

KINDER 2/26

Kinder in Entwicklungsländern – wie wir ihnen helfen

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**
Medizinische Arbeit in Hargeysa / Somaliland

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,**

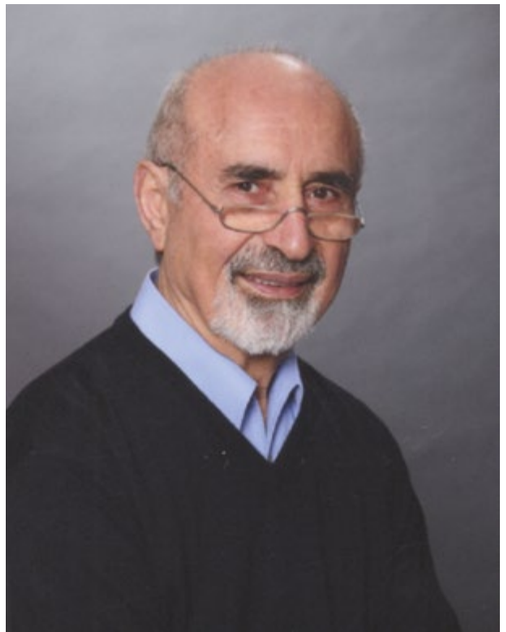
Wo auch immer die Kunst der Medizin geliebt wird, gibt es auch eine Liebe zur Menschheit

Hippokrates (460 – 370 v. Chr.)

heute werde ich über meine persönlichen Erfahrungen auf humanitären medizinischen Einsätzen berichten. Wenn wir über humanitäre medizinische Hilfe sprechen, denken die meisten Menschen an schnelle Notversorgung in Krisengebieten, an Zelte mit dem roten Kreuz oder roten Halbmond und an Ärzten und Pfleger, die unter extremen Bedingungen Leben retten. Das ist ein Teil der Realität.

Humanitäre Medizin ist für mich weit mehr als nur medizinische Versorgung unter erschwerten Bedingungen – sie bedeutet akute Hilfe in Krisengebieten, den Einsatz für Menschenrechte und das Arbeiten in kollabierten Gesundheitssystemen.

Medizinische Hilfe darf hier niemals als reines „Almosen“ verstanden werden. Sie ist die Anerkennung des universellen Rechts jedes Einzelnen auf Gesundheit und Würde. Ein gelungener Einsatz zeichnet sich für mich dadurch aus, dass Patienten trotz ihrer verletzlichen Lage als Partner auf Augenhöhe wahrgenommen werden. Man muss die Fähigkeit haben, strukturiert zu organisieren, muss bei Bedarf Prioritäten setzen, Fehler erkennen und sie nicht wiederholen, um das Ziel, das man sich gesetzt hat, zu erreichen. Straffen Plan herausarbeiten, Präventionen vorbereiten. Bei den Patienten Optimismus und gute Stimmung wahren, das hilft Hoffnung aufzubauen und die Prognose des Patienten zu verbessern.

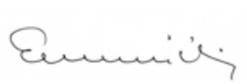


Wer in der humanitären Medizin arbeitet, wird unweigerlich mit den Grenzen des Machbaren konfrontiert. Wir gehen oft mit dem Ideal hinein, allen helfen zu wollen. Die Realität vor Ort holt uns schnell ein, der Idealismus wird schnell von der Realität eingeholt. Die größten Herausforderungen sind selten die medizinischen Fälle selbst, sondern die strukturellen Defizite und politischen Rahmenbedingungen.

Wir arbeiten oft unter Bedingungen, die westlichen Standards widersprechen. Stromausfälle mitten in der Operation, fehlendes fließendes Wasser, Mangel an sterilem Material oder essenziellen Medikamenten (wie Anästhetika oder Antibiotika) gehören zum Alltag. Das erfordert nicht nur medizinisches Fachwissen, sondern auch eine enorme emotionale Belastbarkeit.

Mein Blick hat sich deshalb stark in Richtung Nachhaltigkeit verschoben. Echte humanitäre Wirkung erzielen wir dann, wenn wir lokale Strukturen stärken, einheimische Kolleginnen und Kollegen ausbilden und uns selbst langfristig überflüssig machen. Die beste Hilfe ist die, die Kapazitäten vor Ort so aufbaut, dass die Gemeinschaft die Versorgung schrittweise selbst tragen kann. Humanitäre medizinische Arbeit in der sog. Dritten Welt macht das Herz schwer, aber erfüllt die Seele. Liebe Spenderinnen, liebe Spender ich danke Ihnen für Ihre Unterstützung

Ihr



Dr. Emmanouilidis

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



GESPRÄCH MIT DEM GESUNDHEITSMINISTER AM SONNTAG

Guinea-Bissau

Bericht von Drs Th. Emmanouilidis und E. Schlüter
(vom 07.03. bis 21.03.26)

Im Vorfeld des Einsatzes gab es bereits Probleme. Es haben kurzfristig zwei Teammitglieder abgesagt. Dazu war der Organisator vor Ort, Herr Dr. Lino, mit seiner Online-Fortbildung beschäftigt und meldete sich selten. Am Ende meldete er sich und teilte mir mit, dass in unser gemietetes Haus zum zweiten Mal eingebrochen worden ist. Diesmal haben sie das gesamte Besteck, Teller, Gläser, Tassen, eine Matratze und unsere Vorräte mitgenommen *(Foto 1–4)*.









Der Einsatz stand auf der Kippe, weil einige Wochen vor dem geplanten Einsatz eine Anästhesie-Helferin und die Kinderchirurgin abgesagt hatten. Kurzfristig konnten wir zwei neue Einsatzmitglieder gewinnen. Dann schrieb Dr. Lino, er könne nicht mit nach Gabu zu unserem Zielort mitgehen, weil er seit einigen Wochen eine Online-Fortbildung macht. Wir konnten ihn überzeugen, dass wir ohne ihn den Einsatz absagen müssten, weil niemand alles vor Ort vorbereiten und uns die ganze Zeit begleiten könnte. Er musste umdisponieren und sagte zum Schluss zu ‚wieder dabei zu sein. Wir waren erleichtert und konnten die Reise antreten. Wir landeten am Sonntag um 02:20 Uhr in Bissau. Es war an dem Tag ein Treffen mit dem Gesundheitsminister geplant. Das Treffen fand um 10:30 Uhr statt.

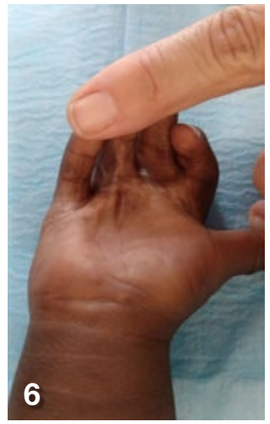
Wir haben über die Probleme des Hospitals gesprochen und gemeinsam über Lösungen diskutiert. Es war ein gutes Gespräch. Danach machten wir (Dr. Lino und ich) Visite in der Orthopädie der Uniklinik Simon Mendes. Dort lagen in zwei Zimmern jeweils drei Kinder mit katastrophaler Osteomyelitis (Knochenentzündung) an den Extremitäten. Alle Kinder lagen dort seit mehreren Wochen und einige auch seit Monaten. Alle waren erfolglos operiert worden. Bei einem Kind entstand nach einer insuffizienten Operation eine Pseudarthose (falsches Gelenk), es war nämlich ein dünner Draht zur Stabilisierung des Knochenbruches benutzt worden. Bei drei anderen wurden die Sequester (abgestorbener Knochen) nicht entfernt. Die dortigen Chirurgen haben einerseits keine Erfahrung solche Eingriffe durchzuführen und andererseits haben sie auch das entsprechende Instrumentarium z. B. die oszillierende Säge nicht. Deshalb vereinbarten wir mit den Müttern und dem einheimischen Kollegen, der mit uns die Visite machte, vier von den Kindern zu uns nach Gabu zu nehmen. Wir gaben einer Mutter für ein neues Röntgenbild 5.000 CFA und einer zweiten 10.000 CFA. Der Kollege sollte die Bilder fotografieren und uns per WhatsApp senden. Leider wurden weder die Röntgenbilder noch die Kinder nach Gabu gesendet.

Nach der Visite fuhren wir, Dr. Lino und ich, mit einem Taxi nach Gabu. Die übrige Mannschaft fuhr gleich vom Flughafen mit einem Bulli-Taxi direkt zu unserem Zielort nach Gabu. Nachdem sie sich etwas ausgeruht haben, sind sie zum Hospital gegangen. Sie bereiteten die Op-Säle vor, und der Chirurg untersuchte die wartenden Kinder *(Foto 5).*

Dr Lino und ich kamen gegen 16:00 Uhr in Gabu an. Wir sind gleich zum Hospital gegangen. Am Montag untersuchten wir weiter Kinder, sterilisierten das Instrumentarium und begannen erst nach 10:00 Uhr mit den Operationen. Auffällig war auch diesmal, dass etwa die Hälfte der untersuchten Kinder krumme rachitische Beine hatten. Circa acht bis zehn Kinder waren auch dabei ‚die mangelernährt bzw. stark unterernährt waren. Wir fragten die Eltern, was die Kinder zum Essen bekommen, ihre Antwort Reis, mehr könnten sie ihren Kindern nicht anbieten. Ein Ehepaar ca. 26 bis 30 Jahre alt brachte ihren 3,5 Jahre alten Sohn zu uns, weil das Kind kaum laufen konnte. Das Kind war stark abgemagert und kraftlos. Auch sie haben dem Kind ausser Reis nichts weiter zum Essen zu geben. Die Mutter war schwanger. In solchen Momenten ist man traurig und sprachlos. Wir haben versucht, die Eltern aufzuklären, was das Kind essen muß, um sich zu erholen. Wir gaben ihnen 10.000 CFA (=15 €) damit sie für das Kind Milchpulver kaufen können. Wir müssen überlegen, ob wir wieder ein Ernährungsprogramm aufnehmen sollen, um solchen Kindern zumindest eine Milchnahrung pro Tag anzubieten. Die zwei Metallstäbe (rostig) abgesägt und über das Küchenfenster in das Haus hinein gelangt. Alles durchsucht und eine Matratze mitgenommen.

Klinische Fälle

Das zweijährige Kind erlitt vor einem Jahr Verbrennung in seiner rechten Hand. Es erfolgte keine Behandlung lege Artis. So entstanden Kontrakturen. Nach knapp vier Stunden OP-Zeit konnten wir die Finger strecken und den entstandenen Hautdefekt mit Vollhaut decken *(Fotos 6–7)*.





Das jetzt zwölfjährige Mädchen konnte ziemlich schlecht laufen. Hier müssen mehrere Korrekturoperationen durchgeführt werden. Wir führten die erste Operation durch *(Fotos 8–9)*. Vor Jahren sprachen wir über die Ursache der Rachitis mit dem Gesundheitsminister und mit vielen Ärzten. Eigentlich sollte die Bevölkerung bezüglich der Ernährung aufgeklärt werden. Trotz der Armut könnten dadurch die Rachitisfälle deutlich reduziert werden.





→


10


11

Wir haben auch das elfjährige Mädchen operiert *(Fotos 10–11)*.

Bei diesem zwöfjährigen Jungen führten wir auch eine Korrekturoperation durch *(Foto 12)*.


