Küchenpersonal. Sie bereiten auf sehr beengtem Raum und Abstellräumen köstliches Essen. Obwohl Kochfelder, Waschbecken, Arbeitsplatten, Regale usw. nicht ausreichend sind, improvisieren sie und bereiten im Durchschnitt für über 50-60 Personen das Essen. Die Küche sollte schon letztes Jahr renoviert werden. Mangels Geld geschah nichts. Das Hammer Forum hat dann beschlossen, die Renovierungskosten 5.700USD zu übernehmen. Wir werden mittags dort auch kostenlos versorgt. ■



NACH 10 JAHREN WIEDER IM JEMEN

1

Jemen
Bericht von Dr. Emmanouilidis
28.04. – 10.05.2025

Unser letzter Jemeneinsatz fand im Januar 2015 statt. Dann begann der Krieg im Jemen. Seit einigen Jahren diskutierten wir über einen erneuten Einsatz. Nicht nur aus Sicherheitsgründen konnte kein Einsatz stattfinden, sondern es gab praktisch auch keine Möglichkeit, nach Taiz zu kommen. Dort hatte sich unser Wirkungsort befunden.



2

Letztes Jahr haben wir beschlossen, aus Sicherheitsgründen das Projekt in Burkina Faso zu schliessen. Ich habe mit Dr. Ali Al Zakami gesprochen, wieder in den Jemen via Oman und nicht z. B. nach Tschad, Gambia, Namibia oder Ladakh/Kaschmir zu gehen. Dr. Ali stellte den Kontakt mit dem Krankenhaus in Al Ghaydah her. Er flog im Auftrag des Hammer Forum hin. So planten wir zwei Einsätze für 2025. In der Folge konnte ich mit dem Chirurgen Dr Hani Mohammed Kontakt aufnehmen und mit ihm zusammen den Einsatz bis ins Detail planen. Der Flug Frankfurt, Doha/Qatar nach Salalah/Oman verlief normal. Wir übernachteten in Salalah. Der Sohn des Stellvertreters des Gouverneurs der Provinz Al-Mahra, Herr Abdallah, holte uns vom Flughafen ab. Wir übernachteten in Salalah. Früh morgens fuhren wir mit ihm und einem zweiten Auto mit einem Omani nach Al Ghaydah. Von Salalah nach Al Ghaydah sind es 275 km. Etwa →



3



100 km davon geht es durch hohe zerklüftete Berge. Die Strasse ist zwar asphaltiert, aber sehr kurvenreich, teilweise sind sehr scharfe Kurven. Links und rechts der

Strasse oder sogar auf der Strasse laufen Dromedare oder Kühe. Manchmal liegen sie mitten auf der Strasse und lassen sich überhaupt nicht stören. Die Autos müssen um die Tiere herum fahren (Fotos 1–3). Deshalb dauert die Fahrt fünf Stunden und mehr.

Am ersten Tag wurden wir vom Stellvertreter des Gouverneurs, dem Director des Gesundheitsamtes und dem Manager des Hospitals begrüßt. Der Koordinator Dr. Hani war ebenso anwesend. Das Klima in der Provinz wird beeinflusst auch von monsunähnlichen Regenschauern in den Monaten Juli-August. Die Landschaft in der Gebirgskette soll dann ganz grün werden. Sonst ist der Niederschlag ganzjährig sehr gering. Das Flachland ist wüstenähnlich, Steppenlandschaft und Dornbuschsavanne (Foto 4). An vielen Stellen kann man den Vulkanismus feststellen. In der Provinz sollen vor dem Krieg ca. 3,5 Mill. Einwohner gelebt haben, jetzt sollen mehr als 7 Mill. dort leben. Es sollen ca. 2 Mill. Binnenflüchtlinge, vor allem aus dem Norden, die übrigen aus Somalia, Äthiopien, Sudan und anderen afrikanischen Ländern sein. Auch aus Pakistan und Muslime aus Indien sollen dort als Arbeitsmigranten gekommen sein. Weit ausserhalb der Stadt sieht man kleine runde hüttenartige Behausungen aus Ästen, Plastik, Stoffen und Papier, in denen maximal 2 Personen liegen, aber nicht stehen können. Dort gibt es weder Wasser noch Strom. Dort sollen vor allem Flüchtlinge aus Afrika wohnen. Überall auf den Strassen, vor den Hotels, Geschäften und Restaurants betteln Kinder mit und ohne ihre Müttern um Geld. In der Stadt werden von

etwas Wohlhabenden auch Häuser gebaut. 60–65 % sind Sunniten, 30–40 % Schiiten und einige Ismailiten. 99 % sind Muslime. Amtssprache ist Hocharabisch. Die Armut ist sehr hoch – ca. 80 %, und extrem arm sind ca. 50 %. Über 32 % hungern sogar. Laut UN hungern neben dem Sudan im Jemen die meisten Menschen weltweit. Laut HDI 2022 (Human Development Index) liegt Jemen auf 186. Stelle von 193 angemeldeten



6



7



8

Staaten.

Das Hospital

Im Hospital sieht es teilweise aus wie auf einer Baustelle. In vielen Bereichen wird dazu gebaut oder werden die Mauern versetzt und Türen ausgetauscht. Man hat den Eindruck, dass das Hospital wie ein Labyrinth ist, sehr enge Zickzack – Gänge verbinden viele kleine Gebäude, die irgendwann und nach und nach ohne Bauplan gebaut wurden. Alle



9



5

Räume sind ziemlich klein. In der Chirurgischen Männerstation, – ca. zwölf Meter mal acht Meter – liegen zehn Patienten. Die Neonatologie ist ca. acht Quadratmeter groß. Deshalb soll ein größeres Hospital gebaut werden. Dieses Hospital soll später als Poliklinik dienen. Das Labor befindet sich in einem Container, den die Japaner dem Hospital geschenkt haben (Foto 5).

Klinische Fälle

Das Kind ist vor sechs Monaten operiert worden. Man hat leider die alten Narben reseziert, und so konnten die Finger nicht gestreckt werden. Wir mussten die Narben von den vier Fingern entfernen und die Defekte mit Vollhaut decken. Das Ergebnis zehn Tage später (Fotos 6–7).

Bei diesem Kind mit Klumpfuß musste die Achillessehne verändert werden. Der Unterschenkel bleibt für vier Wochen im Gips (Foto 8).

Das 12-jährige Mädchen klagte über Schmerzen im distalen Unterschenkel, vor allem nach Belastung. Wir ordneten Röntgen an. Das (Foto 7) zeigt eine Zyste an dem Wadenknochen (Fubula). Wir entfernten die Zyste. Es handelt sich um ein sog Enchondrom. Der Inhalt wird histologisch untersucht (Foto 9).

Bei dieser 2-jährigen Patientin wurde eine Geschwulst (Verdacht auf Speicheldrüsentumor) aus dem rechten Kieferwinkelbereich herausoperiert. Der Tumor wurde nach Deutschland zwecks histologischer Untersuchung mitgebracht (Foto 11).

Eine Hauptfachabteilung für MKG-Chirurgie oder plastische Chirurgie ist weder in Al Ghaydah noch in der gesamten Provinz Al-Mahra vorhanden. Daher sind einige Jugendliche und Heranwachsende bis jetzt unversorgt geblieben. Hier ist eine 16-jährige Patientin mit einer sehr breiten Gaumenspalte. Diese wurde plastisch durch ein aufwendiges Verfahren verschlossen (Fotos 12–13).

Bei diesem eineinhalb Monate alten Kind wurde eine Follikulitis-ähnlicher Befund exzediert. Es hat sich herausgestellt, dass der Befund eine Infektion durch die Larve der Dasselfliege war.

Ein 4-jähriges Mädchen vier Tage postoperativ nach der Entfernung einer medialen Halszyste mit Zungenbeinteilresektion.

