

# Somaliland: die anders funktionierende Gesellschaft

26.2.bis 09.3.24

Von Dr Emmanouilidis



1.

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

Seit der Unabhängigkeitserklärung besteht in Somaliland eine relativ stabile Demokratie, während in Somalia Bürgerkrieg und Anarchie herrschen.

In Somaliland besteht weiterhin die Todesstrafe, und die Genitalverstümmelung bei Mädchen und Frauen ist verbreitet.

Das Land ist sehr arm, die Wirtschaft basiert auf Viehzucht, auf Einnahmen im Hafen von Berbera, Geldüberweisungen von den im Ausland lebenden Somaliländer und der Fischerei.

Das Land hat eine eigene Währung und Militär. Wird aber nur von Taiwan und Swasiland anerkannt.

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

Wir haben auch jetzt den Eindruck, dass die Menschen in Somaliland trotz Krise, Klimawandel und Armut aktiv ihr Land entwickeln wollen. Im Gesundheitswesen stellen wir trotz Geldmangels leichte Verbesserungen fest.

In Hargeysa, der Hauptstadt von Somaliland, gibt es 18 Privatkliniken mit Betten und 6 staatliche Hospitäler, daneben noch viele Privatpraxen und Institute wie Röntgen, MRI und CT sowie Laborpraxen.

Da zwischen Äthiopien und Somalia Spannungen bestanden, sind wir diesmal mit Emirates Airlines nach Somaliland geflogen.

## Klinische Fälle

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



2.

Im Zentrum des grossen (9x7cm) blumenkohlartiges Hämangiom entstand zuerst eine kleine Nekrose, die sich infizierte und blutete. Nach antibiotischer Behandlung bildet sich die Entzündung zurück, in der Mitte entstand eine grosse Wunde. Wir konnten das Hämangiom ganz entfernen und nach Mobilisierung der Haut den grossen Hautdefekt primär verschliessen Fotos 3-4.



3.



4.

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



5.



6.

Die 16-jährige erlitt vor 4 Jahren schwere Verbrennungen . Sie lag fast 6 Monate in einem Hospital. Auch bei ihr erfolgte keine Physiotherapie. Die Physiotherapie müssen die Eltern bezahlen. Vielleicht wurde deshalb keine gemacht. Es gibt im staatlichen grossen Hospital eine Physiotherapie-

Abteilung und auch private Praxen in der Stadt. Nach fast vierstündiger Operationszeit konnten wir die Narben lösen, die Unterhautschwarten teilweise mit Hautnarben entfernen, die Haut soweit mobilisieren, sodass wir nur mit einem deutlich kleineren Hauttransplantat den Defekt schliessen konnten. Fotos 7-8. Anschliessend bastelten wir mit Pappe und Gips eine Abduktionsschiene, die wir an der Thoraxwand mit elastischen Binden und Peha-Haft-Fixierbinden fixierten. Diese Schiene soll erst nach 8-9 Tagen entfernt werden, Foto 9 am fünften Postoperativen Tag.



7.



8.



9.

Vor vier Jahren erlitt der Junge einen schweren Unfall. Jetzt kam er mit einer schweren Angylose (Gelenksteife) im Handgelenk und harten Narben an der Innenseite des Handgelenkes. Wir haben seine Eltern aufgeklärt, dass wir nach so langer Zeit und bei einem solchen Befund versuchen werden, die Hand am Handgelenk operativ zu strecken, vorausgesetzt, dass die Sehnen intakt sind. Nach Entfernung der Narbengewebe und Freilegung aller Sehnen



fürten wir eine Verlängerungs-Tenotomie durch. Der grosse Hautdefekt wurde mit Vollhauttransplantat verschlossen und das Handgelenk mit einer Gipsschiene ruhig gestellt Fotos 10-11.

Im Dezember 2022 kam das 4-jährige Kind mit dem Röntgenbild Foto 12 mit einer fistelnden Knochenentzündung zu uns. Wir operierten und entfernten die Bruchenden, reinigten die pathologische Fraktur, legten Zementkette und fixierten das Bein in einem Gips. Im Juni 2023 konnten wir den Knochen mit einer Platte stabilisieren, im Dezember 2023 das Metall entfernen. Jetzt kam das Kind erneut um danke zu sagen. Wir haben röntgen lassen. Der Knochen ist stabil und die Entzündung geheilt Fotos 13-14.



12.