12



13

Drei Tage lang klagte der 41-jährigen Mann über Bauchschmerzen. Am vorletzten Tag sind wir hinzugezogen worden. Dr. Lino bat uns, den Mann mit Ileus (Darmverschluss) zu operieren. Wir haben ihn notfallmässig operiert. Der Mann hatte keine Bauchoperationen, hatte kein Fieber und äusserlich konnten wir keine Hernie finden. Intraoperativ stellte sich heraus, dass knapp ein Drittel des Dünndarmlumens in einer Tasche unter dem Leistenband eingeklemmt war. Wir konnten diese Tasche verschliessen *(Foto 13)*.


14



15

Achtjähriger Junge mit Osteomyelitis des Radius (Speiche) und Sequester (gelber Pfeil). Wir konnten das Sequester entfernen *(Foto 14)*.

Bei dem 13-jährigen Jungen fistelt es seit fast zwei Jahren aus dem Oberschenkel. Das Röntgenbild zeigt eine Panosteomyelitis (gelber Pfeil) *(Foto 15)*. Wir konnten operativ den gesamten Markkanal reinigen und einen Schwamm mit Antibiotikum platzieren.

Grundsätzlich tragen wir die Kinder in den OP-Saal *(Foto 16)*.


16



Das Team (v. r.): Frau A. Fischer (OP-Schwester), Student Ali Sükün, Frau Th. Dreimann (OP-Schwester), Frau Sarah Woldu (Assistenzärztin), hinten Frau Kathleen Kirchner, (Anäst.-Schwester), hinten Herr Dr. B. Mukhaberi (Kinderchirurg), Herr Dr. Th. Emmanouilidis (Chirurg), Herr Dr. E. Schlüter (Anästhesist), Student M. Gittel, Frau Dr. L. Huthmann (Anästhesistin).

ZUSAMMENFASSUNG

Seit Monaten hat es dort nicht geregnet. Wir hatten tagsüber bis 41,5° C. Die Strassen sind sehr staubig, dem entsprechend auch die Luft. Wenn man am Abend seine Nase putzt, sieht das Tempo rötlich aus.

Unsere Solaranlage hat diesmal die erste Woche einigermassen funktioniert. Die zweite Woche jedoch nur sporadisch. Der hinzugezogene einheimische Elektriker fand, dass einige Batterien sehr schwach waren und eine sogar ganz kaputt war. Leider gibt es dort keine solche Batterien. Der zuständige einheimische Mann für den Generator kam morgens nicht pünktlich, und hin und wieder war er abwesend. Dann streikte die letzten drei Tage auch die Generator-Batterie, obwohl wir sie im letzten Jahr vor Ort gekauft haben. Dadurch entstanden unfreiwillige Pausen zwischen den OPs. Dann musste Dr Lino wegen eines Todesfalles in der Familie vier Tage lang uns verlassen. Das alles zusammen trübte etwas die Stimmung, kurzzeitig lagen die Nerven blank, trotzdem waren alle bemüht, den Betrieb aufrecht zu erhalten. Dennoch konnten wir in knapp 10,5 Tagen 228 Kinder untersuchen und davon 85 operieren. Darunter waren zeitaufwendige Operationen wie elf Osteotomien, zwei Osteomyelitis, zwei Analatresien (angeborene Anusfehlbildung), ein Ileus, Biopsie aus der Mamma (weibliche Brust) u. a. Seit mehr als acht Jahren führen wir dort Korrektur-Osteotomien durch. Wir sind immer wieder angenehm überrascht, dass bis heute keine einzige Knochenentzündung entstanden ist. Alle diese Kinder kommen zur postoperativen Kontrolle bzw. zur Metallentfernung. Von anästhesiologischer Seite ist über zwei Zwischenfälle zu berichten – beide mit gutem Ausgang: Ein Kind erbrach kurz nach der Narkoseeinleitung Muttermilch, die leider in die Lunge gelangte. Offenbar hatte die Mutter ihr Kind bis kurz zuvor gestillt. Wir brauchten mehrere Stunden, um mit Lagerungsmaßnahmen – Rücken-, Rechts- und Linksseitenlage im Wechsel –, Abklopfen und wiederholtem Absaugen sowie der Gabe bronchienerweiternder Medikamente den Gasaustausch wieder normalisieren zu können. Weitere drei Stunden später konnten wir das Kind in stabilem Zustand mit den Eltern nach Hause entlassen. Ein zweites Kind wurde uns von der Mutter übergeben, die dabei mit Gesten versuchte, uns auf ein offenbar bekanntes Lungenproblem hinzuweisen. Einzelheiten waren nicht zu erfahren, zumal leider niemand zur Verfügung stand, der hätte übersetzen können. Das Kind wurde sorgfältig abgehört – ohne jeglichen krankhaften Befund. Wie entschlossen uns daher zur Narkoseeinleitung. Danach manifestierte sich aber eine deutliche Verkrampfung der Bronchien, ein indirekter Hinweis auf eine mögliche vorbestehende Asthma-Erkrankung.

Auch diesmal brauchten wir einige Zeit, um eine zufriedenstellende und stabile Lungenfunktion wieder herzustellen. Wir empfahlen der Mutter – mit Hilfe von Dr. Lino – dringend, die Erkrankung weiter abklären zu lassen und entließen sie und ihr Kind nach einem deutlich verlängerten Aufenthalt im Aufwachraum nach Hause.

Auch diesmal organisierte und koordinierte alles Herr Dr. Lino. Er hatte unser gemietetes Haus reinigen lassen. Er hatte einige Teller, Gläser und den Wasserkocher gekauft, unsere Transporte organisiert, und er dolmetschte und assistierte bei den grossen Operationen. Er war immer präsent, hatte ein offenes Ohr für alle, Personal und Patienten und hatte immer Zeit, sich auch um andere Dinge zu kümmern Ein Lob und Anerkennung für sein Engagement. Auch dieses Mal glänzten die Hospitalärzte durch ihre Abwesenheit.

Wir sagen Danke dem gesamten Team, sie haben überall, wo es nötig war, geholfen. Danken wir auch für die Kochkünste. Das Essen hat immer anders, aber gut geschmeckt. ■



DAS SCHICKSAL EINES TAPFEREN NOMADENKINDES

Somaliland

Bericht von Drs Emmanouilidis und I. Mussa
(vom 09.04. bis 24.04.26)

Über die Probleme, ein Visum für Somalia zu bekommen, haben wir letztes Mal ausführlich berichtet. Für diesen Einsatz hat die Direktorin des Hospitals, Frau Dr. Khadra, in Somaliland unsere Visa besorgt. Sechs Personen sind am 09.04. hingeflogen, zwei Personen kamen eine Woche später nach. Der Krieg mit dem Iran hat auch Somaliland hart getroffen. Die negativen Auswirkungen sind spürbar, die Menschen erzählten uns, Lebensmittel, Kleidung, Medikamente, Fahrttickets und auch die Kraftstoffe seien ziemlich teuer geworden.

Am 10.04. gegen 11:25 Uhr landeten wir in Hargeisa, der Hauptstadt von Somaliland. Wir wurden abgeholt und erst zum Hotel gebracht. Kurz geduscht, dann sind wir zu Fuss in die Kinderklinik gelaufen. Alle auf uns wartenden Kinder *(Foto 1)* konnte ich untersuchen. Die restliche Mannschaft bereitete, wie auch sonst bei allen Einsätzen, die OP-Säle vor, damit wir am nächsten Tag mit den Operationen anfangen können.


1


2


3


4

Klinische Fälle

Das zweijährige Kind erlitt mit acht Monaten Verbrennungen. Es wurde leider nicht adäquat behandelt. Deshalb entstand diese Kontraktur am Sprunggelenk und gesamten Fuß. Über vier Stunden dauerte die Operation, bis wir ein zufrieden stellendes Ergebnis erreichten *(Fotos 2+3, intraoperativ und Foto 4, acht Tage später)*.

Dieses Nomadenkind erlitt mit 20 Monaten schwere Verbrennungs-Verletzungen an den Extremitäten. Man kann sich kaum vorstellen, welche höllischen Schmerzen das Kind ertragen musste, denn in ganz Somaliland gibt es keine spezialisierten intensivmedizinischen Zentren zur Behandlung von Verbrennungsopfern. Die Ärzte und das gesamte Personal haben weder spezielle Erfahrungen noch die Möglichkeit.

Vor allem sind die Hände betroffen. Die Hände sind zu einer Faust verkrüppelt. Greiffunktion absolut nicht möglich. Seither ist das Kind körperlich behindert, selbst wenn es etwas trinken oder essen wollte, war und ist es auf Fremdhilfe angewiesen. Man kann sich kaum vorstellen welche Schmerzen das Kind ertragen musste. Häufig nehmen die Eltern die Kinder sogar mit nach Hause.

In der Kinderklinik in Hargeisa bemüht sich das Personal bei Verbrennungsopfern, die Schmerzen zu lindern. Vielmehr können sie auch nicht tun, es gibt keine Intensivstation, keine Erfahrung in modernen Verbandstechniken, keine Physiotherapie und keine plastische Chirurgie. Mit den wenigen Möglichkeiten, die sie haben, versuchen sie trotzdem, bessere therapeutische Ergebnisse zu erreichen. In den letzten Jahren haben wir zusammen immer wieder Verbände und Physio-Übungen gemacht. Ausserdem führen wir bei jedem Einsatz Eigenhautplastiken und Hauttransplantationen durch.

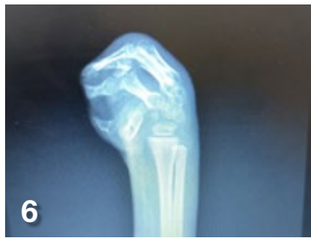
Wir haben immer darauf hingewiesen, dass Aufklärung der Eltern bezüglich der Kleidung der Kinder notwendig ist. Denn fast alle Kleidungsstücke haben einen Anteil von mindestens 35 %, 50 % und sogar 65 % Polyethylen, was bei Kontakt mit Feuer verheerende Folgen hat.

Im Röntgenbild sieht man nicht nur die Fehlstellung der Finger, sondern auch wie die Finger in den Narben gefangen sind.

Wir haben das Kind operiert. Die Operation dauerte sieben Stunden. Intraoperativ konnten wir das Ausmass des Schadens an den Fingern feststellen. Die Endglieder aller Finger waren verbrannt. Am schlimmsten traf es den fünften Finger. Den konnten wir nicht mobilisieren und mussten ihn entfernen, Mit dem Ergebnis der Operation waren wir zufrieden *(Fotos 5–7)*.

Wir hoffen, dass wir die Greiffunktion einigermassen wiederherstellen konnten. Das wird sich in einigen Wochen zeigen. Nach der Einheilung der Transplantate muss intensive Physiotherapie erfolgen. Das Kind muss lernen, mit Fingern zu greifen. Beim nächsten Einsatz planen wir, auch die andere Hand zu operieren. Zum Schluss werden wir auch die Kontraktur des linken Fußes korrigieren. Das Schicksal dieses Jungen hat uns alle sehr berührt. ⟶


5


6


7


8a


8b

Bei dem siebenjährigen Mädchen lag die angeborene Lymphzyste in der Achselhöhle und wurde nach und nach grösser. Sie erreichte jetzt die Grösse eines Handballens *(Foto 9)*. Die Zyste lag zum größtenteils unter der Thorax-Muskelwand, Sie musste von den Nerven und Gefässen in der Achselhöhle freipräpariert werden. Es ist uns gelungen, die Lymphgefäßstiele tief in der Achselhöhle zu legieren und die Zyste total zu entfernen.


9


10


11


12


13

Lippen- und Gaumenspalten operierte Herr Dr I. Moussa (Fotos 10–13).