Bei diesem sechs Monate alten Kind mit Missbildung des Unterarmes und der rechten Hand wurden die beiden Finger (Daumen und Zeigefinger) zur Verbesserung der Greiffunktion plastisch getrennt (Fotos 16–18). →



11



12



13



16



17



18



Beim Kuchenschneiden.



Verleihung von Zertifikaten.



Wir wurden interviewt.



ZUSAMMENFASSUNG

In 8,5 Tagen konnten wir 324 Kinder untersuchen und 69 davon operieren. Zu diesem Erfolg haben alle gemeinsam, unser Team und das einheimische Personal beigetragen. Mund-Kiefer-Chirurgische OPs: Gaumen-Lippenspalten, Kieferspalstosteoplastik aus dem Beckenkamm, Velopharyngoplastik (Sprachverbessernde Operationen), Zungenbändchenplastik und viele andere Operationen. Andere Operationen, Analatresie-Operation, Recolostomie, Kontrakturen nach Verbrennungen, Klumpfüsse und viel andere Operationen.

Das Team von rechts: Frau B. Leverenz (OP-Schwester), Frau K. Meissner (Anästh-Schwester), Herr Dr. Emmanouilidis (Chirurg), Frau Dr. M. Ayad (Zahnärztin), Frau Ö. Kocabey (Anästhesie-Schwester), Herr Dr. W. Ayad (MGKCh) und hinten Herr Dr. F. Worthmann (Anästhesist).

Freitag einen Ausflug ans Meer mit original jemenitischem Picknick.

Es hatte uns sehr gefallen und geschmeckt. Im Auftrag des Gouverneurs wurden wir immer von der Security begleitet, egal wo wir hingegangen sind. Im Hotel vor den Türen übernachteten die Polizisten. Die taten uns leid. Wir versuchten, sie mit Essen und Trinken zu versorgen. Danke auch an die Polizei. Gouverneur, Direktor des Gesundheitsamtes und Manager des Hospital haben uns am letzten Tag offiziell verabschiedet. Wir wurden auch interviewt. Wir haben uns dort wohlgeföhlt und waren willkommen. Zum Schluss, sagten sie „bis zum nächsten Einsatz im Oktober“. Das Team verdient natürlich auch einen Dank, nicht nur für die geleistete Arbeit, sondern für das angenehme Arbeitsklima. Es hat uns allen trotz der Hitze und den Transport-Strapazen viel Spass gemacht. Alle sind der Meinung, der Einsatz war erfolgreich. ■





KLEINKINDER AN OFFENEM FEUER DURCH TRADITIONELLEN HIDJAB GEFÄHRDET.

Somaliland

Bericht von Dr. Emmanouilidis, Moussa, Ellermeier und OP-Schwester Nußbaumer (vom 29.05. bis 12.06.2025)

Der Einsatz wäre wegen einer kurzfristigen Absage eines Anästhesisten beinahe storniert worden. Wir haben eine Anästhesistin, die mal gesagt hatte, wenn mal jemand dringend gebraucht würde, dann sollten wir sie anrufen. Ich hatte sie angerufen. Sie sagte, am Wochenende sage ich dir Bescheid. Sie sagte zu. Der Flug bis Hargeisa war wie auch sonst normal gelaufen. Im Flughafen Hargeisa ist inzwischen das gesamte Personal ausgewechselt worden. Uns kennt niemand, deshalb verlangte man von uns die Visakosten. Ich sagte, die Visakosten sind bereits bezahlt worden. Sie verlangten von uns die Quittungen.

Derjenige, der uns abholen sollte, telefonierte mehrmals mit Mitarbeitern des Ministeriums. Bis die Bestätigung

vom Gesundheitsministerium am Feiertag ankam, hat es eine Stunde gedauert. Erst dann konnten wir passieren und unser Gepäck mitnehmen. Im Hotel kamen wir gegen 10:15 Uhr an. Um 14:00 Uhr waren wir im Hospital. Auch im Hospital war das gesamte Führungspersonal gewechselt worden. Wir Chirurgen haben mit Screenings begonnen. Der Rest des Teams kümmerte sich um die Vorbereitung der OP-Säle.

Klinische Fälle

Über die unterschiedlichen Krankheitsbilder im Somaliland berichteten wir mehrfach. Neben angeborenen Missbildungen im Anal- und Urogenitalbereich, Magen-darmtrakt, Lippen- Gaumenspalten, einige Hernie waren vor allen sehr viele Kontraktionen nach Verbrennungen und zwei nach Schlangenbiss zu behandeln. Einige



chende Physiotherapie durchgeführt. Alle Finger der linken Hand waren betroffen und kontrahiert. Nach 4-stündiger Operation und Hauttransplantation konnten wir die Finger so weit in Streckstellung bringen. Wir erreichten ein gutes Ergebnis. Fotos 3-4, vor Operation, direkt nach der Operation und 14 Tage später.

Das 14-jährige Mädchen erlitt Verbrennungen an beiden Beinen. Links bildete sich ein Hautstrang, dadurch konnte sie den Fuß nicht strecken. Diese Operation dauerte

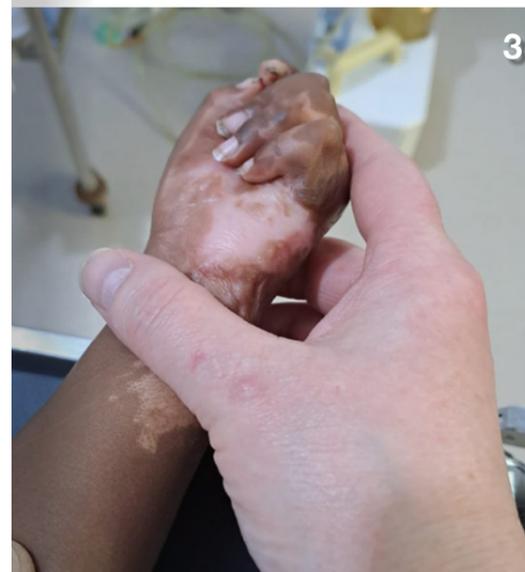
eine Stunde. Das Ergebnis intra- und postoperativ nach 14 Tagen (Fotos 5-6).
Kinder hatten über 60% Verbrennung der Körperoberfläche, sie überlebten, obwohl es dort keine Intensivstation gibt. Alle Verbrennungsoffer hatten massive Kontraktionen, weil dort keine Physiotherapie statt findet. Mehrfach haben wir mit der zuständigen Klinikleitung darüber gesprochen. Diese Kinder mit ihren Müttern bleiben länger in der Klinik stationär. Später werden sie entlassen. Der Verbandwechsel wird meistens ambulant in den Kliniken oder auch zuhause gemacht. Leider, aber verständlich, hält das Opfer wegen Schmerzen die Extremitäten und alle beweglichen Körperteile in Schonhaltung. So entwickeln sich die Kontraktionen. Manchmal entwickeln sich auch fürchterlichen Narbenkeloide (Narbengeschwulst). Über die Häufung von Verbrennungen haben wir mehrmals mit dem Gesundheitsministerium, den Direktoren und Ärzten gesprochen. Das Ministerium müsste Aufklärung der Bevölkerung unternehmen. Das 11-jährige Mädchen wurde von einer Schlange gebissen, als es sechs Monate alt war. Die Eltern haben erst jetzt von der Deutschen NGO gehört, die die Kontraktionen an den Händen auch operieren. Wir hatten die Eltern informiert, dass wir nach über zehn Jahren sehr wahrscheinlich wenig Hoffnung haben, die Hand im Handgelenk etwas mobiler machen zu können. Ausserdem werden wahrscheinlich die Sehnen nekrotisch sein. Der Mittelfinger muss amputiert werden. Intraoperativ stellten wir fest, dass die Strecksehnen 3-5 lang streckig neurotisch waren. Nach fünfstündiger Operation mit Amputation des Mittelfingers und dreimal Sehnentransplantation konnten wir die Hand

in die Stellung bringen (Foto 2). Den Hautdefekt konnten wir mit der Haut des amputierten Fingers decken (Fotos 1-2).