13.



14



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

15.



Bei diesem 14 Monaten alten Kind mit Anusektomie (Fehlbildung des Anus: Anus befand sich an der Spitze des gelben Pfeils Foto 16), konnten wir den Endarm an seine richtige Stelle bringen. Insgesamt haben wir bei diesem Einsatz 5 Analatresien durch Ano-Rekto-Plastik nach Pena , allerdings modifiziert- wir durchtrennen dabei nicht den Schliessmuskel- operiert.

16.



Foto 17. Operieren eines tennisballgrossen entzündlichen Konglomerats im Douglasraum, hervorgerufen durch perforierte Appendizitis (Blinddarmentzündung).

## Zusammenfassung

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

Uns haben zwei kleine Kinder beschäftigt. Das eine, 2 Jahre alt, wurde von den Eltern aus einem ca. 350 Km entfernten Ort gebracht. Das Kind war über 2 Monate krank, hatte hohes Fieber, das rechte Bein war stark geschwollen und der Fuss war blau verfärbt. Zwei Wunden am Fussrücken, offenes Kniegelenk an der Innenseite und beginnende Knochennekrosen. Wegen Geldmangels waren sie zum Medizinmann gegangen, er behandelte das

Kind mit Salben. Das Kind war apathisch und lutschte die ganze Zeit am Daumen.

Das Bein war nicht zu retten, wir mussten den Eltern sagen, dass nur eine Beinamputation infrage käme. Der Vater stimmte zu. Die Mutter sagte die ganze Zeit nichts. Das Kind sollte zuerst Infusion bekommen. Wir wollten die Amputation im Laufe des Nachmittags durchführen. Statt das Kind zur Station zu bringen, nahm die Mutter das Kind mit und ging zurück nach Hause. Wir konnten nichts tun, und der Vater blieb ratlos zurück.

Ähnlich verlief es bei dem zweiten Kind.

Das 4 jährige Mädchen klagte ca. 6 Wochen lang über heftige Oberbauchschmerzen und erbrach alles, was sie zu sich nahm. Sie wurde von mehreren Ärzten in Praxen und Kliniken untersucht. Viele Medikamente wurden rezeptiert. Nichts half. Inzwischen war das kleine Mädchen ziemlich abgemagert. Alle Befunde einschliesslich Labor waren normal. Wir führten Ultraschalluntersuchung durch und ordneten Röntgen des Magen-darmkanals an. Auch diese Untersuchungen waren normal. Das Kind brauchte dringend Flüssigkeit, deshalb sollte es stationär bleiben. Der Vater, der in England lebt, war einverstanden. Die Mutter sagte nichts dazu. Die Mutter sollte das Kind anschliessend zur Station bringen, statt dessen nahm sie das Kind mit und ging nach Hause. Der Vater war immer noch bei uns in der Ambulanz. Er erfuhr das in der Ambulanz und war überrascht und sagte „was soll ich dazu sagen“. Er erzählte weiter, dass er mit 2 erwachsenen Kindern in London lebt und dass 2 weitere erwachsene Kinder in Dublin leben. Diese Frau sei seine zweite, mit ihr hat er 5 Kinder. Sie sei auch für ihn ein Problem. Dann ging er ziemlich frustriert weg.

Wir waren auch etwas überrascht, wie der Patriarch so entmachtet wurde.

Am 9.3 um 05:30 wurden wir vom Hotel abgeholt. Die Fahrt bis zum



Flughafen um diese Zeit dauert ca. 15 Minuten. Wir haben aber über 25 gebraucht, weil mitten in der Stadt auf der Hauptstrasse eine Herde von Dromedaren (ca. 100-200 Kamele) in der Sprache von Somaliländern) die Strasse voll blockierten Foto 18. Sie wurden von ihren Besitzern getrieben sie liefen sehr elegant die Hauptstraße entlang. Nach ca. 7-9 Minuten sind wir abgebogen und setzten unsere Fahrt zum Flughafen fort.

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



Foto 19. Das Team von rechts: Frau A. Fischer (Op-Schwester), Dr Emmanouilidis (Chirurg), Dr K. Nüsse (Anästhesie), Frau B. Jüdemann (OP-Schwester), Herr J. Kehle (Anästhesie-Helfer), Dr. T. Berberich (Kinderchirurg), Frau P. von der Halden (Studentin), Frau K. Krellig (Anästhesie Schwester).