14

Das jetzt 2,5 Jahre alt Kind *(Foto 14)* hatte immer über Bauchschmerzen geklagt. Es konnte nur einmal die Woche abführen und das nach Einlauf. Der Medizinmann versuchte mit Skarifizierung dem Kind zu helfen, nämlich einerseits die Schmerzen zu lindern und andererseits die Defäkation in Gang zu setzen. Das ist ihm nicht gelungen. Deshalb wurde das Kind jetzt zu uns gebracht. Wir haben eine Biopsie vom Mastdarm durchgeführt.



Eingipsen nach Achillessehnenplastik.



Beim Kochsalzspritzen in die Vene dekonnektierte die Spritze und wir wurden alle nass. Schwester Ulrike hatte ihren Spaß gehabt ‚mir ein großes Lätzchen umzuhängen.



Wir tragen selbst die Kinder zum OP-Saal und bringen sie wieder in den Aufwachraum.



Ohne Worte.


11

ZUSAMMENFASSUNG

Das Team (v. r.): Dr. T. Benterud (Kinderarzt und Neonatologe), Frau U. Deutsch (OP-Schwester), Herr M. Koll (OP-Helfer), Dr. Th. Emmanouilidis (Chirurg), Frau B. Bimmermann (Krankenschwester), Dr. S. Ellermeier (Anästhesistin), Dr. Ch. Brodowski (Anästhesist), Dr. I. Moussa (MKG-Chirurg).

Sechs Teammitglieder flogen zusammen, zwei kamen später am 18. + 20.04 nach. So konnten wir in knapp acht Tagen 235 Kinder untersuchen und 108 davon operieren. Drei Tage mussten wir nur an einem OP-Tisch operieren, weil eine Narkosemaschine ausfiel. Danach besorgte Dr. Khadra einen Kapnometer, sodass wir wieder die letzten zwei Tage an zwei Tischen parallel operieren konnten. Mindestens die Hälfte der Operationen war langzeitig.

Neben den vielen Kontrakturen nach Verbrennungen haben wir drei Analatresien (angeborene Fehlbildung des Mastdarms und des Afters), Darmrückverlagerungen und Lippengaumenspalten operiert. Etwa ein Drittel der Kinder hatte Kontrakturen nach Verbrennungen, und wiederum ca. ein viertel der Kinder mit Zerebralparesen (häufig durch Hypoxie = Sauerstoffmangel bei der Geburt) mit Kontrakturen an den Extremitäten, Lähmungen oder Spasmen und unkontrollierte Bewegungen. An einem Nachmittag, konnten sieben Teammitglieder eine Kamelfarm zusammen mit den einheimischen Kollegen in Begleitung eines Polizisten besuchen. Dort haben sie Kamelmilch probiert zu trinken. Später beim Abendessen erzählten sie über die Farm und ihre Erlebnisse.

Wir haben auch diesmal mit den Kollegen gesprochen und wieder betont, dass wegen der vielen Verbrennungsopfer Physiotherapie im Hospital dringend notwendig ist.

Wir sagen danke dem einheimischen Personal, das uns begleitet hat. Sie haben alles organisiert, gedolmetscht, und auch assistiert.

Besonderer Dank gilt der Direktorin des Hospitals, Dr. Khadra, sie hat unsere Visa besorgt. Danke sagen wir auch unserem Team für die gute geleistete Arbeit. ■



BEWEGENDE KINDERSCHICKSALE

1

Kongo
Bericht von Dr. Emmanouilidis
(vom 09.05. bis 24.05.2026)

Wir trafen uns im Flughafen in Brüssel. Einige Teammitglieder kamen aus verschiedenen Gegenden Deutschlands, und drei kamen aus Wien. Einige waren zum ersten Mal dabei. Der Flug bis nach Kinshasa war normal. Wir übernachteten wie immer in Kinshasa. Am nächsten Morgen fuhren drei von uns mit dem Auto und fünf mit dem Bus nach Kikwit. Abfahrtszeit war 05:00 Uhr morgens. Das Auto kam trotz 14-maliger Pass- und Visumkontrollen nach acht Stunden ans Ziel. Das sind keine Sicherheitskontrollen, die Polizisten wollen immer nur Geld haben. Manchmal kontrollieren sie zwei Mal in einer kleinen Stadt, beim Hineinfahren und sogar beim Ausfahren.

Wir sind gleich zum Hospital gegangen, um die Kinder zu untersuchen. Das Team mit dem Bus erlebte eine Odyssee: Die Fahrtzeit dauerte etwa 23 Stunden, weil



2



3

die Strasse wegen eines Unfalls blockiert war. Nach so langer Fahrtzeit ist man erschöpft, übermüdet, hungrig, unzufrieden und schlecht gelaunt. Dafür wird automatisch der Teamleiter verantwortlich gemacht und bekommt gleich nach der Ankunft die Unzufriedenheit zu spüren. Nachdem sie sich beruhigt haben, sind wir zusammen zum Hospital gegangen. Dort warteten, wie



4

auch bei allen anderen Einsätzen, mehr als 150–200 Kinder *(Fotos 1–2)*.

Am gleichen Tag begannen wir ab 11:00 Uhr die am Vortag vorbereitetenKindern zu operieren. Wir haben bereits mehrmals über die chronisch negative medizinische Entwicklung, auch der Infrastruktur des Hospitals, berichtet. Alle alten Pavillons sind eigentlich nicht mehr zu gebrauchen *(Fotos 3–4)*.

Im ganzen Hospital gibt es kein fliessendes Wasser, nicht mal Im OP-Trakt *(Foto 5)*. Die Fenster sind teilweise mit gebrauchten Einmalkitteln zugeklebt. Die Instrumente des Hospitals sind ein Sammelsurium, sehr gross und lang, zum grössten Tail verrostet, Scheren schneiden nicht usw. Sterilität kann kaum praktiziert werden, Abdeckmaterial mangelhaft, es fehlt an allem. Seit Jahrzehnten wurde im gesamten Hospital für die Erhaltung der Substanz nichts investiert. Jetzt kann man sich wundern, dass im Gelände des Hospital rund herum um die alten Pavillons viele neue Pavillons von den Chinesen gebaut werden *(Foto 6)*.

Wenn sie nächstes Jahr fertig sind, sollen die alten Pavillons renoviert werden. Die jetzigen Pavillons sind chronisch leer, woher sollen die Patienten auch für die neuen Pavillons rekrutiert werden? Bei dieser Frage lächelten die Kollegen und zuckten die Schulter und sagten: „die Pavillons baut die Regierung“. Nach einigen Tagen bekamen wir Mails und Anrufe aus der Heimat, sie machten sich Sorgen, weil in allen Medien über den Ausbruch von Ebola und die Toten im Nord-Osten von Kongo an der Grenze zu Uganda berichtet wurde. Unser Projekt befindet sich ca. 2.200 Km entfernt von der Grenze zu Uganda.

Klinische Fälle

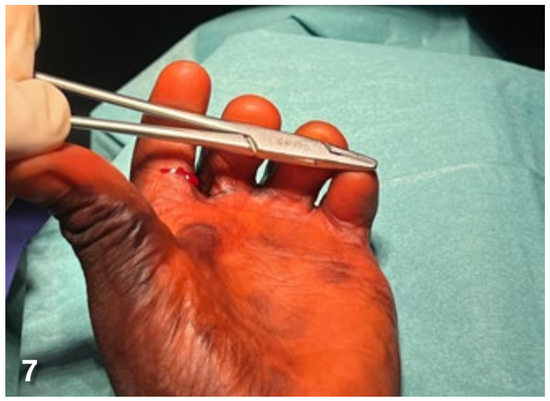
Der achtjährige Junge erlitt vor drei Jahren Verbrennung an der linken Hand. Leider wurde keine adäquate Behandlung durchgeführt. Ausserdem – drei Jahre sind sehr viel Zeit. Das Ergebnis: Kontrakturen in allen fünf Fingern mit Angylose (Teil-Versteifung vor allem im Mittelgelenk des 3. und 4. Fingers. Nach 3,5-stündiger Operation konnte wir ein zufrieden stellendes Ergebnis erzielen *(Fotos 7–8)*.

Im letzten November operierten wir dieses fünfjährige Mädchen. Jetzt war der linke Oberschenkel dran – Pfeil. Wir führten eine Osteotomie durch. Im November werden wir beide Metalle entfernen. Das Ergebnis der ersten Operation ist sehr gut *(Foto 9)*. ⟶



5


6


7


8



10


11


9


12

Der dreijährige Junge hatte seit über einem Jahr Unterbauchschmerzen. Der grosse Harnblasenstein konnte mit Ultraschall nachgewiesen werden. Wir konnten den Blasenstein operativ entfernen *(Fotos 10, gelber Pfeil und 11, der Stein)*.

Diese Frau operierten wir letztes Jahr. Für die gelungene Operation brachte sie Kochbananen und bedankte sich bei uns. Sie hielt einen kurze Rede bei der Übergabe. Es war wirklich rührend, wie sie redete und zufrieden war. Wir haben uns über diese Dankbarkeit sehr gefreut. Das ist unser Lohn und gibt uns immer wieder Kraft, weiterzumachen *(Foto 12)*.

Dieses sechsjährige Waisenkind wurde uns vorgestellt. Angaben gemäß soll seit der Geburt sein Bauch nach und nach grösser geworden sein. Die Ultraschalluntersuchung zeigte viel Volumen mit Flüssigkeit, massive Hydronephrose beiderseits und mega Uretren von gut 4 cm Durchmesser *(Fotos 13 – 14)*. Zuerst sollte der Kreatininwert ermittelt werden, danach ein I.v. Pyelogramm und evtl. später CT-Untersuchung mit Kontrast, weil es MRT dort nicht gibt. Diese Untersuchungen kosten zusammen über 300 Dollar. Das Geld wollte das Hammer Forum zur Verfügung stellen. Leider kam das Kind nicht mehr zu uns, so lange wir dort waren. →


13


14


16


15


17

Nach jeder Operation werden die Kinder in einem kleinen Raum im OP-Trakt auf den Boden gelegt, bis sie ganz wach sind. Erst dann werden sie auf die Kinderstation verlegt *(Foto 15)*.

Im Gegensatz zu Guniea Bissau kommt viel einheimisches Personal in die OP-Säle, um zuzusehen und auch zu helfen *(Foto 16)*.

Letztes Jahr stellte uns die Deutsche Botschaft in Kinshasa 25.000 € zur Verfügung, um einige medizinische Geräte zu kaufen. Wir kauften zwei fahrbare Operationslampen, einen Inkubator, einen Sauerstoffkonzentrator, einen OP-Tisch *(Foto 17)* und etwas Verbrauchsmaterial. Wir sagen danke dafür.

ZUSAMMENFASSUNG

In 10,5 Tagen konnten wir 453 Kinder untersuchen und 128 davon operieren. Neben vielen Hernien – darunter auch Narbenhernien – und Leistenhoden gab es acht Splenektomien, drei Darmrückverlagerungen, vier Osteotomien, einige Osteomyelitiden (Knochenentzündung) und Kontrakturen nach Verbrennungen und Missbildungen an den Händen. Drei Kinder sind verstorben. Ein Säugling kam nach Verbrennungen teils dritten Grades und Vorbehandlung auswärts im Koma bei uns an. Wir legten einen Venenkatheter mittels Vena Sectio an. Gleich nach ca. 250 ml Infusion machte es die Augen auf und gab Töne von sich. Wir waren alle sehr glücklich und hofften, so dem Kind geholfen zu haben. Am Abend bei der Visite machte es weiter die Augen auf. In der Nacht verstarb es und wir waren sehr traurig.