Seit einem Jahr klagt ein 9-jähriger Junge über Schmerzen im rechten Knie und Unterschenkel. Inzwischen konnte er nicht mehr laufen. In Schonhaltung in der Hüfte und im Kniegelenk konnte er gerade noch mit einem Gehstock stehen. Etwa Mitte des Unterschenkels an den Tibiakante fistelte es. Das mitgebrachte Röntgenbild zeigte eine massive chronische Osteomyelitis (Knochenmarkentzündung) und Sequesterbildung. Wir konnten operativ den Sequester vom Knochenmark entfernen und eine 30er Zementkette mit Antibiotikum für ca. 14 Tage in das Knochenmark legen. Bereits nach fünf Tagen konnte der Junge besser laufen (Foto 7).



Beim 9 Monate alten Kind wurde leider bei einer relativ grossen rectovaginalen Fistel (der Enddarm mündete in der Vagina) ein Kolostoma (Sigmoidostoma) gelegt. Das Stoma musste nach einigen Tagen revidiert werden. Gleichzeitig legte man ein Ileostoma (Dünndarm-



ausgang). Wir liessen eine Gastrografin-Passage durchführen. Der distale Teil des Kolons konnte nicht dargestellt werden. Dann haben wir das Ileostoma



Das jetzt 2,5 Jahre alte Kind erlitt Verbrennungen. Leider wurde keine entspre-



geschlossen und den Dünndarm an den blind verschlossenen Dünndarmteil wieder angeschlossen. Nach zwei Tage führte das Kind ab. Beim nächsten Einsatz werden wir die rectovaginale Fistel beseitigen und den Enddarm an die richtige Stelle neu anschließen (Foto 9).

Das 4 Tage alte Baby erbrach ständig. Der Bauch war tympanisch gebläht. Sonografisch wurde der Verdacht auf Duodenalstenose geäußert. Auskultatorisch waren Stenose-Darmgeräusche zu hören. Wir ordneten eine Gastrografin-Kolonkontrastaufnahme an. Diese zeigte „Stop“ (gelber Pfeil) kurz nach der linken Kolonflexur (Dickdarmkrümmung). Wir operierten das Kind und fanden eine Quercolonatresie. Das proximale Kolon hatte ein Lumendurchmesser von über 4 cm, der distale Hungerdarm knapp 1cm. Wir führten eine End-zu-Seit-Anastomose durch. Am dritten Tag führte das Baby ab. Von da an erholte es sich schnell (Foto 10).

18



Aus Sicht der Anästhesie, von Susanne Ellermeier

Im Rahmen der Aktivitäten des Hammer Forums nahm ich zum ersten Mal an der anästhesiologischen Versorgung von Kindern für kinderchirurgische und ZMKO-Operationen teil. Das zunächst 9-köpfige Team aus zwei Kinderchirurgen, zwei OP-Schwestern, zwei Anästhesisten, zwei Anästheseschwestern und einer Kinderkrankenschwester für Neonatologie traf sich in Dubai, um von dort aus zu unserem Einsatzort Hargeisa in Somaliland weiterzufliegen. Das Team der Operateure wurde wenige Tage später durch den Kieferchirurgen erweitert. Wir trafen am frühen Morgen in Hargeisa ein. Nach einer kurzen Verschnaufpause in der Unterkunft, fuhren wir vormittags zum Kinderkrankenhaus. Wir wurden von dem einzigen dort arbeitenden Anästhesiepfleger freundlich begrüßt. Nach einer kurzen Orientierungsphase im OP-Bereich/Aufwachraum/Station bereiteten wir die beiden Narkosearbeitsplätze mit Materialien vor Ort und den mitgebrachten Materialien so vor, dass am darauffolgenden Tag der OP-Betrieb beginnen konnte. Unterstützung erhielten wir durch die sehr interessierten Pflegekräfte vor Ort, über die wir auch fehlende und knappe Materialien und Medikamente besorgen lassen konnten. Sie zeigten großes Engagement und waren auch bereit, zu ungewöhnlichen Zeiten bei der Versorgung der Patienten mitzuwirken. Sowohl das Operations- als auch das Anästhesieteam zeigten einschließlich der Mitarbeiter vor Ort hohe Flexibilität und Erfahrung im Umgang mit vom Standard abweichenden Situationen.

Im Bereich der Anästhesie fanden wir recht gut ausgestattete Narkosearbeitsplätze vor. Beide Plätze waren mit Träger Geräten (Kreisteile) ausgestattet, allerdings ohne Option der maschinellen Beatmung. Es wurde nach Möglichkeit die assistierte Spontanatmung angestrebt. Wir arbeiteten im halbgeschlossenen System mit Überwachung des Atemzugvolumens und des Beatmungsdrucks. Das Monitoring war ausreichend. Dank eines mitgebrachten Monitors zur Kreislaufüberwachung und Capnometrie konnte der fehlende Monitor an dem zweiten Arbeitsplatz ersetzt werden. Die Stromversorgung war leider nicht kontinuierlich gewährleistet. Es kam zu intraoperativen Stromausfällen, die Geräte mussten vor Überspannung geschützt werden. Sie wurden ausgeschaltet und erst wieder in Betrieb genommen, wenn die Stromversorgung gesichert schien. Hieraus ergaben sich u. a. Überwachungslücken im Monitoring. Die transportablen batteriebetriebenen Pulsoximeter erwiesen sich hier als sehr hilfreich. →

Wir waren in solchen Situationen darauf angewiesen, als Hauptmonitoring-Verfahren unseren „klinischen Blick“ wieder zu schulen, um den Patienten während der Anästhesie intensiv zu begleiten und so frühzeitig eine Veränderung der Vitalzeichen zu erkennen.

Am häufigsten wurde die Allgemeinanästhesie als balancierte Anästhesie (Intubation und LAMA) nach Möglichkeit in Kombination mit einem Regionalanästhesieverfahren durchgeführt. Die meisten Kinder kamen bereits mit liegenden Venenzugängen in den OP. Für die Induktion der Anästhesie standen Propofol und Ketamin bzw. Esketamin zur Verfügung. Das Propofol konnte vor Ort gekauft werden, ebenso das Narkosegas Sevofluran. Opiode wie Sufentanil, Nalbuphin, Piritramid waren ausreichend vorhanden. Von dem Anästhesiepfleger vor Ort wurde Fentanyl bevorzugt. Als Muskelrelaxanzien fanden wir Esmeron und Succinylcholin vor. Beide Substanzen kamen kaum zur Anwendung.



Lippenspalte vor OP (11) und nach OP (12).

Der Aufwachraum war mit vier Betten, zwei Monitoren, Zwei O₂-Flaschen mit der Möglichkeit der Inhalation gut ausgestattet. Zudem stand ein Wärmebett für die Neonaten/Säuglinge zur Verfügung, welches von der neonatologisch erfahrenen Kinderkrankenschwester stets perfekt vorbereitet war, wenn es benötigt wurde. Auch nach längeren Operationen mussten die Kinder am OP-Ende vollkommen wach sein und alle Schutzreflexe aufweisen, um in den Aufwachraum verlegt werden zu können. Die Mütter übernahmen sofort die Versorgung des Kindes, wobei häufiger eine merkwürdige emotionale Distanz zum Kind und eine Unsicherheit im Umgang mit dem operierten Kind zu beobachten war. Hier war trotz Sprachbarriere die Kinderkrankenschwester bei der Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Kind sehr hilfreich.

