



KINDER 1/26

**Odyssee in ein nicht
souveränes Land**

Gemeinsam mehr erreichen

 **HAMMER
FORUM**
Medical Aid for Children

INHALT

03 Vorwort

04 Aktuelle Themen

04 DR Kongo

Die Anästhesie-Welten des Kongo

06 DR Kongo

Mein erster Einsatz im Kongo

10 DR Kongo

*Unveränderte Situation im
Hospital Kikwit / Kongo*

16 Syrien

Humanitärer Einsatz in Syrien

21 Guinea-Bissau

*Einbruch in unser gemietetes Haus in
Gabu / Guinea-Bissau und Vandalismus pur*

26 Jemen

Arabia Felix liegt am Boden

29 Palästina

Einsatz in Nablus in der Westbank

32 Somaliland

*Dieser Einsatz in Somaliland – erstmals
mit ungewöhnlichen Hindernissen*

35 Lesbos

*Wohnungen für geflüchtete
Familien auf der Insel Lesbos*

39 Impressum und Kontakt

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

**Jeder Tag ist ein Wagnis und
wird dadurch erst lebenswert**

Aristoteles (384–322 v. Chr.)

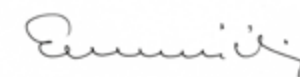
heute möchte ich Sie über die Formalitäten, die wir vor jedem Einsatz erledigen müssen und über unsere Reiseerlebnisse berichten. Zu mehr als 90 % läuft alles nach den vorgegebenen Rahmenbedingungen. Die anderen 10 % laufen mit Hindernissen, weil die politischen Veränderungen die normalen gesetzlichen Abläufe ausser Kraft setzen. Bisher haben wir 15 Einsätze in Somaliland durchgeführt. Hier berichte ich über unseren letzten Einsatz in Somaliland. Die Vorbereitung für unseren Dezembereinsatz 2025 war wie immer leicht und ohne irgendwelche Hindernisse. Nur zwei Fluggesellschaften, Emirates und Äthiopien Airlines, fliegen nach Hargeisa/Somaliland. Wir sind von Düsseldorf oder von Frankfurt aus mal mit Emirates mal mit Äthiopien Air geflogen. Aus verschiedenen Gegenden Deutschlands kommend trafen wir uns voller Elan am 12.12.25 um 18:00 Uhr im Flughafen in Frankfurt am Schalter von Äthiopien Airlines. Hier endete unser Einsatz. Wir durften mit den bis dahin von den Fluggesellschaften anerkannten Visa von Somaliland nicht einchecken, weil seit September 2025 die Fluggesellschaften verpflichtet sind, nur mit einem Somalia-Visum nach Somaliland fliegen zu lassen. Laut UN existiert Somaliland nicht d. h. es ist kein souveränes Land, ge-

hört noch zu Somalia.

Enttäuscht mussten wir nach Hause zurück fahren. Wir waren aber sehr motiviert und haben gleich im Januar angefangen, Visa für Somalia zu besorgen. Es stellte sich heraus, dass dies eine Herkulesaufgabe ist. Die Somalische Botschaft schrieb uns, das Visum könnten wir online bei einer Agentur besorgen. Die Agentur verlangte von uns eine ID-Nummer d. h. wir müssen uns erst in Mogadischu registrieren lassen. So mussten wir umplanen d. h. wir fliegen nach Jijiga, einer äthiopische Stadt an der Grenze zu Somaliland. Um von da aus mit den Autos nach Hargeysa, der Hauptstadt von Somaliland zu fahren. Auch das Äthiopische Visum stellt eine Agentur mit Sitz in London aus. Die Kosten dafür 145 \$ statt 65 \$ pro Visum zahlten wir in Litauen. Unterwegs waren sehr verärgert, weil die Kontrollen (Leibesvisitationen und alle Gepäckstücke auf der Strasse kontrolliert) von der Stadt Jijiga/Äthiopien bis an die Grenze zu Somaliland und weitere Kontrollen innerhalb von Somaliland bis zum Zielort sehr nervig waren. Diese Kontrollen finden mitten in der Savanne ohne erkennbare Begründung statt. Deshalb haben wir für 158 Km über 5 Std. gebraucht, bis wir schliesslich um 19:15 Uhr ankamen. Um so mehr waren wir motiviert und sind gleich zum Hospital gefahren, um die dort auf uns den ganzen Tag wartenden Kinder zu untersuchen. Mein Dank gilt dem gesamten Team, das durch unermüdlichen Einsatz diesen Erfolg ermöglicht hat.

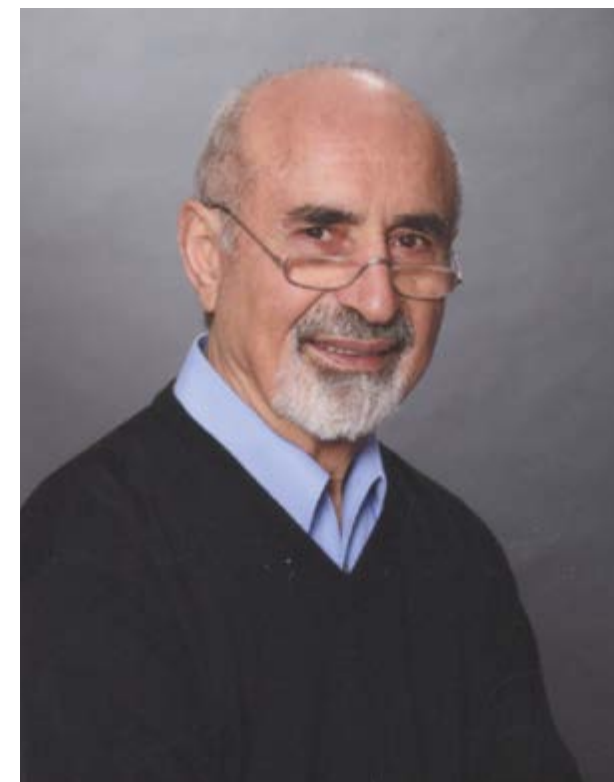
Besonderer Dank gebührt den einheimischen Personal, das uns die ganze Zeit begleitet, registriert und übersetzt hat. Ein herzlichen Dank gilt den Spendern, ohne deren Unterstützung diese Einsätze nicht möglich gewesen wären.

Ihr



Dr. Emmanouilidis

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





DIE ANÄSTHESIE- WELTEN DES KONGO

4 **DR Kongo**
Bericht von Dr. J. Kremser
(vom 15.11. bis 29.11.25)

Es ist Donnerstag am Morgen, der zehnte von elf OP-Tagen in Kikwit/DR Kongo, die erste OP des Tages – eine Tenotomie bei einem 10 Monate alten Säugling – läuft, als ein fünfjähriger Junge mit akutem Abdomen angemeldet wird. Unsere zweite Notfall-OP in diesem Einsatz. Er ist seit 10 Tagen mit Bauchschmerzen krank, war erst zu Hause, danach fünf Tage in einem ambulanten Medizinstützpunkt und wird ins Universitätskrankenhaus von Kikwit zur weiteren Versorgung verlegt.

Notfallmäßig laparotomiert, finden wir eine schwerste kotige Peritonitis. Eine Perforation knapp vor der Ileo-coecalklappe, welche sicherlich schon eine Woche alt ist, hat den 15kg schweren Jungen in eine fulminante Sepsis gebracht. Mit einem Multiorganversagen braucht es nach Lavage und Stomaanlage ab jetzt die gesamte Kunst der modernen Intensivmedizin, um eine kleine Überlebenschance zu haben. Soweit zum Anspruch, soweit zu dem, was zu Hause möglich gewesen wäre – aber da sind wir nun mal nicht. Wir sind in Kikwit in der DR Kongo, einem der rohstoffreichsten Länder der Erde, zu 80 % von Regenwald bedeckt, Heimat der letzten freilebenden Berggorillas der Welt. Eigentlich beste Voraussetzungen, ein Paradies zu sein. Das dem nicht so ist, war natürlich klar und auch, dass Aus-

beutung der Bodenschätze durch Dritte und eine allgegenwärtige Korruption in diesem Land wenig für die immer weiter zunehmende Bevölkerung übriglassen.

Überrascht waren daher diejenigen von uns, die zum ersten Mal in Kikwit waren, von der Struktur und Bauweise des Krankenhauses, welches immerhin eine eigene Radiologie und ein hochmodernes Labor bietet. Demgegenüber fand man sich direkt in die tiefste dritte Welt zurückversetzt, wenn man die Gebäude, den OP-Pavillon und die Stationen betrat. Stationen – selbst die Intensivstation – ohne Licht, engste Verhältnisse



mit vielen Betten, keine Überwachungsmöglichkeiten. Und unverständlicherweise auf der anderen Seite leerstehende, modern eingerichtete Privatstationen mit Monitoren und Beatmungsgeräten, welche für 130\$ pro Nacht jedoch unerschwinglich sind.

Unser Zuhause für den Einsatz wird die Ambulanz des Hammer Forums und der OP-Pavillon sein, wo uns für elf OP-Tagen zwei OP-Säle zur Verfügung stehen. Parallel zu unseren Sälen wird in den Tagen der OP-Betrieb der einheimischen Ärzte im dritten OP weiterlaufen, was unglaubliche Einblicke in deren Vorgehen und Praxis ermöglicht – erschreckend und hochinteressant zugleich. Gehört hatten wir schon davon, aber live zu erleben, wie unter Ketanest-Mono-Narkose Laparotomien beim spontan atmenden Patienten stattfinden, war unvorstellbar. Sterilität spielt eine klar untergeordnete Rolle, Bohrlöcher bei Plattenosteosynthesen werden mit einem handbetriebenen Bohrer gemacht, Verbrennungen zwar mit Bürsten gesäubert, dann aber nicht verbunden, ein Patient fällt nach Narkoseeinleitung vom OP-Tisch. Eine verrückte Welt, aber ganz sicher werden wir von der anderen Seite wohl ähnlich ungläubig bestaunt und wahrgenommen. Großes Interesse besteht an dem, was wir OP- und narkosetechnisch machen und absolut hilfreich ist die Mitarbeit der einheimischen Anästhesiepflege beim Legen der Zugänge, groß deren Interesse an unserem Anästhesieprozedere, angefangen



von den Beatmungsgeräten über Larynxmasken oder Tuben bis hin zur Regionalanästhesie. Und so wird es schnell zu einem guten und hilfreichen Miteinander bei insgesamt 143 Narkosen, mehr als 80 Kaudalblöcken und 8 sonografiegestützten Regionalanästhesien. Auf die Frage, wie ein System mit Ketamin-Mono-Narkosen und Lidocain-Spinalanästhesien ohne die Möglichkeit der Erweiterung von Ressourcen Fortschritte in der Narkoseführung erzielen soll, gibt es aber keine Antwort.

Beeindruckend ist auch das Spektrum der von uns durchgeführten Eingriffe. Von einer Laparotomie bei einem zwei Monate alten Säugling mit einer monströsen Dermoidzyste, über eine Revision einer katastrophal voroperierten Analatresie, zehn Milzexstirpationen, unzählige Herniotomien, Narbenkorrekturen nach Verbrennungen bis zu einer riesigen Halszyste bei einem



15-jährigen Mädchen reicht das Repertoire unserer Operateure. Erstaunlich, dass unter diesen Verhältnissen solche Eingriffe und Narkosen ohne Komplikationen stattfinden und unsere Patienten unbeschadet und mit besserer Lebensqualität wieder nach Hause entlassen werden können. Leider fehlte zwei Mal eine gute postoperative Überwachung und Intensivtherapie, zwei Mal haben wir trotz Aufbietung all unserer Kunst nicht gewonnen und zwei Kinder verloren – der kleine Junge mit der Sepsis bei Perforation war dabei.

Das hinterlässt in mancher Hinsicht ein Gefühl der Ohnmacht, nicht des Versagens, und holt auf den Boden der Tatsachen zurück. Tatsache ist, dass wir Hilfe in einem Land leisten, welches nur begrenzte Möglichkeiten bietet, wo aber der Versuch der Hilfe niemals schädlich, sondern immer hilfreich ist. Und sei es auch nur für wenige Kinder – für diese aber verändert sich damit manchmal Alles.



Wir alle im Team sind Weltbürger, voller humanistischem Anspruch und unerschütterlichem Altruismus. Wir geben gerne von dem, was in unseren Fähigkeiten liegt und lernen auf der anderen Seite so viel Neues dazu, werden geerdet und kommen mit einem unglaublich erweiterten Horizont nach Hause zurück. ■



MEIN ERSTER EINSATZ IM KONGO

DR Kongo
Bericht von Dr. Pavla
(vom 15.11. bis 29.11.25)

Als ich abends in Kinshasa aus dem Flugzeug stieg, traf mich nicht – wie erwartet – die schwere feuchte Tropenluft ins Gesicht, sondern Chaos und Unordnung: Straßen voller Müll, durch den die Menschen völlig selbstverständlich hindurchgingen, darauf saßen oder ihn einfach zusammenfegten und verbrannten. Ausgewaschene Straßen, Schlaglöcher, Lärm, Durcheinander (Foto 1–2).

Mein erster Eindruck vom Kongo war schlicht: OMG! – und das, obwohl ich dank meiner Reisen, inklusive Ländern der Dritten Welt, wirklich schon vieles gesehen

und erlebt habe. Die Nacht war kurz – nicht nur, weil wir bereits vor fünf Uhr morgens an der Busstation sein mussten, sondern auch, weil in der Nacht das Lattenrost meines Bettes unter mir zusammenbrach.

Die Reise nach Kikwit: zehn Stunden, tausend Eindrücke

Die Fahrt mit dem lokalen Bus war ein Erlebnis für sich. Zehn Stunden in Hitze, Staub und unendlichen Schlaglöchern, ständigem Gehepe und – gefühlt – tausend Passkontrollen an den Checkpoints: Stimmt das Visum? Stimmt der Pass? Und wir? Amüsant waren die improvisierten „Pinkelpausen“ – die Männer vorne vor dem Bus, die Frauen hinten dahinter. Einige Frauen machten sich aber gar keine Mühe und hockten sich einfach mitten auf die Straße. Nach unserer Ankunft in Kikwit blieb keine Zeit zur Erholung. Direkt ins Krankenhaus, um mit den Vorbereitungen der OP-Säle zu beginnen – zuerst überhaupt einmal aufräumen und putzen, dann das gesamte Material auspacken, Medikamente sortieren und überlegen, wie wir uns die Arbeitsbedingungen im Rahmen der Möglichkeiten bestmöglich einrichten (Foto 3).



Die ersten OP-Tage: Chaos, das langsam Rhythmus wird

Am zweiten Tag ging es nach dem gemeinsamen Frühstück etwa 25 Minuten zu Fuß zur Klinik. Vor der Ambulanz warteten mindestens hundert Eltern mit ihren Kindern. Sie warteten auf uns. Dieser Anblick raubte mir den Atem (Foto 4).

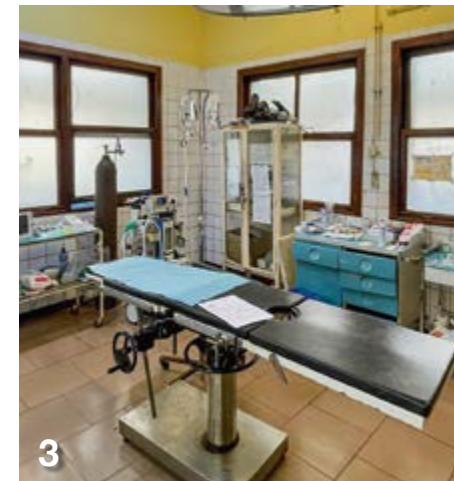
Am Vormittag liefen die letzten Vorbereitungen, damit wir gegen Mittag endlich mit den Operationen beginnen konnten. Die OP-Säle waren schlicht, halb defekt. Stromausfälle gehörten zum Alltag. Klimaanlage gab es zwar in beiden Sälen, aber eine kühlte trotz Volleistung kaum – und die andere funktionierte erst an folgenden Tagen, nachdem der mysteriös verschwundene Controller wieder aufgetaucht war. Sterilität war ein relativer Begriff – man versucht eben, aus dem Wenigen das Beste zu machen. Larynxmasken wurden desinfiziert und mehrfach verwendet, Infusionen für mehrere Patienten geteilt. Die Anästhesiemaschine verfügte nur über den manuellen Modus, weshalb es sinnvoll war, die spontane Ventilation der Kinder zu erhalten.