Ein zweites sechs Jahre altes Kind wurde über vier Tage in einem Gesundheitszentrum wegen Typhus behandelt. Als das Kind mittags zu uns gebracht wurde, war es nicht ansprechbar, es war komatös . Die Ultraschalluntersuchung zeigte freie Flüssigkeit, vor allem im Douglasraum. Bei der Anamnese und dem Befund war eine Laparotomie unumgänglich. Eine Perforation konnte nicht festgestellt werden, im Dünndarm des Kindes befand sich Blut. Das Kind starb in der Nacht. Beides waren Notfälle, die mussten wir operieren. Der Tod dieser Kinder belastet uns auch. Ein drittes Kind starb nach einer bilderbuchmäßig geführten Splenektomie. Das Kind wurde vormittags operiert. Sein Hämoglobin war vor der Operation 3,8 g/dl. Während der Operation wurde das Kind transfundiert. Eine Stunde nach der Operation war der Hämoglobin 7,1 g und wir haben erneut am Abend das Hämoglobin gemessen, und es war 7,4 g. Zwischen 02:00 und 03:00 Uhr wurde der diensthabende Arzt angerufen. Er liess den Hb messen, er war 7,5 g. Das Kind verstarb . Leider wissen wir nicht, weshalb das Kind verstorben ist, denn einen so guten Hämoglobin hatte das Kind lange nicht gehabt. Der Tod dieses Kindes hat uns sehr beschäftigt und ziemlich stark belastet. Am Nachmittag des letztes Tages haben Anästhesie und das Operationspflegepersonal Inventur gemacht, den Materialraum gereinigt, aufgeräumt und das Material sortiert *(Foto 18)*. Ich sage allen dafür herzlichen Dank. Einen Dank verdient auch das einheimische Personal. Sie haben aktiv geholfen, waren immer dabei und haben nicht nur übersetzt, Visiten mitgemacht, sondern auch mit operiert. Herr Dr. Mabaya hat selbstständig einige Hernien operiert und Tendotomien durchgeführt.

Herzlichen dank auch an Herrn Dr. Tollo, er hat uns wieder in seinem Haus aufgenommen. Wir fühlten uns dort sehr wohl. Ich möchte nicht versäumen, dem Mitarbeiter der Deutschen Botschaft Herrn Grade zu danken, nicht nur, weil er uns auf das Budget der Botschaft aufmerksam machte, unseren Antrag bearbeitete, sondern auch dafür sorgte, dass das Geld genehmigt wurde. So konnten wir die Geräte kaufen. Er kam nach Kikwit, wir zeigten ihm die gekauften Geräte, erzählten ihm von unserer Arbeit. Am Abend hat uns Herr Grade zum Essen in seinem Hotel eingeladen. Wir haben nette Gespräche geführt und den Abend sehr genossen. Herzlichen Dank an die Botschaft und auch schriftlich „danke“ für Ihren Besuch, Herr Grade.

Zum Schluss möchte ich dem Team danke sagen für das täglich gezauberte Abendessen und für die sehr gute geleistete Arbeit. ■



Das Team von rechts: Frau Dr. P. Hawrankova (Anästhesistin), Schwester M. Ofner (Anästhesie), Schwester K. Liebsch (OP), Dr. Th. Emmanouilidis (Chirurg), hinten Frau Dr. K. Lawrenz (Kinderchirurgin), Herr H. Auen (OP-Pfleger), Schwester K. Krellig (Anästhesie), Dr. M. Krak (Anästhesist), Herr K. Grade, (Mitarbeiter der D. Botschaft), Herr Dr. Tolo (Projektleiter vor Ort)



DIE SCHWIERIGE BUSFAHRT

Kongo
Bericht von Helmut Auen
(vom 25.05.2026)

Der Kongo war mein erster Auslandseinsatz und ich wusste überhaupt nicht was da auf mich zukommen wird. Natürlich habe ich mich vorher informiert, aber wie es wirklich wird habe ich erst in den nächsten Tagen erfahren. Die Anreise zum Flughafen in Brüssel war unproblematisch. Am Flughafen angekommen, habe ich Theo und Karin (die zweite Chirurgin) kennen gelernt. Gemeinsam haben wir dann eingecheckt. Später im Wartebereich sind dann die anderen Teammitglieder zu uns gestoßen. Für mich war es sehr spannend zu sehen wer die anderen sind. Ich kannte vor dem Einsatz keinen der anderen Teammitglieder. Der Flug nach Kinshasa dauerte acht Stunden und lief problemlos. Als wir um 19:30 Uhr aus dem Flieger stiegen, war es schon dunkel und sehr warm.

Draußen am Flughafen, auf dem Weg zum Auto , welches uns abholte, kamen gleich die ersten Einheimischen auf uns zu und wollten unsere Koffer tragen. Sie waren sehr penetrant und wirkten etwas angsteinflößend auf mich. Sie ließen sich nicht abwimmeln und wir mussten die ganze Zeit gut aufpassen. Als die beiden Autos beladen waren, fuhren wir etwa eine Stunde über die sehr schlechten Straßen von Kinshasa zu dem Kloster in dem wir die erste Nacht schlafen konnten. Am nächsten Morgen sind wir dann um kurz nach 05:00 Uhr zur Bushaltestelle gebracht worden. Es dauerte ca. zwei Stunden bis die Busse dann endlich losfuhren. Ständig sind die Busse angehalten und machten Pause. Es ist kaum zu glauben, die Geschäfte egal ob Autowerkstatt, Motorradwäscherei oder Gemüseverkauf, hier findet alles unter freiem Himmel statt. Gegen 11:00

Uhr nach etlichen Pausen hielten wir plötzlich mitten im Nirgendwo und keiner wusste warum.

Irgendwann bekamen wir heraus, dass einer unser Busse hinter uns einen Unfall hatte und wir alle warten mussten, bis die Situation geklärt wurde. Anscheinend ist bei dem Unfall ein Mensch ums Leben gekommen und einer hat sich den Oberschenkel gebrochen. Der Unfallverursacher ist geflohen. Nach langen vier Stunden warten ging es dann endlich weiter mit der wilden Fahrt. Die Busfahrer kennen nur Vollgas oder Vollbremsung, somit hatten wir immer wieder Angst um unser Leben und schlafen war nur bedingt möglich. Insgesamt dauerte die Fahrt wegen der ganzen Stops 22 Stunden und wir kamen mitten in der Nacht total erschöpft und Müde bei unser Unterkunft an. Nach nur wenigen Stunden schlaf Frühstücken wir gemeinsam, bevor wie dann mit dem Auto zum Krankenhaus gefahren wurden. Der Weg ist nicht weit, aber es ist interessant zu sehen wie die Menschen hier so leben. Am Krankenhaus angekommen warten ca. 200 Menschen auf uns. Alle Singen, Feiern und Klatschen für uns. Das war für mich der erste Gänsehautmoment. Ich war total überwältigt von der Freude und Dankbarkeit der Einheimischen Familien. Nach einer kleinen Krankenhausführung und Einweisung in die zur Verfügung stehenden Materialien und Instrumente, ging es dann gleich mit der ersten Operation los. Die Zustände des Krankenhauses und der Operationssäle sind mit Worten nicht zu beschreiben. Es wird sehr schnell klar, dass die Arbeitsabläufe hier völlig anders sind als Zuhause. Alles ist alt,die Fenster teilweise mit OP-Kitteln zugehängt und vieles ist einfach kaputt. Es gibt nichtmal fließendes Wasser und der Strom wird von einem Diesel Aggregat erzeugt, welches regelmäßig wegen Überlastung ausfällt. Gut das wir unsere Handys dabei haben, so können wir das OP-Gebiet wenigstens ein bisschen ausleuchten, wenn der Strom mal wieder weg ist. Die ersten Operationen waren Leistenbrüche, Nabelbrüche und eine Hydrocele. Es ist erstaunlich, dass man hier Hernien mit nur sechs Instrumenten und ohne Strom operieren kann. Am Ende des ersten Tages, nach dem Sterilisieren der letzten Instrumente, haben wir uns mit einer Tasse Kaffee nach draußen gesetzten das bisher erlebte reflektiert. Es war schon dunkel, die Glühwürmchen leuchteten und die Grillen machtet ordentlich lärm. Abends wird immer gemeinsam gekocht und gegessen. Ein schönes Ritual um den Tag ausklingen zu lassen und sich besser kennen zu lernen. Unser Team ist super, alle helfen sich gegenseitig und jeder ist für den anderen da. Ich fühle mich sehr wohl in diesem Team. Der Tagesablauf ist eigentlich immer gleich. Aufstehen, kalte Regenwasserdusche, gemeinsames Frühstück und ab ins Krankenhaus. Die Operationen variieren natürlich von Tag zu Tag. Wir operieren viele Hernien, aber auch einige Splenektomien, Osteotomien, Syndaktylien, Klumpfüße, Kelloide, Osteomyelitiden und Osteosynthesen. Die medizinische Versorgung in diesem Land ist leider erschreckend schlecht und kostet Geld, was die Menschen hier nicht haben. Eine Krankenversicherung gibt es nicht. Somit kommt ein Junge mit einem seit Monaten gebrochenen Oberschenkel und einer ausgeprägten Osteomyelitis zu uns. Die Familie hatte kein Geld für die Behandlung und der „Buschmann“ konnte mit seinen Kräutern nicht helfen. Wir eröffneten den Knochen, entfernten das entzündete Knochenmark, spülten den Situs gründlich aus und legten eine Antibiotikakette ein. Im nächsten Einsatz nach abgeklungener Entzündung wird der Knochen dann mit einer Platte stabilisiert.

In den zwei Wochen haben wir einige, für mich erstaunliche Krankheitsbilder, gesehen. So haben wir z. B. ein fünfjähriges Mädchen operiert, welches eine →





durch eine Sichelzellenanämie stark vergrößerte Milz hatte. Der Bauch wölbte sich im liegen stark vor und das Organ war sehr gut tastbar. Als wir den Bauch öffneten, sahen wir die Milz, die im Vergleich zur Leber riesig erschien. Ich habe noch nie eine so große Milz gesehen, nicht mal bei einem Erwachsenen. Die Operation verlief komplikationslos und das Mädchen wurde ein paar Tage nach der OP nach Hause entlassen. Ein weiteres Interessantes Krankheitsbild war eine Rachitis (eine Knochendeformität bedingt durch Kalzium, Eiweiß und Vitamin D Mangel). Auf den Röntgenbildern sah man deutlich die verformten Oberschenkelknochen. Das rechte Bein des Kindes wurde schon im letzten Einsatz des Hammer-Forums operiert und sah wirklich sehr gut aus. Nur die Narbe erinnerte noch an die Deformität. Jetzt war das linke Bein an der Reihe. Nachdem Dr. Theo einen Keil aus dem Knochen gesägt hat, korrigierte er die Fehlstellung und stellte die Kontinuität des Knochens mit Hilfe einer Platte und einigen Schrauben wieder her. Leider gab es auch Situationen, die für uns als Team nur schwer zu verkraften waren. Drei Kinder wurden zu uns ins Krankenhaus gebracht, für die unsere Hilfe leider zu spät kam. Sie starben, ohne das wir etwas dagegen tun konnten. Mit solchen Situationen zurecht zu kommen ist nicht leicht und es ist wichtig, dass erlebte zu reflektieren und drüber zu reden. Ich bin sehr froh, dass wir ein so gutes Team waren in dem das möglich gewesen ist und ich möchte die Gelegenheit hier nochmal nutzen um mich bei allen zu bedanken. Für die Unterstützung, den Zusammenhalt und die Herzlichkeit innerhalb des Teams.