Aus Sicht der Anästhesie wäre die derzeit fehlende präoperative Risikoevaluierung von Patienten wünschenswert, möglichst im Rahmen der chirurgischen Konsultation. Vor allem wäre die Anamnese der Patienten wichtig, da meist keine weiteren Zusatzuntersuchungen möglich oder vorhanden sind. Eine orientierende körperliche Untersuchung wäre ebenfalls sinnvoll. Die Kinder hatten bei unserem Einsatz häufig Infekte der

oberen Atemwege mit eitrigem Schnupfen und/oder eitrigem Bronchitis. Der Ernährungszustand war oft sehr mangelhaft, Kinder mit klinischen Zeichen von Eiweißmangel und retardiertem Entwicklungszustand, was sich u. U. auf die Pharmakodynamik und -kinetik der in der Anästhesie verwendeten Medikamente auswirkte. Neben den kongenitalen Fehlbildungen im Bereich der Kinderchirurgie und den entstehenden Fehlbildungen durch Lippen-/ Gaumenspalten, haben uns besonders die vielen Kinder berührt, vor allem Mädchen, mit Narbenkontrakturen und Keloiden nach zum Teil ausgedehnten Verbrennungstraumata, aber auch die Gewebnekrosen und Kontrakturen aufgrund von Schlangenbissen. So wurden viele teilweise mehrstündige plastisch-chirurgische Operationen notwendig.

Viele Eingriffe waren elektive Operationen. Deshalb sollte die Sicherheit der kleinen Patienten oberstes Gebot sein. Mit diesem Ziel gelang uns weitestgehend ein enges Zusammenwirken von operativem und anästhesiologischen Team. Dies war eine wichtige Grundvoraussetzung zur Kompensation vorhandener Mängel wie Ausstattung, Hygiene, Unterernährung, vorhandenen Infektionen oder anderen die Ausgangssituation des Patienten reduzierenden Erkrankungen.

Als Resümee ist der Gewinn bei einem solchen Hilfsprojekt größer als der Einsatz. Die Freude und Dankbarkeit der Menschen, denen geholfen werden konnte, die Arbeit im Team mit engagierten und wissensdurstigen Menschen vor Ort ist eine persönliche Bereicherung und Motivation. Wir konnten oft keine „schönen“ Narkosen machen, aber ein Angebot zum Überleben bieten. Sinnvolle Medizin ist auch unter einfachen Bedingungen möglich. →



19

Aus Sicht einer OP-Pflegefachkraft, von Claudia Nußbaumer

Jedes mal ,wenn man nach Hargeisa in das MAS-Kinderhospital geht, ist es ein Stück Vertrautes. Man wird erkannt und mit Namen begrüßt. Neben der nicht immer leichten Arbeit im OP bleiben mir einige Begegnungen mit Kindern in Erinnerung. Immer wenn man über den Hof zur Station ging, traf man auf kleine Patienten, die einem die Hand geben, die Nähe suchten und sich auch ohne Probleme auf den Arm nehmen ließen.

Bei Verbandswechseln konnte ich erleben, wie etliche Mütter in meinen Augen recht hilflos mit ihren Kindern umgingen. Es fiel den Müttern sichtlich schwer, angemessen auf diese ungewohnte Situation zu reagieren. Eine Mischung aus großer Sorge um die Gesundheit der Kleinen und Unsicherheit im Umgang mit den fremden Helfern.

Die Mütter allgemein wirkten auf mich sehr traurig und sorgenvoll. Sicherlich waren viele von ihnen durch Existenznöte, Armut und Hunger extrem belastet.

Tief bewegt war ich von den vielen Verbrennungen, die die Kinder in Somaliland erleiden. In fast allen Häusern oder besser Hütten ,wird am offenen Feuer gekocht.

Besonders die kleinen Mädchen sind sehr gefährdet für Brandverletzungen. Die Kleidung ist entflammbar, es wird kein natürliches Gewebe getragen. Dazu kommt bei auch sehr kleinen Mädchen der Hidjab, der bei Bewegung weit herum weht und schnell Feuer fangen kann. Die vielen brandverletzten Kinder müssen extreme Schmerzen leiden und gelitten haben.

Seit Monaten lagen sie oft in der Klinik. Die Verbandswechsel zeigten die Ausmaße der Verletzungen.



Manchmal wunderten wir uns, dass das Kind bei so großer verbrannter Körperoberfläche noch lebte. Der Staat müsste dringend für Aufklärung sorgen. Ein Programm gegen diese unglaublich vielen Verbrennungen sollte vom Gesundheitsministerium umgehend gestartet werden.

Zum ersten Mal machte sich im OP-Trakt das instabile Stromnetz der Stadt bemerkbar. Es war noch nie passiert, dass das Stromnetz durch den Dampfsterilisator überlastet war. Nachdem mehrfach die Sicherung herausgesprungen war, entschlossen wir uns mit dem einheimischen Anästhesiepfleger Sugal, den Sterilisator in einen anderen Raum zu schieben.

Das bedeutete natürlich für das OP-Personal längere Wege ,um die Instrumente zu sterilisieren. Aber es war die einzige Möglichkeit um nicht ständig für Stromausfall zu „sorgen.“



Aufwachraum und Wärmebett



ZUSAMMENFASSUNG

Von den drei Kindern mit Analatresie (angeborene Fehlbildung des Enddarms d.h. die Öffnung des Afters ist nicht vorhanden), konnten wir nur eins operieren. Dann streikte unser EMG-Gerät (Elektromyographie), wir konnten es nicht mehr reparieren. Deshalb haben wir die zwei Kinder auf den nächsten Einsatz im Dezember verschoben. In 11 Tagen konnten wir 256 Kinder untersuchen und 124 davon operieren.

Zwischen den Operationen nutzen wir Chirurgen die Zeit und untersuchten die Kinder. So konnte der OP-Plan für die nächsten Tage vollgeschrieben werden. Für Anästhesie war es aber zeitlich nicht möglich, gleichzeitig die Kinder zu untersuchen und premedizieren. Wir haben über dieses Problem des öfteren gesprochen.

Eine praktikabel Lösung konnten wir bei dem Andrang von so vielen Kindern nicht finden. Die gesamte alte Kinderklinik einschliesslich der Neonatologie war voll besetzt, deshalb wurden alle operierten Kinder in dem neuen Gebäude untergebracht.

Es hat sich wieder gezeigt, wenn die Neonatologie voll ist, dann hat ein/e Neonatoge/in Einiges zu tun und muss gleichzeitig auch im Aufwachraum grosse Hilfe leisten. Deshalb werden wir in Zukunft versuchen, Neonatologie Personal – Kinderarzt oder Schwester mit Neonatologie Erfahrung – für Somaliland mitnehmen.

Das Team von rechts: Frau H. Krösslhuber, (Kinderkrankenschwester), Frau H. Sinn (OP- Schwester), Herr Dr. B. Mokhaberi (Kinderchirurg), Frau Dr. W. Beyen (Anästhesistin), Frau K. Nußbaumer (OP-Schwester), Frau G. Marischen-Kracke (Anästhesie-Schwester), Herr Dr. Th.Emmanouilidis (Chirurg), Herr Dr. I.Moussa (MKG_Chirurg), hinten: Frau J. Markovikova (Anästhesie-Schwester), Frau Dr. S. Ellermeier (Anästhesistin).

Die gesamte Direktion des Kinderhospital wurde gewechselt. Frau Dr. Khadra kam als Direktorin wieder zurück. Herr Dr. Farhan war für unser Team die wichtigste Kontaktperson. Leider waren diesmal keine anderen Ärzte dabei. Herr Farhan hat trotzdem alles so weit im Griff gehabt, sodass wir durchweg auf seine Hilfe beim Übersetzen, Visite machen zurück greifen konnten, und zwischendurch assistierte er uns sogar. Diese kurze Zeit war für ihn sicher auch ziemlich stressig. Wir haben darüber mit Dr Khadra gesprochen. Sie wird beim nächsten Einsatz noch ein bis zwei Chirurgen zu uns schicken. Am vorletzten Abend lud uns die Direktorin zum Abendessen ein. Einige von uns haben Kamelfleisch gegessen. Wir alle haben den netten Abend genossen.