Der Aufwachraum bestand aus zwei Matratzen auf dem Boden in einem Nebenraum. Überwacht wurde mit einem Pulsoximeter. Ein Elternteil war immer anwesend. Sobald die Kinder wach und stabil waren, wurden sie auf die Pädiatrie verlegt und konnten nach der Abendvisite nach Hause (Foto 5).

Nach einigen Anästhesien fiel langsam die Anspannung von mir ab. Mit meinem Anästhesiepfleger war ich schnell eingespielt; wir lernten, wo was zu finden war – und wie man improvisiert, wenn man nichts hat.

Die Kommunikation mit dem lokalen Personal war nicht immer einfach – nicht nur wegen der Sprache (ich spreche kein Französisch, und gebrochenes Englisch sprachen dort nur wenige), sondern auch wegen der geringen fachlichen Kenntnisse. Außerdem stellte niemand Fragen – entweder um nicht inkompetent zu wirken oder weil es ihnen schlicht egal war.

Die morgendlichen Visiten offenbarten nur noch deutlicher den trostlosen Zustand der Klinik und die Bedingungen, in denen die Patienten leben mussten: Hitze, Schmutz, Gestank, nachts ohne Strom, Fliegen auf



den Verbänden, Kinder mit offenen, eiternden Bäuchen nach Typhus (Foto 6).

Tage voller Hernien

Der zweite Tag lief wie am Fließband – eine Leistenhernie nach der anderen; im zweiten Saal größere Eingriffe wie Splenektomien oder Kontrakturlösungen nach Verbrennungen.

Bis ein kleines Mädchen gebracht wurde, auf das ein Dreirad gefallen war. Der Unterarm fast bis auf den Knochen freigelegt, die Haut bis zum Handgelenk zurückgeschoben, eine Unterkieferfraktur, die wir erst während der Intubation bemerkten. Den Unterarm konnten wir versorgen, aber die Kieferfraktur konnten wir nicht selbst operieren. Wir empfahlen eine Verlegung nach Kinshasa auf eine MKG-Klinik. Die Familie musste jedoch erst klären, ob sie sich die Behandlung überhaupt leisten konnte. Erst sah es so aus, als würden sie nicht einwilligen; doch nach etwa drei Tagen funktionierte alles und das Mädchen machte sich auf die zehnstündige Reise in die Hauptstadt, wo ihr Kiefer operiert werden sollte.

Die Zeit vergeht – und der Alltag schreibt seine kleinen Geschichten

Kinder mit einer Schnur um den Bauch gegen böse Geister (und auch zum Fixieren der Windel) (Foto 8). Ein Junge, der Geldscheine „für Glück“ in der Hand hielt, die er kurz vor der Narkose in seine Tasche steckte. Ein Besuch auf dem Markt, wo wir die Attraktion des Tages waren – junge Frauen wollten meine Haare anfassen, und von allen Seiten hörte man „mundele, mundele“ (in der Kongo-Sprache „der Weiße“). →



Oder eine Lektion in lokaler Autoreparatur: Wenn das Auto nicht startet, schlägt man einfach ein paar Mal mit einem Stein auf die Autobatterie – dann „funktionieren“ die Kontakte wieder und der Wagen springt an.

Am freien Tag machten wir einen Ausflug außerhalb der Stadt: Kinder liefen kreischend auf uns zu, wollten uns anfassen (Foto 9). Früchte so süß und aromatisch, wie man sie in Europa kaum findet; und neue Geschmacksrichtungen – etwa eine Sauce aus getrockneten Raupenkokons.

Kongo-Style Medizin: Dinge, die man zu Hause nicht glauben würde

Ein zwei Monate altes, vier Kilo schweres Baby mit einem riesigen Bauch. Wir hatten keine Ahnung, was uns erwartet. Am Ende entfernte der Chirurg eine gigantische dermoide Zyste – 1,2 Kilo schwer! Fast ein Drittel des Körpergewichts (Foto 10). Der erste postoperative Tag war unauffällig. Doch am nächsten Tag wurde das Baby apathisch, verweigerte das Stillen, bekam Durchfall. Eine Therapie festzulegen ist schwierig, wenn man nicht einmal Blut abnehmen oder Blutgase bestimmen kann – alles basiert auf Klinik und Erfahrung.

Nach mehreren Bolusgaben von Flüssigkeit und Glukose besserte sich sein Zustand – es trank, wollte mehr trinken, weinte. Wir instruierten die Mutter, alle zwei Stunden Milch über die Magensonde zu geben. Am Abend vor dem das Krankenhaus verlassen waren wir vorsichtig optimistisch. Wir hofften. Am nächsten Morgen war das Kind jedoch tot. Die Mutter hielt es im Arm, als würde es schlafen. Es starb etwa eine Stunde, bevor wir kamen.

Dann ein Junge mit Osteomyelitis, bei dem die zerfressenen Knochenreste frei zutage lagen – ein Stadium, das man zu Hause nie sieht (Foto 11). Oder schwere Keloidnarben nach Verbrennungen, die zu massiven Kontrakturen führen – zum Beispiel an den Armen, wo jede Funktion verloren geht.

Mein persönliches anästhesiologisches Highlight – oder besser: der Moment, in dem mein Kopf nicht begreifen konnte, was meine Augen sahen – ereignete sich an einem Nachmittag, als die lokalen Ärzte (keine Spezialisierungen, wer gerade im Krankenhaus ist, operiert eben alles – von Sectio bis Polytrauma) beschlossen, einen Teenager zu operieren, der seit fast einer Woche mit akutem Abdomen auf der Station lag. Die „sterile“ Abdeckung (wohl nur uns zuliebe) bastelten sie aus unseren sterilen OP-Mänteln, den Schlauch zur Absaugung hatten sie sich ebenfalls von uns erbeten. Dann führten sie tatsächlich eine mediane Laparotomie in Ketamin-Narkose durch – ohne jede Atemwegssicherung, ohne Monitoring. Der Patient lag auf einer Plastikfolie, atmete spontan – und hatte den Bauch geöffnet.

Und als an einem anderen Tag während der Versorgung eines verbrannten Erwachsenen dieser vom Behandlungstisch fiel, wurde mir endgültig klar: Das hier ist eine völlig andere Welt. Und hier ist wirklich alles möglich.

Der letzte Tag: 143 Anästhesien in zwei Wochen in zwei OP-Teams

Eine Zahl, die zu Hause fast heroisch klingt. Am letzten „halben Arbeitstag“ hatten wir unsere üblichen 12–14 Patienten bereits gegen zwei Uhr nachmittags fertig. Danach alles wieder aus den Sälen ins Lager zurückbringen, sortieren, reinigen – damit bei unserem nächsten Besuch im Mai alles bereitsteht.

Die Abreise war ein eigenes Abenteuer. Diskussionen darüber, ob wir und unser Gepäck überhaupt in den Bus passen. Der Fahrer hielt die Strecke offenbar für die Rallye Dakar und raste über Straßen und Nicht-Straßen mit einer Geschwindigkeit, die uns zehn Stunden lang um unser Leben bangen ließ. Wir waren ehrlich froh, nach dieser Höllenfahrt lebend und in einem Stück am Flughafen auszusteigen. Und dann der Flughafen – nach Kongo künftig nur noch mit Koffer, der sich leicht öffnen lässt.

Bei der „Handkontrolle“ (statt Scanner) musste ich den gesamten, sorgfältig gepackten Inhalt meines Rucksacks ausräumen. Alles verteilte sich über Tisch und Boden – inklusive meiner schmutzigen Wäsche. Demütigung, Frust und eine übermenschliche Anstrengung, alles wieder hineinzuzwängen.

Und dann zu Hause

Eine warme Dusche, Strom rund um die Uhr. Ein Bett und Stille. Am nächsten Tag zur Arbeit. Kleid, Schmuck, Make-up, Frisur. Der Unterschied zwischen diesen beiden Welten ist unbeschreiblich. Glück, wo man geboren wird, ist ein Luxus. ■





UNVERÄNDERTE SITUATION IM HOSPITAL KIKWIT / KONGO

DR Kongo
Bericht von Drs T. Berberich und Th. Emmanouilidis
(vom 15.11. bis 29.11.25)

Wie bei den Einsätzen zuvor auch haben wir uns das erste Mal als Team am Flughafen in Brüssel getroffen. Bei der ersten gegenseitigen Vorstellung merkte man schon, dass wir als Team gut funktionieren werden können. Was dann folgte, war die lange, mühevollen und strapaziöse Anreise, die ja in den anderen Reiseberichten schon detailliert beschrieben ist. So war es auch bei uns, als wir spät abends in Kinshasa angekommen sind und sehr lange auf unser Gepäck warten mussten. Zum Glück waren aber alle Koffer angekommen und konnten nach der aufwendigen Sicherheitskontrolle letztlich dann auf dem Pick-up verladen werden.

Die nächste Station war dann die Einrichtung Don Bosco, wo wir unsere Zimmer für die erste Nacht beziehen konnten. Diese Nacht war tatsächlich aber sehr kurz, und bereits sehr früh am Morgen ging es für den Teil der Gruppe, die mit dem Bus fahren durfte/musste wieder auf die Reise. Dr. Theo, Miri und ich fuhren mit dem Pick-up und dem gesamten Gepäck, das mit einer Plane noch gegen den Regen geschützt werden musste, um 5:30 Uhr in der Früh los. Was die Fahrt

wirklich beschwerlich gemacht hat, waren die zahlreichen Kontrollen, bei denen mehr oder weniger willkürlich immer wieder unsere Pässe und Visa überprüft wurden. Der wahre Grund für die Kontrollen war aber der Versuch, an Geld zu kommen, denn praktisch jeder „Beamte“ versuchte für die Weiterfahrt einige Dollar für sich abzuzweigen. Was besonders frustriert, ist die Tatsache, dass viele von den Kontroll-Beamten sehr genau wissen, wer wir sind, und teilweise wurden auch schon deren Kinder vom Hammerforum kostenfrei behandelt. Letztlich kamen wir dann am Nachmittag in Kikwit an und fuhren direkt ins Krankenhaus. Dort warteten tatsächlich schon über 100 Kinder auf die Sprechstunde (Bild 1), und die Chirurgen begannen mit der Sichtung der Patienten, während das übrige Team die beiden OP-Säle einräumte. Dabei muss wirklich alles, was im OP gebraucht wird, wie Narkosegeräte, Medikamente, Verbands- und Nahtmaterial, Instrumente etc. einzelnen von der Ambulanz über die Wiese und die Gänge der Klinik in den OP-Trakt gefahren werden. Irgendwann gegen 20:00 Uhr war der Abend dann zu Ende, und wir machten uns auf dem Weg in unsere Unterkunft. Ein Teil verblieb im Haus des Hammerforum während

vier andere Teammitglieder Zimmer im gegenüberliegenden Hotel bezogen. Am Abend wurde dann zum ersten Mal gemeinsam gekocht und gegessen, und im Anschluss waren alle ziemlich kaputt und gingen rasch ins Bett. Die folgenden Tage waren eigentlich immer gleich organisiert. Nach einem gemeinsamen Frühstück folgte entweder der Spaziergang zum Krankenhaus oder auch die Fahrt auf dem Pick-up dorthin. Dort angekommen kurze Visite der Kinder und dann Beginn des Operationsprogramms, bei dem wir immer in zwei Sälen zusammen insgesamt 143 Kinder operiert haben. In der Sprechstunde haben wir über 398 Patienten untersucht, beraten und behandelt.

Klinische Fälle

Bei dem 17-jährigen Mädchen besteht eine große Raumforderung im Bereich der linken Halsseite (Bild 2). Diese sei angeblich im Laufe der letzten zwei Jahre gewachsen. Im Ultraschall zeigt sich eine große zystische Läsion, sodass wir von einem Lymphangiom ausgegangen sind. Durch einen großen queren Zugang am Hals konnte der Tumor mühsam und in kleinen Schritten von den Halsgefäßen ab präpariert werden und im Ganzen entfernt werden. Erschwert war der Eingriff durch die Sichtverhältnisse, die den Einsatz einer Stirnlampe sowie einer Schreibtischlampe erforderlich gemacht haben (Bild 3). Glücklicherweise verlief die Operation ohne Komplikationen und auch die Wundheilung gelangen nach Plan. Das Mädchen war zufrieden und musste sich beim Abschluss Foto ein Lächeln verkneifen (Bild 4).



Bereits nach der Geburt stellte man bei dem jetzt 8-jährigen Jungen linksseitig am Hals eine Schwellung fest, die seither langsam grösser wurde. Erst in diesem Jahr ging die Mutter mit ihm zum Arzt nach Kinshasa. Dort wurde CT-Untersuchung durchgeführt. Der Radiologe schreibt: es handelt sich um ein Sarkom (bösartiger Tumor). Dann wurde Biopsie durchgeführt. Das Ergebnis der Pathologischen Untersuchung: Parenchymatöser Tumor. In der Ultraschalluntersuchung konnten wir mehrere echodichte homogene Strukturen erkennen, dazwischen freie Flüssigkeitsräume. Der Tumor fühlte sich deutlich wärmer an, als die Umgebung. Der Tumor liegt breitbasig am vorderen und linksseitigen Halsbereich und wir tasteten ziemlich harte Knoten. Wir liessen eine CT-Untersuchung mit Kontrast durchführen, um die Gefäßversorgung des Tumors darzustellen. Diese Untersuchung kostete das Hammer Forum 410 Dollar. Die Untersuchung selbst war ziemlich insuffizient. Die Röntgenbilder waren schlecht belichtet und das Kontrastmittel war sicher nicht ausreichend, denn selbst die Carotis-Gefäße waren kaum erkennbar. Danach haben wir beschlossen, erneut Biopsie durchzuführen und das Präparat in Deutschland histopathologisch untersuchen zu lassen.

Vor einem Jahr erlitt das 2-jährige Kind Verbrennungen. Durch unsachgemäße Behandlung erst beim Mediziner, dann im Hospital entstanden ausge dehnte Kontrakturen und teilweise Versteifungen an den Fingern, (Bilder 6–8). In knapp sechsständiger Operation mit Hautplastik konnten wir ein zufriedenstellendes Ergebnis erreichen, wie die Bilder 9 und 10 zeigen. →



11

Ähnlich lief es bei dem 5-jährigen Jungen nach Verbrennung. Über 3,5 Stunden dauerte seine Operation (Bilder 11–12). Es gab auch andere Kinder nach Verbrennungen mit Kontrakturen am Ellenbogen und dem Finger, die wir auch operierten.