Am Sonntag hatten wir frei und konnten mal etwas länger schlafen. Das hat richtig gut getan wir konnten neue Kräfte für die nächsten Tage sammeln. Nach einem sehr gemütlichen Frühstück mit Baguettes, Kaffee und sehr viel Obst, haben wir einen Spaziergang durch den Ort gemacht. Die Wege waren teilweise sehr eng und führten uns zwischen den Hütten der Einheimischen durch. Viele Menschen schauten uns an und die Kinder machten Fotos von uns. Weiße Menschen sehen sie wohl nicht so oft. Viele von ihnen freuten sich und grüßten freundlich. Einige von ihnen fragten aber auch nach Geld. Das zeigte uns nochmal deutlich wie groß die Armut in diesem Land ist. Nach einiger Zeit hörten wir Geräusche wie wir sie von einer Party kennen. Wir folgten den klängen und stießen auf eine Kirche. Aus Respekt vor der Religion wollten wir nicht stören und hörten dem Gesang mit etwas Distanz zum Gebäude zu, bis eine nette Frau uns bemerkte und uns



freundlich hinein bat. Wir durften uns setzen und mitmachen. Für mich war das sehr spannend und beeindruckend zu sehen wie hier die Gottesdienste ablaufen. Sie singen viel, tanzen dazu und es ist schön zu sehen wie viel Spaß sie dabei haben. Nach einiger Zeit sollten alle Gäste aufstehen um sich kurz vorzustellen. Karin, die sehr gut französisch spricht, hat uns vorgestellt und erzählt, dass wir ein Team aus Deutschland sind, die gekommen sind um hier die kranken Kinder zu operieren. Alle applaudierten und sangen ein Lied für uns, um uns zu danken. Das war wieder so ein Gänsehautmoment für mich, der mich tief berührt hat. Anschließend verabschiedeten wir uns und gingen weiter.Am späten Nachmittag kamen wir dann wieder zuhause an und genehmigten uns eine kalte Kola am Kiosk um die Ecke. Der Ausflug war sehr schön, aber bei ca. 40° C und Berg auf, Berg ab, echt anstrengend. Nach einer Dusche und einem kurzen Nickerchen trafen wir uns dann, um uns bei einem Cappuccino über das Erlebte auszutauschen und etwas die Seele baumeln zu lassen. Abends waren wir von dem deutschen Botschafter zum Essen eingeladen. Wir gingen zu Fuß nur wenige hundert Meter zu einem sehr noblen Hotel, wo wir von dem Botschafter empfangen wurden. Der Abend war sehr nett und das Essen wirklich super, trotzdem fühlte ich mich etwas unwohl. Es war wohl dieser Kontrast zwischen dem Leben unter ärmlichsten Bedingungen und dem Luxus dieses Hotels im direkten Vergleich, der mich innerlich in ein Gefühlschaos brachte. Montag Morgens ging es dann wieder wie gewohnt mit dem Pickup zur Arbeit. Die Straßen sind ungewöhnlich voll, es fahren viele Autos, aber noch viel mehr Motorräder und alle Hupen wild herum. Viele Kinder laufen in ihren Schuluniformen zur Schule und alle freuen sich uns zu sehen. Ein kleines Highlight des Tages ist es für mich immer den Kindern zu Winken und zu sehen, wie sehr sie sich darüber freuen. Die weiteren OP-Tage verlaufen ähnlich wie in der ersten Woche. Wir operieren Hernien, Osteotomien usw. Bei den Hernien können die Einheimischen Pflegekräfte schon viel selber machen, so haben wir immer mal wieder Zeit das Lager aufzuräumen und die Inventur vorzubereiten.

Am Freitag Mittag, als wir schon fast mit unserem OP-Programm fertig waren, kam ein 7 jähriges Mädchen als Notfall ins Krankenhaus. Ihr ging es sehr schlecht und im Ultarschall zeigte sich freie Flüssigkeit im Bauchraum. Wir laparotomierten das Mädchen, saugten die Flüssigkeit ab, konnten aber keine Ursache für das Problem feststellen. Nachdem wir dem Bauch wieder verschlossen haben, verstarb das Kind noch während der Narkose. Ihr Kreislauf war einfach zu schwach. Für uns eine kaum auszuhaltende Situation. Keiner wusste was geschehen war. Erst kurze Zeit später erfuhren wir, das dass Mädchen an Typhus erkrankt war und ihr Zustand seit Tagen schon kritisch gewesen ist. Die Stimmung war bei uns allen sehr bedrückt. Kein schöner Abschluss für einen solchen Einsatz. Nachdem wir eine kurze Pause gemacht haben um uns wieder zu sammeln, räumten wir weiter auf und verstauten unsere Materialien. Zum Abschied trommelten uns die einheimischen Mitarbeiter zusammen und überreichten jedem von uns einen handgeknüpften Strohhut. Eine tolle Geste mit einem sehr herzlichen Abschied. Für mich war es ein komisches Gefühl das Krankenhausgelände zu verlassen und zu wissen, dass sie jetzt wieder auf sich alleine gestellt sind.

Am Abend in der Unterkunft kochten wir ein letztes mal zusammen. Nach dem gemeinsamen Abendessen nutzten wir die Gelegenheit um den ganzen →

Einsatz zu reflektieren. In den zwei Wochen wurden insgesamt 453 Kinder untersucht und 128 Kinder operiert. Eine beachtliche Zahl wie ich finde. Ich bin sehr stolz, dass wir so vielen Kindern helfen konnten.

Samstags hieß es dann um 03:30 Uhr aufstehen, ein letztes mal kalt Duschen und ab zum Frühstücken. Um 5:00 Uhr ging es dann mit dem Auto zur Busstation. Mit dem Bus, zum Glück ein normaler Reisebus, fuhren wir dann 12 Stunden bis zum Flughafen. Die Fahrt war wieder sehr aufregend, obwohl die Fahrt 10 Stunden schneller ging als der Hinweg. Die Busfahrer fahren mit Vollgas durch die Dörfer, überholen ohne zu sehen ob Gegenverkehr kommt und hupen in einer Tour. Das ich ganz vorne, direkt hinter dem Fahrer saß, machte die Situation nicht besser. Insgesamt wurden wir sieben mal durch die Polizei kontrolliert. Die Kontrollen verliefen sehr unruhig. Alle redeten durcheinander und sehr aggressiv. Zum Glück waren alle Papiere in Ordnung. Auf den Straßen sieht man immer wieder kaputte Autos und LKW die einfach am Straßenrand und teilweise auf den Fahrbahnen stehen gelassen wurden. Niemand räumt den Schrott beiseite. Die noch fahrenden Autos und LKW sind oft überladen und oben auf den Materialbergen sitzen Menschen die mitfahren. Unglaublich was hier so normal ist. Das wäre bei uns in Europa undenkbar.





Gegen 17:30 Uhr erreichen wir dann den Flughafen. Nachdem unsere Koffer ca. fünfmal kontrolliert wurden, hatten wir dann endlich das Einchecken geschafft und konnten im Wartebereich ein wohlverdientes gemeinsames Abschlussbier genießen.

Nach dem Abendessen im Flugzeug haben wir uns alle total erschöpft zurück gelehnt und die meiste Zeit des Fluges geschlafen. Am Flughafen in Brüssel verabschieden wir uns und jeder geht seinen Weg nach Hause. Für mich bedeutete das noch vier Stunden Autofahrt. Um 12:00 Uhr kam ich dann müde und erschöpft, aber überglücklich Zuhause an und wurde sehr herzlich von meiner Familie in Empfang genommen.

Alles in allem war es ein sehr spannender, aufregender, aber auch anstrengender Einsatz bei dem ich viel mitgenommen, gelernt und nette Menschen kennen gelernt habe.

Ich freue mich schon auf den nächsten Einsatz. ■



FORTSETZUNG DER LEBENSMITTEL-VERTEILUNG AN ERDBEBENOPFER

Syrien
Bericht von Dr. Ali Al-Zakami
(vom 22.05. bis 10.06.2026)

Am 22.05.26, um circa 10:00 Uhr bin mit Auto nach Berlin gefahren und gegen 16:30 Uhr am Flughafen angekommen. Ich bin gleich zum Check-in gegangen, es gut und ca 19:45 Uhr flog die Maschine nach Istanbul ca. 11:50 Uhr angekommen. Ich habe meine Kollegen Ibrahim und Mohammed getroffen. Wir hatten Transit bis 07:15 Uhr am 23.05.26 geht die Reise weiter. Um 09:35 Uhr ist die Maschine gelandet. Am Flughafen muss ich Visum für 75 USD bezahlen – dann etwa eine Stunde auf die Koffer gewartet. Draußen wartete zahlreiche und Qais auf mich, die Familie von Ibrahim sowie Haythem.

Hartem gab uns das Geld mit 25.000 Dollar, davon sind 23.000 Dollar mit Ibrahim, 1000 Dollar Mohammed 1000 Dollar habe ich, 8000 Dollar okasha. Zaher, Qais und ich sind zum Frühstück bei Haythem eingeladen. Ca. 13:30 Uhr starteten wir die Reise weiter nach und erreichten um 19:00 Uhr lattakia. Wir haben bei Okasha gegessen und danach sind Okasha und ich zum Lager gefahren und haben die Aktion für nächsten Tage vorbereitet sowie den Transport für Ibrahim und Mohammed fertig gemacht.Ich bin ca. 23:00 Uhr ins Hotel gekommen. Um 07:00 Uhr wurde ich abgeholt und nach dem Frühstück haben wir in Al zagzagania Lattakia angefangen ,leider durften wir keine Fotos machen,weil wir keine Genehmigung von dem Ministerium für sozialaffair, bis 13uhr 15 haben wir Lebensmittelverteilungen geschafft und hatten die Pause bis 15uhr.danch sind wir in Alqangarah gefahren und haben bis 18uhr 30 Lebensmittelverteilungen. Wir sind danach zu lager 9gefahren und haben wir die Aktion für nächsten, in Al haffah,Baksa Antakia Straße. Die Familien die aus Aleppo, Deerazor und Hamah geflüchtet haben uns Gebieten kein Fot zu machen.bis um 13 Uhr haben wir Lebensmittel verteilt. Und danach sind wir nach Tal Kalahari gefahren ,wir haben Ibrahim und seine Leute dorthin getroffen und zusammen haben das Krankenhaus besucht. (über den Besuch wird Ibrahim berichten).Wir sind bis 17uhr da geblieben danach fuhren wir weiter nach lattakia. Am 25.05.26 verteilten wir in Banias und Alsnober in Djeblah.wir haben die aufgenommen und werden mit report zugeschickt.27.05.26 Opfer fest.pause 2 28.05.26sind wir in estamo und Al baidha.sowie mishgita bilder kommen noch.

30.05.26 gegen 9uhr starten wieder Baksa(Flüchtlingen familie aus Deerazor und Alregah)die Familien alles verloren und sind auch bei bekannten oder allein bei anderen familie aufgenommen. Zur Zeit sind Ferien sonst haben die Kinder keine Chance die Schule zu besuchen,viel Kindern sind traumatisiert und benötigen psychologische Betreuung.

31 05.26 um9uhr ging es wieder auf die arbeit in kilmacho ca.11uhr 30 warn fertig mit der verteilung dann sind wir ri chtung alfachkora weiter gefahren.es einigen Familien aus alregah und Aleppo, die seit wenigen Monaten geflüchtet. Gegen12uhr 45erreichten alfachkora und mussten von Haus zu Haus die Lebensmittel verteilen,ca 10minuten vor 17uhr waren fertig.

