

Ausstattung der neonatologischen Versorgung in MAS-Children Hospital Hargeisa.

Von Dr. T Benterud

Als Neonatologe und Kinderarzt hatte ich bereits zum dritten Mal die Gelegenheit, nach Hargeisa in Somaliland zu reisen und im MAS-Krankenhaus mitzuarbeiten. Die Anreise über Addis Abeba verlief reibungslos, und ich wurde wie gewohnt freundlich vom Krankenhauspersonal abgeholt.

Diese Aufenthalte in der Kinderklinik von Hargeisa sind geprägt von intensiven Eindrücken und fachlichen Herausforderungen. Die Bedingungen vor Ort unterscheiden sich erheblich von dem, was ich aus meinem klinischen Alltag gewohnt bin, und erfordern Improvisation und Anpassungsfähigkeit.

Ich bin drei Tage später als der Rest der Gruppe angekommen.

Nachdem ich meine Koffer im Hotel abgestellt hatte, fuhr ich sofort ins Krankenhaus. Ich war gespannt, was mich erwartete und ob sich seit meinem letzten Aufenthalt im Jahr 2024 etwas verändert hatte. Die Herausforderungen im Gesundheitswesen vor Ort sind sehr gross. Bezüglich der Kindersterblichkeit ist der Unterschied enorm. In Somaliland liegt sie bei etwa 112 pro 1000 Geburten, während sie in Norwegen und Deutschland nur etwa 2 pro 1000 beträgt. Auch die Neugeborenen Sterblichkeit ist etwa 40-mal höher als in Norwegen.

Auf der Kinderstation, die mit fast 40 Patienten voll belegt war, gab es lediglich einen Pädiater, der die gesamte Visite allein durchführte. Gleichzeitig war die Poliklinik überfüllt, da es direkt nach der Regenzeit zu einem Anstieg von Atemwegsinfektionen und Gastroenteritiden gekommen war. Die Arbeitsbelastung für das Personal war entsprechend hoch.

Ein Problem, das mir bereits 2024 aufgefallen war, bestand weiterhin: Es gab keinerlei Zusatznahrung wie Muttermilchverstärker für Frühgeborene.

In Europa hätten diese Kinder Zugang zu hochkalorischer Spezialnahrung und intensiver Überwachung gehabt. Der Zusatz von Proteinen und Fett ist besonders wichtig für die kleinste Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1,5 Kilogramm. In den ersten Tagen beobachtete ich ein Zwillingsspaar mit einem Gewicht von unter 1000 Gramm, das täglich 2–3 % seines Körpergewichts verlor. Als pragmatische Lösung schlug ich vor, etwas Olivenöl in die Nahrung zu mischen, um die Kalorienzufuhr zu erhöhen, was man auch in Studien aus Indien vorgeschlagen haben. Tatsächlich zeigte sich bereits

nach wenigen Tagen eine deutliche Verbesserung: Die Kinder nahmen an Gewicht zu und wirkten insgesamt vitaler.

Ein Thema während dieses Einsatzes war erneut die Ausstattung der neonatologischen Versorgung.

Die CPAP-Geräte, die ich bei früheren Besuchen mitgebracht hatte, wurden zwar genutzt, jedoch deutlich weniger als erhofft. Zudem waren Teile der Masken durcheinandergeraten oder verschwunden. Ein weiteres großes Problem war die technische Ausstattung: Viele Geräte funktionierten nicht zuverlässig, darunter auch Wärmebetten mit kontinuierlicher Temperaturmessung. Es wurde deutlich, dass ein Techniker vor Ort dringend benötigt wird, um Geräte zu warten und gegebenenfalls Ersatzteile zu beschaffen.

Im Lager entdeckte ich außerdem eine Beatmungsmaschine, die als Entwicklungshilfe von Europa geliefert worden war. Diese konnte jedoch nicht genutzt werden, da die notwendige Druckluftversorgung fehlte und auch die fachliche Expertise für die Betreuung intubierter Neugeborener über längere Zeiträume nicht vorhanden ist. Dies verdeutlicht, dass technische Ausstattung allein nicht ausreicht – sie muss auch an die lokalen Gegebenheiten angepasst sein.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die sogenannte Känguru-Methode (Kangaroo Care), bei der Frühgeborenen durch Hautkontakt mit der Mutter gewärmt und stabilisiert werden. Diese Methode wird in Hargeisa bislang kaum angewendet, obwohl sie gerade unter den gegebenen Umständen sehr hilfreich sein könnte. Stattdessen stehen zwei Inkubatoren zur Verfügung, die jedoch nicht immer sachgerecht genutzt werden. So kam es in einem Fall zu einer Überwärmung eines Frühgeborenen.

Neben den Frühgeborenen betreuten wir auch andere komplexe Fälle. Besonders eindrücklich war ein Kind mit konjugierter Hyperbilirubinämie (Foto 1). Es war das zehnte Kind der Mutter, hat nur 1700 Gramm gewogen, obwohl es 3 Wochen alt war, hatte Trisomie 21 und vermutlich eine Gallengangsatresie. Diese Diagnose fordert eine rasche chirurgische Intervention. In Somaliland sind solche Eingriffe jedoch kaum verfügbar, und selbst wenn eine Operation möglich gewesen wäre, sind die postoperativen Versorgungsstrukturen stark limitiert. Es wäre z.B. nicht möglich ein neugeborenen über Tage zu ventilieren. Es war daher absehbar, dass das Kind die notwendige Behandlung und insbesondere die postoperative Phase nicht überleben würde. Diese Erkenntnis gehört zu den schweren Momenten der Arbeit vor Ort.

Da es bei Neugeborenen oft schwierig ist, einen venösen Zugang zu legen, zeigte ich den Ärzten vor Ort, wie man einen Nabelvenenkatheter einführt (Foto 2). Mithilfe einer Übungspuppe, an der wir eine frische Nabelschnur befestigten, konnten sie diese Technik praktisch trainieren. Das Interesse und die Lernbereitschaft des Teams waren dabei sehr groß.

Die Tätigkeit im MAS-Krankenhaus zeigt deutlich, wie groß die Diskrepanz zwischen medizinischen Möglichkeiten in unterschiedlichen Teilen der Welt ist. Gleichzeitig wird aber auch sichtbar, wie viel durch Engagement, Kreativität und Zusammenarbeit erreicht werden kann.



1.



2.

Neben der intensiven Arbeit im Krankenhaus gab es auch Gelegenheit, das Land und die Kultur besser kennenzulernen. Ein besonderes Erlebnis war der Besuch einer Kamelfarm, wo wir beobachten konnten, wie Kamelmilch gewonnen wird. Dies war für uns alle sehr beeindruckend

Insgesamt war es erneut eine wertvolle Erfahrung, in Hargeisa zu arbeiten. Trotz der vielen Herausforderungen war die Zusammenarbeit mit dem lokalen Ärzten und Krankenpflegern gut.



3.