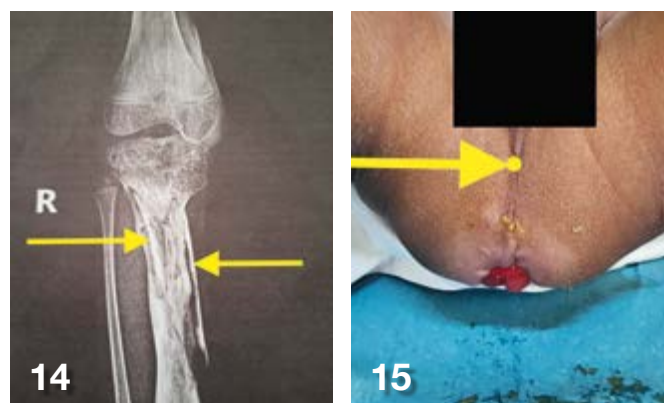
12

Chronische Knochenentzündungen (Osteomyelitis) sehen wir bei jedem Einsatz, wie bei dem jetzt 12-jährigen Jungen. Vor zwei Jahren trat eine Schwellung am Unterschenkel auf. Seither laborierte er bei den Medizinern und Gesundheitszentren. Der Schienbeinknochen lag frei, man konnte den Sequester (abgestorbener Knochen) sehen (Bilder 13–14, gelbe Pfeile). Wir entfernten alle abgestorbene Knochenanteile und setzten Refobacinkette im Knochenmark ein.

wurde, musste von uns operativ behandelt werden, da bei der Beschneidung die Harnröhre verletzt wurde und eine Fistel entstanden ist. Diese Komplikation ist äußerst selten und wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass diese Beschneidung in der Regel ohne Narkose und bei wachem Kind von den einheimischen Ärzten durchgeführt wird. Ein weiterer Fall hat uns sehr beschäftigt. Bei einem jetzt drei Monate alten Kind mit einer Fehlbildung des Enddarms wurde in der Hauptstadt Kinshasa eine Operation durchgeführt und der Darmausgang (Anus) neu angelegt. Dabei wurde aber eine völlig falsche Position gewählt, sodass der After nun praktisch am Rücken direkt am Steissbeinende angelegt war. Für uns alle eine



13



14



15

völlig unvorstellbare Situation, und wir haben uns gefragt, wie so etwas zustande kommt. Bei dem Jungen haben wir zunächst eine Untersuchung in Narkose durchgeführt und dabei die Muskelfasern des Beckenbodens und des Schließmuskels elektrisch stimuliert. Wir konnten dabei sehr gut zeigen, wo die exakte Position des Darmausgangs zu liegen hat (Bild 15, gelber Pfeil). In einer sehr aufwendigen Operation wurde der Anus dann an die exakte Position verlagert

Neben zahlreichen ausgeprägten Leistenhernien auch bei sehr kleinen Kindern und auch großen Nabelhernien, die eher wie ein Bauchwanddefekt (Omphalozele) imponierte, haben wir auch bei zehn Kindern mit einer Sichelzellanämie eine Entfernung der Milz (Splenektomie) durchführen müssen. Es kamen auch immer wieder außerplanmäßige

Kinder als Notfälle dazu, die den ohnehin schon straffen OP-Planung durcheinandergebracht haben. So mussten wir ziemlich am Anfang bereits ein Kind mit einer schweren Weichteilverletzung des Armes operieren, das unter einen Transporter geraten war. Zusätzlich hatte sich das Kind noch eine Unterkieferfraktur zugezogen, die im weiteren Verlauf dann hoffentlich in Kinshasa von Kieferchirurgen versorgt worden ist.

Leider gab es während unseres Aufenthaltes auch zwei Kinder, die verstorben sind. Der eine Junge war circa fünf Jahre alt und hatte eine schwere Bauchfellentzündung, verursacht durch ein Loch im Dünndarm (Perforation), durch das der Stuhl in die Bauchhöhle gelaufen ist. Der Junge war nach Aussage der Eltern schon längere Zeit krank und befand sich über mehrere Tage in der Obhut einer Krankenstation auswärts. Die Entzündung im Bauchraum war so weit fortgeschritten und der Darminhalt hatte sich in der gesamten Bauchhöhle so stark verbreitet, dass der Junge letztlich an einer schweren Blutvergiftung (Sepsis) verstorben ist. Alle unsere Bemühungen, ihm durch die Operation und durch Infusionstherapie zu helfen, waren leider vergeblich. Es gibt in Kikwit keine Intensivstation und die Möglichkeiten, einem so schwer kranken Kind zu helfen, sind sehr beschränkt. Wer weiß, ob dies möglich gewesen wäre, wenn wir das Kind eine Woche früher in die Behandlung bekommen hätten?

Das zweite Kind war ein drei Monate alter Säugling (Gewicht 4100g) bei dem wir einen sehr großen Tumor aus dem Bauchraum entfernt hatten. Der Tumor hat 1100g gewogen und war ein sogenannter der Dermoidtumor. Vereinfacht ausgedrückt, kann man diese Tumoren als „verhinderten Zwilling“ bezeichnen, der im Bauchraum des Kindes gewachsen ist. Wir fanden am Tumor Gewebe, das wie ein Fuß aussah als auch andere Strukturen des Nervensystems und der Bindegewebe und Nabelschnur. Leider war das Kind durch den großen Tumor so geschwächt, dass es den Eingriff nur wenige Tage überlebt hat. Bei beiden Kindern steht aber sicher fest, dass sie ohne die Operation definitiv sehr rasch verstorben wären. Beide Todesfälle haben das Team sehr mitgenommen, und wir haben in intensiven Gesprächen zusammen überlegt, wie man in Zukunft unter den stark eingeschränkten Bedingungen, die vor Ort herrschen, eventuell in Zukunft solche schwer kranken Kinder behandeln kann.

Aus Sicht vom OTA (Operations-Technischer Assistent), von Mika Kroll

Beginnen hat das Abenteuer bereits deutlich vor dem Einsatz an sich. Vier Wochen bevor es nämlich Richtung Kikwit, unserem Einsatzort in der DR Kongo, gehen sollte, teilte mir Christoph Schieckel, ein Anästhesiepfleger, welcher ebenfalls mitfliegen wird, mit, dass ich die pflegerischen Aufgaben auf operativer Seite, alleine für zwei OP-Teams übernehmen müsse, da wir einen kurzfristigen Ausfall im Team hatten. Diese Nachricht hat definitiv für Aufregung gesorgt. Wie sich schließlich dann aber herausstellen sollte, war noch Krankenschwester Doris Broadbent dabei, wel-

che zwar keine Fachweiterbildung im OP hat, aber durch ihre sehr hohe Erfahrung die Aufgaben der OP-Pflege sehr gut übernommen hat.



Das gesamte Team traf sich schließlich am Flughafen in Brüssel. Bei der Vorstellung hat man bereits sofort gemerkt, dass dies ein sehr harmonisches, gut funktionierendes Team werden kann. So sollte es dann auch kommen.

Bevor wir in den Flieger gestiegen sind, bekamen wir die Ansage von unserem Chef Dr. Emmanoulidis, dass wir vor Ort in Kinshasa (Hauptstadt DR Kongos) erzählen sollten, wir würden nach Don Bosco gehen. Ich habe am Anfang überhaupt nicht verstanden, was Don Bosco sein soll, es stellte sich heraus, dass damit unsere Unterkunft für die Nacht gemeint sein sollte.

Für die meisten ging es am nächsten Tag um 4:30 Uhr weiter. Wir mussten nämlich sehr früh am Bus sein, welcher von Kinshasa nach Kikwit fährt. Die Busfahrt war, wie sollte es auch anders sein, sehr abenteuerlich. Bei den heißen Temperaturen und den vielen Menschen im Bus, war es wenig verwunderlich, dass es sehr heiß und stickig war. Zumindest konnten die Fenster permanent offenbleiben, was definitiv geholfen hat. Während der Fahrt wurden etwa achtmal von der örtlichen Polizei kontrolliert. Ohne Doris Broadbent wäre das sehr schwierig gewesen, da die Einheimischen vor Ort kein Englisch verstehen oder gar sprechen können, vor Ort wird überwiegend französisch gesprochen, welches Doris fließend spricht. Sie musste sich somit immer mit den Polizisten vor Ort für uns alle verständigen. Die Fahrt dauerte etwa 10 ½ Stunden und um 16:30 Uhr waren wir dann in Kikwit. Von dort aus wurden wir abgeholt und sind dann direkt zum Krankenhaus gefahren, wo Dr. Emmanoulidis, welcher mit dem Auto und unsrem Gepäck vorgefahren war, bereits die ersten Kinder untersuchte. Wie man unschwer erkennen kann, ist die Nachfrage sehr groß gewesen. Dr. Berberich fing ebenfalls mit den Untersuchungen an, während der Rest des Teams die OP-Säle vorbereitete. →

Am nächsten Tag war unser erster OP-Tag. Wir haben am ersten Tag ausschließlich Hernien operiert. Als Einstieg war das wirklich gut, da man sich erstmal organisieren musste. Durch das kleinere OP-Programm lief der erste Tag auch ziemlich gut. Am zweiten Tag kamen dann auch größere Eingriffe dazu, wie zum Beispiel eine Milz-Entfernung. Die größeren OPs verliefen im Wesentlichen ebenfalls erfolgreich, was ich allerdings am zweiten Tag lernen musste, war, dass es wirklich Sinn ergibt, einfach alles was an Materialien vorhanden ist, direkt in die Nähe in den Saal zu holen, da das Lager etwa 200 Meter entfernt war. Dadurch stand sehr viel mitten im OP-Saal, aber anders war es nicht möglich.

Das Thema Sterilität war ebenfalls etwas, was im Kongo ganz anders läuft, als bei uns in Europa. Die sterilen Tische haben wir mit einer Zange gedeckt, welche in einem Standgefäß in Alkohol getränkt stand. Wir haben unser Bestes versucht, das Gefäß wenigstens jeden Tag auszuwechseln, was allerdings durch den kleinen Steri und die durchaus vorkommenden Stromausfälle manchmal schwierig war. Nosokomiale Infektionen (Infektionen,



die nachweisbar durch den Krankenhausaufenthalt entstehen) sind allerdings definitiv das geringste Problem in diesem Land.

Nach drei bis vier Tagen waren wir langsam ganz gut eingespielt im Team. Ab dem Zeitpunkt fingen wir dann auch konsequent auf operativ pflegerischer Seite an, den Einheimischen so gut es geht etwas beizubringen. Das stellte sich ebenfalls als besondere Herausforderung dar, da die allerwenigsten Einheimischen Englisch sprechen oder verstehen. Erklärt wurde somit also mit Händen und

Füßen, und bei komplizierteren Sachen musste dann Doris Broadbent dazugeholt werden. Besonders hervorheben möchte ich hier Malingisi und Vital, welche uns auf operativer Seite stets zur Seite standen, viel geholfen haben und sehr lernwillig waren.

Leider gab es während unseres Aufenthaltes auch zwei Kinder, die verstorben sind. Der eine Junge hatte eine schwere Bauchfellentzündung, verursacht durch ein Loch im Dünndarm, wodurch der Stuhl in die Bauchhöhle gelaufen ist. Heftig war ebenfalls, dass das Kind, welches schätzungsweise zehn Tage mit der Entzündung bereits herumgelaufen ist, angab kaum Schmerzen zu haben. Die Entzündung im Bauchraum war so weit fortgeschritten und der Darminhalt hatte sich in der gesamten Bauchhöhle so stark verbreitet, dass der Junge letztlich an einer schweren Blutvergiftung (Sepsis) verstorben ist. Durch die fehlende Nachsorge vor Ort war es leider unmöglich zu verhindern. Das zweite Kind war ein 3 Monate alter Säugling, bei dem wir einen sehr großen Tumor, welcher 1100g wog, aus dem Bauchraum entfernt hatten. Leider war das Kind durch den großen Tumor so geschwächt, dass es den Eingriff nur wenige Tage überlebt hat. Bei beiden Kindern steht aber sicher fest, dass sie ohne die Operation definitiv sehr rasch verstorben wären, was dann doch etwas geholfen hat, dies zu verarbeiten. Dennoch haben beide Todesfälle das Team sehr mitgenommen, und wir haben uns nach den beiden Fällen zusammengesetzt und diese aufgearbeitet. Es gab einige gute Vorschläge zur Verbesserung der doch sehr begrenzten Möglichkeiten, um solche Ereignisse zu reduzieren.

Im Allgemeinen vergingen die Tage allerdings wie im Flug. Insgesamt war der Einsatz sehr erfolgreich. Wir haben 143 Kinder operiert, darunter auch einige große Eingriffe, und etwa 400 Kinder untersucht. Man merkte nach einigen Tagen deutlich die körperliche und teils psychische Belastung, die ein solcher Einsatz fordert. Es hat aber großen Spaß gemacht und war eine Erfahrung für das Leben. Vielen Dank an das nette Team, mit denen ich diesen Einsatz machen durfte, trotz alledem, dass ich noch sehr wenig Erfahrung in diesem Beruf habe. Ein spezieller Dank geht nochmal an Dr. Bienvenu Tollo, welcher uns super aufgenommen und versorgt hat und an seine Frau, welche uns an zwei Tagen sehr lecker bekocht hat. Ebenfalls einen großen Dank an die Einheimischen vor Ort, welche uns tatkräftig unterstützt haben und vieles sehr gut angenommen haben.



ZUSAMMENFASSUNG

Der zwei Wochen dauernde Einsatz war insgesamt sehr erfolgreich was die zahlreichen Kinder angeht, denen wir helfen konnten. Die tägliche Arbeit hat uns allerdings körperlich auch sehr gefordert und auch die psychische Belastung während eines solchen Einsatzes ist hoch. Sehr positiv hervorzuheben war die exzellente Zusammenarbeit im Team, wobei jeder auf den anderen geachtet hat und im klinischen Alltag gegenseitige Unterstützung völlig selbstverständlich war. Nur so konnte die hohe Anzahl von Operationen erfolgreich durchgeführt werden. Auch das abendliche gemeinsame Kochen und Essen hat sehr dazu beigetragen, dass wir uns als Team sehr rasch zusammengefunden haben und die anstrengende Arbeit tatsächlich auch richtig Spaß gemacht hat. Das Interesse der einheimischen Kollegen ist dieses mal besser, und es ist uns mit Sicherheit gelungen, ein paar handwerkliche Tipps und Tricks weiterzugeben in der Hoffnung, dass diese auch in Zukunft von den Kollegen angewendet werden können.

Die lange Heimreise verlief im Wesentlichen ohne besondere Vorkommnisse und wir haben sowohl den

Flughafen in Kinshasa rechtzeitig erreicht als auch sind wir pünktlich wieder in Brüssel, gelandet, sodass alle Teammitglieder ihre Anschlussflüge erreichen konnten. Letztlich sind dann im Tagesverlauf alle gut wieder in ihren Heimatorten angekommen.

Herren Drs Mabaya, Ebum und Renom möchten wir herzlichen Dank sagen. Sie haben übersetzt, assistiert und waren stets ansprechbar. Zum Erfolg des Einsatzes haben sie auch beigetragen.

Danke sagen möchten wir dem gesamte Team, alle haben überall, wo es nötig war, geholfen, um den Ablauf in Gang zu halten. Besonderen Dank verdient Mika, unser jüngster OTA, der zum ersten Mal dabei war und seine Aufgabe souverän gemeistert hat.

Danken möchten wir auch dem einheimischen OP-Personal, das immer mitgeholfen und Mika unterstützt hat, Zum Schluss möchten wir auch Herrn Dr. Tollo danken, er hat uns wieder in seinem Haus aufgenommen, wir fühlen uns dort wohl. Einen besonderen dank geht an seine Partnerin Frau Dr. Sandrine Muyenga. Sie hat zwei Mal köstlich für uns gekocht. ■



Das Team von rechts: Herr Dr Tollo, Projektleiter vor Ort, Herr Dr J. Kremser (Anästhesist), Herr Dr Th. Emmanouilidis (Chirurg), Frau M. Lauterbach (Anästhesieschwester), Herr Dr. B. Burger (Anästhesie-Assistentenarzt), Herr Dr. T., Berberich (Chirurg- und Kinderchirurg), Frau Dr. P. Havrankova (Anästhesistin), Herr Ch. Schieckel (Anästhesiepfleger), Frau D. Broadbent (Schwester), hinten Herr M. Kroll (OTA).