Am 01.06.26waren als Ziele Ain alaros und alruimiah, da wieder bienenfluchtlinge aus Alrega und dir alzor,die Kindern sind sehr ängstlich und haben sich hintern ihren Müttern versteckt. Wir konnten keine Fotos bei der Flüchtlingen aufnehmen, als ich gefragt habe, warum,sie haben einfach Angst das sie von ISIS erwischt werden.

02.06.26 das Ziel war Alsalihiah von 10uhr 13uhr haben wir Lebensmittel verteilt. Man kann kaum Erwachsene Männer zu sehen auch junge Männer die bis 18jahre alt sind entweder versteckt oder Liquidität oder ins Ausland geflüchtet.

Am Mittwoch den03.06.26 die Verteilung ist in Gangarah und Baksa gewiesen (die Familien sind neu geflüchtet (aus Alrega und Dir alzor)die Menschen sahen sehr ängstlich,müde und erschöpft. Ich habe einige Frauen uber die Lage gefragt und ihre Antwort war die gleiche ,wer nicht durch den Krieg starb ,verabschiedete sich





diese Katastrophe.eine sagte ,meine Man,meine Bruder und viele von unsere wohnumgebung sind entführt und wissen wir seit 8monaten nicht wo sie sind ,ob sie noch im leben sind oder Tod weiss man nicht. Am04.06.26 ,9uh30 angefangen in zagzagina bei Lattakia Lebensmittel bisb13uhr verteilt.

Ich bin Allah sehr dankbar das wir viele Menschen während diese schweren Situation geholfen haben.

Mein größeren Danke gelt an unsere Spiritualle Quelle für diese Arbeit Dr. EMMANOULIDIS VOrsitzende der Hammer Forum e. V. Mein großen Dank gelt für ADH und mitwirkende Menschen.

Ich bedanke mich bei den Geschäftsführer und unseren Direktor der Rehaklinik Heringsdorf Seebad für ihre Unterstützung. Ich bedanke mich für die einheitlichen freunde in Syrien, die mir viele geholfen, besonders die Familie Okasha. ■



WIEDER MAL EIN **EINSATZ IN IFUNDA**



Tansania
Bericht von Dr. Emmanouilidis (vom 07.06. bis 21.07.26)

1

Zuletzt waren wir 2021 in Ifunda, Tansania. Am 17. März 2025 rief mich Frau Monika Blaser (Projektgründerin?) an und fragte, ob das Hammer Forum wieder mal nach Ifunda / Tansania kommen könnte.

Wir haben intern darüber beraten und den Einsatz für Juni 2026 eingeplant. Am 11.November gab ich Frau Blaser den Einsatztermin bekannt. Ifunda lieg ca. 1.880 Meter hoch. Dementsprechend ist es im Juni (Winterzeit dort) ziemlich kühl. In der Nacht sank die Temperatur bis auf 13 Grad. Die Flugzeit einschliesslich Umsteigezeit von Düsseldorf bis Dar Es Salaam dauerte16,5 Stunden. Um 02:25 Uhr am nächsten Tag landeten wir dort. Nachdem wir die Visa und unsere Koffer bekommen haben, sind wir mit dem Bus losgefahren. Nach circa sieben Stunden erreichten wir die Stadt Mikumi. Dort haben wir an einem Hotel gehalten. Nach dem Mittagessen sind wir weitere sieben Stunden gefahren, bis wir am Zielort Ifunda angekommen sind. Die einspurige

Strasse wird vor allem von Schwerlastern befahren. Sie ist die einzige Nord-Süd Strasse, die nach Sambia, Malawi, Mosambik und DR Kongo führt.

In Ifunda haben wir in der Ifunda-Mission gewohnt. Von da aus läuft man circa fünf Minuten bis zum kleinen Gesundheitszentrum mit zwei OP-Sälen. Das gesamte Krankengut im Kindesalter ist nicht so differenziert. Etwa die Hälfte der Kinder hatte krumme Beine bedingt, durch Rachitis ,Klumpfüsse und Kontrakturen nach Verbrennungen. Die andere Hälfte verschiedene Hernien.

Am 09.06 sind wir zum Gesundheitszentrum gegangen. Vor dem Eingang warteten die Eltern mit Ihren Kindern auf uns *(Foto 1)*.

Klinische Fälle

Der sechsjährige Junge erlitt vor fast zwei Jahren Verbrennungen am Unterarm und an der linken Hand. Die Haut an der Streckseite des Unterarmes war stark betroffen. Sie war wie ein Panzer verdickt und nicht verschieblich; dadurch war die Hand in Pronationsstellung fixiert, und die Finger konnten nicht gestreckt werden. Nach einer knapp fünfstündigen Operation mit Vollhauttransplantation aus dem Unterbauch konnten wir ein zufriedenstellendes Ergebnis erzielen. Der fünfte Finger musste amputiert werden, weil er ankylotisch fixiert war *(Fotos 2–5)*.



2



3



4

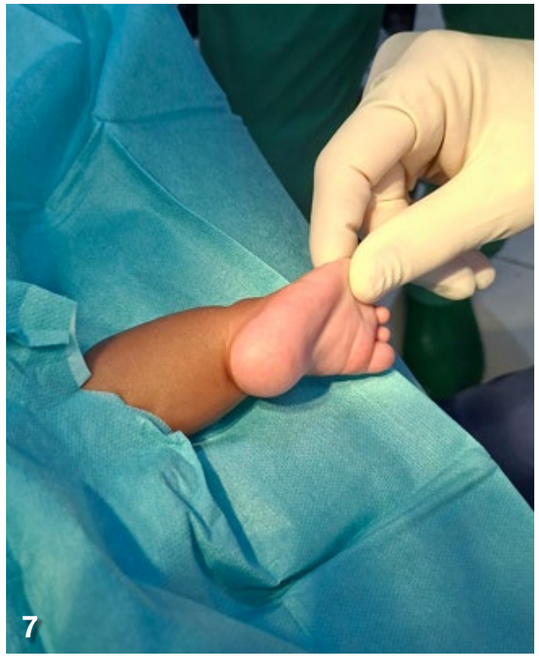


5

Ein fünf Monate alter Säugling mit extremen Klumpfüssen (fixierte Spitzfüsse). Beiderseits erfolgte Z-Tenotomie von knapp 3 cm. Nur so konnte die Stellung der Füsse korrigiert werden. Das intraoperative Ergebnis ist gut. Wir haben beiderseits Oberschenkelgips für drei bis vier Wochen angelegt *(Fotos 6–9)*. ⟶


6


8


7


9

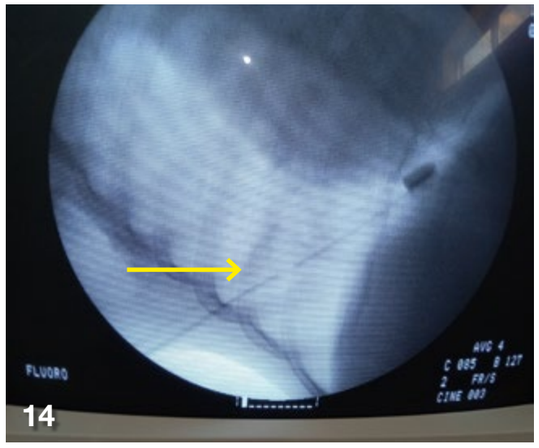
Wir untersuchten viele Kinder mit krummen Beinen, Ricketts-Syndrom (Rachitis). Bei neun Kindern führten wir Ober- oder Unterschenkel Osteotomien durch.

Der 18 Monate alte Junge hatte eine grosse Scrotalhernie auf der linken Seite. Die Operation und Narkose liefen soweit normal. Auf dem Weg zum Extubieren gab es Probleme. Trotz entsprechender Massnahmen konnte er nicht beatmet werden, die Sauerstoffsättigung war sehr niedrig, sodass er reanimiert werden musste. Nach und nach schwoll die linke Gesichtshälfte an, der Bauch wurde etwas dicker und es bildete sich Anasarka (Ödem) im Gesicht und Emphysem (Luft unter der Haut) im rechten Hodensack. Sonographisch konnten wir auch Luft im Abdominalbereich nachweisen. Wir durchleuchteten den Thorax und stellten beiderseitig massiven Pneumothorax – gelbe Pfeile – (Luft zwischen der Lunge und der Thoraxwand) fest, legten Drainage in der Pleuraraum. Alle Massnahmen konnten nicht helfen, Nach 50 Minuten Reanimation verstarb das Kind. Wie es zum beidseitigen Pneumothorax gekommen ist, und wieso nur einseitige Gesichtsschwellung und woher die Luft im Abdomen kam, können wir nicht erklären *(Fotos 12 – 14)*. Der Tod dieses Kindes hat uns sehr betroffen und belastet. →


12



13



14


Valgus (X-Beine)


Varus (O-Beine)

ZUSAMMENFASSUNG

In neun Tagen konnten wir 168 Kinder untersuchen und davon 63 operieren. Unter den Eingriffen befanden sich auch neun Osteotomien, die wir erfolgreich durchführen konnten. Der Patientenzulauf war ungleich verteilt: Während die erste Woche voll ausgelastet war, kamen in der zweiten Woche täglich nur noch ein bis maximal drei Kinder. Aus diesem Grund war unser Operationsplan leider nicht ganz ausgefüllt.

Die Zusammenarbeit mit dem einheimischen Personal war durchweg sehr gut. Es gab lediglich eine Ausnahme: Ein Mitarbeiter verschwand zwischendurch, ohne uns zu informieren. Er ging am Donnerstag, den 11. Juni, und kam erst am Montag darauf wieder zurück. Als Grund nannte er mir, dass er müde von der Arbeit in seinem Garten war und am Abend noch Fußball geschaut hatte. Alle anderen Helfer haben uns jedoch unterstützt, wo sie nur konnten. Für diesen großartigen Einsatz möchten wir uns auch auf diesem Weg ganz herzlich bedanken.

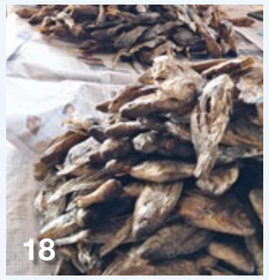
In der Mission fühlten wir uns außerordentlich wohl. Das Küchenpersonal hat uns regelrecht verwöhnt, und das Essen hat immer hervorragend geschmeckt. Dr. Raymond, der Priester, und seine Mannschaft waren stets für uns da und immer sehr freundlich.

Am Sonntag haben wir alle gemeinsam den Gottesdienst besucht. Es war wieder einmal ein wunderschönes Erlebnis, an einer so dynamischen und lebhaften Messe mit viel Gesang und Tanz teilzunehmen. Wir wurden sogar extra nach vorne gebeten, um uns vorzustellen, und die Gemeinde hat uns mit großem Applaus herzlich begrüßt.

An einem Morgen kam eine Mutter zusammen mit ihrer eigenen Mutter und ihrem Kind, das von uns operiert


16


17


18


19

worden war, vorbei. Sie bedankte sich mit Bananen und Orangen bei uns *(Foto 16)*. Wir haben uns sehr über diese nette Geste gefreut.