Das gesamte Team einschließlich des einheimischen Personals ist der Meinung, dass wir gute Arbeit geleistet haben. Alle haben zugepackt, wenn Hilfe notwendig wurde. Wir sagen allen danke für das sehr gute Arbeitsklima, für die kurzen aber netten Gespräche beim Abendessen – halt für euren Einsatz. →



Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass die mitgebrachten Präparate kostenlos im Klinikum Herford von dem Chefarzt Herrn Dr. Minin und seiner Mannschaft befundet werden. Dafür sagen wir im Namen den Kinder herzlichen Dank. Ein extra Danke möchten wir der Reinigungsfrau sagen, die immer da war, – egal wann wir fertig wurden. Sie entsorgte den gesamten Müll und reinigte den OP-Trakt.

Dem Küchenpersonal gebührt auch ein Dank für das schmackhafte Mittagessen.

Einmal beim Essen kam das Personal zu mir und zeigte mir die neue renovierte Küche, das Mobiliar, den Backofen und bedankte sich beim Hammer Forum. Das Hammer Forum übernahm die Renovierungskosten und die Kosten für den Backofen mit den Kochplatten. ■



Kongo
Bericht von Dr. Emmanouilidis

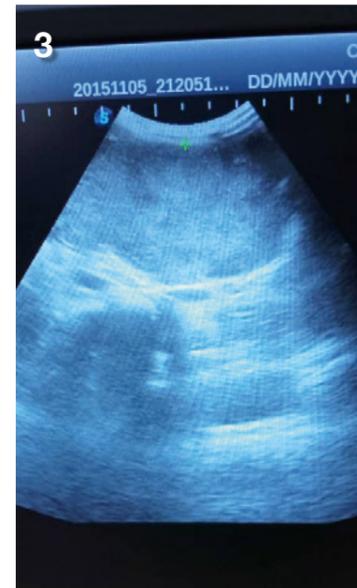
Den vierundvierzigsten Kongoeinsatz habe ich bewusst mit nur einem operativen Team geplant, um den einheimischen Kollegen die Chance zu geben, zum ersten Mal im zweiten Op-Saal selbstständig für das Hammer Forum mit zu operieren. Herr Dr. Mabaya hatte die letzten Jahren aktiv mitgearbeitet, und des öfteren konnte er nachweisen, dass er zum Beispiel Hernien allein operieren kann.

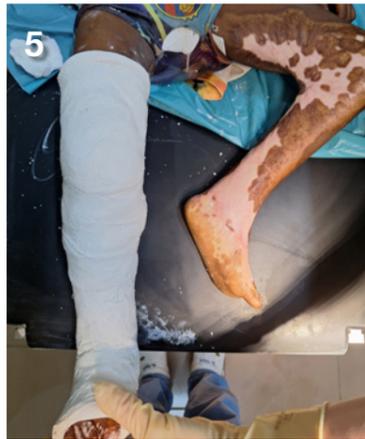
Die Flugzeit von Brüssel nach Kinshasa dauert fast acht Stunden. Am nächsten Tag mit dem Auto bzw. dem Bus fahren wir nach Kikwit. Fahrtzeit beträgt im Durchschnitt neun bis zehn Stunden. Wir kamen gegen 16:00 Uhr an. Über 100 Kinder warteten auf uns (Fotos 1–2). Wir haben gleich mit dem Screening angefangen und das mitgebrachte Material zum Sortieren und die OP-Säle für den nächsten Tag vorbereitet.

Klinische Fälle
Der drei Jahre alte Junge wurde von den Eltern gebracht. Sie sagten, er habe seit vielen Monaten einen Tumor im Bauch. Bei der Ultraschalluntersuchung stellten wir einen runden 10x10 cm grossen mobilen Tumor im Oberbauch fest. Nach Vorbereitung konnten

wir ihn operieren. Intraoperativ fanden wir den Tumor retroperitoneal direkt auf dem Pankreas liegend. Die Mobilisierung war daher ziemlich schwierig. Wir entfernten den Tumor und nahmen Biopsien für die Histopathologie mit. Wir glauben, es handelt sich um ein sog. Hodgkin Lymphom (Foto 3).

Das jetzt vier Jahre alte Mädchen operierten wir bereits im November 2024. Über fünf Stunden dauerte damals die Operation. Im Magazin 2025/1 wurde die Operation beschrieben. Nach knapp zehn Tagen und Entfernung des Gipses nahmen die Eltern das Kind mit. In ihrem Dorf wurde auch von den Eltern überhaupt nicht darauf geachtet, dass das Kind das Bein bewegen und belasten soll. Das Kind saß die ganze Zeit und versuchte nicht mal aufzustehen. Jetzt kam der Vater mit dem Kind →



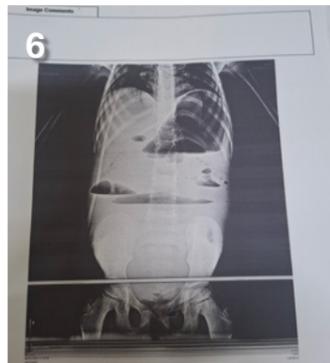


waren einige Studenten und Schwesternschülerinnen dabei. So wird der Saal zeitweise voll (Foto 8).

Das ist die Kinderstation. Hier und im ganzen Hospital wird vom Hospital kein Cent investiert. Das erste und letzte Mal wurde diese Kinderstation vor genau 15 Jahren vom Hammer Forum renoviert. Betten sind rostig, ohne Rollen, verbraucht, Matratzen ohne Bettbezug, verschlissen, die Bettlaken verschwunden usw. (Foto 9).

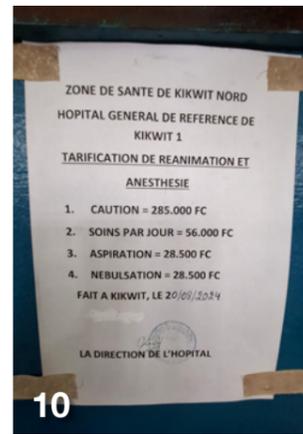
erneut zu uns. Wir haben zur Bedingung gestellt, dass wir das Kind nur dann erneut operieren werden, wenn es über vier Wochen im Hospital bleibt. Die erneute Operation am gleichen Bein dauerte 3,5 Stunden. Im Hospital werden die Kollegen nun darauf achten, dass das Kind das Bein bewegt und auch belastet. Beim nächsten Einsatz wollen wir auch das linke Bein operieren (Fotos 4–5).

Das 11-jährige Mädchen hatte eine Odyssee hinter sich. Seit fast drei Wochen klagte sie über Bauchschmerzen. Zuerst behandelte sie ein Medizinmann, dann ein Gesundheitszentrum. Dann wurde sie verlegt. Das Kind war ziemlich abgemagert. In der Notaufnahme haben wir das Kind untersucht und eine Röntgenaufnahme angeordnet. Das Foto spricht für sich, nämlich typisches Ileusbild. Wir operierten das Kind. Die proximalen Darmschlingen waren extrem dilatiert, die distalen fast trocken und völlig normal. Ursachen waren ausgedehnte Verwachsungen. Die Mobilisierung der Schlingen war mühselig und schwierig. Wir mussten erst den Inhalt der Darmschlingen absaugen, bis wir den Bauch schliessen konnten (Foto 6).