Syrien
Bericht von Dr. Ali Al-Zakami
(vom 05.09. bis 14.09.2025)

Am Morgen habe ich noch in meiner Klinik gearbeitet, bevor ich mich gegen 10 Uhr von meinem Wohnort in Heringsdorf auf Usedom auf den Weg nach Berlin machte. Die Fahrt verlief ungewöhnlich lang und anstrengend, sodass ich erst am Abend am Flughafen ankam. Bis kurz vor dem Start meiner Reise wusste niemand aus meiner Familie und Freunden, dass ich nach Syrien fliegen würde. Als ich Ihnen das mitteilte, löste diese Nachricht große Sorgen aus: Familie, Freunde und Kollegen äußerten ihre Ängste offen. Mir war bewusst, dass mit dieser Reise ein Risiko in dieses Krisengebiet verbunden war. Doch ich legte meine Zweifel in Allahs Hände.

Der Check-in um 19 Uhr verlief reibungslos. Kurz zuvor hatte ich noch mit Dr. Emmanoulidis telefoniert, um die letzten Details und Fragen zum Ablauf der Reise zu besprechen. Beim Abschied hatten mir Familie und Freunde viele gute Wünsche mitgegeben. Trotz mancher Bedenken hofften sie alle auf meinen Schutz und die Begleitung durch Allah während dieser Mission. Um 19:35 Uhr passierte ich die Sicherheitskontrolle. Der Flug verlief planmäßig, auch wenn es im Flugzeug sehr kalt war. Am nächsten Morgen, am 6. September um 4:52 Uhr Ortszeit, landeten wir in Doha.

Ein paar Stunden später flog ich um 8:50 Uhr von Doha nach Damaskus und landete dort um 11:35 Uhr. Die

Ankunft verlief problemlos, Pass- und Zollkontrolle waren unauffällig, auch wenn ich lange auf meinen Koffer warten musste. Als deutscher Staatsbürger musste ich am Flughafen 70 Euro für das Visum bezahlen. Das überraschte mich, da ich es aus den vergangenen Jahren anders gewohnt war. Früher musste man mit Bestechungen rechnen, diesmal aber war es ganz offiziell geregelt. Sogar den Wagenservice am Flughafen bezahlte ich mit 22.000 Lira – und das Personal wollte darüber hinaus kein „Taschengeld“ annehmen. Ich war beeindruckt von der Sauberkeit des Flughafens und dem professionellen Verhalten der Angestellten. Der Service war korrekt und kostenlos. Ein bedrückender Moment war jedoch, dass mein langjähriger Fahrer und Begleiter Nomair mich nicht wie gewohnt abholen konnte. Ich erfuhr, dass er bereits seit dem 15. April 2025 vor seinem Haus und vor seiner Familie verschleppt worden



war – bis heute fehlt jede Spur von ihm. Dies bedrückt mich zutiefst. Stattdessen warteten draußen Zaher Al-Madani und Qais, die mich nun begleiten sollten. Gemeinsam fuhren wir in die Stadt Damaskus. Dort besuchte ich die Frau von Nomair, die in einer Wäscherei eines Hotels arbeitet, um ihre Kinder versorgen zu können. Ich übergab ihr den Koffer mit der gespendeten Kleidung, was für sie eine große Hilfe war.

Anschließend setzten wir unsere Reise nach Latakia fort. Die Fahrt verlief ruhig, bei einer Außentemperatur von 36 Grad. Zum Mittag aßen wir Reis mit Hähnchen und Ayrar. Auf den Straßen war die Lage erstaunlich entspannt: kaum Kontrollpunkte, nahezu kein Militär,



99 Prozent ruhig. Im Vergleich zu den letzten Jahren wirkte die Hauptstadt belebt und sicher. Wir passierten Homs, Tartus und Bnias und erreichten gegen 17 Uhr Latakia. Auch hier zeigte sich: die Straßen waren gut befahrbar und die Lage insgesamt deutlich ruhiger als früher. Am Abend besuchten wir das Lager, in dem bereits die Lebensmittelkartons vorbereitet standen. Ich machte einige Fotos und organisierte die Vorbereitung für die Verteilung am nächsten Tag.

Verteilung der Hilfsgüter

Der Sonntag begann sehr früh. Bereits um 8 Uhr verpackten wir weitere Hilfsgüter und schickten sie nach Damaskus, wo sich Mohammed Abdul Ghani um die Verteilung in Al-Moaddamiah kümmerte.

Mein Ziel war an diesem Tag die Zone Buka in Latakia. Schon am Morgen hatten sich dort Tausende Menschen versammelt – nicht nur aus Latakia selbst, sondern auch aus Al-Reka, Aleppo, Hamma, Jeblah, Homs und Dier al-Zour. Die Armut war unübersehbar, viele hatten kaum mehr das Nötigste. Die Verteilung zog sich bis 17:30 Uhr hin. Mit der Zeit wurde das Gedränge stärker, einige Menschen drängelten, und die Situation wurde unruhig. Schließlich musste die Polizei kommen, um uns zu unterstützen und für Ordnung zu sorgen.

Deutlich zu spüren war die Abhängigkeit und lokale Kontrolle von Milizen. In jedem Ort oder jeder Einrichtung – sei es Krankenhaus oder Stadtverwaltung – musste ein Scheich das Sagen haben. Ohne deren Zustimmung ging nichts. In Homs (Talkalakh) sprach



ich mit Scheich Abu Moawiah, dem Sicherheitsbeauftragten und Bürgermeister von Talkalakh. Solche Gespräche waren notwendig, um unsere Arbeit überhaupt durchführen zu können.

Die wirtschaftliche Lage traf die Menschen hart. Zwar war Benzin mit 1,10 US-Dollar pro Liter günstiger als früher, doch die Preise für Grundnahrungsmittel explodierten. Ein Bündel Brot kostete inzwischen 6.800 Lira, früher nur 1.200. Ich hoffte sehr, dass sich die Situation für die Menschen bald bessern würde.

Am Montag, den 8. September starteten wir gegen 7:30 Uhr in Richtung Hamah. Aus Sicherheitsgründen musste unser LKW-Fahrer unterwegs die Route ändern. Schließlich erreichten wir die Stadt Hamah und besuchten das Krankenhaus. Besonders das Gespräch mit dem medizinischen Direktor, Dr. Kamal al-Halabi, war für mich sehr wertvoll. Ich rief daraufhin Dr. Emmanoulidis, den Vorsitzenden des Hammer Forums, an und fragte, welche weitere Unterstützung wir für das Krankenhaus leisten könnten. Er stellte klar, dass diese Aufgabe bei Dr. Ibrahim liege und nicht in meinen Verantwortungsbereich falle.

Um 13 Uhr fuhren wir weiter nach Schiechat-Hamah, wo wir Hilfsgüter verteilten. Anschließend setzten wir unsere Fahrt nach Talkalakh bei Homs fort. Dort arbeiteten wir mit einheimischen Bekannten zusammen, die uns unterstützten. Wieder war es notwendig, Scheich Abu Moawiah, den Sicherheitsbeauftragten und Bürgermeister, einzubeziehen. Ohne seine Genehmigung hätten wir nicht verteilen können. Während wir gemeinsam Tee tranken, unterhielten wir uns über die aktuelle Lage in Syrien.

Parallel gingen weitere Hilfslieferungen nach Damaskus, wo Herr Mohamed Abdullah die Verteilung in Moaddamiah übernahm. Am Abend kehrten wir zur Übernachtung nach Latakia zurück. Für den nächsten Tag war eine Fahrt nach Bnias und Tartus mit weiteren Verteilungen geplant.

Am Dienstag, den 9. September begann unser Tag um 9:30 Uhr in Bnias und Tartusviel. Dafür erhielten wir eine Genehmigung, um hier verteilen zu dürfen. Auf der Fahrt dorthin mussten wir an mehreren militärischen Kontrollpunkten vorbei. Vor der Ausfahrt →

wechselten wir die Lebensmittel in andere Transporter, um unauffälliger zu wirken.

Dort wurde ich mit schockierenden Eindrücken konfrontiert: Elend und Schmerzen der Menschen, ängstliche Blicke in den Gesichtern von Frauen und Kindern, was die Zukunft betrifft.

Die Verteilung in Baniyas verlief schließlich ohne Probleme, doch die Gesichter der wartenden Frauen und Kinder spiegeln tiefe Verzweiflung wider: Armut, Verlust von Vätern und Brüdern, Trauer und Hilflosigkeit. Gegen 15:30 Uhr waren wir wieder in der Jebelah. In der Zone Alsnober besuchten wir Häuser, in denen keine Männer mehr lebten – alle waren umgebracht worden. Einige Frauen waren entführt worden, zurück blieben nur traumatisierte Familien. Eine alte Dame erzählte mir mit „blutendem Herzen“ und unter Tränen, dass ihre Kinder und Enkelkinder vor ihren Augen getötet wurden. Sie selbst sei allein übrig geblieben. Sie nahm die Hilfsgüter zwar dankbar an, bat mich aber, einen Teil davon an ihre Nachbarn weiterzugeben, die es ihrer Meinung nach noch dringender brauchten. Dieses Erlebnis berührte mich tief. Das Elend, die Angst und die Trauer waren in den Gesichtern der Menschen deutlich zu sehen.

Unser nächstes Ziel war Tartus. Dort mussten wir die Hilfsgüter vorsichtig in Wohnungen bringen, ohne Aufmerksamkeit zu erregen. Fotos durften wir hier nicht machen, die Sicherheitsauflagen waren streng.

Auf dem Rückweg nach Latakia hielten wir in Bobus und verteilten auch dort Lebensmittel. Überall waren die



Lebensbedingungen katastrophal: in manchen Gebieten gab es seit vier Monaten kein Wasser, die Preise hatten sich im Vergleich zu meinem letzten Besuch sechsfacht, Strom war nur für ein bis zwei Stunden innerhalb von 24 Stunden verfügbar. Auch die Gesundheitsversorgung war nahezu zusammengebrochen, vieles war geplündert, und Patienten mussten alle Medikamente selbst bezahlen.

In Talkalakh, Schiechat-Hamah und auch in Baniyas und Tartus war die Lage nicht anders. All diese Eindrücke



machten mir erneut bewusst, dass vieles von dem, was ich hier sah, in den Medien nicht vorkommt. Die wahren Leiden der Menschen sind oft unsichtbar – verborgen hinter verschlossenen Türen, in zerstörten Häusern und in stiller Verzweiflung.

Verteilung der Hilfsgüter – besondere Situation

Am Mittwoch, den 10. September, änderte sich aus gesundheitlichen Gründen die gesamte Planung, da es mir schlecht ging und ich Schmerzen hatte. Beim Einsatz am Vortag hatte ich mir beim Aussteigen aus dem Auto das Knie verdreht. Die Verletzung führte zu starken Schmerzen, hinzu kam ein Infekt mit Fieber. Ich konnte kaum laufen und musste die geplanten Touren absagen. Freunde kümmerten sich um mich, ich erhielt eine Behandlung, doch an aktive Mitarbeit war nicht zu denken.

So musste die Verteilung der Hilfsgüter in den folgenden Tagen ohne mich stattfinden. Die Reisebegleiter und Helfer vor Ort übernahmen die Verantwortung – und sie meisterten diese schwierige Aufgabe. Lebensmittel wurden weiterhin in Schiechat-Hamah, Albogah-Latakia, Alsnober und Almergan-Jebelahy, Dier Beschli-Baniyas sowie Talkalakh-Homs verteilt. Nur durch den Zusammenhalt der Menschen vor Ort gelang es, die Bedürftigen dennoch zu erreichen. Dieser Einsatz der Gemeinschaft beeindruckte mich tief.

Am Donnerstag, den 11. September, war ich weiterhin ans Bett gebunden. Mein Knie



schmerzte stark, und ich musste pausieren. Es gab von mir keine Fotos und keinen direkten Bericht, nur die Gewissheit, dass meine Freunde die Arbeit fortsetzten.

Sie haben die Hilfsgüter in diesen Orten verteilt: Jableh Al-Margan (Stadtteil/Ort bei Jableh), Latakia Basnada (Stadtteil Basnada in Latakia), Latakia Al-Qanjara (Stadtteil Al-Qanjara in Latakia), Latakia Saqoubin (Stadtteil Saqoubin in Latakia). In diesen Gebieten wohnen viele Menschen aus anderen Bezirken, die wegen des Krieges geflohen sind.

Auch am Freitag, den 12. September, der Tag meiner Rückreise nach Damaskus, sind wir gegen 14 Uhr im Hotel (Talismann) angekommen, welches an der jüdischen Zone liegt.



Am Nachmittag besuchte mich die Familie von Nomair, dem entführten Taxifahrer. Ich habe mich sehr gefreut, sie noch einmal zu sehen. Am Abend luden mich Freunde zu einer kurzen Fahrt nach Adhaiah und Al-Zabadani. ein. Dort überraschte mich das Bild eines vollen Restaurants, in dem die Menschen zusammenkamen, lachten und Shisha rauchten. Es war ein seltsamer Kontrast zu den Tagen zuvor – einerseits Armut und Leid, andererseits Momente von Normalität, die den Menschen offenbar Kraft gaben.

Rückreise

Am Samstag, den 13. September, trat ich die Rückreise an. Ich musste schon um 14:30 Uhr am Flughafen sein, wo sich viele Reisende aus vielen Ländern drängten. Das Personal am Flughafen war sehr freundlich und die Pass-Kontrolle verlief schnell und reibungslos. Durch die starken Schmerzen im Knie, weshalb ich nicht gehen konnte, habe ich beim Check-In einen Rollstuhl bestellt, der mir viel Erleichterung gebracht hat. Um 17:25 Uhr flog ich von Damaskus nach Doha. →



In der Nacht zum Sonntag, den 14. September, startete mein Anschlussflug um 2:20 Uhr nach Berlin, wo ich um 7:25 Uhr ankam. Aufgrund der Knieverletzung musste ich im Rollstuhl vom Servicepersonal begleitet werden – vom Flugzeug bis zum Auto. Freunde holten mich ab und brachten mich nach Hause auf die Insel Usedom, nach Heringsdorf.

Die Rückkehr war für mich schmerzhaft, aber auch voller Dankbarkeit. Trotz der Einschränkungen und trotz der Gefahren war es gelungen, die Hilfsgüter an Tausende von Menschen zu verteilen. Die Reise hatte mir erneut gezeigt, wie groß die Not in Syrien ist – und gleichzeitig, wie viel Mut, Solidarität und Hoffnung die Menschen trotz allem bewahren.

ZUSAMMENFASSUNG

Ich war sehr überrascht vom Durchhaltevermögen der Menschen in Syrien. Trotz Armut, Elend und der vielen Anschläge, die sie erlebt haben, sind sie bestrebt, diese schwierige Situation zu ertragen – und sie wünschen sich nichts sehnlicher, als nie wieder einen solch schrecklichen Bürgerkrieg erleben zu müssen. Viele Menschen haben große Hoffnung, dass Syrien einen Neuanfang schafft und sich weiterentwickelt.

Die Bevölkerung braucht weiterhin unsere Unterstützung – nicht nur im medizinischen Bereich, sondern auch bei der Versorgung mit Lebensmitteln, bis sich die Lage stabilisiert und die Blockaden aufgehoben werden. Insha'Allah.

Trotz maximaler Gehälter zwischen 30 und 100 US-Dollar spüre ich bei den Menschen den Willen, ihr Leben zu gestalten, Wissen zu erwerben und zu arbeiten, selbst unter sehr schlechten Bedingungen. Ich habe den Eindruck gewonnen, dass sie langsam beginnen, das Vergangene zu verarbeiten und etwas Ruhe zu finden.

