Einbruch in unser gemietetes Haus in Gabu/Guinea-Bissau und Vandalismus pur.
Einsatz vom 13.09. bis 27.09.2025
Von Drs Emmanouilidis und Schlüter

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, wissen 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 13.9 um17:55 mit Air Maroc nach Guinea Bissau. Wir landeten in Bissau um 01:10 morgens. Dr Lino hatte alles organisiert und uns abgeholt. Gegen 02:45 konnten wir los fahren. In Gabu ,unser Zielort ca. 190Km 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 2 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 o.k 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 ca. 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 Kinde,r 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 4 Stellen gefistelt. Behandelt wurde er bisher von einem Medizinmann 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 Darmspiegel (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 gesamt Ileum halb so dick wie ein Bleistift und absolut leer).
Der gesamter Dickdarm bis zum Mastdarm war atrophisch, es war praktisch ein ca. 2 mm weisser Strang ohne Lumen. Mastdarm fast normal.
Wir legten einen Dünndarm Ausgang 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 linkenKnie, 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 2 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 Gabu/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 Wittel, Medizinstudent aus Düsseldorf. 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 v.a. die Atemgasmonitore, die immer neu gestartet werden mussten, was einige Minuten dauerte. In der Zwischenzeit konnten die CO_2- 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 –d.h. 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 funktionieren 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 4 Analmissbildungen, 8 Osteotomien mit und ohne Metallentfernung, 2 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-Schwestern 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 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.

1.

2.

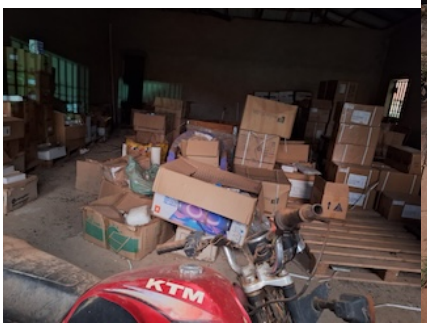
3.

4.

5.

6.

7.



8.

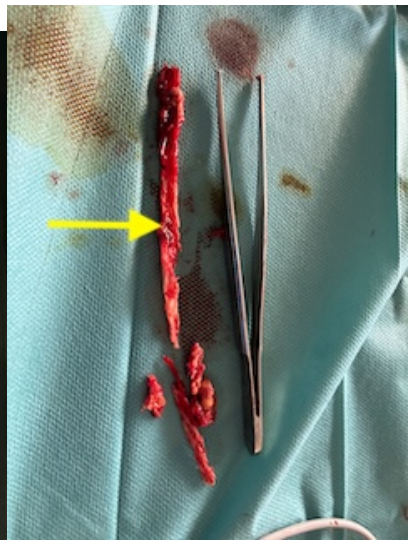
9.

10.

11.

12.

13.



14.

15.

16.

17.

18.

19 .

20.

21.

22. Das Team von rechts: Herr Moritz Gitter, (Student), Herr P. Wüst (Anästh. Helfer), Herr Dr Lino, Frau E. Siemens (Op-Schwester), Frau J. Güttler (Op-Schwester), Frau M.Spilker (Ansät. Schwester), Frau Dr. S. Kellermeier (Anästhesistin), Herr Dr. M. Heino, (Kinderurologe), Herr Dr. E. Schlüter (Anästhesist), Herr Dr Th. Emmanouilidis (Chirurg).