Im OP-Trakt gibt es keinen Aufwachraum und keinen Raum, in den wir die operierten Kinder zum Ausschlafen bringen könnten. Deshalb haben wir Schaumstoff auf den Boden gelegt, darauf liegen die Kinder, bis sie auf die Station verlegt werden können (Foto 7).

Wir versuchen das einheimische Personal zu integrieren und zu trainieren. Diesmal



Auf der anderen Seite der Kinderstation wurde der Raum mit modernsten Geräten einschliesslich Monitore von einer Privatperson eingerichtet. Dort können operierte Kinder bzw. Patienten untergebracht werden, wenn Sie eine Kautions von 285.000 CFA = ca. 100 Dollar, 28,25 Dollar = 10 Dollar/Tag für die Pflege, 10 Dollar pro Absaugen des Schleims, 10 Dollar für Vernebelung, wenn nötig aufbringen (Foto 10). Das kann natürlich niemand bezahlen. Seit zwei Jahren vergammelt alles in dem Raum.



ZUSAMMENFASSUNG

Die Fahrt von Kinshasa nach Kikwit ist geprägt durch viele Kontrollen, dabei geht es nicht um die Sicherheit, vielmehr, um Geld zu ergattern. Diesmal waren es 12 Kontrollen, vier Mal hat unser Fahrer 1000 CFA = 35 Cent an die/den Polizistin/Polizisten gegeben, damit wir Zeit gewinnen und schnell weiterfahren. Rückfahrt d.h. von Kikwit nach Kinshasa dauert 13 Stunden. 19x hat der Bus gehalten, davon vier Mal, um etwas auf der Strasse zu kaufen z. B. Obst. Bei vier Kontrollen mussten alle aussteigen, und wir wurden per ID-Karte oder Pass kontrolliert.

Das Team von rechts: Schwester D. Broadbent, Herr Dr. Th. Emmanouilidis (Chirurg), Frau Elena Siemens (OP-Schwester), Herr Dr. Homam Sabbagh (Anästhesist), Frau K. Krellig (Anäst.-Schwester), Frau S. Krautwald (OP-Schwester), Dr. Tollo (Projektleiter vor Ort), Herr Dr. Mabaya (Chirurg).

Für Kinder oder Säuglinge mussten die Eltern eine Bescheinigung vorzeigen. Die zeitaufwendigste Kontrolle war in der Stadt Kenge. Mitten in der Stadt war die Strasse durch viel Regen überflutet, die Fahrt endete hier (Foto 11). Nach 1,5 Stunden fuhr der Bus mit nur sechs Passagieren rückwärts ca. 400 Meter, dann bog er nach links ab und fuhr auf die matschige, mit tiefen Löchern übersäte schmale Strasse zwischen den Häusern. Unterwegs war ein anderer Bus im Schlamm hängen geblieben. Unser kam endlich auf der anderen Seite der Stadt an. Dort warteten die übrigen Passagiere. Sie stiegen ein, und wir konnten die Fahrt fortsetzen. Wir kamen am Flughafen an. Schnell konnten wir die Formalitäten erledigen und das Gepäck abgeben. Am Gate warteten wir lange, ohne informiert zu werden, ob und wann wir fliegen werden/würden. Die Abflugzeit war auf 21:25 Uhr terminiert. Erst dann wurden wir informiert, dass die Crew wegen des starken Regens und Überflutung des Zentrums von Kinshasa nicht kommen kann. Etwas später wurden wir mit Wasser und einem belegten Brötchen getröstet. Bei der nächsten Ansage erfuhren wir, dass wir nach und nach in Hotels ausserhalb der Stadt untergebracht werden und erst am Sonntagabend fliegen werden. Unser Gepäck blieb im Flugzeug. Inzwischen war es 06:10 Uhr. Wir waren alle genervt. Einige Passagiere, die von Brüssel aus nach Amerika oder in andere Ländern weiter fliegen wollten, waren sehr unzufrieden mit der miserablen Information

und wurden ziemlich laut und beschwerten sich beim Personal der Fluggesellschaft. Um 07:00 Uhr kamen wir mit Taxis im Hotel an. Nach dem Duschen konnten wir frühstücken. Gegen 16:00 Uhr sollten wir abgeholt werden. Dieser Transport dauerte über 1,5 Stunden, weil wir mit dem Bulli der Fluggesellschaft nach und nach zum Flughafen gebracht wurden. So konnten wir am Sonntag Abend schließlich zurück fliegen. Wir haben in zehn Tagen 321 Kinder untersucht und 132 von ihnen operiert. Neben den kleinen Eingriffen waren dabei: vier Kinder mit Peritonitis und Ileus sowie ein Kind mit einem Bauchtumor. Neun Splenektomien wegen Sichelzellanämie waren auch dabei, ausserdem einige plastische Operationen nach Verbrennungen oder Missbildungen. Am Sonntag 30.3. haben wir Visiten gemacht und uns etwas erholt. Ich möchte dem Team – dazu gehört auch das einheimische Operationsteam mit Herrn Dr Mabaya- ganz herzlich danken für die geleistete Arbeit und das angenehme Arbeitsklima. Ich darf einen extra Dank sagen den beiden OP-Schwestern, die zum ersten Mal überhaupt einen solchen Einsatz mitmachten. Sie sind erfahrene OP-Schwestern, sie haben mit Bravour alles im Lager gefunden, und das mitgebrachte Material sortiert und für die Operationen vorbereitet. So lief alles reibungslos. Wir waren Selbstversorger. Das gesamte Team hat seine Kochkünste unter Beweis gestellt, auch dafür einen grossen Dank. Danken möchte ich Herrn Dr. Tollo, der uns wieder in seinem Haus aufnahm. Natürlich sagen wir der Freundin von Herrn Dr Tollo auch Dankeschön für das köstliche Fischessen. Uns holte Herr Qais Amawi von Brüssel ab. Danke, lieber Qais, dafür. ■



UNBEKANNTES TERRAIN: SCHEIDUNG AUF AFGHANISCH MÖGLICH?

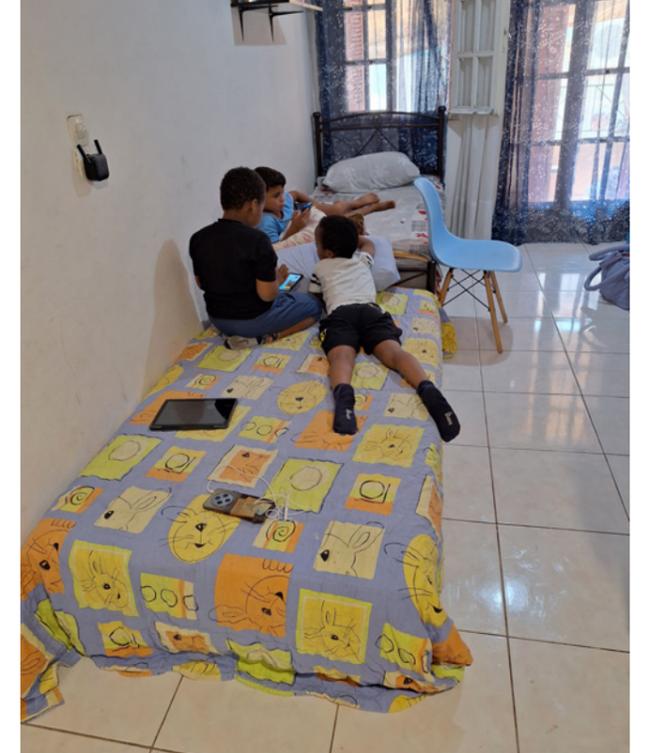
📍 Lesbos

Bericht von Dr. Emmanouilidis und
Frau Alice Kleinschmidt (Leiterin der NGO)
(vom 23. bis 24.07.2025)

Letztes Jahr berichteten wir über die Kooperation des Hammer Forums mit der griechischen NGO "Welcome Office Lesbos". In den neun von uns angemieteten Wohnungen leben 16 Kinder – sechs davon leben mit ihren beiden Eltern, neun der Kinder leben mit alleinerziehenden Müttern und ein Kind mit seiner Tante, da seine Eltern im Krieg in Syrien gestorben sind. Eine der neun Wohnungen ist ein Safe Shelter / Frauen-WG für allein reisende Frauen, dort sind zur Zeit vier Frauen und ein Kleinkind, das in Lesbos geboren ist, untergebracht. Herkunftsländer der Frauen sind Sierra Leone, Guinea und Iran.