Letztendlich möchte ich im Namen aller Familien und ihrer Kinder vor allem Dr. T. Emmanouilidis, dem Vorstand und allen Mitarbeitenden des Hammer Forums, die mich bei der Reisevorbereitung unterstützt haben, herzlich danken. Besonderer Dank gilt auch der Organisation Aktion Deutschland Hilft (ADH) für ihre Unterstützung.

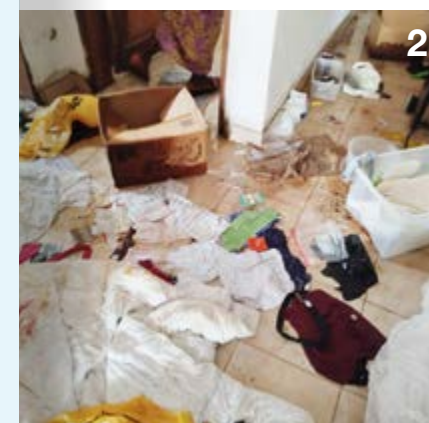
Mein Dank geht ebenso an meine Freunde vor Ort in Syrien, besonders an Feras und seine Familie, die mir in dieser Zeit zur Seite standen. ■



EINBRUCH IN UNSER GEMIETETES HAUS IN GABU/ GUINEA-BISSAU UND VANDALISMUS PUR

Guinea-Bissau
Bericht von Drs Emmanouilidis und Dr. Schlüter
(vom 13.09. bis 27.09.2025)

Am 16. Juni 2025 wurde in das von uns gemietete Haus eingebrochen. Ein Fenster wurde aus der Mauer herausgerissen. Im Haus hatten wir nach dem letzten Einsatz sehr viele haltbare Lebensmittel gelassen (Kaffee, Tee, Dosen und Gläser, Milchpulver, Kräuter, Nudel, Reis, Knäcke, Schwarzbrot, Öl, Salz, halt alles, was man zum Kochen und Essen braucht. Alles wurde mitgenommen, außerdem das gesamte Besteck und ein Teil der Gläser wurden mitgenommen. Bettlaken, Handtücher usw. wurden im gesamten Haus auf dem Boden verstreut (Fotos 1–2). Einen batteriegetriebenen Ventilator nahmen sie auch mit. Was sie sonst



mitgenommen haben, wisse wir nicht. Jedenfalls mussten wir alles an Besteck vor Ort neu kaufen. Wir nahmen wieder viel Lebensmitteln mit. Dr. Lino hatte den Vermieter informiert und die Polizei gerufen.

Wir flogen am 13.09. um 17:55 Uhr mit Air Maroc nach Guinea Bissau. Wir landeten in Bissau um 01:10 Uhr morgens. Dr. Lino hatte alles organisiert und uns abgeholt. Gegen 02:45 Uhr konnten wir los fahren. In Gabu, unser Zielort circa 190 km entfernt, kamen wir nach 4:45 Stunden an. Nach kurzer Pause gingen wir zum Hospital. Die Chirurgen begannen mit den Untersuchungen der Kinder (Foto 3), das übrige Personal bereitete die Operationssäle für den nächsten Tag vor. →

Wir flogen am 13.09. um 17:55 Uhr mit Air Maroc nach Guinea Bissau. Wir landeten in Bissau um 01:10 Uhr morgens. Dr. Lino hatte alles organisiert und uns abgeholt. Gegen 02:45 Uhr konnten wir los fahren. In Gabu, unser Zielort circa 190 km entfernt, kamen wir nach 4:45 Stunden an. Nach kurzer Pause gingen wir zum Hospital. Die Chirurgen begannen mit den Untersuchungen der Kinder (Foto 3), das übrige Personal bereitete die Operationssäle für den nächsten Tag vor. →



Hospitalsituation

Die Armut macht auch nicht Halt vor dem Hospital. Jetzt sollen eigentlich die Gynäkologie und Geburtsklinik renoviert werden. Seit Monaten geschieht aber wenig bis gar nichts. Das gesamte Gelände im Hospital sieht so aus (Fotos). In einem neu gebauten Gebäude liegen seit gut zwei Jahren chaotisch Kartons, Material und alte Geräte, die nicht repariert werden können. Dasselbe gilt für drei alten Notarzt Wagen (Fotos 4–9). Darüber sprachen wir



mit der Hospital-Direktion. Dieses Problem kann nur gelöst werden, wenn der Staat d. h. die zuständigen Ministerien ihr OK geben bzw. alles, was nicht mehr zu reparieren ist, vernichtet werden darf. Die politische Machtstruktur in Guinea Bissau ähnelt einer Pyramide.

Klinische Fälle

Wiederholt berichteten wir über die Häufung von krummen Beinen in Guinea-Bissau. Von den untersuchten und operierten Kindern waren circa 40 % mit krummen Beinen (Fotos 10–11). Über diese Häufung haben wir mit den örtlichen Behörden gesprochen und empfohlen, die Bevölkerung aufzuklären. Die Hauptnahrung, auch der Kinder, besteht hauptsächlich aus Reis, dem geschältem Reis. Bisher haben die Behörden überhaupt nicht darauf reagiert. Der 8-jährige Junge hat seit der Geburt keinen regelmäßigen Stuhlgang, er führte alle 10–14 Tagen ab. Sein Abdomen war sehr gebläht. Bei der Perkussion klang



es tympanisch. Das Röntgenbild zeigt stark geblähten Dickdarm und viel Stuhl. Das Kontrastmitten, was oral genommen wurde, blieb fast 20 Minuten lang im Magen stehen (Foto 12). Wir operierten das Kind nach Hartmann (Seiten-Ausgang im Sigma und Blindverschluss des distalen Teils. Nahmen Biopsien aus den Enden und auch aus dem Rectum. Eine typische Stenose wie bei aganglionärem Mastdarm konnten wir nicht feststellen. Wir hoffen, die Histologie wird Klarheit schaffen.

Vierzehnjähriger Jung klagte erst über Schmerzen in seinem linken Arm. Der Arm schwoll erst an und dann hat es aus vier Stellen gefistelt. Behandelt wurde er bisher von einem Mediziner ohne Erfolg. Das Röntgenbild zeigt eine katastrophale Knochenentzündung mit Sequesterbildung (abgestorbener Knochen, gelber Pfeil). Wir operierten ihn und entfernten den Sequester und legten lokal Zementkugeln mit Antibiotikum ein (Fotos 13–14).

Der 7-Tage alte Säugling wurde notfallmässig zu uns gebracht. Äusserlich war keine Missbildung zu sehen. After und Mastdarm normal, Röntgenologisch sahen wir Darm Spiegel (Ileus = Darmverschluss). Wir optierten das Kind und waren sehr überrascht: Magen und oberer Dünndarm (Jejunum) waren massiv erweitert, mit Flüssigkeit und Luft voll gefüllt, im Gegensatz dazu war das gesamte Ileum halb so dick wie ein Bleistift und absolut leer. Der gesamte Dickdarm bis zum Mastdarm war atrophisch, es war praktisch ein circa 2mm weißer Strang ohne Lumen. Mastdarm fast normal. Wir legten einen Dünndarmausgang an und nahmen einen kleinen Darmteil zur histologischen Untersuchung mit.



Der 11-jährige Junge erlitt vor einem Jahr Verbrennungen. Leider erfolgte keine adäquate Therapie, insbesondere überhaupt keine Physiotherapie. Das Ergebnis: massive Kontraktur im linken Knie, weniger in der Hüfte und im rechten Knie. Die Operation mit Hautplastik und Ruhigstellung in Gips dauerte 4,5 Stunden (Fotos 16–17).

Beim 14-jährigen Jungen wurde wegen eines kompletten Unterschenkelbruchs vor zwei Tagen versucht, mit Pappe den Bruch ruhig zu stellen. Absolut insuffiziente Behandlung (Foto 18). Wir konnten in Kurznarkose einen Oberschenkel-Gips anlegen. Bei der Röntgenkontrolle stand der Bruch gut und brauchte nicht operiert zu werden.

Anästhesie in Guinea-Bissau, von Dr. Egbert Schlüter

Das Anästhesie-Team bei diesem Einsatz bestand aus Dr. Susanne Ellermeier, Mareike Spilker, Pascal Wüst und meiner Person. Zunächst möchte ich besonders die Arbeit der Anästhesie-Pflege hervorheben. Mareike Spilker und Pascal Wüst sind kurzfristig ins Team gekommen, nachdem zwei Kolleginnen absagen mussten. Beide haben eine anästhesiologische Pflege-Ausbildung, die Anästhesie-Pflege ist allerdings nicht mehr ihr tägliches „Kerngeschäft“. Mareike arbeitet seit vielen Jahren in der Erwachsenen-Intensivmedizin, Pascal zurzeit bevorzugt im Rettungsdienst in seiner Heimat, der Schweiz. Beide Pflegekräfte arbeiteten sehr engagiert, so dass sie sich rasch die nötigen Kenntnisse für die Routine-Aufgaben in diesem neuen, ungewohnten Umfeld aneignen konnten. Hilfreich dabei waren Team-Briefings zu Beginn des Einsatzes und allmorgendlich vor der ersten Narkose. Der



Sicherheitsaspekt hatte für alle einen hohen Stellenwert. Eingefordert und durchgeführt wurden deshalb regelmäßige „double-checks“ zu Beginn des Tages und im laufenden Programm. Das Anästhesie-Team wurde unterstützt von Moritz Gittel, Medizinstudent aus Düs-

seldorf. Moritz hatte stets zwei helfende Hände, wenn es darum ging, die kleinen Patienten in den OP oder wieder heraus zu tragen und sie festzuhalten, wenn sie vom OP-Tisch zu fallen drohten. Er half beim Vorbereiten der Narkose, reichte Beatmungsmasken und -filter an, legte Gefäßzugänge und injizierte auf Ansage die gewünschten Medikamente. Zwischenzeitlich wechselte er dann auf die Seite der Operateure.

Die Zusammenarbeit im gesamten Anästhesie-Team war sehr kollegial und professionell! Das Anästhesie-Equipment an sich funktionierte weitgehend störungsfrei. Die Vitaldaten-Monitore verfügten über integrierte Akkus, so dass die Überwachung auch bei Unterbrechungen der Stromversorgung – leider ein andauerndes und noch immer nicht gelöstes Problem – lückenlos durchgeführt werden konnte.

Unter den regelmäßigen Stromausfällen litten vor allem die Atemgasmonitore, die immer neu gestartet werden mussten, was einige Minuten dauerte. In der Zwischenzeit konnten die CO₂- und Narkosegaskonzentrationen in der Atemluft – eigentlich Standard-Parameter der Patientenüberwachung – nicht angezeigt werden. Die beiden Spritzenpumpen – Fresenius-Perfusoren mit einer integrierten Medikamenten-Datenbank – wurden zu Beginn des Einsatzes mit neuen Akkus bestückt und arbeiteten problemlos.

Die Narkose wurde inhalativ – also durch Einatmen von Narkosegasen – und/oder intravenös – das heißt durch Injektion von Hypnotika und Analgetika – durchgeführt. Wann immer möglich, wurden vor OP-Beginn Regionalanästhesien zur postoperativen Schmerztherapie angelegt. Darüber hinaus wurden Schmerzmittel in Form von Tropfen, Zäpfchen oder durch intravenöse Injektion verabreicht.

Postoperativ wurden die Kinder – ausgestattet mit einem Pulsoximeter zur Überwachung der Sauerstoffsättigung am Finger – in eines der beiden „Aufwachbetten“ verlegt, die in unmittelbarer Nähe zum OP standen. Bei Bedarf konnte Sauerstoff über einen Konzentrator verabreicht werden. Die Begleitpersonen der Kinder durften am Bett platznehmen und wurden so in die Überwachung einbezogen. Nicht selten waren die Betten mit mehreren Patienten unterschiedlichen Alters „überbelegt“, so dass auch mal umgelagert werden musste, um Platz zu schaffen.

Eine Erfahrung durfte ich auch bei meinem 17. Einsatz für das Hammer Forum und dem 5. Einsatz in Guinea-Bissau machen: Kolleginnen und Kollegen unterschiedlicher Berufsgruppen, die aus verschiedenen Krankenhäusern im In und Ausland kommen und sich zuvor nicht gekannt haben, die sich am Flughafen erstmals sehen und gemeinsam in das Projekt starten, können sehr schnell zu einem gut funktionierenden Team zusammenwachsen und auch unter außergewöhnlichen Bedingungen sehr gute Arbeit leisten. Dafür möchte ich allen, die an diesem Einsatz teilgenommen haben, herzlichst danken. →



ZUSAMMENFASSUNG

Wir sind dran gewöhnt, dass häufig eine Panne auf dem Transport vor allem Rücktransport passiert. Deshalb regen wir uns nicht auf, nehmen es gelassen hin und warten, bis improvisiert wird oder das Kugellager getauscht wird. Dies passierte, als wir gerade die Hauptstadt (Bissau) erreichten (Foto 20). Nach ca. einer Stunde konnte das Auto weiter fahren.

In diesem farbbunten Markt kauften wir Gemüse, Obst – halt alles was man zum Kochen braucht (Foto 21). In 11 Tagen konnten wir 156 Kinder untersuchen und davon 54 operieren. Etwa ein Drittel der Operationen war langwierig. Darunter waren vier Analmissbildungen, acht Osteotomien mit und ohne Metallentfernung, zwei Hypospadien, drei Laparotomien und andere.

Herrn Dr. Lino möchten wir herzlichen Dank, sagen. Er hat alles organisiert, vorbereitet, war immer ansprechbar und assistierte bei allen grossen Operationen. Zum Erfolg des Einsatzes hat er viel beigetragen.

Danke sagen möchten wir dem gesamte Team, alle haben überall, wo es nötig war, geholfen, um den Ablauf in Gang zu halten. Beide Op-Schwester haben ihre Arbeit bestens gemeistert.

Danken möchten wir auch dem einheimischen Elektriker, der den Generator wieder in Gang gebracht hat. Er hat diesen Schalter und jene Kabel so angeschlossen, dass wir Strom im Operationsraum hatten. Denn mit Photovoltaik

Das Team von rechts: Herr Moritz Gitter, (Student), Herr P. Wüst (Anäst.-Helfer), Herr Dr. Lino, Frau E. Siemens (OP-Schwester), Frau J. Güttler (OP-Schwester), Frau M. Spilker (Anästhesieschwester), Frau Dr. S. Ellermeier (Anästhesistin), Herr Dr. M. Zeino, (Kinderurologe), Herr Dr. E. Schlüter (Anästhesist), Herr Dr. Th. Emmanouilidis (Chirurg).