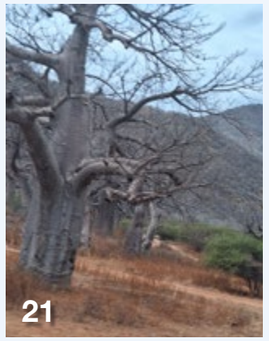
Nach dem Gottesdienst sind wir zum rund 50 Kilometer entfernten Markt nach Iringa gefahren. Dort gab es ein reichhaltiges Angebot an Obst, Gemüse, getrocknetem Fisch und vielem mehr. Man kann dort praktisch alles kaufen, was man zum Leben braucht *(Fotos 17–19)*.

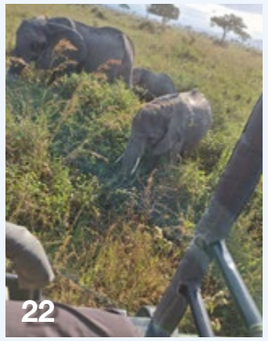
Von der Mission wurden wir offiziell mit einer sehr schönen Torte verabschiedet *(Foto 20)*. Wir danken herzlich für diesen netten Abend. Am 19. Juni sind wir mit dem Bus bis nach Mikumi gefahren. Dort übernachteten wir in einem Hotel, das von einem Schweizer betrieben wird. Unterwegs durch die Berge konnten wir die wunderschöne Landschaft beobachten. Unsere Fahrt führte uns praktisch zwischen zwei Bergketten hindurch. Auf einem etwa 15 Kilometer langen Teilstück wachsen an beiden Berghängen ausschließlich Affenbrotbäume. Einen solchen Monokultur-Wald habe ich noch nie gesehen *(Foto 21)*.

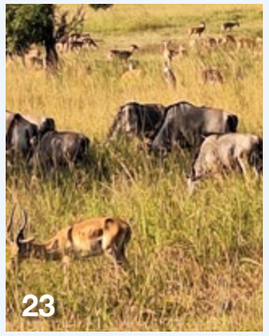
Wir haben in Mikumi die Zeit genutzt und am nachmittag einen zweistündigen Safari -Tripp unternommen. Wir konnten neben Elefanten, Giraffen, Antilopen, Gnus,

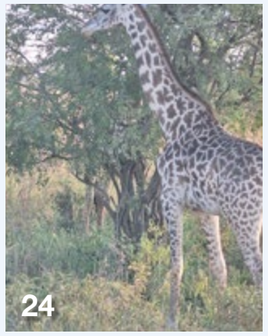

Operation


20


21


22


23


24

Zebras, Löwen, Wildschweine, Marabus, Nilpferden und kleinen Python auch viele Paviane auf der Strasse sehen *(Fotos 22–24)*. Dies hat für die Strapazen – 14 Stunden mit dem Bus von Dar Es Salaam nach Ifunda und zurück – entschädigt.

Zum Schluss möchte ich dem gesamten Team für das angenehme Arbeitsklima, den starken Zusammenhalt und die großartige geleistete Arbeit danke sagen. ■


Das Team (v. r.): Frau N. Niedertubbering Studentin, Frau Dr. R. Tonkaboni (Kinderärztin), Frau Dr. S. Ellermeier (Anästhesistin), Herr Ch. Schieckel (Anästh.-Helfer), Herr Dr. Th. Emmanouilidis (Chirurg), Frau Dr. K. Lawerenz (Kinderchirurgin), Frau Dr. K. Rüsse (Anästhesistin), Frau U. Deutsch (Op-Schwester).



STEINIGE ZEIT VOR DEM EINSATZ UND DER DIEBSTAHL

Guinea-Bissau
Bericht von Drs. Th. Emmanouilidis und E. Schlüter (vom 30.09. bis 10.10.2026)

Der Einsatz wurde bereits im November 2025 festgelegt und mit dem Begleiter vor Ort, Herrn Dr. Lino, besprochen. Herr Dr Lino bereitete und organisierte immer alles für den Einsatz vor Ort. Leider antwortete Herr Dr. Lino aber seit Juli weder schriftlich noch mündlich auf meine Mails, WhatsApp-Nachrichten und auf meine Anrufe. Nach gut zwei Monaten bekam ich eine kurze Nachricht, dass er alles soweit vor Ort organisiert hat, aber er selbst könne in der Zeit nicht dabei sein, weil er in einer anderen Stadt von Juni bis Mitte Oktober mit einer anderen Organisation zur Aufklärung der Bevölkerung tätig sein würde.

Wir konnten das nicht verstehen und haben ihn täglich mit Fragen bombardiert und gebeten zumindest die ersten zwei Tage dabei zu sein, weil wir vor Ort keine/n Dolmetscher/in haben.

Wir überlegten, den Einsatz zu stornieren, weil dort im Hospital das gesamte Personal kein englisch spricht und der grösste Teil der Menschen mit ihren Kindern nicht mal Kreol, die zweite Amtssprache, spricht. Letztlich hat Dr. Lino mit dem Leiter der Organisation gesprochen und er durfte sogar die ganze Zeit bei uns und mit uns zusammen sein.

Wir waren so erleichtert und haben Dr Lino einen Dank dafür gesendet. Wir landeten früh morgens unausgeschlafen und ziemlich müde mit Royal Air Maroc in Bissau. Dr. Lino war da, wir fuhren gleich mit einem Bulli und mit dem Wagen von Dr Lino nach Gabu. Nach knapp 5,5 Stunden erreichten wir unseren Zielort.

Nachdem wir drei Personen im Haus und der Rest im Hotel etwas ausgeruht haben, gingen wir in das Hospital, um alles für den nächsten Tag vorzubereiten. Wir Chirurgen untersuchten die auf uns wartenden Kinder *(Foto 1)*, die übrige Mannschaft bereitete die OP-Säle (Narkosegeräre, Monitore, und OP-Instrumente usw.).

Uns begleitete diesmal auf eigenen Wunsch ein Nicht-Mediziner, Selbstzahler, Herr Hannes Zahner (Referent Humanitäre Auslandshilfe Abteilung Migration und Internationale Kooperation) vom paritätischen Gesamtverband.



Zwischendurch wurde ich von dem neuen Direktor des Hospitals zu einem Gespräch gebeten. Im Gespräch waren noch drei Verwaltungsangestellte und Dr. Lino dabei.

Es war diesmal ein gutes und konstruktives Gespräch. Der Direktor wollte uns begrüßen und uns informieren, dass im Gelände des Hospitals ein neues hohes Gebäude errichtet werden wird. In dem Gebäude sind auch OP-Säle vorgesehen. So wurde unser Wunsch nicht erfüllt, nämlich dem Hammer Forum das neue Gebäude direkt neben der Verwaltung, in dem nur Müll und kaputte Geräte untergebracht sind, zu übergeben.

Der Direktor versprach ein bis zwei Assistenzärzte zu uns zu schicken, um mit uns zusammen zu arbeiten. Leider auch diesmal sind keine Kollegen zu uns gekommen. Somit bleibt alles wie bisher. Sie können unsere OP-Säle nicht benutzen, weil sie die Narkose- und Koagulationsgeräte nicht bedienen können. Das Instrumentarium muss auch entsprechend gepflegt werden. Wir haben erfahren, dass der Gesundheitsminister bisher das Hospital über unser Gespräch, das wir letztes Mal mit ihm geführt haben, auch nicht informiert hat.

Klinische Fälle

Mehrmals berichteten wir über die krummen rachitischen Beine der Kinder. Bisher waren es ca. 40 %, jetzt sind es maximal 15 %. Das liegt daran, dass viele davon nicht gekommen sind. Die 15 %, die jetzt untersucht wurden, kommen fast alle die letzten drei Tage des Einsatzes.





Dieses neun Jahre alte Mädchen *(Foto 2)* untersuchten wir zum ersten Mal. Wir ordneten Röntgen der Beine an. Leider kam das Kind nicht wieder zu uns. Wahrscheinlich deshalb: Das Röntgen kann weder in Gabu noch im nächsten Hospital in Bafata geröntgt werden, die Maschinen sind kaputt.

Zum Röntgen müssen die Kinder nach Bissau, circa 195 Km oder Mansoa, circa 140 Km entfernt, gebracht werden. Das kostet viel Zeit mit dem Bus hinzufahren und Geld nicht nur fürs Röntgen, sonder auch für denTransport. Deshalb fahren einige Eltern nicht hin.

Bei einem Kind *(Foto 3)* führten wir am rechten Bein eine Osteotomie zur Korrektur der Beinkrümmung durch. Der 14-jährige Junge klagte seit über 1,5 Jahren über Schmerzen in linken Unterschenkel. Der Unterschenkel ist stark geschwollen und belastungsund druckschmerzhaft. An der Innenseite ist eine Fistel *(Foto 4, rote Pfeile)*, aus der unter leichtem Druck Eiter fliesst. Wir operierten und konnten viel Eiter aus dem Markkanal des Schienbeins ablassen. Anschliessend legten wir Refobacinkette (Antibiotikum) hinein.





Wegen Schwellung mit leichten Schmerzen wurde das dreijährige Mädchen erst von einem Medizinmann einige Wochen lang mit grünen Pflanzenblättern behandelt. Das half nicht, das Bein wurde dicker und auf der Haut haben sich ziemlich viele Blasen gebildet *(Foto 5)*. Zwischen der Blasen konnte man noch die grünen Restblätter sehen. Die Haut des Unterschenkels ist ziemlich verdickt und sehr schmerzhaft. Wegen Schmerzen konnte das Kind das Bein nicht mehr belasten. Wir inzidierten grosszügig und führten gleichzeitig Fasciotomien an der Streckseite des Unterschenkels durch und ordneten Antibiotikum an. Drei Tage später war die Schwellung abgeklungen. Wir konnten dann die Inzisionsschnitte mit Nähten adaptieren. →



6

Der siebenjährige klagte seit über einen Zeitraum von zwei Jahren über ausgeprägten Juckreiz und leichte Schmerzen an beiden Füssen. Der Junge trug Plastikschuhe ohne Socken. Die Hautareale, die in direktem Kontakt mit dem Kunststoffmaterial standen, waren trocken, schuppig und mit Rhagaden belegt. Klinisch zeigte sich das typische Bild eines allergischen Kontaktekzems *(Foto 6)*. Wir haben der Mutter empfohlen, ab sofort sollte das Kind keine Plastikschuhe tragen, die betroffenen Hautareale gründlich reinigen und öfters eincremen, und wenn möglich, sollte das Kind Strümpfe aus Baumwolle tragen. Bei dem elfjährigen Jungen haben wir vor 1,5 Jahren wegen Varusstellung (O-Beine) eine Osteotomie im linken Oberschenkel durchgeführt. Vor gut sechs Monaten ist bei einem Unfall sein Oberschenkel gebrochen. Er wurde nicht zum Arzt gebracht. Jetzt wurde er wieder zu uns gebracht, um die geplante Osteotomie am rechten Bein durchführen zu lassen. Wir haben die Mutter aufgeklärt, dass auch der linke Oberschenkelknochen wieder korrigiert werden muss, weil die Biegung ziemlich stark ist und sich mit dem Wachstum nicht ganz korrigieren wird. Diese soll nächstes Jahr stattfinden *(Foto 7)*.



7



ZUSAMMENFASSUNG

Wir kamen am 01.10. in Gabu an. Ich blieb mit zwei anderen im Haus und ging erst gegen 12:30 Uhr ins Hospital. Bevor wir mit Untersuchen der Kinder beginnen, ziehen wir uns um. Es gibt neben den OP-Sälen Spindschränke. Einer davon ist seit Jahren für mich reserviert. Dort konnte ich mich auch umziehen. In den Spind passen nicht unsere Klamotten. Die Wertsachen aber können wir dort platzieren.