In Mytilini gibt es Willkommensklassen für geflüchtete Kinder und viele Organisationen, die unterstützen, z. B. Englisch – und Griechischkurse für die Mütter. Des Weiteren haben wir drei schwangere Frauen auf der Warteliste für unsere Frauen-WG / Safe Shelter, die auf die schwierigen Bedingungen während der Schwangerschaft im Camp aufmerksam machen (Doppelstockbetten, ohne Matratzen, zehn Minuten Fußweg zur Toilette, keine Ruhe, unerträgliche Hitze in den Containern usw.).

Wir haben also immer, wenn eine Familie geht, sofort die nächsten Kandidat*innen bereit, denn der Bedarf ist weiterhin groß. Wir bekommen ca. vier bis fünf Familien / Frauen pro Monat auf unsere Warteliste, die Menschen kommen entweder selbst ins Büro, welches montags bis freitags 09:30 Uhr bis 15:30 Uhr immer offene Türen und offene Ohren für alle Anliegen der Menschen hat, oder aber andere Organisationen senden uns Anfragen der Familien über ein Formular, damit



wir vorab klären können, wen wir priorisieren sollten, wer ärztliche Versorgung braucht, wo es am meisten nötig ist, sofort das Camp zu verlassen usw. Idealerweise sollte kein Mensch länger als ein paar Wochen in Camps wohnen, die es einfach nicht schaffen, hygienische Mindeststandards einzuhalten (Schädlings- und beschädigte Sanitäranlagen), Privatsphäre zu schaffen (immer mehr als eine Familie in einem Container, teilweise pro Person nur 2qm zur Verfügung!!) und menschenwürdig willkommen zu heißen (es gibt sehr viele Security-Angestellte und Polizei, aber zurzeit mal wieder keine Dolmetscher im Camp!).

Wir arbeiten eng mit anderen Organisationen zusammen, die sich z. B. auf Betroffene von sexualisierter Gewalt spezialisiert haben, Ärzte ohne Grenzen, Psycholog*innen, Anwält*innen und so weiter. Z. B. die Verfahren für die Anerkennung des Sorgerechts bei alleinerziehenden Müttern dauert teilweise bis zu einem Jahr vor einem griechischen Gericht. Unsere Familien begleiten wir zu Ämtern, helfen bei der Schulanmeldung, Krankenhausbesuchen usw. Das Camp-Management wurde in den letzten Monaten immer strenger, durch Anweisung des griechischen Migrationsministeriums müssen alle, auch Familien und Kinder, das Camp innerhalb von 30 Tagen nach Anerkennung ihres Asylgesuchs verlassen haben. Es droht also nicht Wenigen Obdachlosigkeit, wenn sie noch keine Arbeit oder Wohnung selbst finden und dies ist fast unmöglich, insbesondere für Familien mit alleinerziehenden Elternteilen, oder vielen Kindern, oder in medizinischen Fällen. Es gibt, sobald die Frauen oder Familien Asyl haben, auch keinerlei finanzielle Unterstützung durch den Staat. →





Durchschnittlich kommen in Lesbos momentan nur noch ca. 300 Menschen im Monat an. Auch bei dieser Reise wurde ich von der Leiterin der NGO Frau Kleinschmidt vom Flughafen abgeholt. Wir haben meinen kurzen Aufenthalt genutzt und mehrere Flüchtlings-Wohnungen besucht und mit den Bewohnern gesprochen. Wie letztes Jahr konnte ich auch jetzt feststellen, dass die Kooperation mit der griechischen NGO notwendig ist, sie leistet grossartige Arbeit, sie hilft, bietet Unterstützung, Schutz und zeigt Solidarität mit den Flüchtlingen. Die Flüchtlinge ihrerseits sind sehr dankbar und haben das gesagt und zu erkennen gegeben. Eine afghanische Familie – Ehemann mit zwei Ehefrauen und sechs Kindern – kam in der Türkei an. Im Jahr 2023 versuchten sie zusammen mit vielen anderen Flüchtlingen, mit mehreren Booten von der Türkei aus nach Lesbos/GR überzusetzen.

Da kam die türkische Polizei und verhaftete einige, darunter war der Ehemann mit drei Kindern und eine der Ehefrauen. Der zweiten Ehefrau mit den anderen drei Kindern war es gelungen, in die Boote zu steigen und nach Lesbos zu kommen. Ihr Mann mit den drei Kindern und der anderen Frau kam im September 2024 nach. Seither „versuche ich, mich von diesem Tyrannen zu befreien“ sagte Ehefrau II. Sie lebt mit den drei Kindern allein in einer Wohnung. Der Ehemann mit seiner anderen Ehefrau plus drei Kinder

in einer anderen Wohnung. Da sie getrennt nach Griechenland gekommen sind und seither auch getrennt leben, sind sie auch getrennt registriert. Die Ehe ist in GR nicht anerkannt. Der griechische Anwalt hat ihr geraten, keine Scheidung zu beantragen, da für die Scheidung die Ehe erstmal anerkannt werden muss. Wenn der Ehemann die Scheidung einwilligt, kann sie sich laut afghanischem Recht nicht scheiden lassen. Sie muss den Status quo akzeptieren und versuchen, das Sorgerecht für alle sechs Kinder zu bekommen. Sie sagt „alle sechs Kinder habe ich zur Welt gebracht“.

Wir müssen also so gut es geht für alles aufkommen, bis sie auf eigenen Beinen stehen. Wir unterstützen unsere Bewohner*innen mit 10–15 Euro Lebensmittelgutscheinen pro Person pro Woche, außerdem bekommen sie von anderen Organisationen Lebensmittelpakete (noch! denn viele Organisationen schließen jetzt). Wir geben Busfahrkarten und versuchen, für Medizin und Schulmaterialien aufzukommen, wenn es die Familien nicht selber schaffen. Hygieneartikel und Kleidung können wir oft von anderen Organisationen als Spende bekommen. Im Camp Kara Tepe auf Lesbos leben zurzeit „nur“ ca. 1300 Menschen, davon 30 % Frauen und 30 % Kinder. Die Hauptherkunftsländer sind Afghanistan, Syrien, Somalia, Sudan und Eritrea, aber auch Menschen aus Palästina, Sierra Leone, dem Iran usw. sind darunter. Ca. 70 % der Asylbewerber*innen bekommen einen positiven Bescheid, einige Verfahren dauern weniger als drei Monate, andere viel länger, auch weil z.B. nicht immer Dolmetscher in der jeweiligen Sprache vorhanden sind, oder wie vor kurzem für mehr als acht Monate sämtliche Asylverfahren für Syrer*innen ausgesetzt waren.