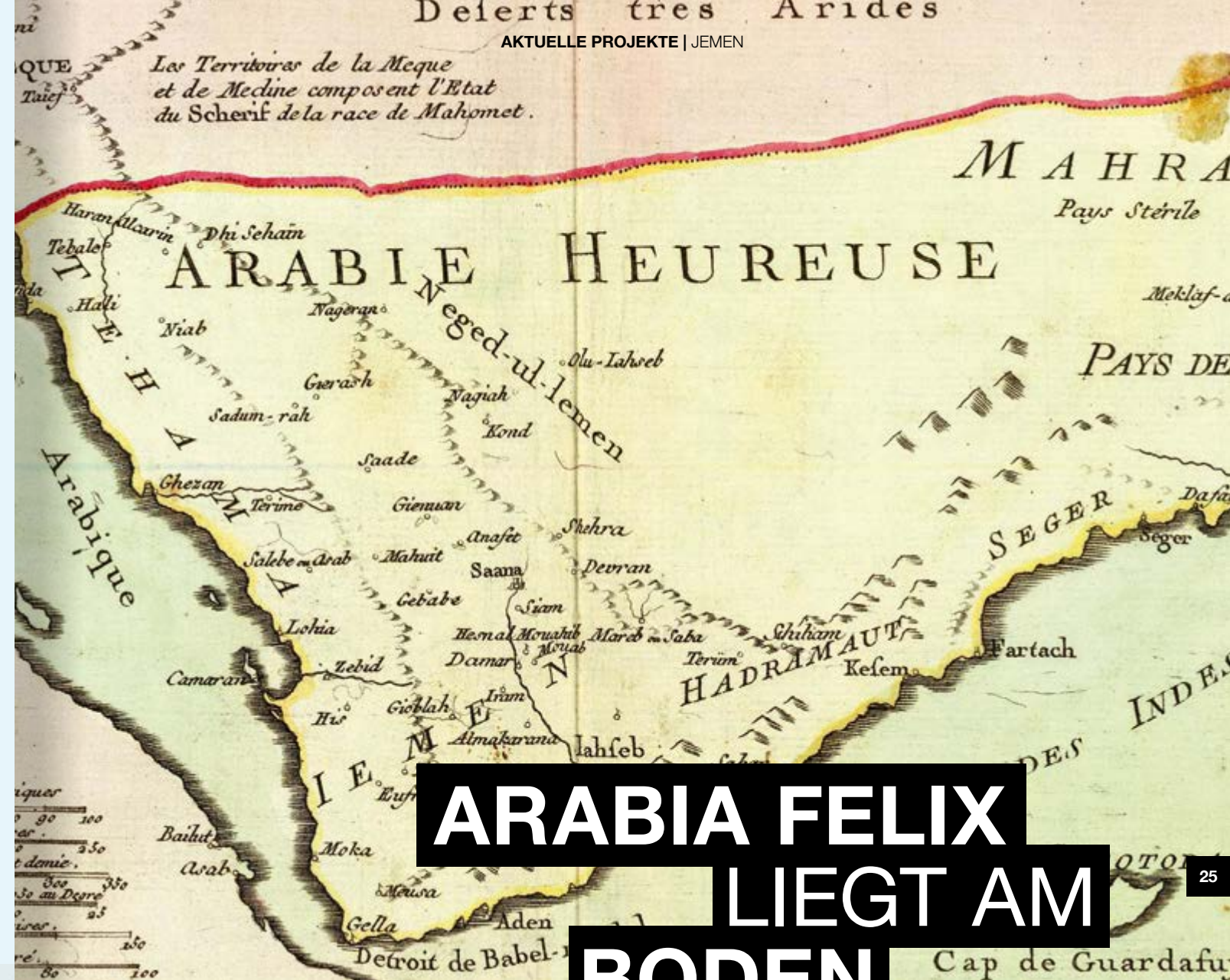
allein konnten weder die Klimageräte noch vor allem das Sterilisationsgerät funktionieren.

Danken wir auch unserer Reinigungsfrau Nene, die täglich alles aufräumte und den OP-Trakt reinigte.

Zum Schluss möchten wir auch dem Hospital Direktor Dr Antonia für seine Kooperation danke sagen. Wir möchten nicht unerwähnt lassen, dass wir Herrn Chefarzt Dr Minin und der Mannschaft Klinikum Herford zu danken haben, die unsere mitgebrachten Präparate zur histopathologischen Untersuchung für das Hammer Forum kostenlos untersuchen.

Danke auch Herrn Nikos Kolovos, der uns wieder zum Flughafen hin brachte und abholte. Danken wir auch dem Studenten Herrn Moritz für seine stete Aufmerksamkeit, er war überall zu gebrauchen, er war uns eine grosse Hilfe. Schwester Mareike hat für unser Wohlergehen gesorgt, danken wir dafür. ■

21



ARABIA FELIX LIEGT AM BODEN

Jemen

Drs. Th. Emmanouilidis und I. Moussa
(vom 11.10. bis 24.10.2025)

Die alten Griechen nannten Jemen Εὐδαίμων Ἀραβία, glückliches Arabien, von Eratosthenes, und die Römer „Arabia Felix“. Arabia Felix Das Schicksal des Jemen liegt in den Händen von fremden Mächten. Es gibt keine Arabia Felix. Heute ist Jemen wieder geteilt und ist bitter arm, obwohl genug Öl und Gas vorhanden sind – oder gerade deshalb? Jemen ist in Nord- und Südjemen geteilt. Im Nordjemen herrschen die Huthis und im Südjemen konkurrieren AlQaida, IS und viele inländische und ausländische Akteure. Sechs Teammitglieder flogen von Frankfurt aus und eine Teilnehmerin aus Wien via Doha/Qatar nach Salalah/Oman. Wir hatten alles an medizinischem Verbrauchsmaterial, medizinischen Geräten und Medikamenten vorab in Oman angemeldet.

Der Zoll am Flughafen dort war informiert, und wir konnten schnell den Flughafen verlassen. Wir wurden von den Herren Said aus Oman und Herrn Abdallah aus dem Jemen abgeholt. Wir übernachteten im Hotel, und am nächsten Tag kurz vor 08:00 Uhr fuhren wir in Begleitung von Herrn Abdallah mit zwei Autos zu unserem Zielort in AlGhaydah/Jemen. Für die 275 km in überwiegend bergiger sehr schöner Landschaft und kurvenreicher Strecke benötigten wir 5,5 Stunden. Nach dem Mittagessen im Hotel sind wir zum Hospital gefahren. Der Empfang im Hospital war auch diesmal sehr herzlich. Herr Dr. Hani mit seiner Mannschaft hatte alles perfekt organisiert. Die Chirurgen untersuchten gemeinsam mit dem einheimischen Personal die Kinder. Der Rest der Mannschaft bereitete die OP-Säle für den nächsten Tag vor. →



Klinische Fälle

Diesen Säugling, knapp ein Jahr alt mit der Missbildung der Hand bzw. des Unterarmes, brachten die Eltern zu uns (Fotos 2–3). Wir diskutierten darüber, wie wir helfen könnten. Ich sandte die Bilder per WhatsApp an meinen Sohn, den Orthopäden, um seine Meinung einzuholen. Wir gaben den Eltern einen Wiedervorstellungstermin. Leider kamen die Eltern nicht mehr. Ich vereinbarte mit Dr. Hani, dass er versuchen sollte, die Eltern zu erreichen und sie für unseren nächsten Einsatz im Februar 2026 einzubestellen. Dieser Junge erlitt vor zwei Jahren eine Verbrennung. Nach 2,5 stündiger Operation mit Hauttransplantation aus dem Oberarm konnten wir die Finger III und IV wieder in Streckstellung bringen. Nach

sieben Tagen war die transplantierte Haut (Fotos 4–6) angewachsen. Die Drähte konnten wir entfernen, gutes Ergebnis. Nach vier bis fünf Tagen durfte der Junge die Finger frei bewegen.

Der jetzt 16-jährige Nageeb bekam drei Tage nach der Geburt einen Darmseitenausgang (Kolostomie) im rechten Oberbauch. Letztes Jahr kam er wegen eines

Darmprolapses zum Hospital. Da bei der rektalen Untersuchung keine Auffälligkeiten nachgewiesen wurden, hat man den künstlichen Darmausgang verschlossen. Vierzehn Tage später trat Stuhl aus dem verschlossenen Darm aus. So entschlossen man sich eine Ileostoma (Dünndarmanusgang) anzulegen. Im Mai 2025 führten wir wegen Verdacht auf Hirschsprung (aganglionärer Darmteil im Mastdarm) eine Biopsie durch. Die histologische



Untersuchung bestätigte unseren Verdacht. Der Junge wurde einbestellt. Da bis dahin keine Kolonkontrastuntersuchung durchgeführt worden war, haben wir eine durchgeführt. Wir hatten Gastrografin mitgebracht. Das Ergebnis überraschte uns, weil fast der gesamte Dickdarm bis Mitte des Querkolons sehr eng war. An manchen Stellen war das Lumen fadendünn, und hatte auch sonst weniger als 1 cm Durchmesser (Foto 7). Intraoperativ bestätigte sich der Röntgenbefund. So entschieden wir, dass wir das Ileostoma verschliessen müssen und mit dem Rest-Dickdarm einen permanenten Darmausgang an den linken Unterbauch anlegen. Nageeb durfte schon nach zwei Tagen essen. Nach vier Tagen wurde er entlassen. Zum Verbandwechsel wurde er einbestellt. Am 25.10. wurde der Verband gewechselt. →



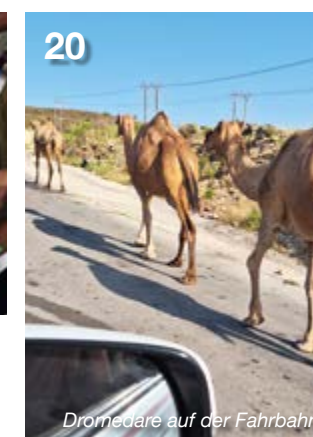
Kind mit ausgedehnter angeborener doppelseitige Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalte präoperativ: vorne und von der Seite



Postoperativ



Picknick am Meer



Dromedare auf der Fahrbahn



Empfang beim Gouverneur



Offizielle Verabschiedung



Zertifikat für das Hammer Forum



16



ZUSAMMENFASSUNG

Obwohl wir in 9,5 Tagen über 238 Kinder untersucht haben, hatten wir an den letzten zwei Tagen wenig zu operieren, deshalb haben wir beschlossen, den nächsten Einsatz im Februar um zwei Tage zu verkürzen. Wir operierten in der Zeit 54 Kinder. Alle operierten Kinder konnten entlassen werden. Das Team meint, dass wir tolle Arbeit geleistet haben, das bestätigten uns auch die Einheimischen am letzten Tag.

Wir möchten die Gastfreundschaft der Jemeniten betonen. Wir wurden exzellent versorgt. Herr Ghassan hat wieder Zeit gefunden, uns am Freitag zu einem Picknick einzuladen (Foto 15). Ausserdem sorgte er mit drei Frauen zusammen für den Ambulanz-Ablauf. Er holte und brachte uns zum Hotel zurück. Ihm gebührt ein grosser Dank. Auch diesmal organisierte und koordinierte Herr Dr. Hani mit seiner Mannschaft den gesamten Ablauf. Er war immer präsent, hatte ein offenes Ohr für alle, Personal und Patienten und hatte immer Zeit, mir zu assistieren. Ein Lob und Anerkennung für sein Engagement.

Im Auftrag des Stellvertretenden Gouverneurs wurden wir immer von der Security begleitet. Sie waren immer dabei, auch beim Picknick, aber dort in zivil. Im Hotel übernachteten sie vor unseren Türen im Flur. Wir versuchten, sie mit Essen und Getränken zu versorgen. Danken wir auch der Polizei.

Am vorletzten Tag empfing uns der Gouverneur in seinem Palast und bedankte sich. Das Fernsehen war dabei. Anschliessend wurde dieser Empfang in ganz Jemen von 7 Kanälen ausgestrahlt (Foto 11).

Das Team von rechts: Herr M. Blalate (Anästh.-Helfer), Herr Dr. M. Lehmann (Anästhesist), Frau Dr. K. Rüsse (Anästhesistin), Frau Anne Fischar (OP-Schwester), Herr Dr. Th. Emmanouilidis (Chirurg), Frau K. Stemmer (OP-Schwester), Herr Dr. I. Moussa (MGK-Chirurg).

Am letzten Tag wurden wir offiziell und feierlich von dem Stellvertretenden Gouverneur, Direktor des Gesundheitsamtes und Manager des Hospitals, verabschiedet. Wir erhielten ein Zertifikat als Dank für unsere Arbeit (Fotos 12–14).

Ein Gebäude wird renoviert. Dort entstehen unter anderem auch zwei neue OP-Säle. Mit Herrn Dr. Hani habe ich sie zwei Mal besucht. Beide OP-Säle sind absolut dunkel, keine Fenster, ganz hinten gelegen. Nur ein längerer Zugang für beide Säle, für Personal und für den Transport (Ein- und Ausbringen) der Patienten zu den OP-Sälen. Der Aufwachraum ist ziemlich weit weg, man muss durch zwei Flure gehen, um ihn auf der anderen Seite zu erreichen. Bei der Planung wurden keine Mediziner einbezogen. Das haben wir dem Gouverneur gesagt. Vielleicht wird noch etwas geändert (Foto 16). Pfeil (Foto 14) zeigt den langen schmalen Zugang.

Wir konnten Müttern und Kindern eine Freude machen mit handgestrickten Wollsocken, die die Krebsselfhilfegruppe Bünde unter Leitung von Frau Inge Nolte angefertigt und gespendet hat (Fotos 18–19).

Auf den Strassen laufen auch nachts Kamele (Foto 20) und Kühe, deshalb sollte man nachts nicht auf dieser Strasse fahren. ■



EINSATZ IN NABLUS IN DER WESTBANK

Nablus / Palästina
Bericht von Dr. Dr. Walid Ayad
(vom 09.01. bis 17.01.2026)

Nach reiflicher Überlegung, einer positiven Einschätzung der Lage sowie ständiger Kontakt zu unserer Partner Organisation Palestine Relief Children Fund (PCRF) haben wir beschlossen, die Reise anzutreten um diesen Einsatz in Nablus durchzuführen. Im Gegensatz zum letzten Jahr konnte das Team mit der Lufthansa einen direkten Flug von Frankfurt nach Tel Aviv nehmen. Alle Teilnehmer haben sich bei den israelischen Behörden registriert und die Einreisegenehmigung ETA-IL online erhalten. Vorsorglich hatten wir uns bereits auf der Krisenvorsorgeliste des Auswärtigen Amtes (ELEFAND) eingetragen.

So konnte das achtköpfige Team (siehe Bild am Frankfurter Flughafen) bestehend aus Herrn Dr. Malik Abdelrazeq, Herrn Dr. Dr. Walid Ayad, Dr. Nasim Ayad, Frau Rebekka Gallaun, Herrn Joachim Jehle, Frau Dr. Beate Jonas, Dr. Herrn Tim Gernert und Herrn Dr. Frank Worthmann am 09. Januar 2026 die Reise antreten. Nach der Ankunft in Tel Aviv konnten zunächst drei Personen des Teams die Passkontrolle passieren, fünf Personen wurden erst zurückgehalten.

Nach einer kurzen Vernehmung wurden weitere vier Personen des Teams eingelassen. Am Ende blieb Herr Dr. Malik Abdelrazeq alleine bei den israelischen Grenz-

beamten fest. Der Rest des Teams wartete draussen in einem Flughafen-Cafe. Da sein Handy nicht mehr erreichbar war, erfuhren wir nach ca. zwei Stunden von der Mitarbeiterin der PCRF, dass unser Kollege nicht in Israel einreisen darf. Das ganze Team hatte sich natürlich grosse Sorgen gemacht. Dashed wurde die deutsche Botschaft in Tel Aviv konsultiert. Nach einer weiteren Stunde wurden wir vom Mitarbeiter der Deutschen Botschaft kontaktiert. Dieser teilte uns mit, dass unserem Kollegen gut geht und nicht einreisen darf. Er muss am nächsten Morgen mit der Lufthansa nach Frankfurt zurückkehren. Grund für diese Entscheidung hat man auch dem Botschaftsmitarbeiter nicht gennat. Mit diesem Schock sind wir mit unseren bereits bestellten Minibus nach Nablus weitergefahren.

Anschliessend wurden wir von der Mitarbeiterin der PCRF Frau Hana Abdeen zum Essen eingeladen. Dabei hatten wir unseren Plan unter Berücksichtigung, dass wir zwei Narkose-Teams haben, besprochen. Unser zweites Narkose-Team hat teilweise den einheimischen Operateure geholfen. An manchen Tagen hatten wir zeitweise einen zweiten OP-Saal bekommen. Dort wurden von Dr. Nasim Ayad und den einheimischen Kollegen kleine bis mittelschwere Eingriffe vorgenommen. Manchmal hatten beide Teams im selben OP-Saal gearbeitet somit →

hatten wir ultrakurze Überleitungszeiten und konnte diese große Zahl an Operationen durchführen können.