Das Team (v. r.): Frau Janna Stölting (Anästh.-Schwester), Frau Katharina Donhauser (Weiterbildung Anästh.), Frau Janka Markovicova (Anäst.-Schwester), Frau Dr. K. Lawerenz (Kinderchirurgin), Frau Julia Güttler (OP-Schwester), Herr Dr. E. Schlüter (Anästhesist), hinten: Herr Hannes Zahner (Referent Humanitäre Auslandshilfe, Abteilung Migration und Internationale Kooperation), Frau Dr. P. Mertenskötter (Anästhesistin), Frau E. Siemens (OP-Schwester), Herr Dr. Th. Emmanouilidis (Chirurg).

Die Chirurgen untersuchen die Kinder. Die anderen bereiten die OP-Säle für den nächsten Tag vor. Nachdem sie fertig waren, sind sie ins Hotel gegangen. Ich blieb mit Dr. Lino in der Ambulanz, circa eine Stunde später fuhr ich mit dem Auto nach hause. Am nächsten Tag sollten wir mit den Operationen erst nach 10:00 Uhr anfangen. Wir untersuchten drei Kinder. Danach habe ich Dr. Lino gefragt, wie viel Geld er auf das Hammer Forum Konto überwiesen hat. 1,2 Mio. CFA sagte er. OK, dann werde ich dir gleich dafür das Geld in Euro, circa 1800 € geben. Ich ging zum Spind und holte meine Gürteltasche. Als ich diese vor den Augen von Dr. Lino öffnete und ein Bündel Geldscheine rausholte, konnten wir nicht glauben, was ich in der Hand hielt. Ich sah hin und war schockiert. Es war ein dickes Bündel Geldscheine aus Angola *(Fotos rechts)*. Auf der anderen Seite war noch eine etwas kleinereTasche, auch mit Reißverschluss. Darin hatte ich einige Dollarscheine, nicht als Bündel und ohne Gummi versehen, gelegt. Diese hat derjenige, der/die größere Summe geklaut hat, übersehen.

In dem Raum, wo die Spinde sind, kann man von hinten hinein kommen. Ich konnte mich erinnern, dass ich zwei Schwestern an der Zwischentür gesehen habe, die hintereinander rein gekommen sind und jemanden suchten. So können natürlich auch andere Personen hinein kommen. Ich konnte mich leider nicht erinnern, ob ich auch am ersten Tag den Spind abgeschlossen habe. Der/die das Geld entwendet hat, muss sicher gewusst haben, dass ich in der Gürteltasche Geld habe und gezielt drauf gewartet hat. Er/sie tat ein dickes Bündel Geld hinein (es waren 100 Fünfziger Scheine angolanisches Geld) in der Tasche, damit ich das nicht so schnell merke, wenn ich die Tasche hole, weil die Tasche fast genau so dick war, wie ich sie in den Spind gelegt habe. Wir haben dann die Polizei angerufen. Wir meinten danach, es hat sowieso keine Konsequenz. Zweimal wurde in unser Haus eingebrochen, randaliert und beide Male wurde fast das Haus ausgeräumt, die Polizei war da und bisher hat sich die Polizei nicht mal gemeldet. Jemand von uns meinte, eigentlich müssten wir den Einsatz abbrechen und das Projekt schliessen. Ich sagte, was können die Kinder dafür? Derselben Meinung war das Team auch. Unsere Laune war an dem Tag dementsprechend. In Guinea Bissau ist im Oktober noch Regenzeit. Es hat viel geregnet. In knapp acht Tagen konnten wir 168 Kinder untersuchen und 65 davon operieren. Unter den Operierten war ein Kind mit Hirschsprung (angeborene Fehlbildung des Dickdarms – fehlen von Nervenzellen). Wir führten Osteotomien durch und operierten drei Osteomyelitis-Kinder.

Die ersten sechs Tage kamen überwiegend Kinder mit Hernien. Danach kamen einige Kinder mit krummen Beinen (rachitische Kinder). „Die Anästhesie: die meisten der 65 kleinen Patientinnen und Patienten, die operiert wurden, machten keine Probleme. Einige Kinder allerdings kamen mit Infekten der Atemwege, deren Ausmaß sich erst nach der Narkoseeinleitung so richtig zeigte. Aber auch sie konnten sicher narkotisiert und nach verlängerter Überwachung im Aufwachraum mit ihren Eltern das Krankenhaus wieder verlassen. Zwei Kinder mussten nach größeren Darmeingriffen mehrere Tage auf der Kinderstation bleiben. Dort wurden sie von uns bedarfsgerecht mit Schmerzmitteln, Antibiotika und Infusionen versorgt. Erstmals konnten wir bei diesem Einsatz ein neues Gerät – das „epoc® Blutgasanalysesystem“ – einsetzen. Das Gerät wiegt nur etwa 750 Gramm und ermöglicht es, direkt am OP-Tisch bzw. am Krankenbett Laboruntersuchungen durchzuführen. Dieses Verfahren wird als POCT (Point Of Care Testing) bezeichnet. Innerhalb weniger Minuten können damit 13 Laborwerte gemessen und einige andere berechnet werden. Der Einsatz dieses Gerätes ist besonders sinnvoll bei länger dauernden Operationen, die mit größeren Blut- und Flüssigkeitsverlusten einhergehen können. Auch die Grenzen von epoc® durften wir kennenlernen: Beim ersten Versuch ließ das Gerät die gewünschte Messung nicht zu, da die Saaltemperatur die 30° C-Grenze überschritten hatte – hier schaltet sich das Gerät ab. Nach 15-minütiger Zwischenlagerung im Kühlschrank konnte die Untersuchung dann problemlos durchgeführt werden.

Fazit: Der Einsatz in Guinea-Bissau verlief erfreulicherweise ohne medizinische Zwischenfälle. OP- und Anästhesie-Team arbeiteten wieder immer sehr gut zusammen. Dafür sei ihnen allen an dieser Stelle nochmals herzlich gedankt.“

Herr Dr. Lino organisierte und begleitete uns auch diesmal. Wir sagen: „Danke Lino, dass du es möglich gemacht hast, uns zu begleiten“. Dem gesamten Team möchten wir danke sagen, allesamt haben überall geholfen, wo es nötig war. Extra Dank gebührt dem OP-Personal, sie haben viel improvisieren müssen, damit wir operieren können. Zum Schluss danken wir Herrn Zahner, der als nichtmedizinisch belastet, aber aktiv mithalf, wo er konnte. Er hatte sich die Sterilisations-Maschine zur Brust genommen, danach lief sie wie eine Schweizer Uhr. ■

RUPPRECHT



HAUSNOTRUF

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

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

REHA-/HERZ-/LUNGENSPORT
SPORTKURSE
PRÄVENTION
APM MACH PENZEL
MASSAGE
PHYSIOTHERAPIE
EROGTHERAPIE

PHYSIO & ERGO FIT HAMM GmbH

Gesundheitszentrum
Physio & Ergo Fit Hamm GmbH
Fangstr. 8
59077 Hamm-Herringen
Tel.: 02381 - 37 81 11

Kostenlose PARK-PLÄTZE am Haus

Einfach informieren.

KOMPLEXE KOMMUNIKATION EINFACH MACHEN.

www.einfach-wilke.de

Wilke
Einfach kommunizieren.

DIGITAL
PORTAL
DRUCK
AKADEMIE
AGENTUR
VERLAG



PHYSIO & ERGO FIT HAMM

PHYSIOTHERAPIE · ERGOTHERAPIE
REHASPORT · HERZSPORT
PRÄVENTION · KURSE ·
T-RENA · RÜCKENZENTRUM
KG ZNS NACH BOBATH
FÜR BABYS UND KINDER

Kostenlose PARK-PLÄTZE direkt am Haus



Gesundheitszentrum
Physio & Ergo Fit Hamm GmbH
Fangstr. 8
59077 Hamm-Herringen
Tel.: 02381 - 37 81 11

PHYSIO & ERGO FIT HAMM GmbH

Entdecken.
Ausprobieren.
Weiterkommen.

vhs Volkshochschule Hamm

Das neue Programmheft ist da!

Als Heft zum Mitnehmen und online unter www.vhshamm.de

VHS Hamm
@vhshamm

Hammer Forum
Medical Aid for Children e. V.

HERAUSGEBER
HAMMER FORUM e. V.
Dr. Theophylaktos Emmanouilidis,
Klaudia Nußbaumer,
Caldenhofer Weg 118
59063 Hamm
Tel. 02381 - 8 71 72 - 10
Fax 02381 - 8 71 72 - 19
info@hammer-forum.de

www.hammer-forum.de

FOLGEN SIE UNS AUCH AUF SOCIAL MEDIA
instagram.com/hammerforum
facebook.com/hammer-forum

HAMMER FORUM
Medical Aid for Children

LAYOUT
HOCH5 GmbH & Co. KG
Zum Stellwerk 10
32257 Bünde
Tel. 05223 - 49 39 00
info@hoch5.com
hoch5.com

ISSN: 2191-3080

DZI Spenden-Siegel
Aktion Deutschland Hilft

SPENDENQUITTUNGEN
Das HAMMER FORUM ist als gemeinnützige und mildtätige Organisation anerkannt. Spenden sind steuerlich absetzbar. Beträge bis 200 Euro werden auch ohne Zuwendungsbestätigung bei Vorlage des Kontoauszuges in Kombination mit dem Spendenaufruf vom Finanzamt anerkannt.



Spendenkonten

Sparkasse Hamm
IBAN: DE33 4105 0095 0004 0701 81
BIC: WELADED1HAM

Volksbank Hamm
IBAN: DE35 4416 0014 0108 5050 00
BIC: GENODEM1DOR

Volksbank Herford-Bünde
IBAN: DE07 4949 0070 0150 7313 00
BIC: GENODEM1HFV

BEITRITTSERKLÄRUNG

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

Name, Vorname

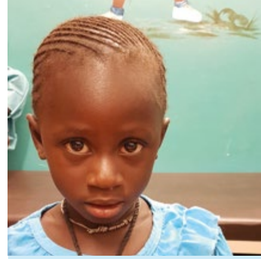
Straße, Hausnummer **PLZ, Ort**

E-Mail **Geburtsdatum**

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

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

Datum, Unterschrift



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

IHRE SPENDE **HILFT!**

Zu Beginn des Folgejahres erhalten Sie eine Jahresspendenquittung.

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

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

Meine Bankverbindung lautet:

Kontoinhaber **Kreditinstitut**

BIC **IBAN**

Ort, Datum **Unterschrift**

hoch5.com

SEPA-Überweisung/Zahlschein

Für Überweisungen in Deutschland und in andere EU-/EWR-Staaten in Euro.

Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts | BIC

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

IBAN
DE33410500950004070181

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

Betrag: Euro, Cent

Kunden-Referenznummer - Verwendungszweck, ggf. Name und Anschrift des Zahlers
KINDER2-26

noch Verwendungszweck (insgesamt max. 2 Zeilen à 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 2 Zeilen à 35 Stellen)

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

IBAN
DE 08

Datum | Unterschrift(en)

LaserWare LW 0107/LW 0257



LAUFENDE **PROJEKTE**

DR Kongo
Griechenland
Guinea Bissau
Jemen
Palästina
Somaliland
Syrien
Tansania

ABGESCHLOSSENE **PROJEKTE**

Afghanistan
Albanien
Angola
Bosnien-Herzegowina
Burkina Faso
Eritrea
Irak
Kosovo
Libanon
Sri Lanka
Südsudan
Tschetschenien
Uganda