DIE ZAHLEN MACHEN HILFE UND UNTERSTÜTZUNG WEITERHIN NOTWENDIG

Kikwit/Kongo
Statistik über Arbeit des Hammer Forum in Kikwit von Dr. B. Tollo

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 9842 Kinder in der Ambulanz/Notfallambulanz in Kikwit untersucht und mit Medikamenten versorgt. Der Anteil von Malarierisikokindern (0-5 Jahre alt) lag bei 46,57% (etwa mehr als im Vorjahr 39,76%). Die Hauptdiagnosen sind wie immer Malaria (Nr. 1) gefolgt von bakteriellen Infektionen, Grippe, Unterernährung. Die Anzahl von Unterernährten Kindern lag bei 448 höher als im Vorjahr (287 Kinder). Sie wurden alle mit Milch und Brei aus Soja/Mais/Erdnuss-Mischung direkt in HFO-Ambulanz versorgt. Die akuten Fälle wurden klinisch in der Kinderstation mit der Unterstützung von HFO behandelt. Dazu kommen 112 Kinder aus dem von HFO unterstützten Waisenhaus. Hier investiert HFO eine monatliche finanzielle Hilfe in Höhe von 1000 Dollars für den Kauf von Nahrungsmitteln und Trinkmilch.

Jährliche OP-Einsätze

Es wurden Zwei Einsätze (Mai und November) in Kongo durchgeführt und wie immer das Team musste von früh bis Abend manchmal bis 22 Uhr arbeiten. Auch Dr Theo wurde in der Nacht von den →



Spende Lichtmaschine.



Das Einsatzteam.



Milchpulvermischung.



Hospital-Ärzten für komplizierte Notfälle gerufen, die er behandelt und Anweisungen gegeben hatte. Insgesamt haben die OP-Teams von HFO 760 Kinder (681 im Vorjahr) untersucht und davon 262 Kinder (236 im Vorjahr) operiert. Die Haupteingriffe konzentrieren sich auf Pathologie wie Hernie, Milz-OP und zum Teil MKG sowie Klumpfüße.

Andere Aktivitäten

Weitere Unterstützungen für das Hospital in Kikwit waren Spende vom OP-Tisch, Kauf von Ersatzteilen für den Hospitalgenerator (der Generator war mehrere Jahre stillgelegt) sowie finanzielle Unterstützung für Hygieneeinsätze. ■



Alter Generator.



Spende OP-Tisch.



GESCHEITERTE REISE NACH SYRIEN UND SCHWIERIGE RÜCKREISE

vivo V21 · fahmimao
13:17, 2025/03/02

📍 **Yemen-Syrien**
Bericht von Dr. Ali Alzakami
(vom 28.02. bis 15.03.2025)

Flug nach Salalah Fr., 28.02.2025

Mein Flug sollte um 8:50 Uhr starten. Der Check-in verlief pünktlich und reibungslos, doch es gab eine Verspätung von fast 40 Minuten. In Doha lief alles normal, doch der Flughafen wirkte sehr künstlich – die Dekoration hatte kaum noch kulturellen Bezug, sondern war stark westlich geprägt und übertrieben geschmückt.

Am Flughafen entdeckte ich ein libanesisches Restaurant, das mich zum Essen angeregt hat. Leider war die Zeit sehr knapp, sodass ich mir nur ein Sandwich und eine Orange zum Mitnehmen holen konnte – beides kostete zusammen 30 USD.

Gegen 23:00 Uhr landete die Maschine in Salalah. Die Passkontrolle verlief ohne Probleme. Für die Fahrt mit dem Taxi nach Mehiriez zahlte ich 7 Omani Rial. Das Hotelzimmer war für eine Nacht in Ordnung und kostete 30 Dollar.



Ankunft in Al Ghaydah, Sa., 01.03. bis Mo., 03.03.2025

Gegen 12:00 Uhr sind wir losgefahren, die Grenzkontrollen in Sarfit verliefen problemlos. Gegen 17:00 Uhr erreichten wir Al Ghaydah. Ich hatte ein Zimmer im Marriott Hotel reserviert – es war sauber und groß genug, allerdings waren das Bad und die Toilette recht eng, aber damit konnte man leben.

Die Zeit des Ramadan war eine schöne Erfahrung zum Fasten. Das Wetter war angenehm, nicht zu warm,



sodass man tagsüber gut arbeiten konnte. Während meines dreitägigen Aufenthalts wurde ich von einer jemenitischen Familie eingeladen. Die Gastfreundschaft war herzlich, und das Essen hat sehr gut geschmeckt. Am 2. und 3. März besuchte ich das Krankenhaus, das Gesundheitsministerium und den Bürgermeister. Mein Besuch verlief unerwartet gut und war eine sehr angenehme Erfahrung. Besonders beeindruckt war ich von Dr. Hani Alabodi, der äußerst engagiert, bescheiden und aktiv im Bereich der Medizin, sowie in der sozialen Arbeit ist.

Rückreise nach Doha, Di., 04.03.2025

Gegen 12:30 Uhr machten wir uns auf den Weg nach Salalah. Um 18:00 Uhr frühstückte ich, bevor ich zum Flughafen gebracht wurde.

Mein Flug nach Maskat startete um 22:30 Uhr. Dort hatte ich einen längeren Aufenthalt am Flughafen von 00:12 Uhr bis 05:55 Uhr. Um 06:30 Uhr flog meine Maschine schließlich weiter in Richtung Doha.

Gescheiterter Flug nach Damaskus und erschütternde Nachrichten, Mi., 05.03.2025

An diesem Tag sollte mein Flug um 8:35 Uhr nach Damaskus starten. Doch es kam zunächst zu einer Verspätung bis 11:35 Uhr. Endlich, voller Freude, hoben wir ab – doch die Freude währte nicht lange. Nach nur einer Stunde in der Luft mussten wir umkehren und zurück nach Doha fliegen. Offiziell hieß es, das Wetter sei zu schlecht für eine Landung.



Das Hospital.

Später erfuhr ich jedoch, dass Turkish Airlines zweimal sicher in Damaskus gelandet war. Zudem gab es Kämpfe zwischen dem Flughafen und der Stadt. Meine Bekannten in Damaskus, Latakia, Dhebla und Baniyas warnten mich dringend davor, nach Syrien zu fliegen – die Lage sei äußerst gefährlich. Sie berichteten von einem Massaker in Dhebla und von Gewalt entlang der gesamten syrischen Küste. Terrorgruppen wie Hamschat und Hamzat, die mit Al-Qaida verbunden sind, seien aus der Türkei eingedrungen und hätten Massaker vor allem an Alawiten, Schiiten, Christen, Dusen und Jesiden verübt.

Was in Dhebla geschah, ist kaum zu begreifen: Bewaffnete Kämpfer überfielen das Krankenhaus und erschossen wahllos Menschen. Eine Kollegin, die dort arbeitete, konnte einige Szenen filmen, bevor sie nach Hause floh. Doch die Angreifer verfolgten sie – bis zu ihrem Haus. Dort töteten sie ihre drei kleinen Töchter.

Ein Lastwagenfahrer wurde in Baniyas auf der Flucht erschossen, medizinische Geräte gestohlen und sein Fahrzeug verbrannt. Auch Lager mit Lebensmitteln und Medikamenten wurden überfallen, geplündert und in Brand gesteckt.

Mit tiefer Trauer schreibe ich diesen Bericht. Mein Herz blutet für meine Freunde und all die unschuldigen Menschen, die Opfer dieser Grausamkeiten wurden.

Schwierige Rückreise nach Deutschland, Do., 06.03. bis So., 09.03.2025

Auch die Rückreise nach Deutschland erwies sich als äußerst schwierig. Drei Tage lang war es mir nicht möglich, einen Flug zu bekommen. Erst am 9. März, nach langem Warten, konnte ich schließlich mit dem letzten verfügbaren Flug zurückkehren. ■

vhs Volkshochschule Hamm

Gemeinsam lernen, gemeinsam wachsen - vhs Hamm

Jetzt Kurs finden und anmelden!
www.vhshamm.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

RUPPRECHT



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

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



IMPRESSUM & KONTAKT

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.

DZI Spenden-Siegel

Aktion Deutschland Hilft

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
D E _____ 08

Datum _____ Unterschrift(en) _____

LaserWare LW 0107/LW 0257





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