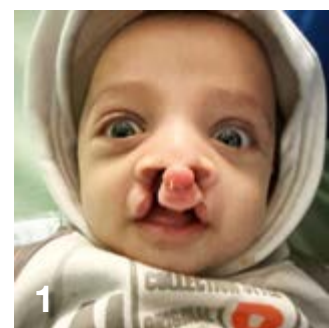
Da wir einige Koffer mit medizinischen Instrumenten und Materialien dabei hatten, sind wir trotz der kurzen Strecke zwischen unserem gewohnten Hotel und dem Krankenhaus (10 Fußminuten) am ersten Tag mit dem Auto gefahren. Danach sind wir täglich gelaufen. Bei dem Rafidia-Krankenhaus handelt es sich um ein rein chirurgisches Krankenhaus. An ersten Arbeitstag konnten wir die Kinder untersuchen. Anschließend konnten sie von unseren Anästhesisten untersucht. Der Op-Plan wurde für die ganze Woche erstellt. Einige Patienten wurden auf die Warteliste gesetzt.

Nach Ende der Screenings (insgesamt 53 Patienten) sind wir mit den einheimischen Kollegen in den OP-Trakt gegangen, damit unsere Anästhesie-Teams eine Orientierungsrunde erhalten und die Geräte sowie Medikamentenlager vorgezeigt bekommen. Ab Sonntag 11.01.2026 wurde täglich ab 8 Uhr bis in die späten Abendstunden operiert. Am ersten OP-Tag kurz vor acht Uhr waren wir zur Begrüßung beim Krankenhausdirektor Dr. Fuad Nafaa.

Die Dankbarkeit und vor allem der Respekt des Direktors waren speziell unter diesen politischen und militärischen Umständen in der Stadt Nablus deutlich zu spüren. Hinzu kommt es, dass die Krankenhausangestellten seit Monaten ihre Gehälter nur teilweise oder gar nicht bekommen.

Klinische Fälle

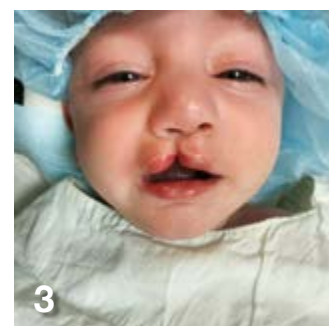
Mit sechs Monaten wurde bei den beiden nächsten Kindern die Lippe verschlossen (Fotos 1–4).



Ausgeprägte doppelseitige, durchgehende LKG-Spalte mit extrem vorstehender Prämaxilla



Jetzt: Z. n. Lippenplastik mit Vomerrestektion



Isolierte Lippenpalte



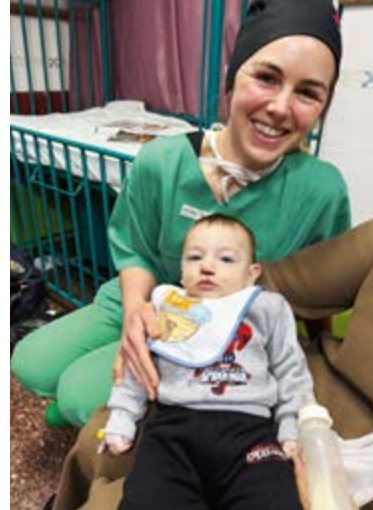
Z. n. Lippenverschluss (n. Tenisson-Randall)

In der Zeit vom 11.01. – 15.01.25 wurden von uns insgesamt 26 Kinder mit kiefer- und plastischchirurgischen Krankheitsbildern operativ versorgt. Die meisten kieferchirurgischen Operationen waren kompliziert und/oder als Rezidive einzustufen und erforderten somit längere OP-Zeiten. An manchen Tagen haben wir bis circa 21:00 Uhr operiert.

Parallel zur Aus- und Einleitung der Patienten durch die Anästhesie wurden immer wieder von uns weitere Kinder untersucht. Dadurch erhöhte sich die Zahl der untersuchten Kinder von 53 auf 81 Patienten.

Bei diesem Fall haben uns die einheimischen Kollegen um chirurgische Unterstützung gebeten. Der Patient stellt sich vor mit einer Verknöcherung des Unterkiefers mit den Flügelfortsätzen des Oberkiefers. Daraus resultiert eine ausgeprägte Kiefersperre. Nach der bronchoskopischen Intubation erfolgt die deutlich erschwerte Resektion der Ankylose. Der Patient kann nun seinen Mund wieder öffnen. Weitere Trainingsmaßnahmen sowie Physiotherapie müssen natürlich folgen.

Mit den einheimischen Kolleginnen und Kollegen wurden täglich morgens und abends Visiten abgehalten und gemeinsam operiert, um ihnen neue Standards, Ideen und OP-Techniken im Sinne einer Fortbildung zu vermitteln. Insgesamt lief die Zusammenarbeit mit den Kollegen deutlich besser als in den Vorjahren.



ZUSAMMENFASSUNG

Auch am letzten Arbeitstag haben wir bei allen unseren Patienten eine Visite durchgeführt und das weitere Vorgehen gemeinsam mit den einheimischen Teams abgestimmt. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten, Krankenschwestern und Pflegekräften vor Ort verlief durchweg sehr gut. Dass dieser Einsatz nach einem Jahr Planung in Nablus stattfinden konnte, verdanken wir Frau Hana Abdeen und ihrem Team. Sie ist die verantwortliche Sozialarbeiterin der PCRf für Nablus und Umgebung und hat sich in jeder Hinsicht hervorragend um uns gekümmert. Ihr gilt unser besonderer Dank.

Ein besonderer Dank gilt auch dem Rafidia Hospital unter der Leitung von Direktor Dr. Fuad Nafaa. Auch hier zeigten sich alle Mitarbeiter sehr kooperativ. Die Ehrung des gesamten Hammer Forum Teams durch den Generaldirektor fand am letzten Arbeitstag, Donnerstag, den 15.01.26, zu Arbeitsbeginn um 08:00 Uhr statt. Er bedankte sich bei uns für unser Kommen in dieser sehr schwierigen Zeit, für die geleistete Arbeit und insbesondere für die Kontinuität unserer Einsätze. Das gesamte Team des Rafidia Hospitals – Ärzte, Anästhesietechniker, OP-Pflegekräfte sowie die Mitarbeitenden der Stationen – hat uns äußerst freundlich und herzlich aufgenommen. Besonders hervorzuheben ist hierbei die Anästhesie-Abteilung.

Alle Teilnehmer unseres Einsatzes zeigten ein hohes Maß an Teamfähigkeit und Disziplin. Jeder konnte sich

auf den anderen verlassen, und das gesamte Team arbeitete sehr harmonisch zusammen. Alle Teammitglieder hatten sich an die Sicherheitsmaßnahmen gehalten. Die Altstadt von Nablus wurde während unseres Aufenthaltes durch die israelische Armee gestürmt, so dass einzelne Mitarbeiter des Krankenhauses an manchen Tagen nicht zur Arbeit erscheinen konnten. Das Viertel Rafidia, wo unser Krankenhaus sich befindet, war im Gegensatz dazu während der gesamten Zeit ruhig.

Abschließend möchte ich mich herzlich bei allen Teammitgliedern bedanken, die trotz der angespannten Situation, insbesondere in Nablus und Umgebung, sowie der schwierigen politischen und militärischen Lage die Reise angetreten sind und hervorragende Arbeit geleistet haben. Es war eine unsichere, aber dennoch sehr schöne Zeit der Zusammenarbeit, in der wir gemeinsam viel erreichen konnten.

Ein ganz besonderer Dank gilt unserer Kollegin Frau Dr. Beate Jonas, die am 15.01.2026 bei unserem letzten Patienten in Nablus ihre letzte Narkose durchgeführt hat. Frau Kollegin Jonas hat das Nablus-Team dreimal begleitet und sich dabei mit außergewöhnlichem Engagement, großer Fachkompetenz und menschlicher Wärme verdient gemacht. Für ihren unermüdlichen Einsatz und ihre wertvolle Unterstützung sind wir ihr zutiefst dankbar. ■



DIESER EINSATZ IN SOMALILAND – ERSTMALS MIT UNGEWÖHNLICHEN HINDERNISSEN

📍 **Somaliland**
Bericht von Dr. Theo Emmanouilidis
(vom 04.02. bis 15.02.2026)

Der geplante Dezembereinsatz in Somaliland endete am Schalter der Äthiopien-Airlines in Frankfurt. Als wir – das Einsatzteam – in Frankfurt nach und nach ankamen und vollzählig waren, wollten wir einchecken. Ein Schalter akzeptierte das Somaliland Visum, in einem anderen Schalter akzeptierte man das Visum nicht und verlangte ein Somalia Visum.

Wir (ich, Dr. Emmanouilidis, sagte), wir reisen nach Somaliland und nicht nach Mogadischu. Der junge Mann am Schalter sagte, wenn Sie kein Somalia Visum haben, können wir Sie nicht einchecken. Wir waren überrascht und glaubten, dass sich der junge Mann vertan hat und wiederholten, wir fliegen nach Somaliland und nicht nach Somalia. Da wurde er laut und sagte, ohne Somali Visum geht es nicht. Dann wurde der Manager eingeschaltet. Er telefonierte mehrmals auch mit Addis, und dann sagte er uns später, seit September 2025 dürften die Airlines niemanden einchecken, die/der nur Somaliland Visum hat. Wir sollten versuchen, online ein Visum zu bekommen. Unsere Versuche scheiterten, weil wir keine ID-Nummer haben. Das Hammer Forum muss sich in Mogadischu registrieren lassen, um eine ID-Nummer zu bekommen. Ohne diese Nummer können wir kein Visum beantragen. Nach drei Stunden Verhandeln mussten wir enttäuscht aufgeben und zurück nach Hause fahren. So begann die Odyssee. Für den Einsatz im Februar (4.2. bis 15.2.26) haben wir Kontakt mit der Somalischen Botschaft in Berlin aufgenommen. Die Botschaft sandte uns per Mail eine Agentur-Adresse, sie sei zuständig für Visa. Auch

die Agentur konnte kein Visum ausstellen, weil auch sie die ID-Nummer benötigte. Dr Khadra, die Direktorin des Kinderhospitals in Hargeisa/Somaliland, rief uns an und sagte wir sollten bis nach Jijiga in Äthiopien fliegen. Von dort würde sie uns abholen lassen. Dafür bräuchten wir zwei Visa, ein Äthiopisches und eines von Somaliland. Auch die Äthiopische Botschaft stellt keine Visa aus, sondern eine Agentur macht es. Wir haben dann letztlich nach vielen Versuchen über die Agentur das Äthiopische Visum erhalten. Im Übrigen – die Agentur sitzt in England, bezahlt für die Visa (145€/Visum) haben wir in Litauen. Das Somaliland Visum und die Einladung sendete uns Dr. Khadra.

Wir mussten nur bis Addis einchecken, dann wieder einchecken, weil der folgende Flug ein Inlandflug war. Wir mussten unser Gepäck abholen, der Zoll sollte dies kontrollieren und dann nebenan zum kleineren Flughafen gehen und dort einchecken. Das kostete viel Zeit, sodass wir den Anschlussflug verpassten. So setzte sich die Odyssee fort. Sieben von uns konnten mit dem nächsten Flug nach Jijiga fliegen. Die anderen mussten warten und konnten den Flug um 11:00 Uhr nehmen. Der Flughafen in Jijiga befindet sich ziemlich weit weg von der Stadt, ist sehr klein und hat kein Internet. Wir konnten keinen Kontakt mit Dr. Khadra aufnehmen. Ein sehr netter und freundlicher einheimischer Flughafen-Mitarbeiter hat sofort sein Telefon gezückt und nach der Telefonnummer von Dr. Khadra gefragt. Er rief sie an. So konnten wir mit ihr alles besprechen. Sie schickte die Autos, uns vom Flughafen abzuholen. Wir fuhren mit den zwei Autos Richtung Somaliland. Nach circa 30 km gab es eine Kontrolle. Alle Passagiere mussten aussteigen, um sich einer Leibesvisite zu unterziehen, und das gesamte Gepäck musste auch kontrolliert werden.



Zwei junge Männer – circa 20–24 Jahre alt – standen auf der anderen Seite des Tisches. Dort sollten wir unser Handgepäck und nach und nach unsere Gepäckstücke öffnen, damit sie den Inhalt kontrollieren. Der gesamte Inhalt wurde auf dem Tisch respektlos verteilt, jedes Stück, sogar die Bonbons, wurde inspiziert und gefragt, „was ist das“, Antwort Bonbon und nahm ich eins und steckte es in den Mund. Danach mussten wir alles einsammeln und in die Koffer packen.

Nach dieser Prozedur konnten wir weiter fahren. Wir kamen an die Grenzstadt Wajaala. Mitten in der Stadt verläuft die Grenze der zwei Staaten. Nach Überqueren der Grenze mussten wir auf der anderen Seite der Stadt, nämlich im Somaliland, zur Polizei gehen. Dort bekamen wir in den Pässen einen Stempel und durften in die neuen Autos von Somaliland einsteigen. Für die restlichen circa 90 km. haben wir gut 3,5 Stunden gebraucht, weil fast alle 5–10 km Pass-Kontrollen waren. So kamen wir im Hotel in Hargeisa erst gegen 19:15 Uhr an.

Ich habe über 200 Einsätze in verschiedenen Ländern absolviert, aber diese Hinreise toppt an Schwierigkeiten alle. Wir drei Chirurgen sind sofort in das Hospital gegangen, um dort die noch auf uns wartenden Kinder zu untersuchen. Alle 29 Kinder haben wir untersucht.

Am nächsten Tag ab 08:00 Uhr haben wir Chirurgen mit Screenings angefangen. Das restliche Personal bereitete die OP-Tische, Narkosegeräte, Monitore usw. vor. Nach 11:30 Uhr konnten wir fünf Kinder operieren und dann weiter Kinder bis 19:00 Uhr untersuchen.

Klinische Fälle

18 Monate altes Kind mit angeborener Fehlbildung der Finger, alle Finger waren mit Haut verbunden sog. Syndaktylie (Verbindung mit Weichgewebe und Haut, sog. Schwimmhäute). In einer Sitzung von circa vier Stunden konnten wir alle Finger trennen und die Defekte teilweise mit Haut decken (Fotos 2–4).

Das 3-jährige Nomadenkind brachte seine Mutter zu uns. Angeblich entstand spontan nach und nach diese symmetrische Nekrose an den Vorfüßen (Fotos 5–6) ohne sichtbare Verletzung. Das Kind kann laufen ohne Schmerzen. Wir haben die demarktierten Nekrosen nicht



abgetragen, sie waren trocken, keine Eiterbildung. Diese werden noch mehr mumifiziert und fallen ab. Erst danach könnte der Stumpf mit Vollhaut gedeckt werden.

Das 2-jährige Kind mit chronischer Osteomyelitis und Sequesterbildung (*Knochenzündung und abgestorbener Knochen, gelber Pfeil, Fotos 7–8*) wurde zu uns gebracht. Vorher wurde das Kind bei einem Medizinmann, später bei Ärzten mit Antibiotika behandelt. Aus zwei Stellen im Oberarm hat es gefistelt. Wir konnten den Sequester entfernen. Im Knochenmark haben wir einen Antibiotikumschwamm platziert.

Vor zwei Jahren erlitt das 12-jährige Mädchen Verbrennungen (Fotos 9–10). Im Hospital und später zuhause erfolgte keine Physiotherapie. Die Kontraktur des Schultergelenkes haben wir gelöst und mit Vollhaut aus dem Unterbauch gedeckt. Das Hauttransplantat ist nach zwei Wochen erfolgreich angewachsen.

Das Neugeborene erbrach seit zwei Monaten jedesmal nach dem Trinken. Der Medizinmann führte deshalb viele Skarifizierungen auf der Brust und Bauch (weisse Narben) durch. Das half nicht. Wir operierten das Baby und erweiterten den Magenausgang durch eine Pyloromyotomie (*Muskeldurchtrennung ohne die Schleimhaut zu verletzen, Foto 13*). →





Das Team: von rechts: Dr K. Rüsse (Anästhesistin), Dr. W. Bayen (Anästhesistin), Herr D. Leiss, Anästhesie-Helfer), Dr. Mazen Zeino (Kinderurologe), Dr. I. Moussa (MKG-Chirurg), Herr Th. Schäfer (Anästhesie-Helfer), Dr. T. Emmanouilidis (Chirurg), Frau A. Fischer (OP-Schwester), Dr. Nasim Ayad (AA-MKG), Frau J. Schierling (OP-Schwester), Frau K. Jung (Physiotherapeutin)

ZUSAMMENFASSUNG

In acht Tagen konnten wir 181 Kinder untersuchen und 89 von ihnen konnten wir operieren. Darunter waren sechs Kinder mit ausgeprägter Harnröhren-Missbildung. Dabei mündet die Harnröhre im Bereich des Hodensacks oder entlang des Penis. Und ein Kind mit riesigem kongenitalen Harnröhrendivertikel war dabei. Bei Kindern, deren Vorhaut entfernt wurde, muss öfters mit Mundschleimhaut die Harnröhre rekonstruiert werden, sehr zeitaufwendige Operation. Alle diese Operationen führte Herr Dr. M. Zaino (Kinderurologe) durch. 13 Kinder mit Lippen- und oder Gaumenspalten – ebenso zeitaufwendige Operationen, operierte Herr Dr. I. Moussa (MKG-Chirurg). Wir führten weitere zeitaufwendige Ops an vier Kindern mit Analfehlbildungen, eine Recolostomie und drei Kontrakturen nach Verbrennungen durch. Mit von der Partie war zum ersten Mal eine Physiotherapeutin. Sie behandelte nicht nur die stationären Verbrennungsoffer, sondern auch ambulante Patienten, die zum Verbandswechsel in die Klinik kamen. Es gibt leider im Hospital keine Physiotherapie, deshalb treten so viele

Kontrakturen (Verkürzung von Muskeln, Sehnen, Bändern mit schmerzhaften Bewegungseinschränkungen) wie auf. Darüber haben wir des öfteren mit der Direktion des Hospital diskutiert. Wir konnten in acht Tagen diese hohe Zahl der zeitaufwendigen Operationen nur deshalb bewältigen, weil das Team inklusive des einheimischen Personals hervorragend zusammen gearbeitet hat. Jede unterstützte jeden, wenn es notwendig war. Die Team-Harmonie war auch beim Frühstück und beim Abendessen zu spüren und zu genießen. Wir alle machten sehr gerne morgens und am Abend Visiten. Wir bekamen bei den Visiten von den Eltern immer ein Lächeln und manchmal auch die Hand als Zeichen ihrer Dankbarkeit. Das motivierte uns, und so vergassen wir die Müdigkeit. Wir sagen den einheimischen Kollegen für tolle Zusammenarbeit herzlichen Dank. Der Direktorin Dr. Khadra gebührt ein besonderer Dank, für ihren unermüdlichen Einsatz, der unseren Einsatz überhaupt ermöglicht hat. Es war ihre Idee, via Jijiga nach Somaliland zu kommen. Sie hat dafür alles vor Ort und für den Transport von Jijiga bis Hargeisa organisiert. Am letzten Tag hat sie das Team mit einer festlichen Zeremonie good bye gesagt. Wir haben uns in ihrem Land sehr wohl gefühlt. Die Rückreise im Vergleich zu der Hinreise war ohne Vorkommnisse und völlig normal. ■



WOHNUNGEN FÜR GEFLÜCHTETE FAMILIEN AUF DER INSEL LESBOS

Lesbos

Bericht von Alice Kleinschmidt

Wir haben derzeit 11 Wohnungen angemietet

Acht stehen für Familien und alleinerziehende Mütter oder Väter zur Verfügung (finanziert durch den Freundeskreis für Kinder in Not e.V. und das Hammer Forum e.V.). Eine Wohnung ist eine „Emergency“ Wohnung (finanziert durch Stiftung DO), für kurzfristige Unterbringung, bei Obdachlosigkeit, oder Beerdigungen (Familienangehörige reisen oft zur Beerdigung nach Lesbos, leider gibt es fast jeden Monat eine Beerdigung für Geflüchtete, die hier sterben).

Eine Wohnung ist eine Wohngemeinschaft für besonders schutzbedürftige Frauen (mit oder ohne Kinder) mit fünf Plätzen für Frauen und max. zehn Plätzen für Kinder (größtenteils finanziert durch just human e.V. und Doro Blanke Foundation). Und eine Wohnung ist ein „queer shelter“ für LGBTIQ+ Geflüchtete, ebenfalls eine Wohngemeinschaft (finanziert von Mission Lifeline e.V.).

Insgesamt haben wir aktuell 49 Personen in unseren Wohnungen untergebracht. 15 Frauen, neun Männer und

Mutter mit Kind, aus dem Sudan, die wir beherbergen mit ihrem Mann und drei weiteren Kindern. Der Vater war 2,5 Jahre vermisst und wurde erst kürzlich dann auf einer anderen griechischen Insel gefunden und konnte so mit den Kindern und der Mutter endlich wieder zusammentreffen.



25 Kinder. Unsere Warteliste ist immer voll. Wir priorisieren bei der Auswahl immer kleine Kinder und gesundheitliche Beeinträchtigungen, wer schon am →



längsten im Camp „aushalten“ muss, und natürlich Obdachlosigkeit. Die Bewohner*innen bleiben zwischen einem Monat und einem Jahr bei uns. In seltenen Fällen auch mal länger als ein Jahr.

Wir beherbergen derzeit 25 Kinder in Wohnungen – mit ihren Eltern, oder nur einem Elternteil. Sechs Kinder davon sind unter einem Jahr alt, davon drei neugeborene Babys. 13 der Kinder leben in einem Single-Haushalt, mit alleinstehenden Müttern. Das Alter der Kinder ist zwischen zwei Wochen und 13 Jahren alt. Alle Kinder (13 an der Zahl) im schulpflichtigen Alter (ab 4–16 Jahre) besuchen öffentliche Schulen in Mytilini. Klassenstufen: Vorschule bis 8. Klasse Gymnasium.

Zwei Kinder gehen in den staatlichen Kindergarten und die anderen zehn werden zu Hause betreut. Herkunftsländer der Familien sind: Afghanistan: eine alleinerziehende Mutter und ihre Kinder; Sudan: 2 Familien; Süd-Sudan (1 Familie); Sierra Leone: 2 alleinerziehende Mütter und ihre Kinder; Äthiopien: 1 alleinerziehende Mutter und ihre Kinder; Staatenlos (Grenzgebiet Äthiopien/Eritrea): 1 Familie; Iran: 1 Familie und ihre Kinder; Guinea: 1 alleinerziehende Mutter und ihr Kind.

Alle Mütter oder Väter versuchen eine Arbeit zu finden und haben oft nur Saison-bedingte Arbeitsmöglichkeiten. Z.B. drei Monate im Hotel im Sommer, zwei Monate Oliven ernten im Winter usw. Tageslöhne, Ausbeutung oder gar keine Bezahlung sind leider kein Einzelfall. Für die Familien ist es somit NOCH nicht möglich auf eigenen

Beinen zu stehen. Die Wohnungen sollen als Übergang zur Selbstständigkeit dienen, und nicht als Dauerlösung. Maximale Aufenthaltsdauer sollte ein Jahr sein. Oft kommen die Familien selbst zu uns, oder werden von staatlichen, wie nicht-staatlichen Stellen zu uns geleitet, z. B. wenn sie akut von Obdachlosigkeit bedroht sind (nach Anerkennung als Geflüchtete haben sie 30 Tage Zeit das Camp zu verlassen), oder wenn sie durch gesundheitliche Schwierigkeiten einfach nicht länger im Camp gut aufgehoben sind (z. B. Komplikationen in der Schwangerschaft, Betroffene von Menschenhandel mit schwerer Traumatisierung) oder die Bedingungen dort nach langem Warten (Container geteilt mit zwei Familien im Camp für alleinstehende Frau und mehrerer Kinder sehr schwer) am Ende ihrer Kräfte sind. Wir nehmen die Familien in unterschiedlichen Stadien ihres Asylgesuchs auf. Einige haben Ablehnungen erhalten und warten auf des Ausgang des Klageverfahrens, andere warten schon mehr als neun Monate auf die Antwort der Asylbehörde. Wieder andere sind anerkannt, aber können noch nicht auf eigenen Beinen stehen, oder im Falle vieler Alleinerziehenden, müssen auf eine gerichtliche Entscheidung über das Sorgerecht für ihre Kinder warten, und können davor noch nicht die Insel verlassen.

Im Jahr 2025 haben wir insgesamt 11 Familien und 11 alleinstehenden Müttern einen sicheren Ort der Unterbringung /Wohnungen bereitstellen können. 107 Menschen insgesamt, davon 37 Kinder. In den letzten Jahren waren es mehr, dadurch, dass die Familien schneller gewechselt haben, zurzeit sind viele länger als sechs

Monate bei uns, das liegt an anhängigen Asylverfahren, dem Sorgerecht und dem Fehlen an Perspektiven für eine sichere Zukunft. Das trifft am härtesten die alleinerziehenden Mütter, insbesondere mit kleinen Kindern, da es für die Kleinen kaum Kinderbetreuungsangebote gibt und die Arbeitszeiten z. B. im Hotel sehr lang sind. Wie also auf eigenen Beinen stehen?

Wir arbeiten eng mit anderen Organisationen zusammen, die sich z. B. auf Betroffene von sexualisierter Gewalt spezialisiert haben, Psycholog*innen, Anwält*innen und so weiter (betrifft meist unser Safe Shelter für Frauen). Wir arbeiten eng mit allen Akteuren zusammen, die im Bereich Integration tätig sind. Auch mit potentiellen Arbeitgeber*innen und natürlich den öffentlichen Stellen (Sozialamt, Finanzamt, Arbeitslosenamt usw.) sind wir im stetigen Kontakt um den Familien vor Ort Perspektiven aufzuzeigen.

Wir begleiten zu Ämtern, Anwält*innen, Aktivitäten der Kinder, Krankenhaus usw. Leider gibt es sobald die Frauen oder Familien Asyl haben, keinerlei finanzielle Unterstützung durch den Staat, wir müssen also, so gut es geht, für alles Aufkommen, bis sie zumindest temporär eine Arbeit haben, die diese Kosten deckt. Das betrifft Lebensmittel: wir verteilen pro Person pro Woche 10€ Supermarktgutscheine und arbeiten mit Doro Blancke Stiftung zusammen, die jeden Samstag Lebensmittelpakete für die Familien bereit stellt. Desweiteren kommen wir für Medizin auf, die benötigt wird (hauptsächlich wenn die Kinder krank werden). Wenn es keine andere Möglichkeit gibt, dann bezahlen wir auch die Passgebühren der Familien, da insbesondere bei großen Familien, die Kosten schwer allein zu decken sind, aber ein Pass als Geflüchteter gebraucht wird um z. B. sich bei der Sozialversicherung anzumelden. (85€ pro Erwachsenen/75€ pro Kind). Anwältliche Kosten decken wir nur im Notfall (wir haben drei schwerwiegende Sorgerechtsfälle gehabt, wo wir keine andere Möglichkeit sahen, als einen Anwalt zu bezahlen für die Mütter). Wir erwerben z. B. Hed oder Heizung für den Haushalt, wir reparieren, renovieren, und im Einzelfall z. B. wenn kein Handy vorhanden ist, kaufen wir auch ein Handy, damit die Familie kommunizieren kann (ohne das geht es leider nicht – mit Schule, und Behörden und natürlich Familienangehörigen). Insgesamt haben wir für unser Wohnprojekt für Familien und Frauen im Jahr 2025 die Summe von 106.838,79€ ausgegeben (nicht mit eingeschlossen das Queer Shelter und die Emergency Wohnung). Das beinhaltet auch Personalkosten, Mieten, Nebenkosten, Sachkosten, Lebensmittel, Anwaltskosten, Passgebühren, Kleidung, Haushaltswaren usw. Der Bedarf an Wohnraum ist enorm hoch und die positive Veränderung für die Menschen sehr groß. Während wir in der Vergangenheit hauptsächlich das Ziel hatten Menschen aus dem Camp in eine würdige Umgebung zu bringen. So sind wir seit dem Sommer 2025 oft gezwungen, Familien aufzunehmen, die durch ihre Anerkennung keinen Zugang mehr zum Camp haben und vor der Obdachlosigkeit stehen. Da die Mittel für eine Weiterreise oder Ressourcen um selbst eine Wohnung anzumieten für viele Familien in

den ersten Monaten in Lesbos einfach nicht da sind und es keinerlei staatliche Hilfe dafür gibt. Die Familien oder alleinreisende Frauen und Mütter danken uns sehr dafür, dass wir ihnen Sicherheit und Geborgenheit in der Übergangsphase geben, ein neues Leben in Europa aufzubauen. Jeder Abschied von der Insel bedeutet ein Neuanfang und wir fühlen uns geehrt so viele tolle Menschen ein Stück ihres Weges begleiten zu dürfen.

Der Bedarf an Wohnraum ist enorm hoch und die positive Veränderung für die Menschen sehr groß. Während wir in der Vergangenheit hauptsächlich das Ziel hatten Menschen aus dem Camp in eine würdige Umgebung zu

CCAC-Camp-Bevölkerung auf Lesbos Stand: 17. Februar 2026: 1.171 Menschen

Herkunft:	Afghanistan: 32,3 %, Sudan: 17 %, Eritrea: 8,2 %, Sierra Leone 6,8 %, Somalia: 5,8 %
Geschlecht:	Männer: 49 %, Frauen: 22 %, Kinder: 29 %
Rechtsstatus:	Asylsuchende machen etwa 57,5 % aus

Insgesamt erreichten im Jahr 2025 circa 4000 Geflüchtete die Insel, circa 300 Neuankünfte pro Monat

bringen. So sind wir seit dem Sommer 2025 oft gezwungen, Familien aufzunehmen, die durch ihre Anerkennung keinen Zugang mehr zum Camp haben und vor der Obdachlosigkeit stehen. Da die Mittel für eine Weiterreise oder Ressourcen um selbst eine Wohnung anzumieten für viele Familien in den ersten Monaten in Lesbos einfach nicht da sind und es keinerlei staatliche Hilfe dafür gibt. Die Familien oder alleinreisende Frauen und Mütter danken uns sehr dafür, dass wir ihnen Sicherheit und Geborgenheit in der Übergangsphase geben, ein neues Leben in Europa aufzubauen. Jeder Abschied von der Insel bedeutet ein Neuanfang und wir fühlen uns geehrt so viele tolle Menschen ein Stück ihres Weges begleiten zu dürfen.

Unser Dank geht in erste Linie an den Freundeskreis für Kinder in Not e. V., das Hammer Forum e. V. und just human e. V., die die Wohnungen für Familien und alleinerziehende Mütter und das Safe Shelter überhaupt erst möglich machen! Desweiteren gilt unser Dank Mission Lifeline und Stiftung Do für die sehr notwendigen zusätzlichen Mittel für das Queer Shelter und die Emergency Flat. Und der Doro Blancke Foundation für die Unterstützung des Safe Shelters und die Versorgung aller unser Bewohner*innen mit Lebensmittelpaketen. ■



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